

MARIANA I. LORENZETTI
MIGUEL A. AVALOS
LIDIA SCHIAVONI
(compiladores)

Trabajar, cuidar y curar

Experiencias de los equipos de salud
durante la pandemia de COVID-19
en Misiones, Argentina

PALABRAS
CLAVE

Mariana I. Lorenzetti
Miguel A. Avalos / Lidia Schiavoni
(compiladores)

TRABAJAR, CUIDAR Y CURAR

Experiencias de los equipos de salud
durante la pandemia de COVID-19
en Misiones, Argentina



Editorial Universitaria
Universidad Nacional de Misiones

edunam

Editorial Universitaria Universidad Nacional de Misiones

Coronel José Félix Bogado 2160
Teléfono: +54 0376 4428601
editorial.unam.edu.ar

Colección: Palabras clave
Coordinación de la edición: Froilán Fernández
Corrección de texto: Marcelo Oliveira
Armado de interiores: Francisco A. Sánchez

Trabajar, cuidar y curar : experiencias de los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19 en Misiones, Argentina / Mariana Isabel Lorenzetti ... [et al.] ; compilación de Mariana Isabel Lorenzetti ; Miguel Avalos ; Lidia Schiavoni. - 1a ed. - Posadas : EDUNAM - Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones, 2023.

Libro digital, PDF - (Palabras Clave)
Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-950-579-568-0

1. Pandemias. 2. Salud. 3. Misiones. I. Lorenzetti, Mariana Isabel, comp. II. Avalos, Miguel, comp. III. Schiavoni, Lidia, comp.
CDD 362.1090982

Hecho el depósito de la ley 11723
Impreso en Argentina

Editorial Universitaria
Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2023.
Todos los derechos reservados para la primera edición.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones publicadas por Edunam incumbe exclusivamente a los autores firmantes y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Editorial. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo y expreso del sello editor.

ÍNDICE

Prefacio	7
Introducción	9
Parte I. Aspectos metodológicos	33
Narrar en la selva espesa de la postpandemia.....	35
Uso del <i>software</i> ATLAS.ti: análisis de datos y trabajo colaborativo	59
Parte II. Cuidados, temporalidades y espacios	79
¿Quiénes son los trabajadores esenciales? Salud, identidades e interdisciplina	81
Temporalidades y cuidados entre trabajadoras/es sanitarias/os de Misiones.....	141
Trabajadoras de salud y tareas de cuidado: narrativas de la pandemia por COVID-19	165
Transformaciones en el espacio: vínculos y nuevas solidaridades en los centros de salud de Misiones	199
Autonomía y determinación del personal sanitario en el Primer Nivel de Atención en la emergencia de COVID-19	233
Parte III. Políticas en salud	251
Atención y cuidados de la salud mental en el sistema sanitario de Misiones durante la pandemia	253
La vacunación COVID-19 como proceso social: experiencias del personal sanitario en Misiones	299

Parte IV. Cuerpos, sujetos y comunidades..... 335

 Cuidados en tiempos de COVID-19: las relaciones entre
 los equipos de salud y las comunidades *mbya guaraní*
 (Misiones) 337

 Apuntes para pensar la corporalidad entre obstétricas y
 enfermeras/os en la pandemia COVID-19 en Misiones 371

 Autoetnografía de un trabajador: trayectoria política y
 formativa de un enfermero peronista..... 421

 Sobre las autoras y los autores 463

PREFACIO

En primer lugar, queremos agradecer a todo el personal de salud de la provincia de Misiones por compartir sus vivencias durante la pandemia de COVID-19. Sin su generosa predisposición este libro no hubiera sido posible.

A mediados del año 2020, comenzamos a pensar el proyecto “Transitar de la pandemia a la pospandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as”. La propuesta fue presentada en la convocatoria denominada PISAC COVID-19 de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación en vinculación con el Programa de Investigación sobre la Sociedad Argentina Contemporánea (PISAC).

Los equipos de investigación, bajo la coordinación general de la Dra. Anahí Sy, delineamos los propósitos de emprender este trabajo en un escenario que se presentaba incierto y desafiante. Estos equipos de trabajo estuvieron inscriptos en unidades académicas o institutos de investigación localizados en Buenos Aires (Mar del Plata y Lanús), Rosario, Córdoba

(Capital y Villa María), Santiago del Estero, Salta, Jujuy, Santa Cruz y Misiones.

Los resultados que se presentan a continuación fueron posibles gracias a quienes valoran y confían en el aporte de las ciencias sociales en el campo de la salud, para conectar la investigación con la intervención y la gestión. También el agradecimiento a cada integrante del proyecto que brindó su dedicación y esfuerzo para que este trabajo tenga un carácter colectivo. Nuestra gratitud también está dirigida hacia todo el equipo de la Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones por afrontar el trabajo de edición y publicación de este libro.

A todas las personas, por compartir el desafío de encarar un proceso de coproducción de conocimiento.

INTRODUCCIÓN

Mariana Lorenzetti, Miguel Avalos y Lidia Schiavoni

Con *Trabajar, cuidar y curar: experiencias de los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19 en Misiones-Argentina* buscamos compartir las vivencias, preocupaciones y prácticas de trabajo del personal sanitario. Trabajar, cuidar y curar son tres términos que condensan las experiencias de los trabajadores de la salud y describen tanto la complejidad como la importancia de su labor durante uno de los momentos más difíciles de la historia reciente.

En este libro proponemos un abordaje particular a la problemática de la atención de la salud durante la pandemia, orientados por una forma específica de concebir las dimensiones y dinámicas relacionadas con los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados. Es que la pandemia no solo ha resaltado la importancia crucial del conocimiento científico (en la comprensión y control del virus, desde la secuenciación hasta la creación de vacunas), sino que ha demostrado la necesidad de abordar la crisis desde una perspectiva interdisciplinaria.

Nos acercamos al problema desde la mirada de la salud colectiva, que reconoce que la propagación del virus y las

medidas implementadas por los gobiernos han generado impactos que van más allá de lo estrictamente biomédico, por lo que se hace necesario ampliar el análisis que incluya otros aspectos también determinantes para la sobrevida de los sujetos y los conjuntos sociales. De este modo, y desde las voces de los mismos actores, buscamos abordar las prácticas de atención, cuidado y autocuidado de las y los trabajadores sanitarios de Misiones, identificando también allí las estrategias desplegadas en la resolución de problemas locales. A través de sus testimonios fue posible reconstruir una narrativa colectiva atenta a las diferentes situaciones generadas por la pandemia en los distintos espacios y dinámicas organizacionales del sistema público de salud de la provincia.

El personal de salud ha sido un pilar fundamental en la contención y mitigación de los efectos del COVID-19, desempeñando un papel clave en la identificación, el tratamiento y la curación de los enfermos. Al mismo tiempo, brindó servicios de cuidado y apoyo emocional en sus ambientes cercanos, entre familiares, amigos, colegas y compañeras/os. Reconocer esta diversidad de vivencias y sentidos tiene un valor práctico. Estas reflexiones contribuyen a pensar en cómo reorganizar los servicios sanitarios y la atención a la salud en la transición de la pandemia a la pospandemia, desde la perspectiva de las y los trabajadores de la salud, a partir de sus propias narrativas.

Entendimos la necesidad de considerar al personal de salud en un sentido amplio, esto es, como aquella trama de trabajadoras/es que permite que las personas accedan al sistema público de promoción, prevención y atención de la salud. Esta forma de concebir a los equipos de salud, que generalmente es obliterada en aquellas nociones circunscritas a la mirada biomédica, nos llevó a incluir como interlocutores de nuestra

investigación al personal de administración, mantenimiento y limpieza, traslados, seguridad, enfermería, nutrición, bioquímica, medicina, promotoras/es, agentes de salud, trabajo social, psicología, entre otras personas, a compartir sus experiencias de trabajo en la salud pública.

Los escritos que integran esta compilación son el resultado de ese trayecto realizado en conjunto con quienes aceptaron ser nuestras/os interlocutoras/es. Las instancias reflexivas respecto de las experiencias de trabajo de la atención a los casos COVID-19 y de otras afecciones-padecimientos (salud mental, enfermedades crónicas no transmisibles, salud sexual reproductiva y no reproductiva) tuvieron distintos derroteros al calor del proceso que imponía la pandemia como tal.

El conjunto de autores responsables de estas páginas incluye entre sus integrantes no solo investigadores, sino investigadores-actores, es decir, miembros del equipo de salud que por sus circunstancias de formación académica (becarios y tesis de postgrado) se encontraban en plena acción profesional e indagando y reflexionando sobre lo que ocurría. Esta doble condición de algunos de ellos exigió un permanente ejercicio de reflexividad a la vez que nos permitió recuperar la crudeza y la frescura de lo que día a día ocurría en diferentes hospitales y centros de atención primaria. A los otros miembros, solo investigadores, sus vivencias y relatos nos permitieron ampliar la perspectiva y enmarcar los comentarios de los entrevistados en un contexto más denso y cercano.

Las condiciones de relevamiento en pandemia exigieron incluir las entrevistas mediadas por teléfonos celulares o computadoras, poder agregar otros elementos a estas instancias fue posible por el contacto permanente con estas compañeras/os investigadores que seguían en el campo desplegando sus

actividades profesionales y aportando día a día lo que ocurría en sus escenarios de trabajo.

Esta posición de investigadores actores hizo que algunos de ellos no pudieran participar del proceso de escritura, pero sí compartieron con nosotros las conversaciones con sus interlocutores y el clima de su trabajo cotidiano. La heterogeneidad del equipo se constituyó en una ventaja más que en una desventaja, pues enriqueció las discusiones y amplió el horizonte de los relatos de nuestros interlocutores.

Estas primeras páginas buscan dar cuenta de los aspectos implicados en la cocina de la investigación del proyecto, como así también ofrecer una caracterización general del contexto en el cual se desarrolló y que atraviesa cada uno de los textos aquí compilados. Nos interesa, entonces, brindar las coordenadas que permitan a las/os lectoras/es hacer su propio recorrido.

LA COCINA DE LA INVESTIGACIÓN: PUNTOS DE PARTIDA Y ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO

El equipo de Misiones tuvo una impronta interdisciplinaria. Participaron personas provenientes de distintos campos del conocimiento: enfermería, medicina, trabajo social, psicología y antropología. De las/os 18 integrantes, casi la mitad del grupo pertenece al sistema público de salud y las/os demás son tesistas de grado, becarias/os de postgrado y docentes-investigadoras/es. El proyecto fue presentado y aprobado por dos comités de ética e investigación: el del Instituto Nacional de Epidemiología de la Red Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS Malbrán) y el de la provincia de Misiones dependiente del Ministerio de Salud local.

Uno de los mayores desafíos ha sido consolidar un ritmo de trabajo constante en un equipo con trayectorias formativas diversas y localizados en distintos puntos de la provincia. Asimismo, encontrar los momentos para entablar las conversaciones con el personal de salud según su disponibilidad, en una coyuntura que implicó una sobre exigencia laboral importante y acarreó un trastocamiento significativo de la vida cotidiana.

La puesta en marcha de la investigación, requirió tomar los recaudos necesarios de acuerdo a los protocolos vigentes durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) y el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DiSPO). Nos organizamos, entonces, en tres pequeños grupos según los espacios donde realizamos nuestra indagación: Centros de Atención Primaria, hospitales y comunidades indígenas. Esta dinámica de trabajo, nos permitió ir socializando las lecturas, la puesta en marcha de las entrevistas, las decisiones y los avances de un modo articulado en los encuentros virtuales que mantuvimos en el año 2020 y mayormente en el 2021¹.

Una de las primeras tareas al comienzo del proyecto fue realizar entrevistas entre las personas del grupo que estaban

1. Recién en diciembre del 2021, pudimos tener nuestra primera reunión presencial con el equipo. En dicha ocasión trabajamos en la realización de una producción audiovisual “La salud en pandemia: vivencias compartidas con las y los trabajadores de salud en Misiones”. La misma está disponible en el canal de YouTube de la Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la UNaM: <https://www.youtube.com/watch?v=v78uYPIOOCs>. En el 2022, realizamos encuentros presenciales, así como las instancias formativas vinculadas a la capacitación en el proceso de investigación que detallamos más adelante en esta introducción.

trabajando en el sistema público de salud, una *puesta a punto* del instrumento —en este caso una guía orientadora de preguntas—, a fin de ir ajustando los tópicos sobre los cuales conversar con el personal de salud. Ese estar en *terreno* de las/os compañeras/os de equipo significó un acercamiento de primera mano a los reajustes ocurridos en tiempo real en el accionar del ámbito de la salud y un reconocimiento de las trayectorias laborales de las/os integrantes del grupo.

En esta dirección, fuimos reparando en el conjunto de las dimensiones que permitieran contextualizar las experiencias e hitos significativos de la labor en salud durante la pandemia. Procuramos reconstruir en cada una de las charlas, los escenarios de trabajo respecto no solo a lo relativo a los vínculos entre las/os trabajadores y sus roles, sino a las condiciones de trabajo donde estos se inscriben. Para ello tomamos en consideración las continuidades y discontinuidades de situaciones presentes antes de la pandemia y los distintos momentos del proceso de su desenvolvimiento.

El proceso de construcción del problema de investigación, así como la elaboración del instrumento, de las dimensiones a analizar con sus tópicos y sus alcances, fue realizado en conjunto con los otros nodos del país. Esto le imprimió una dinámica particular a todo el trabajo de investigación, con una articulación permanente y un carácter dialógico a todas las decisiones teórico-metodológicas, pero también burocrático-administrativas, que se fueron tomando en las diferentes instancias mientras duró el proyecto.

En función de los recaudos señalados y de la organización en *mini grupos* de trabajo, procedimos a la realización de las entrevistas. El corpus quedó conformado por un total de 86

entrevistas, en su mayoría efectuadas individualmente y otras en grupo. Algunas fueron realizadas de manera virtual (a través de distintas plataformas como Zoom o Meet), otras fueron presenciales (en los lugares de trabajo u otros espacios, según la disponibilidad de los/as entrevistados/as). De esas 86 entrevistas, 24 se realizaron en Centros de Atención Primaria de la Salud, 45 en hospitales con distintos niveles de complejidad y 17 con personal de salud afectado a ambos espacios, en tanto llevan a cabo tareas de articulación.

Entonces, nos propusimos prestar especial atención a las transformaciones tanto a nivel de los espacios de trabajo como a nivel de las prácticas de cuidado-atención puestas en marcha en los entornos institucionales, entre los equipos de trabajo, en sus relaciones con la población usuaria y de cada trabajador/a.

Así fuimos identificando cómo los modos de producción de cuidado —hacia las/os usuarias/os del sistema de salud, el cuidado entre compañeras/os, el cuidado institucional y el cuidado hacia los afectos, la familia en el ámbito doméstico— implicaron una serie de redefiniciones de las tareas, la reemergencia de reivindicaciones laborales y resignificaciones de los roles en el sistema público de salud. En conjunto, tales cuestiones estuvieron atravesadas por múltiples emociones: la incertidumbre, la angustia, el miedo de contagiarse y contagiar a otros/as, el temor ante la muerte y a lo desconocido, cuadros de ansiedad, de desgaste, de cansancio, de tensiones y malestares. Pero también de satisfacción y alegría compartida cuando se lograban sortear las dificultades, cuando las/os pacientes se recuperaban, y cuando la solidaridad y el acompañamiento entre compañeras/os de trabajo se expresaban en pequeños-grandes gestos.

La pandemia, como proceso social de afectación masiva, pasó por diferentes momentos, imprimiendo en cada contexto distintas huellas en las prácticas sanitarias, en su dinámica intracomunitaria, en los comportamientos y decisiones individuales. Ante las situaciones cambiantes del transcurrir de la pandemia, advertimos cómo la temporalidad de los relatos —recogidos mediante las entrevistas— iba plasmando diversas preocupaciones, aprendizajes y desafíos en relación con las experiencias laborales pasadas, las medidas de vigilancia y control epidemiológicas, la necesidad de articular con otros actores sociales, la comunicación respecto del conocimiento científico acumulado del virus SARS-CoV-2 y las problemáticas de salud desatendidas o desplazadas durante la pandemia.

Para el equipo del nodo Misiones, todas las aristas señaladas significaron atender simultáneamente diferentes “escalas narrativas” (Bleger, 2021): a) el contexto sociosanitario nacional y provincial, b) el contexto de inserción laboral de las/os trabajadoras/es, esto es, hospitales o Centros de Atención Primaria de la Salud de las seis zonas sanitarias en que están organizadas las áreas de cobertura², c) los servicios, programas o áreas de atención donde se desempeñan los equipos sanitarios y d) las trayectorias biográficas de cada una de las

2. La provincia está dividida en las siguientes zonas sanitarias: Zona Capital, Zona Sur, Zona Centro Paraná, Zona Centro Uruguay, Zona Norte Paraná y Zona Noreste. En esas seis zonas de salud quedan comprendidas 19 Áreas Programáticas que concentran los 42 hospitales y los 340 Centros de Atención Primaria de la Salud que integran el sistema público de salud de Misiones (ver <https://salud.misiones.gob.ar/zonas-sanitarias>). Profundizaremos, en el siguiente apartado, en algunas de las características que hacen a la organización del sistema público de salud de Misiones.

personas, atendiendo a su género, formación, antigüedad en el sistema de salud, edad, condición laboral, rol desempeñado, situación familiar, estado de salud.

El trabajo teórico-metodológico en y con las narrativas nos permitió construir una caja de herramientas privilegiada para poner de relieve los testimonios del personal de salud y visibilizar las voces de las/os protagonistas que *ponen en movimiento y en acción* al sistema público de salud, en concreto: sus trabajadoras/es.

Reconstruimos las narrativas del trabajo durante la pandemia, entendiendo que las mismas constituyen “un recurso humano (imprescindible) para dar significación a las experiencias” (Pfeiffer Castellanos, 2014, p. 1068), donde su producción conlleva un acto relacional de carácter performativo y son instancias de agenciamiento social.

Con estas coordenadas, que fuimos elaborando en el camino del proyecto, analizamos las 86 entrevistas realizadas en los distintos efectores de salud, prestando especial atención a las maneras en que los testimonios iban entretejiendo el *interior* y el *exterior*, el *yo* enunciativo y las situaciones específicas aludidas, los distintos posicionamientos y el contexto referenciado. Tal como argumenta Pfeiffer Castellanos, vivimos inmersos en narrativas que se van constituyendo en sistemas explicativos ordenadores de eventos y acciones en temporalidades particulares. Al mismo tiempo, esas narrativas son reafirmadas o transformadas a través de acciones y eventos que inciden en esas temporalidades. Así, las narrativas en tanto instancias de significación del mundo, de la persona y su entorno ordenan pasado, presente y futuro en relación con un hacer, vinculado a las experiencias vividas. Las grandes narrativas interceptan, permean, forman parte, involucran

las pequeñas narrativas en los contextos cotidianos. En este interjuego de interdiscursividades, la dimensión biográfica se torna central en la organización de las narrativas que remiten a las vivencias personales (2014, p. 1066 y siguientes).

Siguiendo el argumento de Bruner (2003), todo “acto de contar” —poner en palabras las vivencias de las personas— es un acto intersubjetivo que implica un vínculo entre quien cuenta y quien escucha ese relato. Justamente, lo que hace que una experiencia individual se convierta en algo colectivo es que pueda circular sobre una base más amplia que la simple relación interpersonal. De allí nuestro compromiso en este recorrido, que procuró el reconocimiento del trabajo en salud realizado en pandemia, de cara a visualizar los aprendizajes y avizorar nuevos horizontes en el tránsito hacia la pospandemia.

En este camino se llevaron a cabo, durante el año 2022, dos talleres formativos que tenían como premisa el acompañamiento del grupo en las tareas de investigación: procesamiento de los registros, el análisis de las entrevistas y el ejercicio de escritura con vistas a la sistematización de los resultados a socializar. El primer taller, a cargo de Nicolas Pintos, estuvo vinculado al manejo del software ATLAS.ti para la sistematización de los datos cualitativos. El segundo taller, *Seminario de Escritura Científica* bajo la orientación de Mauro Figueredo, se constituyó en el espacio de debate, de lecturas cruzadas, de cara a la elaboración de los capítulos que integran esta compilación³. Ambas instancias significaron para las/os tésistas de

3. Dichas instancias formativas contaron con la aprobación y certificación del Consejo Directivo y la Secretaría de Investigación de la FH y CS-

grado y posgrado, las/os trabajadoras/es de salud integrantes del proyecto y las/os docentes-investigadores un punto de apoyo en dos direcciones: el manejo de un gran volumen de datos cualitativos y la práctica de la escritura.

En lo que sigue, y antes de presentar los capítulos que integran el libro, nos detendremos a explicitar algunas claves de interpretación que hacen a nuestra primera *escala narrativa* vinculada al contexto sanitario nacional y provincial, con el objeto de dar un marco general a las distintas entradas de análisis de los testimonios según los tópicos que fueron trabajados en cada producción.

BREVE CARTOGRAFÍA SOCIOSANITARIA DE MISIONES

En la provincia de Misiones, la irrupción de la pandemia adquirió tintes particulares, dada su posición geoestratégica donde el 90% de sus fronteras son internacionales (Brasil y Paraguay), cuya dinámica de circulación y movimiento poblacional es de gran envergadura. Asimismo, en las dos últimas décadas, hubo un claro aumento relativo de la población urbana, en detrimento de la población rural que se ha reducido casi a la mitad (Ministerio del Agro y la Producción de Misiones, 2016). Esto implicó una movilización interna importante y la conformación de conglomerados periurbanos que se condensan cerca de las ciudades cabeceras de los departamen-

UNaM, con las resoluciones N.º 046/2022 (ATLAS.ti) y N.º 196/2022 (Taller de Escritura Científica).

tos⁴. Tal como hemos adelantado, el sistema público de salud provincial está dividido en seis zonas sanitarias. Cada una de ellas tiene sus propias singularidades: algunas con centros urbanos con mayor densidad poblacional, otras con áreas periurbanas con menores servicios de infraestructura y núcleos rurales con población dispersa, distanciados unos de otros.

Estas características de los espacios socioterritoriales han conllevado a adaptaciones de los equipos de salud en cada ámbito, según distintas demandas institucionales y comunitarias que supusieron la puesta en marcha de estrategias situadas en función de los recursos humanos disponibles y la estructura del sistema público de salud misionero.

Cabe señalar que el sistema de salud provincial está administrado por el Ministerio de Salud Pública y la Fundación Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga”. En el año 2014, a través de la sanción de Ley XVII N° 70, se crea el Parque Salud de la provincia de Misiones “Dr. Ramón Madariaga” bajo la figura jurídica de una fundación donde se fijan objetivos de asistencia, capacitación, docencia e investigación en salud. El parque, localizado en la Ciudad de Posadas, está integrado por 16 instituciones, entre ellas: el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga; el Hospital de Pediatría Dr. Fernando Barreyro; el Hospital Materno Neonatal; la

4. La provincia tiene 17 departamentos, donde se agrupan 77 municipios, con una población total estimada de 1.288.476 habitantes, según la proyección realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec). Ver en <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-85>. En esas jurisdicciones se encuentran emplazadas 130 comunidades indígenas mbya guaraní.

Unidad Central de Emergencias y Traslados; el Banco de Sangre, Biológicos y Tejidos y la Unidad Académica.

La provincia de Misiones fue una de las primeras jurisdicciones en declarar la Emergencia Epidemiológica y Sanitaria Provincial por el virus del dengue y COVID-19 y en suspender las clases en todos los niveles educativos. De esta manera, el 13 de marzo de 2020, con estas disposiciones se abrió paso a una serie de medidas tendientes a restringir la circulación de personas en el territorio provincial.

Asimismo, el 19 de marzo de 2020, en concordancia con el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional que dictaminó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (Decreto 297/2020), la movilidad quedó circunscrita a aquellas/os trabajadoras/es que realizaban actividades y servicios declarados esenciales. Este decreto, instaba a las personas a permanecer en sus residencias, permitiendo sus salidas únicamente para el aprovisionamiento de alimentos, insumos básicos o situaciones de emergencia.

En Misiones, la preocupación en los primeros meses de la pandemia se concentró en los operativos sanitarios desplegados en la frontera. Muchos equipos de Atención Primaria de la Salud 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 —principal vía de ingreso de las personas del exterior— la localidad de Puerto Iguazú se convirtió en un punto candente que suscitó un abocamiento a la restricción y control de quienes quedaron a un lado u 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, también de promotoras/es, enfermeras/os y médicas/os que venían trabajando en los CAPS y en los hospitales de cercanía. En ese momento la *trinchera* implicaba cubrir los puestos de trabajo en la frontera, donde los mayores temores estaban asociados con llevar el virus a la casa, a las familias. El vértigo, en ese entonces, estaba vinculado a la posibilidad de que “la circulación comunitaria del virus” tuviera a Misiones como *puerta de entrada* 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—, en otras zonas de la provincia los CAPS y hospitales iniciaron el reacomodamiento de los espacios y las capacitaciones *puertas para adentro*. Esto implicó no solo el cierre de la atención de los consultorios según las “atenciones priorizadas” definidas en primera instancia, sino también una modificación en la concurrencia de profesionales de la salud que fue mermando según su “situación de riesgo” (comorbilidades y personal de edad avanzada). Este repliegue fue suscitando discusiones al interior de los equipos de trabajo, conforme fuimos recabando en los distintos relatos. Por un lado, predomina una confusión generalizada respecto de si continuar yendo o no a los lugares de trabajo (según servicios o actividades realizadas); por otra parte, por acogerse a las distintas licencias (por riesgo o familiares a cargo con comorbilidades), la reducción de personal provocó un reacomodamiento de los equipos.

Durante ese lapso, los equipos de salud fueron redefiniéndose y las dinámicas de trabajo comenzaron a estar regidas por distintos protocolos de actuación. Dichos protocolos no solo iban variando según los conocimientos que se iban adquiriendo respecto del virus SARS-CoV-2 y las situaciones

epidemiológicas cambiantes, sino también a las experiencias locales y según las posibilidades de cambios de acuerdo a los contextos sociales (materiales y disponibilidad de recursos humanos).

En términos generales, el proceso de pandemia estuvo atravesado por tensiones y mediaciones entre lo que se regulaba como emergencia o urgencia médico-epidemiológica en el proceso de trabajo cotidiano en salud, las expectativas y necesidades sentidas por la población. Esta situación transversal, nos llevó, como equipo de trabajo, a considerar específicamente la dialéctica entre lo “consolidado” y lo “posible” en los testimonios compartidos por las/os trabajadoras/es de salud.

Teniendo presente que todo acto de contar tiene la finalidad de mantener el pasado y lo posible aceptablemente unido, los capítulos dan cuenta de las maneras en que los relatos expresan las distintas fricciones entre lo canónico y lo posible en su constitución dialéctica (Bruner, 2003).

EL RECORRIDO DE LA OBRA

El libro está dividido en cuatro partes y si bien cada uno de los trabajos que lo componen pueden leerse de forma independiente, los mismos tienen un carácter complementario en tanto iluminan distintos aspectos que se pusieron en juego en la atención de la salud. En cada uno, se van hilvanando los ejes conceptuales desde los cuales pusimos en diálogo los testimonios recogidos con el propósito de comprender el calidoscopio de las experiencias de pandemia. Cabe aclarar que la elección de los tópicos para la escritura fue libre, es decir, se respeta-

ron los intereses o preocupaciones de cada autor/a, así como también la producción en coautoría. Los grupos o duplas se conformaron de modo espontáneo de acuerdo a esas motivaciones compartidas y afinidades en el trabajo. Estas cuestiones dan cuenta, por un lado, del respeto y la autonomía en el grupo de trabajo, y por otro, de la diversidad de miradas en un espacio plural y democrático de expresión, donde cada autor/ra asumió las responsabilidades de sus propios escritos⁵.

En la primera parte *Aspectos metodológicos* incluimos dos textos que nos permiten comprender el modo en que se construyeron los datos y los escritos aquí reunidos. Las reflexiones en torno a la metodología empleada a lo largo de la investigación, constitutivas del quehacer académico, permiten encontrar coordenadas para ponderar los posicionamientos analíticos, así como también las estrategias desplegadas en el transcurso del trabajo.

En *Narrar en la selva espesa de la postpandemia*, Mauro Figueredo nos permite profundizar en las claves interpretativas teórico-metodológicas que pusimos en juego para la reconstrucción de las narrativas de las/os trabajadoras/es. Mediante las lecturas realizadas, el autor nos acompañó en la construcción de un andamiaje conceptual en común, a los fines de hacer propias las herramientas del trabajo colectivo con las narrativas. En este sentido, el escrito profundiza en las miradas a través de las cuales nos acercamos a los relatos que nos fueron compartidos.

5. En esta dirección, respecto del uso del lenguaje inclusivo las/os autores también tomaron sus propias decisiones.

Nicolas Pintos en su escrito: *Uso del software ATLAS.ti: análisis de datos y trabajo colaborativo*, nos acerca los criterios transversales a partir de los cuales cada autor/a emprendió el proceso de sistematización y análisis de las entrevistas. Asimismo, retoma el trabajo colaborativo realizado con la base de datos cualitativa donde intervinieron los nueve nodos del proyecto nacional/federal, cuyo propósito fue reunir y ordenar los testimonios de acuerdo a las dimensiones de análisis que detallamos al comienzo de la introducción. Aquí, detalla los datos correspondientes al corpus total de las 86 entrevistas, desagregando el campo disciplinar y el rol de los entrevistados/os, los espacios de trabajo y las zonas sanitarias.

En la segunda parte, *Cuidados, temporalidades y espacios*, reunimos cinco trabajos que abordan la producción social de los cuidados, la agencia de los sujetos y las transformaciones en el transitar de la pandemia.

El trabajo conjunto de Lidia Schiavoni, Sybil Mac Lean, Roxana Rejala y Lucía Genzone, *¿Quiénes son los trabajadores esenciales? Salud, identidades e interdisciplina en pandemia*, nos introduce en una de las cuestiones cruciales que atravesó a los equipos de salud. Esto es reconocerse como un/a trabajador/a esencial, dando cuenta de los criterios de identificación puestos en juego desde los diferentes roles profesionales en el contexto pandémico (puntualmente entre enfermeras/os, bioquímicas/os, nutricionistas, psicólogas/os, y trabajadoras/es sociales). A través del concepto de cultura organizacional epidémica problematizan las nociones de salud, trabajo interdisciplinario, así como también los procesos de prevención y cuidados que se desplegaron en los distintos momentos de la pandemia.

Tal como consignamos, la emergencia sanitaria por el COVID-19 pasó por distintas etapas que fueron denominadas “primera ola”, “segunda ola”, según el conteo epidemiológico de los casos confirmados a nivel nacional. No obstante, en el marco de esta secuencia fijada por criterios estadísticos de propagación e impacto del virus sobre la población, las narrativas de las/os trabajadoras/as traían a colación otras maneras de referenciar el “tiempo de la pandemia”. En esta dirección, Jorge Almada, en *Temporalidades y cuidados entre trabajadoras/es sanitarios de Misiones*, analiza estos tópicos de acuerdo a los hitos significativos que atravesó el personal de salud, donde sus saberes previos fueron puestos a prueba, recreándose de un modo constante a la luz de las situaciones que debieron afrontar. Esas temporalidades de las experiencias de trabajo aparecen interceptadas por sus propias condiciones de salud, por la sobrecarga laboral y la asunción de las multitareas a desarrollar, así como también en la recreación de las nociones de cuidados que cada coyuntura trajo aparejado.

Cabe destacar que, si bien la sobrecarga laboral se constituyó en un cuello de botella de todo el personal del sistema público de salud, fue en las mujeres en quienes recayó una doble carga de cuidado, tal como argumenta María Laura Mondelo en *Trabajadoras de salud y tareas de cuidado: narrativas de la pandemia por COVID-19*. La autora da cuenta de los esfuerzos adicionales anclados en las desigualdades de género vigentes, que se evidencian tanto en sus espacios de trabajo como en la distribución y responsabilidades diferenciales de las tareas en el ámbito hogareño de estas mujeres.

Muchos de los replanteos en las formas de reorganización de servicios y programas, y de la atención en los centros de salud, se cristalizaron en las transformaciones de los espacios

que habilitaron nuevos modos de relacionamiento entre trabajadoras/es y con la población usuaria. En *Transformaciones en el espacio: vínculos y nuevas solidaridades en los centros de salud de Misiones*, Carlos Bottex aborda el impacto de los cambios en los escenarios laborales y los puntos de apoyo que las/os trabajadoras/es pudieron construir para sortear las difíciles situaciones que atravesaron. Algunos lazos de solidaridad se reforzaron, otros nuevos fueron establecidos al calor de la constitución de relaciones entre personas que se conocieron en la emergencia sanitaria al integrarse a equipos de salud preexistentes, ya sea para reemplazar o cubrir a algún/a compañero/a afectado/a por COVID-19 o porque comenzaron a trabajar en otros espacios sanitarios: triaje, vacunatorios, unidades de terapia intensiva, centros de salud. Estos reacomodamientos no estuvieron exentos de estrés o tensiones. Paradójicamente, ante las situaciones críticas pudieron sobreponerse a los desencuentros, fricciones en pos del profesionalismo y compromiso asumido con la salud pública y el bienestar de la comunidad atendida.

Al respecto de los lazos entre compañeras/os de trabajo, Ricardo Ferreyra y Mauro Figueredo ponen el foco en la importancia de la capacidad de agencia de las/os trabajadoras/es de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). En el trabajo *Autonomía y determinación del personal sanitario en el Primer Nivel de Atención en la emergencia de COVID-19*, dichos autores recuperan el involucramiento de los agentes de salud en la adecuación de los protocolos. Allí, la importancia de su participación en la adecuación de las acciones de cuidado —a partir del trabajo y conocimiento en terreno— se constituyen en un aspecto insustituible de toda política de salud. La posibilidad de pensar a estas/os trabajadoras/es como

artífices imprescindibles de la sanidad, abre las condiciones para problematizar las relaciones asimétricas y las estructuras verticalistas rígidas que impiden comprender toda la trama implicada en la atención de la salud. La reapropiación de esos protocolos, que en principio parecían ceñirse a “barreras físicas” entre las personas, para dicho sector de la salud fue el modo de dar continuidad a las relaciones de atención en los CAPS.

La tercera parte del libro, *Políticas en salud*, nos remite a reflexiones en torno al carácter que adquirieron distintas acciones programáticas implementadas desde el Estado nacional/provincial, a los modos particulares en que se organizaron distintos dispositivos de cuidado referidos a la salud mental y a la inoculación en contra del COVID.

En relación con la generación de los vínculos de acompañamiento, tanto del personal de salud como de la población, la política sanitaria de la pandemia puso al descubierto la fragilidad de los espacios de salud mental en el organigrama de promoción, prevención y atención. El foco en la afección del virus COVID-19 en términos biologicistas, implicó el desdibujamiento de una concepción integral de salud. *Atención y cuidados de la salud mental en el sistema sanitario de Misiones durante la pandemia*, de Mariana Lorenzetti y Sybil Mac Lean, se enfoca particularmente en las aristas del acompañamiento de la salud mental. Para las/os profesionales del campo psicosocial, esto acarreó varios desafíos a atender en simultáneo: acompañar a sus propias/os compañeras/os de trabajo y reforzar/continuar con la contención de la población. Así, para los servicios de salud, el proceso de la pandemia presentó numerosas disyuntivas, tanto *puertas para adentro* como hacia la atención de la comunidad. En esas disyuntivas, se pusieron en

juego las capacidades de activar, en cada ámbito de actuación, los cuidados de otras/os y de sí.

Sin dudas, un punto de inflexión en este proceso lo constituyó la campaña de vacunación contra el COVID-19. *La vacunación COVID-19 como proceso social: experiencias del personal sanitario en Misiones*, bajo la autoría de Miguel Avalos y Lidia Schiavoni, nos sumerge en los distintos debates y posicionamientos referidos no solo a cuestiones geopolíticas, sino también a modos de pensar las políticas sanitarias, la comunicación y la investigación en salud. Estos debates estuvieron vinculados a garantizar su acceso de manera prioritaria y masiva al mismo tiempo, configurándose un proceso social que entrañó una serie de complejidades que trascienden la *mera inoculación*. Tal como argumentan en el trabajo, la aparición de las vacunas significó una bisagra en términos de la reducción de la letalidad y la ocupación en las camas de terapia intensiva, generando otro clima social de mayor sosiego, respecto de la incertidumbre y la tragedia que impregnó al año 2020.

La última parte, *Cuerpos, sujetos y comunidades*, anuda tres escritos en los cuales se trabajaron las particularidades del trabajo durante el contexto de pandemia en conjuntos poblacionales y profesionales específicos.

En *Cuidados en tiempos de COVID-19: las relaciones entre los equipos de salud y las comunidades mbya guaraní (Misiones)*, Mercedes Palazzo Fabre y Luciana Ayala nos muestran la importancia del trabajo mancomunado entre los equipos, los agentes sanitarios de salud indígena (ASSI) y las autoridades locales (caciques). En dichos contextos comunitarios el proceso de la pandemia fue adquiriendo particularidades en relación con las estrategias de producción de cuidados, donde

las condiciones de vida y las dinámicas organizacionales exigen otras maneras de afrontar las dificultades ligadas a los padecimientos-enfermedades.

La propuesta de Ana Núñez y Jorge Godoy: *Apuntes para pensar la corporalidad entre obstétricas y enfermeras/os en la pandemia COVID-19 en Misiones*, problematiza las dicotomías individuo-sociedad, cuerpo-mente, sujeto-objeto con el fin de comprender los modos en que estas instancias se configuran mutuamente en ambos grupos profesionales y se expresan en los distintos testimonios compartidos. El eje analítico del capítulo once, entonces, discurre en los sentidos de *poner el cuerpo* en las situaciones críticas que interpelaron las prácticas sanitarias de obstetras y enfermeras/os.

En *Autoetnografía de un trabajador: trayectoria política y formativa de un enfermero peronista*, Jorge Godoy nos comparte la interconexión entre su historia de vida, su proceso educativo y el sentido de pertenencia al movimiento de trabajadores/as sanitarios/as que reivindican sus derechos laborales en el espacio público. El escrito recupera su participación en el *acampe* realizado frente al Ministerio de Salud, a partir del cual el personal de salud contratado, monotributista y becado pasó a formar parte del plantel permanente del sistema de salud público de la provincia o bien fueron contratados en relación de dependencia. En su recorrido, resalta las redes de solidaridad que vecinos/as mantuvieron con quienes participaron del proceso organizativo de reivindicación laboral, así como también en la significación que implicó ese reconocerse como trabajador/a autoconvocado/a para reflexionar sobre su rol en la salud pública en un contexto pandémico.

Los escritos que integran el libro iluminan un aspecto singular de las experiencias de trabajo de salud en pandemia,

al mismo tiempo que dialogan entre sí para dar un panorama abarcador de un proceso que ha implicado un punto de inflexión. No obstante, este solo puede comprenderse a condición de considerar las continuidades y las discontinuidades que permean el sistema público de salud misionero.

Lejos de agotar todas las aristas de lo que significó la pandemia de COVID-19 en Misiones, esta producción apunta a visibilizar la labor emprendida por los equipos sanitarios, a reunir algunos de los aprendizajes que el proceso ha implicado y a vislumbrar las prioridades basadas en los desafíos por delante.

BIBLIOGRAFÍA

Bleger, M. V. (2021).

Escalas narrativas: reflexiones en torno al proceso de jerarquización en los discursos y la espacialización de la memoria en territorio mapuche. *Tabula Rasa*, 39, 241-258. <https://doi.org/10.25058/20112742.n39.11>

Bruner, J. (2003).

La fábrica de historia: derecho, literatura, vida. Fondo de Cultura Económica.

Ministerio del Agro y la Producción de Misiones. (2016).

Plan de implementación provincial Proyecto de Inclusión Socio-Económica en Áreas Rurales. Informe gubernamental. <https://www.magyp.gob.ar/sitio/areas/pisear/biblioteca/PIP%20Misiones.pdf>

Pfeiffer Castellanos, M. E. (2014).

A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 4, 1065-1076.

PARTE I

Aspectos metodológicos

NARRAR EN LA SELVA ESPESA DE LA POSTPANDEMIA

Mauro Figueredo

TRES. LA ANTESALA DEL RELATO

Una comunidad emancipada es una comunidad de narradores y traductores en que las palabras y las imágenes, las historias y las performances pueden cambiar algo del mundo en que vivimos.

JACQUES RANCIÈRE

Nos gustaría comenzar este escrito *in medias res*. No realizar el protocolo interminable de los comienzos, sino, acaso como lo deseara Michel Foucault en *El orden del discurso*, empezar hablar casi porque sí, ser como *transportado* hacia el relato. Si hemos de aceptar que una cultura se *describe* y se *constituye* a sí misma a partir de la diversidad narrativa (Grüner, 2002, p. 13) podríamos concordar con la “universalidad” del acto narrativo y darnos la posibilidad de repensar el “programa narrativo” de las sociedades contemporáneas (Barthes, 2011; Parret, 1994).

En este sentido, podríamos inscribir *nuestro* relato como otro de los tantos relatos de la postpandemia, pero sin la pretensión de lo cerrado, de lo acabado, de lo definitivo. Por

tanto, nos parece oportuno posicionar nuestro trabajo en el territorio liminal de un “proceso” narrativo dispuesto siempre a modificarse, plástico, heterogéneo, abierto a otros recorridos.

Más aún si tenemos en cuenta que se trata de un tipo particular de vivencia que tenemos que procesar y de un tipo peculiar de formato y de género discursivo: el testimonio generado en el encuentro etnográfico de la producción de las entrevistas y reprocesado a través de dimensiones de análisis, con la ayuda de las herramientas *Atlas-Ti*¹. Esto nos obliga a reconocer el universo del discurso en el que se entretejen estos relatos, es decir, no solo sus mecanismos retóricos, sino también sus condiciones de producción y el contexto socio-cultural —el hábitat— en el que se hallan inmersos.

En este orden de cosas, el proyecto de investigación “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” nos brinda un cúmulo de miríadas, como un poliedro de múltiples caras, acerca de determinadas problemáticas que asediaron el trabajo, los vínculos, los hogares, las formas de ser/estar en el mundo, los miedos y las esperanzas, las representaciones y los imaginarios sociales de las/os trabajadoras/es de la salud.

Lo manifestado nos plantea un reto metodológico (por ende, político e ideológico) que podríamos extrapolar a nuestras reflexiones: “¿por qué una cultura narra desde solo una voz?” (Augé, 1999, p. 173). Si desplazamos el sentido originario

1. ATLAS-Ti es un *software* que permite el procesamiento y la sistematización de un gran volumen de datos cualitativos.

de esta pregunta, la misma resulta válida para repensar la narración junto a nociones como *hegemonía* y *visibilidad*. Es decir, sería propicio preguntarnos: ¿cuándo determinadas narraciones dotan de visibilidad a ciertas porciones sociales y excluyen otras?, ¿cuándo el relato “quiere hacerse” pasar por universal y de este modo escamotea las narraciones de otros sectores/clases sociales?, ¿por qué se habilitan y privilegian determinadas voces?, ¿qué voces son puestas en escena, cuáles silenciadas o soslayadas?, ¿qué concepciones epistémicas se hallan detrás de esas voces? ¿Qué actores sociales pierden rostridad en el murmullo incesante de los medios de comunicación?

DOS. RESET

la actividad narrativa entraña una paradoja: por un lado, el relato es producto de la imaginación, pero por otro explicita lo que es más esencial, más verdadero, en el hombre.

HERMAN PARRET

¿Hay *erie* en nuestras vidas cotidianas reales? Basta leer el tratamiento que la prensa da a los atentados terroristas o al coronavirus y observar las manipulaciones masivas del miedo para entender que sobra. Lo *erie* en nuestra contemporaneidad es el capital.

ELSA DRUCAROFF

Mark Fisher definió lo raro y lo espeluznante del siguiente modo:

lo raro se constituye por una presencia —la presencia que no encaja—. Lo raro, en algunos casos, viene marcado por una presencia exorbitante, algo que rebosa y sobrepasa nuestra capaci-

dad de representación. En cambio, lo espeluznante, se constituye por una *falta de ausencia* o por una *falta de presencia*. La sensación de lo espeluznante surge si hay una presencia cuando no debería haber nada, o si no hay presencia cuando debería haber algo (2020, p. 75).

Sin dudas, la experiencia de la pandemia COVID-19 no solo alteró nuestros *hábitos y dinámicas* de sentido, sino que instauró una nueva experiencia en el *cuerpo*. El cuerpo se tornó frágil y la cercanía de los otros, peligrosa. Mientras los contadores de contagios y muertes asediaban nuestras pantallas, las sensaciones de lo raro y lo espeluznante lo invadieron todo.

Es decir, algo “exorbitante” desbordó nuestros marcos referenciales básicos y suspendió nuestras narrativas experienciales anteriores precisamente porque algo no encajaba con aquello que hace unos pocos momentos considerábamos *vida*. A la vez, “había algo dónde no debería haber nada” como flotando en el aire (una falta de ausencia) y, lo que es más preocupante aún es que “no había nada cuando debería haber algo”, justamente, la sociedad, la presencia de los otros; esos *cuerpos aliados* para enfrentar la amenaza (Butler, 2017).

Walter Benjamin en “El narrador” reparó en la mudez de aquellos que volvían de la primera guerra Mundial y la ligó a la experiencia narrativa en la sociedad de la información. Manifestó que “una facultad que nos parecía consustancial a la naturaleza de lo humano, la más segura entre las seguras, nos está siendo arrebatada: la facultad de intercambiar experiencias” (2019, p. 225). Puso énfasis en que la sociedad de la información ha desempeñado un papel crucial en esta “mortificación”, pues el cúmulo de datos de lo informativo vive de la recompensa del mero instante (luego se olvida,

luego desaparece) y no dispone de los resortes narrativos para transformarlo en experiencia propia, al contrario de lo que sucede con el “relato”. La sociedad de la información coarta la participación e interpretación de los sujetos en el *rizoma* narrativo², ya que enrarece la atmósfera del intercambio y del compartir con otros³.

En efecto, si “contar es socializar” (Parret, 1994, p. 54) pareciera que en la pandemia quedamos atrapados en nuestras mónadas (memes y series mediante), aislados en el enjambre. El enjambre digital, de hecho, no consta de ningún “nosotros” y al erosionar la noción de lo comunitario “hace cada vez menos probable una acción común” (Han, 2019, pp. 26; 32)⁴.

Ahora bien, esto no significa que ese grupo particular de “trabajadores de la salud” haya dejado de organizarse, de generar agenciamientos, de establecer vasos conectores con el

2. Benjamin ha trazado un panorama muy distinto al de *La obra de arte en la época de la reproductibilidad técnica*, pues paradójicamente pareciera inclinarse hacia una defensa aurática de la narración (Escobar, 2015, p. 73). En efecto, Escobar (2015, p. 73) señala que el sentido de esta “oposición” se encuentra en la diferencia de lo que irradia el cuento popular en relación con el “aura burguesa”.

3. “Al proceso de ‘rarificación’ del arte de narrar contribuyó la emergencia, primero del libro... después de la información” (García, 2004, p. 212).

4. Podríamos pensar la definición de “realismo capitalista” que acuñó Mark Fisher en relación con lo que señaláramos desde la peculiar mirada de Byung-Chul Han. Fisher dice lo siguiente: “Es algo más parecido a una atmósfera general que condiciona no solo la producción de cultura, sino también la regulación del trabajo y la educación, y que actúa como una barrera invisible que impide el pensamiento y la acción genuinos” (Fisher, 2018, p. 41).

afuera, de reorganizar sus espacios, de contar lo que les estaba pasando, de ocuparse de las/os otras/os.

Este acontecimiento a escala mundial transformó lo habitual y esos relatos y cronotopías sufrieron una metamorfosis tal que desnudaron carencias, plantearon soluciones, establecieron formas de ser/estar y habilitaron nuevas luchas y nuevas dudas. Las preguntas serían, entonces, ¿cómo volver a esos relatos *nuestros*?, ¿cómo conseguir que formen parte de nuestras biografías si se cocinan sobre el molde de una cadena progresiva de actualizaciones que día a día se disuelve en la urgencia de *lo actual*?, ¿cómo (re)construir culturalmente si todo lo que tiene un atisbo de narratividad se diluye en el humo volátil del capital informativo?, ¿cómo narrar lo vivido si nuestro relato parte de una *falta*?, ¿de qué manera hacer evidente los cuerpos y su universo paraverbal?, ¿cómo pensar una acción común si se hace patente la erosión de lo comunitario?, ¿de qué manera subsanar ese vacío en la representación?

Recordemos que lo paraverbal ocupa una parte inherente del lenguaje. De hecho, Mark Knapp (1982) ha dicho que lo discursivo ocupa un porcentaje muy menor con respecto a lo paraverbal (gestos, miradas, olores, tonos, etcétera), pero también al contexto, espacio, situación y demás. Ahora bien, la escritura y el relato pueden construirse en ausencia de los otros. No hace falta que el otro esté precisamente ahí para participar de mi narración. La pregunta benjaminiana sería qué se pierde con todo esto, qué falta, qué hace que cada vez nos volvamos menos capaces de compartir y estemos más sujetos a las imparticiones o permeables a los relatos del libre mercado, propios de la narrativa neoliberal donde se diluyen las formas de alianza y participación.

En este *territorio*, lo narrativo se presenta al mismo tiempo como una ventaja y una controversia. Una ventaja, pues vuelve narrable una experiencia en el borde, en el linde con la muerte. Y una controversia, porque se suele pensar que las situaciones de permanente inestabilidad nos vuelven creativos ya que debemos improvisar sobre la marcha; encontrar descaminos y variables en aquello que irrumpe, de pronto, en nuestras vidas. Algo que, evidentemente, sucedió en el campo de la salud. Sin embargo, como dice Mark Fisher (2018), la perpetua inestabilidad también puede dirigirnos hacia el conservadurismo más radical y hacia el estancamiento más patente; es el aferrarse a las viejas recetas y la suspensión de la acción porque nos hace ceñirnos a los lugares más reaccionarios.

En consecuencia, ¿qué sucedió en el particular mundo de la salud? ¿Cómo afrontaron las dificultades que se hicieron carne viva? ¿De qué manera visibilizar la precariedad? ¿Cómo enfrentar la muerte de familiares y compañeros de trabajo? ¿Qué cambió de todo esto? ¿Qué seguimos repitiendo como un mantra? ¿Qué funciones/roles se resignificaron? Para crear, muchas veces, se requiere de tiempo; muchas veces, se necesita cierto margen para poder construir narrativamente. La creatividad está dada por ese “intervalo” que se produce entre el final del suceso y la posibilidad de transformarlo en relato.

Es por eso que se vuelve tan significativo recuperar la experiencia a partir del relato (mas no como pura catarsis). Las experiencias límites suelen ser la clave del reaprehender. Relatar (etimológicamente “volver a traer”) implica recordar, por ende, resemantizar lo vivido. Se trata, entonces, de recapitalizar la experiencia para ponernos a pensar cómo y hacia dónde deberíamos reconfigurar las modelizaciones que nos permitan compartir el acontecimiento. Si, como lo definió

Benjamin, la narración es el arte de “intercambiar experiencias”, entonces, un aspecto muy importante del tejido narrativo está dado por su capacidad para modular lo experiencial y resignificar los vínculos socioculturales, por tanto, actualizar la red mnemónica (García, 2004, p. 223).

Más aún si esa experiencia es contada desde sus propios protagonistas, si es vuelta a traer por aquellos que habitaron las primeras líneas de defensa: los trabajadores de la salud. En efecto, la narración es un proceso comunicativo que posibilita una serie de movimientos de sentido: “se reconstruyen tramas, que pueden ampliar el imaginario, se esgrime y evalúan-critican argumentos, se reinterpretan contextos para descubrir nuevas dimensiones” (García, 2004, p. 219).

Metafóricamente, podríamos catalogarlas en las figuras arcaicas del *campesino sedentario* y el *marino mercante* (Benjamin, 2019, p. 113). El *marino mercante* es aquel que al transitar por mundos lejanos tiene una especie de carta de pase para “enseñar” a mirar más allá del horizonte, pues cuando alguien realiza una incursión por territorios inexplorados puede narrar una experiencia. El *campesino sedentario*, por su parte, está completamente arraigado a las costumbres, a la tradición, al espacio simbólico/político de un territorio determinado. Él encarna el cúmulo de experiencias propias de la tradición y del saber práctico.

Estas dos figuras simbólicas, serían, en definitiva, dos formas de *ver/hacer*. Podríamos extrapolarlas al ámbito de los trabajadores de la salud ya que en cierto sentido fueron partícipes, más que de un viaje, de un pasaje a una “nueva normalidad” y como tal al mundo que desconocían (como cualquier pesadilla post apocalíptica). Además, los trabajadores de la salud ostentaban el saber hacer propio de sus disci-

plinas, la practicidad y la experiencia propias de esos campos del conocimiento. En este sentido, tendríamos, por un lado, un pasaje hacia una reconfiguración de vínculos, relaciones, prácticas y espacio, y, por otro, la tensión entre saber-hacer/saber-poder que fue permanentemente puesto en cuestión por la estructura piramidal del sistema y por la hegemonía del saber médico.

En este sentido, podríamos afirmar que “la primera imposición convencional del discurso narrativo” es la prefiguración de su inicio, es decir, lo que sería el comienzo de la narración coincide con el final de los hechos narrados (Ferro, 1998, p. 35; Machado, 2009, p. 20). Esto implica que en la narración todo final anuncia, en realidad, otro principio, y que su “matriz convencional” permite en su concavidad el protocolo del despliegue que puede “reiniciarse indefinidamente” y, en consecuencia, reconfigurarse de manera ilimitada (Ferro, 1998, p. 36).

La riqueza de su perspectiva y sus peculiares modos de acción, los agenciamientos, las dinámicas biopolíticas, sus redes de significación, la precariedad que asolaron sus prácticas — pero también las solidaridades—, las discontinuas temporalidades, las reconfiguraciones del hábitat, las continuas discontinuidades del hábito, la importancia de la salud mental, entre otros, marcaron, de algún modo, eso que es necesario narrar.

Dicho de este modo, la narración es una *forma de conocimiento*, por tanto, es una forma de traducir en saber elementos semióticos de orden lógico, moral, psicológico, ideológico, político, práctico, etc. Tanto los que narran como los que reciben la narración saben “algo más” acerca del mundo después de la ofrenda narrativa. La narración tiene un efecto epistémico en los participantes. Como dice Benjamin:

Aporta de por sí, velada o abiertamente, su utilidad; algunas veces en forma de moraleja, en otras, en forma de indicación práctica, o bien como proverbio o regla de vida. En todos los casos, el que narra es un hombre que tiene consejos para el que escucha. Y aunque hoy el “saber consejo” nos suene pasado de moda, eso se debe a la circunstancia de una menguante comunicabilidad de la experiencia (2019, p. 114).

Tratemos de pensar juntos, entonces, en algunas cuestiones teórico metodológicas que sería necesario revisar a fin de clarificar —esto es lo que esperamos, aunque puede suceder todo lo contrario— los escenarios en los que se materializaron ese cúmulo de relatos.

UNO. NADAR DE NOCHE

Vivimos en un mar de relatos y, como el pez que (según el proverbio) será el último en descubrir el agua, tenemos nuestras propias dificultades para entender en qué consiste nadar entre relatos.

JEROME S. BRUNER

Leer es siempre reescribir.

TERRY EAGLETON

En el apartado anterior nos referíamos a la necesidad de volver a traer los relatos que reflejan y refractan particulares vivencias en tiempos de pandemia desde la perspectiva de las/os trabajadoras/es de la salud. No obstante, traerlos así, sin más, en bruto, no nos aportaría nada, o al menos muy poco. Analizar hermenéuticamente el “relato testimonial” entraña, como decíamos anteriormente, revisar ciertas concepciones teóricas y ciertas bases metodológicas.

En consecuencia, en este apartado nos proponemos trazar un despliegue por distintos dilemas de las dimensiones de lo narrativo. Hemos elegido la palabra *dilema*, pese a su uso casi cotidiano, porque nos posibilita trabajar sobre la tensión dialéctica entre argumentos. Si argumentar es una forma de *ver* sería factible sostener que hay tanto relato en la argumentación como argumentación en el relato; estos no son contrarios u operan en campos discursivos disímiles, sino que “se razona contando y el razonamiento se relata” (Parret, 1994, p. 56).

Ahora bien, lo primero que vemos cuando tenemos ante nosotros el relato de los otros es una especie de campo compartido, una zona de desarrollo proximal, pero también una *frontera*. Todo relato del otro nos enfrenta al dilema de la *otredad*, por tanto, de lo distinto. Y, en este orden de cosas, hay una valla, una dificultad, pues el otro se me resiste. Lo que el otro dice no me es totalmente nítido ni perceptible por sí mismo, sino que necesita devenir perceptible (Coccia, 2011). Si el relato del otro no tuviera ese grado de “opacidad” no habría ninguna necesidad de interpretación, de lectura o de reflexión. No habría necesidad de compartir algo con el otro; existe el diálogo porque existe la diferencia (Lotman, 1996).

Esto pone de relieve un segundo problema. El investigador se enfrenta a un conflicto de recortes, de selección, pues no necesariamente todo lo que el otro dice es factible de análisis ni todo podría formar parte del nodo temático que se quisiera tratar. La “focalización” es lo que permite recrear y configurar al objeto.

Este *recorte* y esta *recreación*, a su vez, materializan el inconveniente de los desplazamientos. Se desplazan los campos de producción del discurso desde el ámbito en el que fueron generados hasta la cocina escritural del investigador. Esos

relatos no estarán en carne viva para hablar por sí mismos, sino que necesitan recodificarse al pasar a formar parte de una nueva instancia de producción (Contursi-Ferro, 2006, p. 92). Es innegable que sobre la primera lectura del fenómeno hay ya una segunda lectura, una redefinición. Diríamos, en términos metafóricos, que como el alfarero al barro nuestras huellas quedan adheridas “a la narración tal como las manos del alfarero dejan su marca en las superficies de la vasija de barro” (Benjamin, 2019, p. 233).

Explicitadas esas reglas de juego resulta evidente que hay una valla más difícil de sortear. Este encuentro con el otro prefigura problemáticas de visibilidad/enunciatividad discursivas. Esos relatos también focalizan ciertas dimensiones de lo social desde un particular ángulo de visión que no necesariamente es el nuestro. Ese otro es a quien le toca *comunicar* un cúmulo de *experiencias* sensitivas, sensoriales, materiales y simbólicas y, para hacerlo, recurre a los capitales culturales con los cuales cuenta. Pongamos por caso, aunque no es nuestra intención detenernos en este punto, la mirada biologicista de la medicina y su desplazamiento hacia una mirada más de índole social.

En este orden de cosas, podríamos decir que “La narración es una de las formas primordiales de mediación y modelación de la experiencia” y, por lo tanto, “constituye una estructura fundamental que contribuye a la elaboración de formatos” que van desde la canción de cuna hacia el cuento popular, desde la información al chisme, de los chistes hasta las reyertas políticas de turno (García, 2004, p. 218).

Por eso podría decirse que la “modalización” de todo relato está determinada por sus condiciones de producción —en este caso en particular, la metodología propia que ha adoptado

el grupo de investigación— y, en cierta forma, estructuradas sobre “estados epistémicos (creencias, valores) y erotéticos (deseos)” (Parret, 1994, p. 63). El factor pragmático de esos relatos testimoniales pone en evidencia que los mismos no están flotando en el aire, sino que se anclan en una situación y en un contexto sociocultural específico y, por lo tanto, están surcados por imaginarios sociales y acentuaciones ideológicas de diversa densidad.

Por otra parte, como sabemos, el “relato testimonial” presenta ciertas particularidades. Primero porque “transporta las cosas vistas al plano de las cosas dichas” (Ricœur, 1983, p. 20). Segundo, en el campo de la comunicación, asume la *confianza* puesta en el discurso del otro. Esto significa que uno de los nodos principales de la narración testimonial es su carácter comunicativo y que en su comunicación anida el problema retórico de la persuasión y de la verosimilitud de esos relatos y la red compleja de elementos discursivos que establecen un tejido entre lo acontecido y lo dicho, entre las palabras y las cosas anudadas en el discurso de un “portavoz autorizado” (Ricœur, 1982, p. 21; Bourdieu, 1985)⁵.

En efecto, el relato testimonial atestigüa una “modalidad privilegiada de la referencia” en su “doble articulación”. Por un lado, constituye una referencia de objetos, situaciones y

5. Agamben (2005, p. 15) dice que la palabra testigo tiene dos raíces: “testis” es aquel que se sitúa como tercero en un proceso de dos contendientes y “supertest” que hace referencia a quien ha vivido un acontecimiento y está en condiciones de ofrecer un testimonio sobre él. En este orden de cosas, el relato testimonial se ubica en el linde de lo probable pues materializa un problema de argumentación.

personas en un entramado sociocultural específico y, por otro, opera en la dimensión configurativa en tanto permite visibilizar de un nuevo modo aquello que se referencia como tal (problema retórico) (Ferro, 1998, p. 35). No obstante, no deberíamos descuidar que la diferencia estriba en que mientras otros dispositivos discursivos se *refieren* a los objetos o a los sujetos en un “estado determinado”, la narración lo hace a partir de su “transformación”. Y no solo eso, sino que permite atisbar la matriz “conflictual” que esa cadena de transformaciones pone en escena en el campo social (Parret, 1994, p. 60).

Al mismo tiempo, “el testimonio está al servicio del juicio; la constatación y el relato constituyen informaciones sobre cuyas bases se forma una opinión acerca de una secuencia de acontecimientos, sobre el encadenamiento de una acción, sobre los motivos de un acto (...) sobre el sentido de lo ocurrido” (Ricœur, 1983, p. 14). Por consiguiente, es factible preguntarse a partir de estos relatos sobre el nudo “conflictivo” que puso en escena las narraciones de la pandemia en el campo de la salud. Es decir, ¿Cómo se enfrentaron los conflictos? ¿Cuáles fueron los ayudantes u oponentes que posibilitaron o imposibilitaron la acción? ¿Qué redes de contención permitieron la organización y qué redes se vieron fragilizadas ante la irrupción de los acontecimientos críticos? ¿Cuáles fueron las continuidades o discontinuidades entre los ámbitos domésticos, comunitarios y las tramas socioterritoriales más amplias?, etc.

El dilema crucial es la inestabilidad propia de todo relato de experiencia, de vida, esto es, su “opacidad” —algo que ya anticipamos unas líneas atrás—. Desde esta perspectiva el lenguaje es el que recrea la realidad, la construye y la constituye; la mediatiza. El uso de ciertos enunciados, la focalización

de determinados fenómenos emergentes, los imaginarios, las posiciones ideológicas e históricas de los discursos son imprescindibles para dar cuenta de esa opacidad (Contursi-Ferro, 2006, p. 93). Hablamos más bien de un gran promedio de variables y esperamos correlaciones imperfectas, esguinces, y no reproducción exacta de lo que presumimos debería ser el relato del otro (Becker, 2014, p. 85).

De hecho, como dice Marc Augé (1999, p. 177):

Todos vivimos, lo sabemos, varios relatos simultáneamente. Algunos son más íntimos, más personales que otros. No nos resistimos siempre al deseo de reinterpretarlos, de remodelarlos, ya sea para adaptarlos a aquello que estamos viviendo, ya sea para dominar las interferencias, adaptarlos los unos a los otros.

Esta cita nos lleva a un punto neurálgico, teórica y metodológicamente hablando, puesto que todo relato testimonial acerca del acontecimiento COVID-19 se materializa a través de una red interdiscursiva, a veces más sutil y más difícil de desentrañar. En esa red podrían observarse múltiples conexiones y posiciones de los enunciatarios que surcan todo relato testimonial. Esta perspectiva, podríamos decir, cuestionaría la “univocidad” del sujeto, pues sobre su voz se imprimen otras voces con distintos niveles de dominancias (Maingueneau, 2009, p. 77). Mijaíl Bajtín (2019) dice, justamente, que la palabra está llena de ecos, de otras voces. La vuelta de tuerca que propone esta mirada es la recuperación “efectiva o virtual” de las voces de otros en su propia discursividad que configuran una red de alternancias y vasos conectores —no siempre explícitos— entre múltiples enunciados (Maingueneau, 2009, p. 78).

Si múltiples voces surcan mi discursividad, entonces, es probable sostener que toda narración está entrelazada en la red de la *memoria*. Sabemos, toda narración está estrechamente ligada a una temporalidad que se proyecta en el interior del relato (prolepsis, analepsis, circularidad o reversibilidad, etc.), que sería la parte configurativa de todo relato y esta proyección se encuentra indisolublemente unida a la realización efectiva del *cronotopo* narrativo inscrita en cierto contexto/situación sociocultural. La huella de la temporalidad en la que sucedieron las cosas señala su continuidad con el tiempo histórico, pero también su horadación, su reinterpretación. Si bien no todas las culturas procesan la temporalidad del mismo modo (Contursi-Ferro, 2006, p. 17), no existiría tiempo pensado si no fuera tiempo narrado (Ferro, 1998, p. 42).

Las marcas mnemónicas persisten en el relato más allá del paso del tiempo, pero la inscripción del relato en nuevos contextos socioculturales modifica sustancialmente la recepción y, en consecuencia, la producción de sentidos en torno a ese relato —revisemos brevemente lo que decíamos párrafos atrás acerca de la recodificación de los relatos en otros contextos de producción. En el “marco” siempre móvil de nuevos campos discursivos y nuevos horizontes de expectativas se reescriben otras interpretaciones sobre los relatos y se reelaboran desplazamientos en su *quantum* de “memoria”.

Tampoco deberíamos soslayar que toda *forma narrativa* genera una especie de ligación cultural por la cual se desarrolla el sentido compartido de pertenencia y se *nos* posibilita pensar en contigüidad en una dinámica de operaciones simbólicas y de determinadas prácticas sociales. La red mnemónica —operando en todo relato— también sería el espacio de disputa en el que se dirimen las luchas —a veces desiguales,

por cierto—por las representaciones sociales, y por el tejido de lo por-venir⁶. En el sentido de que una lectura “histórica” *implica* un desplazamiento ideológico de las capas sedimentarias de lo narrado, puesto que reactualiza, reenvía, y reescribe retóricas de “lo sido” (Ricœur, 1983).

Se ha dicho en innumerables oportunidades que el verdadero aprendizaje de la historia consiste en que lo pasado “sirva” para releer el presente, acaso para no repetirlo (cosa filosóficamente imposible) o para reescribirlo. Justamente, un pensador muy profundo del concepto de historia, como lo fue Walter Benjamin (2019), nos enseñó no solo que a “la historia la escriben los que ganan”, sino que en las ruinas del pasado habría ciertos elementos semióticos que nos permitirían reinterpretar el ahora, pero no como su sumisión hacia lo verdadero o lo que “realmente fue”, sino en sus matices, tal como estos “relumbran en un instante de peligro”. Nuevas pistas, nuevas huellas, nuevas lecturas. El pasado no es ni monolítico, ni fijo, sino que en el “montaje” radica una potencia primordial de descubrimiento (Tacceta, 2013).

Por eso deberíamos ser cuidadosos con lecturas de lo sido que trate de un absolutismo o de verdades originarias o por develar (Grüner, 2002; Scavino, 2012). En efecto “el agotamiento de lo nuevo nos priva hasta del pasado. La tradición pierde sentido una vez que nada la desafía o modifica. Una

6. Si la memoria es la *arena de luchas* en la cual los sentidos se constituyen, no podríamos obviar la impronta del “archivo” en la sociedad contemporánea. Más bien, la profusión de este que nos remite a la “era eufórica del archivo” (ver Huyssen, 2007, p. 13), al *pathos* postmoderno de digitalización y acumulación de información.

cultura que solo se preserva no es cultura en absoluto” (Fisher, 2018, p. 14). Si no podemos releer el pasado no habría margen posible para estudiar las líneas de fuga que propone el relato y seríamos incapaces de ver los matices y las sombras que se encuentran en toda narración.

Por último, quizá algo que no deberíamos dejar de considerar en el mundo contemporáneo es la incidencia de los medios masivos de comunicación. Las formaciones discursivas que decantan las *massmediatizaciones* de la información operan sobre el relato. Fijémonos, por ejemplo, en las múltiples versiones de un caso que circulan a través de los medios de comunicación: la segregación, producción y diseminación de sentido (como un derrame) hacia la opinión pública, hacia la recepción y cómo esto reactualiza, discute y plantea otros supuestos sobre la materialidad de lo vivido.

Las gramáticas tecnoperceptivas evidencian, como bien lo manifiestan Reguillo (2001) y Barbero (1990), la articulación entre la oralidad primaria y la secundaria, es decir *que tejen y organizan* los moldes en los cuales se cocinan las comparaciones, las identificaciones y los lugares para repensar la realidad y el susurro de lo actual (Barbero, 1990, p. 23). Y no podríamos negar que lo massmediático se instaló en el corazón del acontecimiento COVID-19. Pensemos, por ejemplo, en el eje vertebrador de la vacunación o en el desconocimiento protocolar de los primeros meses de la pandemia.

En resumidas cuentas, podríamos sostener que toda praxis narrativa sería “performativa”, es decir, tanto simbólica como pragmática. Tiene correlato, por un lado, con leyes y normas que regulan la interpretación discursiva y, por ende, sociocultural; por otro, se juegan estratégicamente en todo el margen

de maniobra que se disponga para concretar deseos, preservar determinados órdenes, movilizar intereses y cumplir ciertos objetivos (Augé, 1999, p. 175-176; Butler, 2017) y, justamente, el relato da cuenta explícita e implícitamente de esos vaivenes, devenires y desterritorializaciones.

CERO: EL FINAL ES DONDE PARTÍ

La Iliada es un canto de la ira. Esta ira es narrativa, épica, porque produce determinadas acciones. En esto se distingue la ira del enfado como efecto de las olas de indignación. La indignación digital no puede contarse. No es capaz de acción ni de narración.
BYUNG-CHUL HAN

Comúnmente decimos que hemos visto (un cuadro en una sala de exposición, una pelea cotidiana entre unos amigos, la complejidad de una teoría, un accidente de tránsito, etcétera) o, mejor dicho, logrado *ver* cuando alguien, con su narración, nos lo ha enfocado desde cierta óptica. De manera que lo que anteriormente se presentaba como borroso ahora ha cobrado nuevas dimensiones de visibilidad: la narración *hace ver* otra vez y de otro modo. Y ese *ver de nuevo* también es una forma de vivir *en* el relato.

Si la narración comprende un vínculo fundamental de los hombres entre sí y de *estos* con el mundo, entonces, a la vez que contiene elementos que dan significado a las heterogéneas prácticas humanas también posibilita las formas de acción/intervención. Sin embargo, la imagen que queremos retratar con estos enunciados no implica linealidad entre bases y superestructuras, sino más bien la red que articula, constituye y retroalimenta las prácticas y los imaginarios.

El tejido narrativo opera al mismo tiempo como intelección de lo real y como representación, se nutre de los imaginarios sociales y habilita y fagocita las mediaciones performativas:

una de las “maneras de hacer mundo”, a partir de otro/s mundo/s pre-existentes (Goodman), en la “espesa selva virgen de lo real” (...) abre mundos, inventa mundos posibles, imita o re-produce el mundo común, genera y despliega, al desarrollarse, su propia teoría (poética) (García, 2004, p. 218).

Si hemos de pensar a la pandemia como “huella” de algo peculiar que nos pasó, entonces, luego de haber recorrido estos multiformes senderos nos parece oportuno realizar una especie de síntesis desde la perspectiva peirceana de los signos. Si seguimos la lógica de este razonamiento y tratamos a las narrativas de las/os trabajadoras/es de la salud como un “signo” tendríamos que observarlas desde su triple orientación. Esto es, como potencialidad, como territorio de toda posibilidad —como puro cero, dice Maraffiotti (2003)—, es decir, como decíamos párrafos más arriba, la posibilidad que tienen esos relatos testimoniales de resemantizar lo vivido. Ahora bien, si hay potencia en la significación de la experiencia es porque esta no se halla en un universo abstracto, sino que el relato es un “objeto”, y, como tal se activa en *acto* genuino de una vivencia en un hábitat determinado (comunidad, contexto/situación sociocultural); es experiencia en bruto. Sin embargo, ese estado en *bruto* del relato en sí no sería mucho, o muy poco, si no logramos releerlo, reinterpretarlo y recodificarlo a partir de sus regularidades configuradas por leyes inscritas en ese universo discursivo.

Esa potencialidad y esa experiencia en bruto son activadas a partir de la interpretación, de la relectura y las nuevas cartografías configuradas sobre lo narrado realizadas por el proyecto de investigación. No nos queda otra, entonces, que volver a traerlos al *aquí-y-ahora*. En efecto, como explica Eduardo Grüner (2002, p. 14), el relato puede constituirse como una lucha por el sentido, es decir, como una búsqueda por dinamitar los imaginarios colectivos a fin de redefinir el proceso de producción simbólica mediante el cual una sociedad y una época se explican a sí mismas. Es por eso que celebramos esta ronda de relatos⁷. Pasen y vean.

BIBLIOGRAFÍA

Agamben, G. (2005).

Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III. Pre-textos.

Angenot, M. 2012. *El discurso social*. Paidós.

Augé, M. (1999).

La vida como relato. En R. Bayardo- M. Lacarriu (comps.). *La dinámica global/local. Cultura y comunicación: nuevos desafíos*. La Crujía, 173-184.

Bajtín, M. (2016).

El problema de los géneros discursivos. En *Estética de la creación*

7. Si bien estuvimos tentados a utilizar el sustantivo “cuentos”, siguiendo a Parret, en definitiva, nos hemos inclinado por el término más conservador de relato. No obstante, somos conscientes que las dicotomías entre lo narrativo y argumentativo, entre la ficción y lo verosímil, entre la razón y la imaginación son meras clasificaciones que encorsetan los multi-formes vasos conectores entre las secuencias narrativas y argumentativas.

- verbal*. Siglo XXI.
- Barbero, J. M. (1990).
Retos a la investigación en América Latina. *Revista Comunicación y cultura (La comunicación masiva en el proceso político latinoamericano)*, 9, 20-33.
- Barthes, R. (2009).
El placer del texto/Lección inaugural. Siglo XXI.
- Becker, H. (2014 [2009]) “Narración” en *Trucos del oficio*. Siglo XXI.
- Benjamin, W. (2019).
El narrador. En *Iluminaciones*. Taurus.
- Bourdieu, P. (1985).
¿Qué significa hablar? Akal.
- Bruner, J. (2003).
La fábrica de historia: derecho, literatura, vida. Fondo de Cultura Económica.
- Butler, J. (1997).
Ideología, lenguaje, poder. Síntesis.
- Butler, J. (2017 [2015]).
Cuerpos aliados y luchas políticas. Hacia una teoría performativa de la asamblea. Paidós.
- Coccia, E. (2011).
La vida sensible. Marea.
- Contursi, M. E. y Ferro, F. (2006).
Los usos de la narración. Norma.
- Drucaroff, E. (2020).
“Terror, grotesco y unheimlich en la narrativa argentina actual: algunas reflexiones”. En *XXXII Jornadas de Investigación del Instituto de Literatura Hispanoamericana*. Facultad de Filosofía y Letras - Universidad de Buenos Aires - marzo de 2020.
- Eagleton, T. (2016).
Qué es la literatura y qué importa lo que sea. En *Una introducción a la teoría literaria*. Fondo de Cultura Económica.
- Ferro, R. (1998).
La ficción un caso de sonambulismo teórico. Biblos.
- Fisher, M. (2018 [2016]).

- Realismo capitalista ¿no hay alternativa? Caja Negra.
- Fisher, M. (2021[2018]).
Lo raro y lo espeluznante. Alpha Decay.
- García, M. (2004).
Narración/semiosis/memoria. Editorial Universitaria.
- Grüner, E. (2002).
Foucault: una política de la interpretación. En Foucault, M.:
Nietzsche, Freud, Marx. Revista Ecos, n.º 113/5.
- Knapp, M. (2009).
La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Paidós.
- Lotman, Y. (1996).
Acerca de la semiosfera. En *Semiosfera I*. Pretextos.
- Machado, A. (2009).
El sujeto en la pantalla. La aventura del espectador. Del deseo a la acción.
- Maingueneau, D. (2009).
Términos claves de análisis del discurso. Nueva Visión.
- Marafioti, R. (2003).
Los patrones de la argumentación: la argumentación en los clásicos y en el Siglo XX. Biblos.
- Parret, H. (1994).
“IV Contar” en De la semiótica a la estética. Enunciación, sensación, pasiones. Ed. Edicial.
- Piglia, R. (2005).
Formas breves. Anagrama.
- Rancière, J. (2010).
El espectador emancipado. En *El espectador emancipado*. Manantial.
- Reguillo, R. (2007).
Formas de saber. Narrativas y poderes diferenciales en el paisaje neoliberal. En A. Grimson, A. (Comp.). *Cultura y neoliberalismo*. Clacso.
- Ricœur, P. (1983).
Texto, testimonio y narración. Andrés Bello.
- Ricœur, P. (1999).
La identidad narrativa. En *Historia y narratividad*. Paidós.

Saer, J. J. (1997).

Narrathon y La selva espesa de lo real. En *El concepto de ficción*. Ariel.

Scavino, D. (2012).

La filosofía actual. Paidós.

Taccetta, N. (2017).

Historia y modernidad. Una aproximación desde la perspectiva de Walter Benjamin. Prometeo.

USO DEL *SOFTWARE* ATLAS.TI: ANÁLISIS DE DATOS Y TRABAJO COLABORATIVO

Nicolás Pintos

La principal herramienta para la realización de un análisis es, y siempre lo será, el individuo que investiga.

MIGUEL VICENTE MARIÑO

A MODO INTRODUCTORIO

Este trabajo pretende dar cuenta de los aportes del uso del *software* ATLAS.ti al proceso de investigación cualitativo. Para ello voy a retomar dos experiencias de trabajo en el marco del proyecto PISAC “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”.

La primera de las experiencias es el trabajo realizado por los investigadores durante la capacitación en el uso del *software*. Esta capacitación tuvo como objetivo principal conocer las principales características y herramientas para la organización, sistematización, procesamiento y análisis del material producido en el marco de la investigación. En esta dirección, focalizo en los principales momentos del acompañamiento en la toma de decisiones y los criterios que se fueron consensuando entre los investigadores durante el trayecto formativo propuesto.

La segunda experiencia refiere al trabajo colaborativo, mediado por el uso de herramientas del programa, para la

constitución de la base de datos cualitativa sobre la que se procesaron 40 entrevistas en profundidad realizadas al personal de salud de Misiones, retomando distintas dimensiones de análisis que pudieran dar cuenta de los contextos y las prácticas de atención de la salud durante la pandemia de COVID-19. En ese apartado se tratará de mostrar las posibilidades de trabajar colectiva y cooperativamente a través de la asistencia de las herramientas del *software*.

LOS DATOS EN EL ENFOQUE CUALITATIVO Y EL USO DE *SOFTWARE* PARA SU ANÁLISIS

Para poder alcanzar sus objetivos, el equipo de trabajo realizó 86 entrevistas en profundidad al personal de salud de Misiones (algunas de ellas de manera individual y otras de modo colectivo)¹, en distintos espacios (hospitales de diferentes niveles de complejidad y Centros de Atención Primaria de la Sa-

1. Las 86 entrevistas fueron realizadas a 11 personas que desempeñan labores administrativas, a 10 agentes sanitarios/promotoras/es, 7 trabajadores/es sociales, 3 profesionales del campo de las ciencias sociales, 24 enfermeras/os, 9 médicas/os, 5 psicóloga/os, 3 choferes, 3 nutricionistas, 2 bioquímicos, 2 obstetras, 1 kinesiólogo, 1 personal de seguridad, y 5 al personal relacionado a la gestión (tareas de coordinación). Respecto de las zonas sanitarias donde desarrollaban sus tareas: 52 eran de la zona sur, 18 de la zona norte, 9 de la zona centro de la provincia y 7 de los cuales no se registró la zona donde se desempeñan. De ese total de 86 entrevistas, 24 corresponden a espacios de trabajo en Centros de Atención Primaria de la Salud, 45 a labores realizadas en el ámbito hospitalario, 17 a tareas realizadas en ambos espacios, en tanto llevan a cabo tareas de articulación entre los dos niveles.

lud). Estas entrevistas tuvieron el propósito de conocer las experiencias de trabajo de atención de la salud durante la pandemia, recuperando los escenarios y condiciones de trabajo, los vínculos entre el personal de salud y la población usuaria, los roles desempeñados, las transformaciones en el espacio y las prácticas de atención, los hitos significativos, los modos de producción de cuidado, las emociones, los aprendizajes y desafíos (Documento de Trabajo del Proyecto de PISAC COVID-19, Cod 077, 2021). La producción de conocimiento a partir de las entrevistas no solo implicó una dedicación y esfuerzo por parte de los investigadores, sino del propio personal de salud que se dispuso a testimoniar las vivencias y aprendizajes en un contexto complejo que acarreó múltiples desafíos. Tal disposición permitió, en este sentido, un acercamiento que dio como resultado una profundidad y diversidad de información.

Si consideramos que los datos son una de las cuestiones medulares en toda investigación, necesariamente debemos garantizar su correcto tratamiento y análisis. Organizar un gran volumen de datos, explorarlos, analizarlos, pensar en cómo presentarlos e interpretarlos son algunas de las tareas que deben realizar los investigadores. Naturalmente, ese trabajo analítico es una tarea compleja que puede llegar a ser abrumadora. Por esa complejidad, no es de extrañar que ya, en la década de los 90, algunas/os investigadoras/es y programadoras/es comenzaran a pensar en la asistencia de las computadoras para este tipo de trabajo, donde es necesario procesar un gran volumen de información, creando distintos tipos de *software* especializados en el análisis de estos datos.

Si bien algunas de las funciones que tienen estos *softwares* especializados son muy simples y pueden ser ejecutadas con

un procesador de textos, otras permiten facilitar la complejidad técnica del análisis y generar una mayor sistematización. El uso de estos programas para algunos investigadores implica facilidades que posibilitan desplegar su creatividad en cuanto a la interpretación de los datos (Chrobak, Barraza, y Rodríguez, 2012). Sin embargo, hay otros que expresan su preocupación respecto a cómo explorar el potencial de la convergencia digital de manera que no altere la creatividad individual, la pluralidad de pensamientos y de representaciones (Brown, 2002). En ese sentido, coincidimos con Chernobilsky (2006), quien señala la necesidad de tener presente que el objetivo es saber cómo llegar a hacer uso de las herramientas informáticas destinadas a procesar los datos con un alto grado de calidad, sin alterar las características fundamentales del paradigma cualitativo.

ANALIZAR DATOS CUALITATIVOS CON EL SOFTWARE ATLAS.TI

A continuación, se busca dar cuenta de la experiencia en la utilización de uno de los *softwares* especializados en el análisis de datos cualitativos: ATLAS.ti. Esta experiencia se enmarca en la capacitación realizada a los investigadores del equipo del Nodo Misiones (proyecto PISAC-COVID-19) con el fin de brindar herramientas del uso del software a la hora de procesar y analizar datos para la elaboración de los capítulos precedentes de este libro.

Antes de comenzar es necesario hacer dos aclaraciones importantes. Si bien se va a tomar la creación del proyecto en ATLAS.ti como el inicio de este recorrido, es conveniente alertar que las primeras decisiones de los investigadores es

tener presente cuáles son sus preguntas de investigación, sus supuestos y sus objetivos a alcanzar. Estos elementos son claves y no deben perderse de vista durante el uso del *software* ya que lo producido terminará sin sustancia teórica si solo se descansa en el supuesto “mágico” de los alcances y posibilidades del programa (Cervio, 2015). En consonancia, es fundamental tener en claro para qué y por qué utilizamos el *software*.

En segundo lugar, cabe aclarar que el breve recorrido que se realiza a continuación no es exhaustivo de todas las herramientas disponibles y utilizadas por los investigadores. El acento está puesto en los aportes metodológicos e instrumentales del programa y las decisiones tomadas en algunos momentos del proceso analítico que se pusieron en juego en este proyecto de investigación.

PUNTO DE PARTIDA: LA CREACIÓN DEL PROYECTO

Una de las primeras tareas que los investigadores debieron realizar cuando comenzaron a utilizar el ATLAS.ti fue la selección de los documentos primarios para la conformación de su proyecto². Estos documentos constituyeron el corpus sobre el cual fueron trabajando posteriormente en el análisis. En

2. El proyecto de ATLAS.ti consiste en un repositorio para nuestros documentos y todo el trabajo que realizamos sobre los mismos. Este realiza un seguimiento de las rutas a sus datos de origen y almacena los códigos, grupos de códigos, redes, etcétera que desarrolla durante su trabajo (Frieze, 2021).

este sentido, este momento supone el “(re)encuentro” del investigador con la materia prima de su análisis (Cervio, 2015).

La carga de los documentos requirió que los investigadores decidieran cuáles son las entrevistas a utilizar del gran corpus disponible en el proyecto. Para poder constituir esa muestra de entrevistas a utilizar debieron definir y explicitar qué criterio de inclusión-exclusión iban a tomar; esto implicó que consideraran qué aportes significativos les iban a brindar los materiales seleccionados a su propuesta, según los ejes temáticos a trabajar en los distintos textos que conforman este libro. Durante la capacitación, estos criterios fueron de los más variados: tipo de profesión del profesional de salud, zonas sanitarias, lugar de trabajo (hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud), género, grupo etario, rol y tarea desempeñada. Así como también la densidad de las entrevistas respecto de la aparición de ciertas categorías como: trabajadores/as esenciales, vacunación, salud mental, formas de organización en equipos de trabajo, solidaridades, subjetividad y emociones, aprendizajes y desafíos, entre otros aspectos, de modo de garantizar la representatividad de la muestra total del corpus de entrevistas realizadas.

TRABAJANDO SOBRE LAS ENTREVISTAS CON ATLAS.TI

Luego de establecer y explicitar los criterios de selección de los documentos, fue necesario que los investigadores volvieran sobre sus primeras lecturas exploratorias para ver qué temas

se trataban en las entrevistas y reconocer aquellas citas libres³ que podrían ser significativas para su trabajo.

En paralelo a la creación de citas se dio inicio a la codificación, un punto central en el proceso analítico en el cual los investigadores deben reducir el volumen de datos, pero amplificar y resignificar las voces de sus entrevistados (Sandelowski, 1998). Se tomaron diversas estrategias con el ATLAS.ti para llevar adelante esta tarea. Por un lado, se codificó utilizando códigos previos identificados a partir de la teoría que fundamentaba las propuestas: esto es, los recortes analíticos y focos de atención según los objetivos que cada capítulo retomó para cubrir los distintos aspectos implicados de la atención de la salud durante la pandemia, de acuerdo a los diversos escenarios y momentos que fue identificando el personal de salud. Esto requirió una primera reflexión sobre las dimensiones y conceptos que se consideraban relevantes para su propuesta, con el fin de reconocerlos posteriormente en los documentos. Cabe aclarar que esto no implicó una imposición forzada de la teoría, sino que fue pensarla como una especie de *continuum*, donde se partía de un contexto conceptual para poder ampliarlo o enriquecerlo (Mendizabal, 2006). En este sentido, los conceptos se constituyen en *conceptos sensibilizadores*, “hojas de ruta” que sensibilizan al investigador para la construcción y análisis de la evidencia empírica (Blumer, 1982; Borda & Güelman, 2017).

3. Son consideradas citas libres aquellos fragmentos de documentos que son significativos para nuestros objetivos, pero todavía no se le asignó un código. De la misma forma podemos encontrar códigos libres que son aquellos creados pero que no fueron asignados a ninguna cita.

Por otro lado, la codificación también se realizó a partir de códigos no previstos por los investigadores, que surgieron de las mismas lecturas en profundidad de las entrevistas, de las citas libres identificadas en la exploración del material o de los resultados de búsquedas de texto. Esta forma de codificar llevó a generar categorías que fueron construidas a partir de una continua revisión y comparación de los datos (Glaser y Strauss, 1967).

A continuación, se desarrollará un ejemplo basado en lo trabajado en durante el proyecto para ilustrar las decisiones que se fueron tomando en el uso del *software* ATLAS.ti.

Ejemplo: el objetivo propuesto fue indagar las estrategias de trabajo colaborativo que estableció el personal de salud entre ellos y con otros actores fuera del sistema de salud público en el periodo de pandemia.

Para ello se seleccionaron entrevistas donde les entrevistados hacían mención a diferentes formas de trabajo colaborativo. Para codificar las entrevistas se trabajó con dos códigos establecidos previamente: *Trabajo en equipo* y *Articulación del trabajo con otros actores*. Además, se incluyeron otros códigos que se consideraron relevantes para la propuesta ya que estaban vinculados con estas formas de trabajo.

Durante el proceso de codificación, los investigadores tuvieron la posibilidad de seguir reflexionando sobre los códigos creados y las codificaciones realizadas para seleccionar los fragmentos más significativos de los relatos de los trabajadores respecto de la atención de la salud en el proceso de la pandemia. En este sentido, la flexibilidad del programa brindó la posibilidad de redefinir, especificar o ampliar las citas codificadas así como los códigos creados con el fin de volverlos más apropiados al análisis. Podemos decir que el

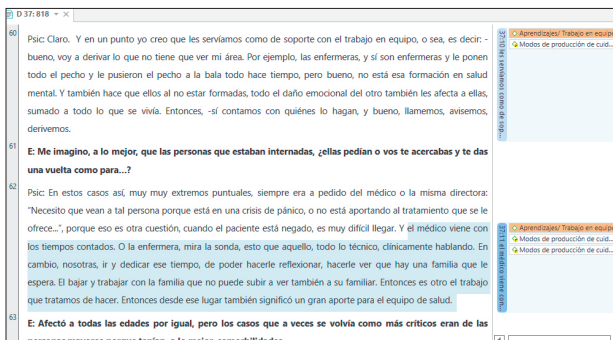


Figura n.º 1. Pantalla del área de trabajo en ATLAS.ti. Extracto de entrevista a personal de salud codificada.

proceso de codificación con ATLAS.ti posibilitó un continuo proceso de reflexión y toma de decisiones para los investigadores. Ese proceso reflexivo se constituyó en una retroalimentación significativa, más importante que los procedimientos en sí mismos (Coffey y Atkinson, 2003).

Además de utilizar las diferentes formas de codificar los fragmentos de las entrevistas, durante este trayecto formativo, los investigadores conocieron algunas herramientas para explorar el contenido de los documentos y citas codificadas. Una de ellas fue la nube de palabras; esta consiste en una serie de palabras que aparecen ordenadas y distinguidas por la frecuencia con la que aparecen en los documentos o códigos (en las citas pertenecientes a cada código).

El caso de las nubes de palabras para códigos permitió que los investigadores interroguen los datos codificados y exploren qué dicen esas citas codificadas con el fin de indagar su significado y, en caso de ser necesario, repensar la codificación. Por otra parte, durante ese proceso analítico, a veces fue necesario recurrir a herramientas de exploración para, de forma rápida,

hacerse una idea del contenido de los documentos. Además de explorar el contenido, la gran potencialidad de esta herramienta es que permitió presentar visualmente datos del texto.

Para generar una exploración y/o visualización óptima de los datos, los investigadores debieron utilizar diferentes criterios para *darle forma* a la nube de palabras. Esto implica hacer uso de las herramientas del programa que se guían por dos grandes criterios: a) de exclusión, donde se selecciona las palabras que no deben aparecer en la nube, b) de inclusión, donde se selecciona únicamente aquellas que se pretende visualizar. La adopción de un criterio por los investigadores se vinculaba específicamente con lo que se quería encontrar o mostrar al otro.

Ejemplo: retomando el objetivo propuesto de indagar sobre las estrategias de trabajo colaborativo dentro de los equipos de salud y con otros actores externos, se crearon nubes de palabras para las citas codificadas con *Trabajo en equipo* (nube ubicada a la derecha) y *Articulación del trabajo con otros actores* (nube ubicada a la izquierda). Una vez que se formaron cada una de las nubes se aplicó una lista de exclusión para quitar conectores y otras palabras no significativas.

Estas nubes permiten apreciar diferencias que dan cuenta de la especificidad a la que refiere cada código. Para visualizar más rápido estas diferencias se marcaron con un círculo aquellas palabras que solo aparecen en una de las nubes.

También se puede observar cómo existen términos que aparecen más frecuentemente en una nube que en la otra. Por ejemplo, si prestamos atención a la palabra *gente* en la nube de la derecha se encuentra casi en el centro y grande (bastante frecuente) mientras que en la nube de la izquierda se encuentra pequeña y en la zona externa de la nube (poco frecuente).

conceptos que permitieron apoyar (o no) sus supuestos y/o argumentaciones.

Al momento de confeccionar la red, los investigadores pudieron dejar que, en gran medida, sea el ATLAS.ti quién indique con qué se encuentra relacionado cada elemento o nodo que conforma la red. Por ejemplo, se pueden crear redes a partir de herramientas para conocer la coocurrencia de distintos códigos en las citas. Sin embargo, la conformación de las redes implicó una serie de decisiones por parte de los investigadores que no puede dejarse al azar o en manos únicamente del software. Demostrar cómo se tejen en la red los vínculos entre los códigos, las citas, los documentos y los grupos debe pensarse desde los objetivos y supuestos principales para poder aprovechar su potencia visual a la hora de mostrar las relaciones existentes y no perder de vista el interés de su propuesta.

Ejemplo: una vez que se pudieron identificar las estrategias de trabajo colaborativo que estableció el personal de salud en el periodo de pandemia, se propuso ver con qué podría estar relacionada o conectada cada forma de trabajo. Para ello se creó una red semántica.

Si bien el trabajo en equipo y la articulación con otros actores no tuvieron códigos en común, estos hacían referencia a una categoría común: *desafíos*.

Además, se pudo ver que ambas formas de trabajo se encontraban vinculadas a formas diferentes de relaciones, vínculos y roles.

Una vez creada la red, esta permitió ver todo lo trabajado hasta el momento y tener una visión global del fenómeno que se está estudiando. Quedaron expuestas en este momento todas las decisiones tomadas anteriormente (documentos

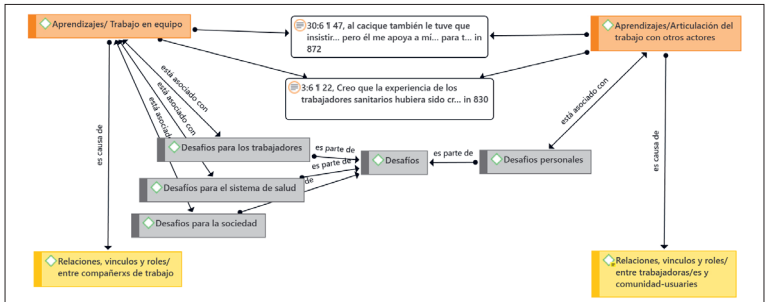


Figura n.º 3. Red semántica.

seleccionados, citas y códigos creados, grupos conformados). Esto juega un papel importante en la revisión reflexiva de lo realizado, permitiendo así encontrar las incoherencias y limitaciones teóricas metodológicas dentro de la propuesta.

ATLAS.TI Y EL TRABAJO COLABORATIVO

En este apartado focalizo en la experiencia de trabajo colaborativo para el armado de una base de datos cualitativa. Esta base fue construida por los aportes de los diferentes nodos que conforman el Proyecto PISAC COVID-19, por ello muchas decisiones fueron consensuadas con los equipos que integraron la iniciativa (Nodo AMBA, Mar del Plata, Rosario, Córdoba Capital, Villa María-Córdoba, Santiago del Estero, Salta-Jujuy y Santa Cruz). Sin embargo, a continuación, se pondrá particular énfasis en el trabajo realizado en el marco del Nodo Misiones.

Trabajar colaborativamente para el armado de la base implicó necesariamente consensos y una gran explicitación de los criterios a tomar a lo largo del proceso. Lo primero

que debió definirse fueron las dimensiones de análisis y las categorías a utilizar a la hora de codificar los fragmentos de las entrevistas. Las definiciones de estos elementos tuvieron que ser detalladas y lo más exhaustivas posible con lo que constituyó un listado con todas las dimensiones y categorías a considerar en el análisis. Esto ayudó en gran medida a evitar así dobles interpretaciones y funcionó de punto de referencia común para todos los investigadores encargados de la tarea.

Si una categoría se usa de diferentes maneras, no podrá confiar en ella para obtener todos los datos relevantes. Por lo tanto, es posible que desee para asegurarse de que usted mismo está interpretando de forma fiable un código de la misma manera a lo largo del tiempo, o que puede confiar en que sus compañeros lo utilicen de la misma manera (Richards, 2009).

Una vez definidas las dimensiones y códigos, anonimizadas las entrevistas a cargar y seleccionado el corpus, en el Nodo Misiones se recurrió al ATLAS.ti para continuar la etapa de codificación colaborativa. Se llevó a cabo la creación de un proyecto donde se seleccionaron y volcaron 40 de las 86 entrevistas a personal de salud del sistema público de Misiones realizadas en el nodo. Estas 40 entrevistas fueron seleccionadas en función de su densidad y buscando garantizar la representatividad de todas las profesiones; de esta manera, el corpus quedó conformado por 8 entrevistas de promotores de la salud/agentes sanitarios, 7 de enfermería, 7 de medicina, 4 de personal administrativo, 3 de trabajo social, 3 de psicología, 2 de nutrición, 2 de obstetricia, 1 de kinesiología, 1 chofer, 1 seguridad y 2 de otras profesiones. La antigüedad laboral en el sistema público de Misiones de estos profesionales variaba entre los 2 a 30 años. Además, entre las entrevistas seleccio-

nadas, 23 correspondían a mujeres y 17 a varones, con edades que oscilaban entre los 22 a 59 años de edad.

A la vez, se crearon todos los códigos a utilizar en función del listado de dimensiones y categorías definidas en el proyecto. Los códigos creados daban cuenta de diferentes dimensiones, subdimensiones y categorías. El criterio para crear los códigos fue que estos representen a la categoría más próxima al plano empírico; de esta forma se crearon códigos que remiten a subdimensiones y otros a categorías dentro de subdimensiones. Así el listado final terminó compuesto por 57 códigos que daban cuenta de los escenarios de trabajo, los vínculos, roles, las relaciones, condiciones de trabajo, las transformaciones en el espacio y las prácticas, hitos, modos de producción de cuidado, emociones, aprendizajes y desafíos. Así también sobre los diagnósticos, interrupciones de tratamiento e iniciativas novedosas en la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental y salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

Una vez cargadas las entrevistas y creados los códigos, se pudo exportar el proyecto y compartir entre los investigadores a cargo de la tarea de codificación para dividir el trabajo. Aunque parece algo menor, esto permitió saber certeramente que los investigadores, aunque están trabajando de forma independiente, lo hacían sobre el mismo conjunto de entrevistas y con el mismo listado de códigos. Finalizado el trabajo de codificación de las entrevistas, se unificaron los proyectos que cada investigador estuvo trabajando a partir de la herramienta *Fusionar* de ATLAS.ti. De esta manera, colaborativamente se constituyó un único proyecto que contuvo todas las entrevistas codificadas. A partir de ese proyecto unificado se solicitaron informes de códigos a ATLAS.ti y se facilitó la carga de las

más de 700 citas codificadas a la base de datos cualitativa, que reúne asimismo los testimonios de las/os trabajadoras/es de las regiones del país donde se llevó a cabo el proyecto de investigación.

A modo de síntesis, hay que destacar los aportes que realiza el ATLAS.ti al trabajo colaborativo posibilitando la división de tareas entre los investigadores a través de la exportación y fusión de los mismos. Además, el programa ofrece una serie de herramientas que, si bien no se mencionaron en este apartado, permite comparar las codificaciones realizadas y ver hasta qué punto hay un acuerdo entre los investigadores en la utilización de los códigos. Vale subrayar la necesidad de unificar y explicitar criterios para llevar adelante un buen trabajo.

Para finalizar, es necesario alertar que fijar criterios de codificación, como el listado de dimensiones y categorías antes mencionado, no debe constituir nunca un obstáculo para poder incorporar los emergentes no previstos y que van surgiendo fuertemente en los relatos de nuestros entrevistados.

REFLEXIONES FINALES

A modo de cierre es necesario retomar algunas de las cuestiones planteadas durante el capítulo sobre los aportes del *software* ATLAS.ti al proceso de investigación cualitativa. La utilización del *software* por los investigadores del proyecto PISAC COVID-19 para el análisis de las entrevistas en el marco de la capacitación, para codificar las entrevistas y la carga de la base cualitativa, permitió ver las contribuciones de esta herramienta para sistematizar tareas e incluso enriquecer el proceso de análisis.

En la primera parte de este apartado, a medida que se retomó la experiencia de la capacitación a los investigadores del proyecto, se puso el foco en aquellas decisiones tomadas durante el uso del *software* ATLAS.ti. Estas decisiones, muchas veces desapercibidas, comenzaron a trazarse desde la creación del proyecto y la selección del corpus de entrevistas, las primeras tareas realizadas con el software. Las decisiones quizás más importantes, tomadas por los investigadores, se realizaron durante el proceso de codificación donde se tuvieron que delimitar criterios para codificar sin perder de vista sus objetivos y preguntas.

Mientras que, en la segunda parte, se focalizó en la experiencia concreta de trabajar colectiva y cooperativamente a través de la asistencia del programa. De esta instancia se puede concluir que una de las cuestiones centrales en este tipo de trabajo es el consenso y la explicitación de decisiones a ser tomadas durante la tarea. En ese sentido, la definición de un corpus y códigos comunes, compartidos a través de la exportación del proyecto, posibilitaron dividir tareas entre investigadores que no necesariamente compartían un mismo espacio y tiempo de trabajo.

Así, al observar la gran cantidad de herramientas que nos ofrece el *software* ATLAS.ti, este se presenta como un programa con mucha potencia que permite al investigador facilitar múltiples tareas. Desde organizar y sistematizar los documentos hasta trabajar colaborativamente, en diversos momentos del proceso analítico podemos encontrar funciones de este programa para utilizar. Además, se actualiza constantemente sumando cada vez mayores herramientas. A futuro, el *software* espera realizar transcripciones de audio precisas, incluir más herramientas de búsqueda y perfeccionar las que tiene, entre

otras cuestiones. Pero es necesario no perder de vista que, si bien el programa es una herramienta potente, sigue siendo eso, una herramienta, y no la principal en el proceso. “La principal herramienta para la realización de un análisis es, y siempre lo será, el individuo que investiga” (Vicente Mariño, 2009, p. 102).

BIBLIOGRAFÍA

Blumer, H. (1982).

El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método. Hora.

Borda, P., Güelman, M. (2017).

El campo de la investigación cualitativa y las características de los diseños cualitativos. En P. Borda, V. Dabenigno, B. Freidin, y M. Güelman, *Estrategias para el análisis de datos cualitativos*. Centro de Documentación e Información, IIGG.

Brown, D. (2002).

Going digital and staying qualitative: some alternative strategies for digitizing the qualitative research process. *Forum: Qualitative Social Research*. <https://doi.org/10.17169/fqs-3.2.851>

Cervio, A. (2015).

El análisis de datos cualitativos asistido por programas informáticos: notas desde experiencias de enseñanza en posgrados en Ciencias Sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 63-79.

Chenail, R. J. (1995).

Presenting Qualitative Data. *The Qualitative Report*, 2(3), 1-9. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/1995.2061>

Chernobilsky, L. (2006).

El uso de la computadora como auxiliar en el análisis de datos cualitativos. En A. R. Irene Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 239-273). Gedisa.

Chrobak, E., Barraza, P., & Rodríguez, G. (2012).

- El uso del software como aporte al proceso de investigación cualitativo colaborativo. *3ra jornada de educación mediada por la tecnología*.
- Coffey A. y Atkinsom P. (2003).
Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Universidad de Antioquía.
- Glaser, B. y. (1967).
The discovery of grounded theory: strategies for qualitative. Aldine Publishing Company.
- Mendizabal, N. (2006).
Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En A. R. Irene Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 65-103). Gedisa.
- Richards, L. (2009).
Manejo de datos cualitativos: una guía práctica. 2ª ed. Sabio.
- Sandelowski, M. (1998).
Writing A Good Read: Strategies for Re-Presenting Qualitative Data. *Research in Nursing & Health*, (pp. 375-382)
- Varguillas, C. (2006).
El uso de ATLAS.ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido. Upel: Instituto Pedagógico Rural el Mácaro Laurus, vol. 12, pp. 73-87 Universidad Pedagógica Experimental Libertador
- Vicente-Mariño, M. (2009).
Teoría y práctica: un viaje de ida y vuelta. ATLAS.ti y el proceso de investigación cualitativa. En Salazar y Sánchez (Coord.) *Teoría y práctica de la investigación educativa en la formación de educadores: manual de grado*. AECI, Universidad de Salamanca y Universidad de Costa Rica (pp. 95-122).

PARTE II

Cuidados, temporalidades y espacios

¿QUIÉNES SON LOS TRABAJADORES ESENCIALES? SALUD, IDENTIDADES E INTERDISCIPLINA EN PANDEMIA

Lidia Schiavoni, Sybil Mac Lean,
Roxana Rejala, Lucía Genzone

INTRODUCCIÓN

Nos propusimos compartir en este escrito las experiencias de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 para visibilizar los aportes de diferentes profesiones en el equipo a partir de la recuperación de los testimonios de psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, bioquímicos y nutricionistas que se desempeñan en el sistema público de salud de Misiones. Nos interesaba detectar los indicios considerados para reconocerse como un/a trabajador/a esencial y problematizar los criterios utilizados para el reconocimiento de estos roles profesionales en el contexto de la pandemia.

En el desarrollo del trabajo de campo fuimos conversando con profesionales de muy diversas disciplinas y espontáneamente surgían las comparaciones entre los datos relevados en las entrevistas, y las noticias y comentarios que circulaban por los medios masivos de comunicación. Nos sorprendía la atomización de la idea de *trabajadores esenciales*, sustentada en las figuras de médicos y enfermeras como las únicas profesiones encargadas de afrontar la pandemia cuando nosotros

estábamos relevando experiencias contundentes respecto de otros trabajadores cuyas funciones también se revelaban como clave. Vislumbramos que detrás de la potenciación de estas profesiones como exponentes paradigmáticos de *trabajadores esenciales* se colaba una concepción de salud específica, una perspectiva centrada en los aspectos biológicos sin consideración de los aspectos psicosociales.

En este punto podemos preguntarnos: ¿cómo fue configurada operativamente la noción de salud en el contexto de la pandemia? y ¿es posible hablar de una concepción de salud que no implique “lo mental” y “lo social”? (Chama, 2012). Para poder responder a estos interrogantes tenemos que considerar los “discursos oficiales” (Bourdieu, 2014), enunciados por los agentes que poseen la capacidad de indicar ciertos direccionamientos de las intervenciones ante la pandemia (como dirigentes políticos y científicos-expertos consultados), y los discursos subalternos, representados en este trabajo por los profesionales de la salud.

Asimismo, definir operacionalmente la noción de salud es una tarea ardua, ya que entraña un carácter subjetivo e históricamente variable, generalmente opacado por la necesidad de “normalizar” y “objetivar”, producto de la tradición científica de la biomedicina (Caponi, 1997). Se trata de un posicionamiento generalizado en el sistema de salud que, a partir de una supuesta historia natural de las enfermedades, acota la posibilidad de pensar desde una historia social las relaciones entre salud y enfermedad sin contemplar las influencias del momento histórico en el cual la enfermedad aparece (Rodríguez, 2010).

Esta primera concepción de salud, restringida a lo biológico y más específicamente a atender el COVID-19, entró en ten-

sión con las narrativas de nuestros interlocutores que daban cuenta de otros aspectos y dimensiones que involucran los procesos de salud/enfermedad/atención, y a las cuales debían responder al ser “trabajadores de la salud”. En este marco, nos propusimos construir un concepto de trabajador esencial a partir de la articulación de las definiciones de “trabajador de la salud” y “personal esencial”, que nos invitó a abogar por una visión integral de la salud que contemple los roles de otros actores institucionales.

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social estableció mediante la resolución 279/2020 qué se consideraba “personal esencial”: individuos (trabajadores) que realizan actividades que, si se interrumpen, pueden poner en peligro la vida, la salud o la seguridad de la comunidad. Y para especificar, definía como trabajador/a a toda aquella persona que realiza una actividad lícita y productiva en favor de otra persona que le paga una remuneración por la tarea realizada.

El nomenclador de ocupaciones de la División de Estadísticas de Naciones Unidas define como trabajadores de la salud a todas las personas involucradas en acciones laborales cuyo propósito principal es mejorar la salud. En este amplio conjunto se incluye a los proveedores de servicios de salud (médicos, enfermeras, parteras, técnicos de laboratorio, trabajadores de cuidado personal y comunitarios, curanderos y practicantes de medicina tradicional), a los trabajadores de gestión y apoyo de la salud (limpiadores, conductores, administración de hospitales, y gerentes de distritos, trabajadores sociales y otros grupos ocupacionales en actividades relacionadas con salud) y a los trabajadores de salud empleados en cuidados a largo plazo (sea en salud pública, en la comunidad o domiciliarios) (Naciones Unidas, 2009).

De la combinación de estos aportes resultó la siguiente definición: un/a trabajador/a esencial es una persona que integra el equipo de salud, cuya formación no debe ser necesariamente técnica o profesional, y su función resulta imprescindible o no reemplazable para garantizar a las personas el acceso y la atención de la salud según sus contextos de vida. La importancia de considerar el contexto del sujeto que padece se torna relevante para el cuidado de la persona, pues cada ser humano percibe la salud según sus representaciones (Leno González, 2006).

Los responsables de este trabajo constituimos un grupo interdisciplinario: enfermera, antropólogas, psicóloga y trabajador social; esto facilitó la realización de las entrevistas y conocer *desde adentro* las vicisitudes de su trabajo en pandemia. Desde diferentes posiciones (tesistas, becarios, investigadores) fuimos articulando las actividades para la recolección de los datos, el registro y la transcripción, así como las discusiones en la etapa analítica para sistematizar los datos y reconocer las dimensiones significativas. Todos participamos en estas etapas, pero al momento de la escritura, Saúl Delgado (Lic. en Trabajo Social en el Parque de la Salud, Posadas) no pudo acompañar el exigente ritmo del trabajo grupal; sus aportes llegaron hasta la instancia de escribir.

El corpus de entrevistas seleccionadas en el corpus global pretende hacer un contrapunto entre uno de los grupos profesionales indudables representantes de lo esencial en salud, el grupo de enfermería, y otras profesiones que parecen operar desde la trastienda, profesionales invisibilizados como bioquímicos, nutricionistas, trabajadores sociales y psicólogos. Así se conformó un conjunto de 25 entrevistas, con encuentros de una hora promedio de conversación; las entrevistas fueron

realizadas entre el mes de agosto de 2021 y marzo de 2022, grabadas y luego transcritas para su análisis.

Los encuentros fueron desarrollados de diferentes modos, unos en forma presencial en los lugares de trabajo de los profesionales y otros de forma virtual (mediante aplicaciones de videollamadas y/o videoconferencia). Para dar cuenta de la variabilidad de situaciones atravesadas, se eligieron distintos escenarios de trabajo del sistema público provincial de salud: hospitales de diferente complejidad, centros de atención primaria, institutos especializados, etc.

El grupo de profesionales entrevistados se compone de enfermeras/os (9), bioquímicos (2), nutricionistas (3), psicólogos/os (5) y trabajadores sociales (6). Las edades oscilan entre los 26 y 53 años, se reconocen dos grupos: 10 trabajadores de más de 40 años y otros 15 trabajadores más jóvenes, menores de 40 años. En cuanto a la experiencia de años de trabajo en el sistema público, advertimos dos camadas: trabajadores con menos de 10 años, 14 personas y los 11 restantes trabajadores con más de una década en el sistema. Encontramos diferencias por profesiones: los de enfermería son los de mayor antigüedad (15 años promedio); los de psicología 8 años; bioquímicos y nutricionistas 7 años promedio; y los trabajadores sociales serían el grupo más reciente con 6 años promedio de antigüedad.

Organizamos este texto en una discusión conceptual y luego dos momentos: el primero de ellos hace referencia a los cambios en la cotidianidad y a la reorganización del sistema de salud para dar respuestas al nuevo coronavirus; mientras que el segundo hace hincapié en las consecuencias que dejó la pandemia en los trabajadores de la salud, pero también en la población en general. Esta distinción nos permitió reco-

nocer diferentes rasgos para establecer la identidad de un/a trabajador/a esencial según periodos de la pandemia. Hacia el final, cerramos con unas reflexiones y posibles derivaciones.

AJUSTES CONCEPTUALES

Cuando nos planteamos reconocer al personal esencial en el conjunto de los trabajadores de la salud, las primeras imágenes remitieron a los médicos y a las enfermeras —como señalamos antes— pero al detenernos en la dinámica de la pandemia nos dimos cuenta que era posible revisar ese concepto a partir de sus determinaciones, de las atribuciones otorgadas a cada profesión o rol, de los alcances y límites respecto de su incidencia en el estado de salud de las personas y el contexto en el cual se adscribía esa etiqueta. Y quizás, por la centralidad biológica que determinó las prácticas protocolizadas fue que, del conjunto de trabajadores analizados, enfermeros y enfermeras, bioquímicos y nutricionistas no dudaron en percibirse como *esenciales* ya que eran quienes se ocupaban del cuidado desde el punto de vista físico-anatómico e instrumental. Es decir, operando sobre la objetivación de síntomas y diagnósticos a partir de una tradicional escisión del proceso mórbido como experiencia separada del padecimiento subjetivo, lo que derivó en la invisibilización de actores institucionales que se ocupan de dichos aspectos del padecimiento.

La distinción entre trabajadores esenciales y no esenciales reafirmó una jerarquía imaginaria en el colectivo social acerca de lo que era importante atender en la pandemia. Lo orgánico se impuso sobre otros aspectos de la vida humana que recuperaron relevancia cuando la población usuaria, e incluso

los propios trabajadores, comenzaron a demandar o requerir el abordaje de otras dimensiones del sufrimiento. Entonces se evidenció la necesidad de revisar desde qué concepción de salud se diseñan las estrategias de su cuidado.

La denominación *trabajador esencial* es una etiqueta que marca diferencias entre los trabajadores, señala rasgos propios de un grupo que no son compartidos por otros; es decir, se trata de una palabra que define una identidad. Y al discurrir sobre este concepto nos encontramos con una superposición de términos pues tenemos que explicitar la tensión entre la perspectiva esencialista (rasgos que vienen dados y se consideran definitivos para distinguir a personas o grupos) y la perspectiva relacional de la identidad (configuraciones de rasgos o atributos de las personas o grupos que cambian según los contextos de interacción y remiten a procesos sociales que les dan sentido). Nos posicionamos en la perspectiva relacional pues descartamos que haya una “esencia”, algo dado e inalterable para definir las identidades (Piqueras, 2002).

Asumimos que la identidad colectiva se constituye en un proceso social donde una serie de rasgos son reconocidos por un grupo como propios, pero a la vez, los *otros* —fuera del grupo— también los reconocen como tales. La condición de trabajador esencial da cuenta de una identidad colectiva que fue cambiando sus marcas (rasgos de identificación) según los momentos de la pandemia y por ello al inicio se reconocieron simbólicamente unas profesiones y luego se agregaron otras.

La identidad colectiva alude a una conciencia compartida que permite reconocerse como semejantes y a la vez diferentes de otros individuos. La semejanza se basa en rasgos o factores estereotipados y aceptados como propios por el grupo que

expresan el sentido de un *nosotros*. Bioquímicos y nutricionistas operando desde un hospital se sintieron, al igual que los enfermeros y médicos, “trabajadores esenciales” porque de ellos dependía el diagnóstico diferencial y la decisión de iniciar los protocolos específicos de aislamiento para personas infectadas. Pero psicólogos y trabajadores sociales, a pesar de compartir estos rasgos, no fueron al inicio considerados como tales, aunque sí se reconocieron ellos mismos como esenciales. Como el proceso de construcción de la identidad está sujeto a dinámicas endógenas y exógenas, estos profesionales podían reconocerse como trabajadores esenciales, pero fueron los *otros* quienes no los consideraban como tales. El proceso de definición y reconocimiento no es reflejo, sino que se asienta en las interacciones sociales.

Las dinámicas endógenas son las que permiten que el grupo se reconozca como uno, traducen la red de relaciones internas de cada colectividad que pueden ser de afinidad, cooperación, complementariedad, jerarquía, desigualdad; por ende, las identidades colectivas nunca son homogéneas. Del mismo modo, en las dinámicas exógenas el proceso de definición y reconocimiento tampoco es armónico, puede derivar en inestabilidad y fragmentación del grupo; así actúan los mecanismos de socialización como refuerzo de las imágenes de la identidad del grupo. La identidad, en ese sentido, es un proceso inacabado que actualiza sus contenidos, así como amplía su alcance según los contextos de acción.

Por lo tanto, toda identidad es fruto de la socialización, sujeta a la permanente contingencia de contraconstrucciones y dependiente, en sus versiones colectivas más amplias, de fracturas de clase étnicas, de estatus, poder, género, centralidad-periferia, etc.

Las cuales incidirán con mayor o menor fuerza según el tipo de identidad de que se trate. (Piquerías, 2002, p. 47)

Y así como en un momento fueron reconocidos como trabajadores esenciales los que estaban en la primera línea de fuego frente al virus, más adelante se sumaron otros porque eran quienes garantizaban la supervivencia del paciente con COVID-19, como nutricionistas y kinesiólogos. La crisis del propio equipo de salud revalorizó y resituó a los psicólogos como esenciales para contener a sus compañeros de trabajo. Y promediando el año de pandemia, con la campaña de vacunación en puerta, los promotores de salud se constituyeron también en trabajadores esenciales porque de su accionar dependía la distribución y la aplicación de las vacunas.

La plasticidad de la identidad de trabajador esencial superó el ámbito de la salud y se reconocieron trabajadores esenciales a nivel comunitario, pues numerosas personas desempeñaron funciones que se ajustan a nuestras consideraciones, como lo planteado por Cavallero y Gago:

Se llamó *esencial* a jornadas laborales sin límite, marcadas por la disponibilidad frente a la emergencia, a la invención de recursos en medio de la escasez, a la puesta en juego de saberes que vienen acumulándose como manera de enfrentar el despojo cotidiano. Pero también esa esencialidad puso en zonas comunes a trabajadorxs estatales de la salud y la educación con aquellxs que hacen gestión comunitaria y labores domésticas. (Cavallero y Gago, 2022, pp. 22-23)

La posición del trabajador esencial en el escenario nacional fue además una cuestión operativa y política, como señalan

las autoras: en un primer momento de la lucha empresarial, declarar “esenciales” a sus trabajadores fue el recurso para no interrumpir el proceso productivo (como la industria alimentaria, por ejemplo) y, en un segundo momento, los gremios del sector salud y de los supermercados lo usaron para reclamar seguridad y salubridad laboral. A nivel barrial, la etiqueta *esencial* fue parte de la lucha para poder circular y acompañar a las víctimas de violencia y también a quienes garantizaban cuidados domésticos y comunitarios.

La condición de trabajador esencial se fue delimitando según el contexto de interacción y, por ello, en determinados momentos se exigió o requirió del protagonismo de unos u otros trabajadores de la salud, según la coyuntura.

Si se trata de trabajadores esenciales quiere decir que no podemos prescindir de ellos; pese a esto han sido los que tuvieron que luchar para mejorar sus ingresos dado que las remuneraciones no respondían a las horas invertidas y al tipo de tareas desarrolladas sumando el riesgo durante la pandemia. El caso del acampe frente al Ministerio de Salud Pública en Posadas constituye una prueba¹. Vinculado a esto, Cavallero y Gago señalan que:

Trabajo esencial entonces, condensa una fuerte paradoja: pone nombre a una renaturalización de esas tareas y de ciertos cuerpos dedicados a ellas, ahora aplaudidas pero no lo suficientemente

1. Agenda de Noticia RedAcción, ANRed (11-09-2020). Misiones: tercer día de acampe frente al Ministerio de Salud y ninguna respuesta <https://www.anred.org/2020/09/11/misiones-tercer-dia-de-acampe-frente-al-ministerio-de-salud-y-ninguna-respuesta/>

remuneradas. Esto produce una pirueta particular: se habla de trabajo pero al calificarlo de esencial parece dejar de ser trabajo. Se le reconoce valor pero pareciera ser fundamentalmente simbólico y emergencial. (2022, p. 24)

La vocación, el compromiso, la entrega son denominaciones que acompañan el desarrollo de actividades que desplegadas en el marco del sistema capitalista deberían tener otro reconocimiento monetario, pero se las intenta disfrazar con atributos “naturales” que llevan la discusión al campo ético. Intentaremos develar la importancia de otras acciones de salud que resultaron esenciales según la perspectiva que asumimos para analizar la identidad.

Las construcciones identitarias, si bien son arbitrarias frente a un mayor o menor número de posibilidades que ofrece el medio sociohistórico y natural, como en el caso de cualquier otra elaboración cultural, siempre son explicadas también por ese propio medio. Es decir, nunca son irracionales: tienen una lógica que se puede averiguar. (Piqueras, 2002, p. 46)

A fin de dilucidar los criterios para definir a una labor sanitaria como esencial, debimos revisar la concepción de salud instituida e instituyente del sujeto social y de los vínculos laborales, y cómo esta se despliega y consolida a nivel institucional. Compartir el encuadre sociohistórico que sustentó las interacciones fue clave.

Planteamos al inicio, al presentar a nuestros entrevistados, que estos trabajan en centros de salud de diverso tipo, desde hospitales de alta complejidad hasta centros barriales de atención primaria. El contexto inmediato de acción inci-

dió en los modos en los que el personal de salud asumió su rol. En cada efector se privilegiaron unas prestaciones sobre otras porque el plantel se redujo y las necesidades se multiplicaron: garantizar prestaciones básicas, montar atención y cuidados específicos para pacientes con COVID-19 no fue fácil.

Las dinámicas de trabajo a nivel organizacional no son semejantes sino más bien diversas, dado que expresan la forma de entender y ejercitar el rol que presenta cada equipo de salud; más allá de compartir un marco regulatorio global, este además se encuentra condicionado históricamente. Brindar prestaciones de salud en pandemia tuvo y tiene sus singularidades.

El concepto de *cultura organizacional* nos resulta apropiado para comprender esta heterogeneidad y reconocer los valores subyacentes en las acciones de los miembros que integran los diferentes centros de salud. Muñoz Martínez y Cortez Gómez (2021) ajustan el alcance de este concepto y proponen describir la dinámica de trabajo en los hospitales y centros de atención primaria a partir de la idea de cultura organizacional epidémica (COE), que sería una variante de la Cultura Organizacional Biomédica (COB) (Muñoz Martínez, 2014), generada a partir de la reorganización de los sistemas de salud para priorizar la atención de los pacientes afectados por la pandemia.

La nueva COE tiene implicaciones diferenciadas respecto a la COB preexistente en dos aspectos: primero, en la calidad y adecuación de la atención en salud al abordar una nueva patología desconocida con anterioridad centralizando sus funciones en su atención y excluyendo o secundarizando temporalmente la atención a otras

patologías. Segundo, en la producción de vulnerabilidad del personal de salud y de los pacientes (no covid), al instituirse como una forma de gestión y mitigación del riesgo a la exposición del virus. (Muñoz Martínez y Cortez Gómez, 2021, p. 4)

Las dimensiones que dan cuenta de esta COE son los productos y artefactos materiales (protocolos de protección y atención, equipos tecnológicos, recreación de los espacios de trabajo, etcétera), las expresiones simbólicas, valorativas y comportamentales (rituales para ingresar o salir, códigos de interacción actualizados según las distancias y los espacios de trabajo, concepciones de la enfermedad, etc.), los miembros de la organización como conjuntos sociales receptores y generadores de artefactos materiales y simbólicos (diferenciación de los trabajadores entre esenciales y no esenciales, prácticas de contención y cuidado entre pares, etcétera) y los procesos de atención y cuidado biomédicos reorganizados para la gestión y mitigación del riesgo ante la epidemia, mediados por la estratificación social.

Rápidamente se instaló en la pandemia esta nueva forma de gestionar la atención en salud priorizando los pacientes con COVID-19; el personal de salud se tornó vulnerable ante el desconocimiento de la enfermedad y de los modos de prevenirla. Aun reconociendo sus limitaciones y sus diferencias respecto a las posibilidades de incidir en los procesos de atención, la gran mayoría respondió a esta lógica institucional asumiendo roles nuevos y recreando estrategias ante el miedo y la incertidumbre. Hubo poco margen de maniobra para quienes no estaban directamente vinculados a la atención del COVID-19, pero se sumaron igual a esta lógica de trabajo, es decir a esta COE, sobre todo en los primeros meses del año 2020.

La constitución de la lógica institucional se caracteriza por la estructura de lazos afectivos que asegura los vínculos entre los individuos, mientras que la organización regula las pertenencias y exclusiones del grupo, “establece los roles y las jerarquías y provee un ordenamiento simbólico en los códigos discursivos que establecen las funciones y los intercambios entre los miembros del grupo” (Galende, 1990, p. 272). La ideología pregonada en la pandemia instaló un imaginario común que, de manera silenciosa, instituyó a nivel de ciertas consignas de reconocimiento y pertenencia la cohesión de los equipos. La convivencia discursiva fija valores que aparecen como ahistóricos (el compromiso, la entrega, entre otros), mientras que sostiene jerarquías y —en el caso del sistema de salud— configura las disciplinas médicas como exclusivas destinatarias de la atención de la salud. Así opera una suerte de subordinación ideológica al cuerpo de la ciencia médica por su eficacia diagnóstica de captar los signos que le informan del funcionamiento biológico, por sobre las significaciones que se ponen en juego para la persona enferma. Y aunque ante el COVID-19 dispusieron de pocas herramientas, lo biomédico se priorizó sobre todo en la primera etapa.

El dispositivo social está sin duda dirigido por la idea de eficacia y utilidad (lo que no es igual a que sea útil y eficaz), pero también por la negación y ocultamiento de los conflictos que lo sustentan. Lo psicológico, como intento de develar lo conflictivo, no solo no garantiza esos criterios de utilidad y eficacia, sino que amenaza develar lo negado. (Galende, 1990, p. 256)

El sistema público de salud provincial opera con una lógica institucional que prioriza la atención de las enfermedades y

así, antes que apostar a la construcción de un enfoque salutogénico/preventivista, opera desde un modelo patogénico/nosocomial, aunque discursivamente (Ley XVII, n.º 58 - Ley de Salud Provincial) plantea la integralidad como enfoque clave. Durante los primeros meses de la pandemia, psicólogos y trabajadores sociales fueron afectados a otras tareas o bien realizaron sus actividades de forma remota. Pero cuando el esquema de trabajo hizo más visible las tensiones que generó la situación atípica, los aspectos psicosociales se tuvieron en consideración. Las formas de reacomodarse no solo fueron diferentes según las profesiones, sino que variaron según el tipo de efector desde el cual actuaban los profesionales.

En el apartado siguiente describimos los diferentes momentos en los que desplegaron sus acciones los trabajadores de la salud para desglosar los criterios de *esencialidad* que definieron sus labores, analizarlos y problematizar su distribución en el concierto de la atención integral.

Los testimonios dan cuenta de cómo la cultura organizacional epidémica instaló sobreexigencias para algunos, desplazó a otros y descalabró parte de los procesos de prevención y cuidado difícilmente instalados. No todos los profesionales atravesaron la pandemia del mismo modo; trabajar en un hospital tuvo exigencias distintas a las de quienes actuaban desde los centros de atención primaria. La condición de trabajador esencial se sesgaba según los escenarios de acción.

El recorrido por algunos de los momentos que marcaron los años 2020 y 2021 planteados en la Introducción del libro nos servirán para comprender lo manifestado por nuestros interlocutores y advertir por qué algunos sí fueron reconocidos como trabajadores esenciales y otros no. Recuperamos de las entrevistas y conversaciones sostenidas durante el trabajo

de campo, expresiones que intentan describir rasgos que los caracterizan y permiten delimitar esos dos momentos, uno donde prima la dimensión biológica y otro donde se amplía hacia las dimensiones psicosociales.

MOMENTO DE COMBATE AL VIRUS

Como señalamos antes, no todos los integrantes de los equipos de salud fueron reconocidos como *trabajadores esenciales*. Esta distinción fue cambiando según los momentos de la pandemia, en los primeros meses el énfasis se colocó en la protección contra el virus. Bioquímicos que podían dirimir quién está contagiado y quién no, resultaron esenciales; enfermeros con capacidad de evaluar síntomas y establecer un caso sospechoso de otro no sospechoso, también lo fueron y más aún cuando aumentaban los casos de internación y la atención hospitalaria se multiplicaba y complejizaba.

Conversar con los pacientes infectados no parecía prioritario, pero fue necesario; trabajadores sociales y psicólogos debieron tomar contacto con ellos ante situaciones puntuales; también las nutricionistas se revelaron en contacto con los pacientes para potenciar los tratamientos médicos.

Tres frases surgidas de las entrevistas hilvanan los argumentos a partir de los cuales estos trabajadores se consideraron a sí mismos como esenciales, pero no todos fueron reconocidos como tales según lo revela el desarrollo de estos ítems.

ESTAR EN LA PRIMERA LÍNEA DE FUEGO

Estar en contacto directo con los pacientes, en los hospitales y centros de salud era uno de los aspectos que daba cuenta del carácter *esencial* de las tareas de los profesionales; reconocer quiénes estaban infectados y diferenciarlos de los que no, resultó un punto clave para la organización de los servicios de salud. La idea de contaminación con el riesgo de muerte asociado generó miedo e inseguridad. No obstante, los trabajadores de salud debieron trabajar bajo estas condiciones. Delimitar el área limpia y el área sucia, todo un desafío. En palabras de Douglas (1973), “la suciedad ofende el orden, su eliminación no es un movimiento negativo, sino un esfuerzo positivo por organizar el entorno” (p. 14). Aunque la autora realiza estas reflexiones a partir del análisis de situaciones diversas en sociedades tribales, nos permiten aquí recuperar el clima social vivenciado por los trabajadores de salud. En la situación de pandemia había que actuar para evitar el contagio, protegerse de la contaminación y prestar los servicios necesarios. Al inicio, sin las vacunas, las personas contagiadas o con riesgo de contagio hasta fueron señaladas por sus vecinos como “seres anómalos” que se debían evitar. Enfermarse de COVID-19 o contagiar a una persona cercana implicaba no aplicar correctamente con los protocolos de prevención, delataba no cumplir las normas. Como señala Douglas, la contaminación puede crear malestar social. Los trabajadores de la salud operaron a partir de estos condicionamientos y recibieron sanciones sociales como subestimar su responsabilidad frente a una situación límite, lo que generó múltiples reacciones:

Éramos los que estaban en la línea de fuego, de frente con el COVID. A cargo del piso COVID... fue un año difícil. Si bien estuve como jefe de otros servicios, no es lo mismo, la presión en ese momento de pandemia era mayor porque estábamos frente a algo desconocido. (Enfermero, Hospital, Zona Sanitaria Alto Paraná, 56 años, 11-11-2021)

Incertidumbre por no saber cómo actuar ante el desconocimiento de la enfermedad. Preocupación por los cambios drásticos en los protocolos, por la incorporación de gente nueva que desconoce la dinámica de la organización, porque la gente no se cuidaba, no respetaba las medidas de protección y si enfermaba se moría en la primera etapa. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 47 años, 29-09-2021)

Ante el amplio espectro de síntomas que produce la COVID-19 y el desconcierto que ocasiona su variación de persona a persona, en este primer contacto, quien cuenta con el entrenamiento específico y la experiencia necesaria del *estar ahí*, traduce esta respuesta en un corto tiempo, como refiere una entrevistada:

Los enfermeros advierten cosas que algunos médicos negaban, su insistencia hizo precisar diagnósticos. Disponer de Elementos de Protección Personal (EPP) muy adecuados y suficientes en cantidad para atender a los pacientes COVID-19 o bien para iniciar el diagnóstico y poder descartar casos COVID-19, trabajar en terapia intensiva a partir de su experiencia le daba solvencia para atender no solo casos COVID-19 sino otros pacientes en Terapia Intensiva (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 45 años, 29-09-2021).

En una etapa inicial atravesada por mucho miedo y confusión respecto a quién debía asumir la responsabilidad del triaje, el Ministerio de Salud de Argentina (2020) estableció el perfil profesional para realizarlo² y, como el personal de enfermería cuenta con experiencia anterior a la pandemia COVID-19 para realizar esta evaluación y discernir a la brevedad el carácter de urgente del caso, se dispuso en los diferentes efectores un área de primer contacto:

Pusieron una mesa a modo de prueba piloto y era el enfermero el que estaba sentado ahí. Evaluando a cada paciente que ingresaba al hospital, clasificando: si era para el sector respiratorio, que eran los posibles COVID; en ese entonces se habilitó también un sector de dengue o si era para la guardia de emergencia. Todo eso definía el enfermero, según la sintomatología del paciente. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 27 años, 14-09-2021)

En marzo de 2020 en Misiones, el parte epidemiológico informaba “COVID-19 y Dengue”, complejizando aún más la situación de la pandemia COVID-19. Diferenciar los síntomas de una u otra enfermedad no fue una tarea sencilla ya que, en la premura de las medidas de prevención y detección de infecciones, y ante la escasez de recursos humanos específi-

2. El enfermero a cargo debe tener formación técnica/profesional, con experiencia de práctica profesional de al menos 2 años en terapia intensiva, servicios de internación o de emergencias, con capacitación en triaje, manejo de la vía aérea y ventilación mecánica; además de habilidades en la respuesta rápida, la comunicación efectiva y en el trabajo en equipo (Ministerio de Salud de Argentina 2020, p. 3). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf>

cos, profesionales de otras áreas (psicólogos, administrativos o agentes de seguridad —estos últimos entrenados para tal fin—) realizaron tareas de triaje y desinfección, restando disponibilidad para sus labores específicas a fin de colaborar con lo que en ese momento se determinó como urgencia.

nos volvieron un poco locos con el tema de que cambiaban la definición de caso [COVID-19] constantemente... Yo, por ejemplo, estaba a cargo de hacer el triaje, o sea la primera entrevista al paciente que llegaba con síntomas... Y bueno, íbamos seleccionando aquí para los hisopados, quien sí, quien no... por eso el cambio de la definición de caso [COVID-19] nos ha dejado un poco locos aquí. Estuve haciendo mucho tiempo el triaje cuando llegaba al hospital y después hacía consultorio. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 38 años, 01-11-2021)

Estas medidas de prevención se establecieron fuertemente en las maternidades, donde el manejo de situaciones especiales como las embarazadas con sospecha o confirmadas COVID-19, planteó a mediados del año 2020, la implementación del triaje en establecimientos públicos y privados de todos los niveles de atención³. Las mujeres que dieron a luz en los primeros meses cursaron gran parte de su embarazo en la prepandemia, tensaron al máximo los cuidados para prevenir el contagio y

3. Las personas gestantes presentan un riesgo mayor de evolucionar hacia formas severas de la enfermedad COVID-19, documentado por un mayor número de ingresos a Unidades de Terapia Intensiva y requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica. Este riesgo aumentado se observa principalmente en el tercer trimestre (Ministerio de Salud Argentina, 2021, p. 2).

atravesar el parto con los mayores recaudos. Pero a medida que avanzaron los embarazos en pandemia, la realización de los controles prenatales y los estudios complementarios no se suspendieron, pero exigieron multiplicar las medidas de protección ante el desconocimiento de los efectos del COVID-19 en las gestantes y en los recién nacidos.

Desde diciembre de 2020 ingresaron embarazadas con COVID-19 a parir. En diciembre y enero fueron una paciente COVID-19 por semana, pero después hasta 4 por semana. Con respecto a la atención todo caso positivo o sospechoso siempre se aisló, hasta obtener resultado confiable como es el PCR⁴. Se estableció un protocolo para reconocer y derivar los pacientes según sospechosos o no y el personal a cargo de su acompañamiento y traslado con Elementos de Protección Personal completos. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 42 años, 22-01-2022)

Las medidas de aislamiento permitieron al personal controlar la situación y evitar el caos que produce el contagio masivo. Estos procedimientos desde los protocolos posibilitaron mayor seguridad al momento de brindar los cuidados de enfermería. A la vez, los bioquímicos y los técnicos tenían la tarea fundamental de diagnóstico ya que se encargaron de tomar las muestras, analizarlas e informar los resultados a personas que sospechaban estar infectadas. Al igual que los demás trabajadores debieron extremar los cuidados no solo

4. Técnica conocida como Reacción en Cadena de la Polimerasa de mayor sensibilidad para la detección del material genético de un patógeno.

para la toma de muestras, sino también para el procesamiento de las mismas.

Fue un cambio general, hasta la limpieza se tuvo que organizar en otro momento porque antes se limpiaba una o dos veces al día, en cambio ahora había que hacer una limpieza bastante más reiterada. En un principio se pensaba que el virus se transmitía a través de superficies que podían llegar a estar contaminadas, entonces la limpieza incluía: limpieza de paredes, limpieza de pisos, mesadas, sillas... varias veces al día, a la mañana posiblemente podían limpiar dos o tres veces cada uno de los sectores y si alguien pedía que se limpie en particular una zona hacían una limpieza general completa, ventanas, puertas, paredes, absolutamente todo lo que esté al alcance con lavandina. Ciertos sectores como Biología Molecular que trabajaba con muestra de esputo, o con lavado bronco-alveolares que son las muestras para el análisis de COVID requerían constante limpieza, era cada media hora, por ejemplo, no te puedo decir el momento exacto porque mientras están trabajando no pueden entrar, pero sí cada vez que se paraba una tanda venían, limpiaban. (Bioquímico, Laboratorio, Zona Sanitaria Capital, 30 años, 22-11-2021)

El contacto con el paciente en la atención cotidiana también implicaba un alto riesgo de contagio, usar adecuadamente el equipo de protección personal era clave, así como establecer una estrategia que limitara el contacto, aunque estos protocolos repercutieron en las percepciones respecto de la calidad del vínculo, aspecto señalado como una restricción por los profesionales. Los testimonios dan cuenta que esta limitación del contacto físico fue recurrente en varias zonas de la provincia:

Se organizaban de a dos enfermeros, uno entraba a las habitaciones de los pacientes contagiados y el otro quedaba afuera para alcanzar lo que necesitaba. Se tuvo en cuenta que los enfermeros designados al piso de COVID, no tengan alguna comorbilidad, como factor de riesgo. (Enfermera, Hospital Zona Sanitaria Alto Paraná, 30 años, 3-11-2021)

Con el paciente COVID positivo no podías hacer eso de entrar y estar mucho tiempo. Se entraba con toda la protección, se brindaba la atención y enseguida se salía. (Enfermero, Hospital Zona Sanitaria Alto Paraná, 56 años, 11-11-2021)

Sí, por ahí como que se volvió un poco más distante, por ejemplo, con todo el equipo puesto el tomar distancia, siento como que antes de la pandemia, por ahí era un trato más cálido. Uno llegaba a la habitación del paciente, por ejemplo, le pasabas la mano, lo asistía si necesitaba no sé, por ejemplo, nosotros pesábamos a los pacientes, los asistíamos, era como un trato más cálido, y bueno... ahora eso quedó un poco más distante, se toma la distancia necesaria. (Nutricionista, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 27 años, 16-11-2021)

Pese a que los protocolos exigían un distanciamiento, el cual es reconocido como una mutación en el vínculo con el paciente, se establecieron acciones para ocuparse de los aspectos emocionales de las personas que estaban internadas. Los relatos dan cuenta que la situación de internación, agravada por la soledad e incertidumbre del pronóstico de la infección por el nuevo coronavirus, afectó negativamente a las personas internadas.

Yo hablaba mucho con los pacientes, dentro de lo que es la parte nutricional, aparte de adaptar las dietas, porque casi todos los pacientes tenían o falla renal, tenían diabetes, tuvimos muchísimos pacientes con diabetes, la mayoría inclusive creo yo (...) aparte de adaptar sus dietas era entrar y charlar con ellos, les preguntaba cuál era su comida preferida. Yo decía -Estaban encerrados en cuatro paredes, con falta de aire, sin ver a su familia, sin saber nada de este bicho... bueno yo, aunque sea sentía que le podía dar la felicidad, de bueno, qué comida te gusta, estás pudiendo comer, qué preferís, querés que tu familia te traiga algo de afuera, charlaba mucho con los pacientes y bueno, después se descompensaban y estaba la parte fea. Ya conocía todo de sus vidas, compartía mucho con ellos. (Nutricionista, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26 años, 20-01-2022)

Y a veces tenemos que ir a la tarde en algún momento para contener a las personas que están con COVID también, todo eso de los trajes y todo eso ahora, ¿eh? (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro Uruguay, 45 años, 23-09-2021)

Otra cosa que me ha quedado muy marcada también cuando nos llama, se contacta una enfermera con mi colega y conmigo, “mañana a las 10 de la mañana tienen que venir a capacitarse porque deben saber cómo deben vestirse para entrar a ver a los pacientes”. Y sí, claro, ahí uno va dimensionando, claro, “tengo que ir a ver a los pacientes”. Un paciente que está aislado, que no ve a su familia, que le juega en contra todo el exceso de información tan negativa que ronda en torno a esto, “nos contagiamos, morimos, no nos despedimos”. Y claro, pacientes entrando en pánico, pánico, ansiedad, pero eso sí podemos decir que lo triplicó la pandemia.

El miedo a la muerte, que es el pánico, justamente. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte, 34 años, 09-11-2021)

A mí me tocó particularmente ir una sola vez, ir a ver a un paciente con COVID positivo porque no nos contactábamos con sus familiares, no había forma de saber de ellos como para poder informar la situación y bueno, era hablar con el paciente y pedir información contextual y de ahí sacar herramientas para poder ubicar a sus allegados... la verdad que el equipo de enfermería se portó muy bien... te vestían todo para poder entrar con todo el protocolo que eso implica para poder entrevistar a los pacientes, que claro se hicieron en casos muy urgentes porque nosotros realmente no necesitábamos estar en un contacto permanente con el paciente porque tampoco es que le íbamos a atender al paciente, no es nuestra área, como lo nuestro es la cuestión social se trabajaba desde ese espacio, desde ese lugar, digamos, pero cuando fue necesario se hizo. (Trabajadora social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 12-10-2021)

A partir de estas citas, observamos que los diferentes profesionales mantuvieron contacto directo con pacientes enfermos de COVID-19, tanto en hospitales como en centros de atención primaria de la salud, ocupándose de otras dimensiones del padecimiento que contempla de manera integral a la persona enferma. El contacto directo con los pacientes fue “excepcional” para la trabajadora social, una necesidad para la psicóloga, un “plus” para la nutricionista y para enfermeros y para bioquímicos y técnicos, lo esperable. No todos se sintieron “esenciales” por “estar en la primera línea de fuego”, sino como una situación excepcional para la que debían extremar los resguardos.

¿Pero cómo lograr el contacto directo sin riesgo? Utilizando los equipos de protección personal tal como se menciona en varios testimonios; estos constituyeron la barrera de protección frente al virus separando áreas seguras de áreas peligrosas en los propios cuerpos y, en las circunstancias de interacción, discernir entre espacios cerrados y espacios abiertos, distancias seguras y distancia riesgosas, cubrir los cuerpos protegiendo zonas críticas: la cara y las manos.

El contacto con espacios considerados peligrosos también produce vulnerabilidad. Un espacio puede recibir atributos negativos por diversas razones, que incluyen la asociación con espíritus malignos, formas de impureza o de contaminación (incluso toxinas ambientales), males endémicos o epidémicos, y recuerdos de violencia o de desgracias pasadas (recuerdos tóxicos) arraigados en el paisaje y cuya influencia negativa se supone que sigue activa. Al entrar en estos espacios, se deben tomar precauciones y mantener en guardia. (Nichter, 2006, p. 112)

Si bien varios profesionales poseen experiencia en el desarrollo de medidas de bioseguridad, el requerimiento de su utilización durante la pandemia reformuló su sentido. En efecto, el empleo de los equipos de protección personal dio cuenta de la gravedad de la situación por los efectos patológicos que ocasiona la infección y del riesgo al que están expuestos durante sus jornadas laborales.

El enfermero tiene el conocimiento de las medidas de bioseguridad, en el contexto de la pandemia se trabajó bajo más estrés, se dio cuenta del riesgo que corre. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 27 años, 14-09-2021)

Fijate que ahora que tenemos un paciente, que me llamaron ahora. Yo ya me había olvidado de ponerme todas las cosas. Las veces anteriores la enfermera me decía, te tenés que poner primero esto, y ahora esto... y ahora me dejó sola, como que yo ya tenía que saber todo, y como que me había olvidado el de la cabeza, que no la de la botita, de lo que me ponía en la cabeza, como que no me entraba [risas]. Esas cosas... Como de que no estaba ya acostumbrada de nuevo ponerse... de nuevo... seguir en la lucha. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro Uruguay, 47 años, 23-09-2021)

Usar el equipo de protección personal implicaba no solo saber colocarse las piezas (barbijo, máscara, traje o camisolín, guantes, etc.) sino cómo quitárselas para no dispersar el virus si se había tomado contacto con este. Por esto, fue necesario entrenar a psicólogas y psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales, entre otros profesionales, en el uso de los EPP para asistir a los pacientes y permanecer seguros en los centros de salud. Antes de la vacuna, cumplir con estas normas fue crucial⁵.

El uso de los equipos de protección personal resguardó tanto a los trabajadores como a los usuarios, pues mantener *sanos y puros* a los integrantes del equipo de salud era lo que permitía sostener las prestaciones específicas para el COVID-19 y también los servicios regulares para atender enfermedades crónicas y emergencias. La circulación de

5. Para profundizar sobre temporalidades, cuidados y vivencias entre las/os trabajadoras/es sanitarios de Misiones durante la pandemia, consultar Almada, 2022.

información precisa y actualizada sobre la enfermedad y las medidas necesarias para protegerse y proteger a la población fue muy importante. Respecto del acceso a datos confiables, los informes diarios del Ministerio de Salud nacional constituyeron una guía oportuna y se complementaban con las indicaciones de los Jefes de Zona o de la dirección de los hospitales. Desconocer la enfermedad fue una de las mayores amenazas; por ello, disponer de información precisa y oportuna más los equipos de protección personal fueron los únicos elementos para sobrevivir en “la primera línea de fuego” antes de la vacuna.

DAR BATALLA A LA MUERTE O SALVAR VIDAS

Dar batalla a la muerte implica no solo las acciones en la “primera línea de fuego”, sino también ser conscientes de la permanente presencia de la amenaza de muerte en las prestaciones habituales de los servicios de salud. “Todo hombre tiene miedo a la muerte en mayor o menor medida, pero normalmente lo reprime; a veces lanzándose a la acción que ayuda a vivir mejor, a riesgo de reencontrarla (si no está preparado para bien morir) en el momento del desenlace final” (Thomas, 1983, p. 357). Como en nuestra sociedad poco se habla de la muerte, se vive como si esta no existiera, pero en la situación de pandemia la muerte se impuso de tal modo que nadie pudo escapar a su amenaza.

El miedo a la propia muerte fue expresado elípticamente por los trabajadores al referirse a la importancia de respetar y sostener los protocolos de cuidado, de limitar la circulación a los espacios básicos (trabajo y entorno doméstico inmediato),

pero también, cuando señalaron a la muerte de sus seres queridos como una de las peores amenazas del COVID-19.

La relación entre el médico y el enfermo pone a la muerte como una posibilidad extrema pero lejana, se trata de evitarla y muchas veces se logra por la eficacia de la acción médica. Aceptar la ocurrencia de la muerte en el ámbito de las acciones sanitarias implica reconocer los límites de la eficacia curativa de la biomedicina. Pero en la pandemia, cuando los jóvenes comenzaron a morir al igual que los ancianos que presentaban diversas dolencias, resultó muy preocupante para el personal de salud, “era muy difícil salvarse”.

La imagen de una camilla que recorre el pasillo de un hospital llevando un paciente a la sala de terapia intensiva para prolongar su agonía porque había certeza de que se moría, fue una de las sensaciones más fuertes mencionada por una trabajadora de salud: “sabíamos que se iba a morir”. Este reconocimiento del límite de los tratamientos iniciales fue contundente, y más aún en algunas ciudades pequeñas donde las redes de sociabilidad son muy densas: “todos conocíamos a los que se morían... si no era tu pariente, era tu vecino, y no podías hacer nada”. Asumir que las derivaciones iniciales de pacientes positivos de COVID-19 hacia centros de mayor complejidad en los primeros meses de la pandemia era una despedida porque no volvían, se presentaba como una evidencia difícil de aceptar porque explicitaba las limitaciones de la lucha contra este virus.

Los moribundos suelen ser personajes negados que cobraron presencia en los hospitales; las salas de terapia intensiva se colmaron de enfermos sin posibilidades reales de recuperación sino más bien de extender la agonía en la primera etapa de la pandemia, sobre todo antes de la aplicación de las vacunas. Sucede que la muerte del “otro” es la posible de representar y

arrastra consigo a la presentificación del inevitable destino final que nos descubre al yo y al otro como iguales (Biset, 2012).

Si el criterio de esencialidad se circunscribió a aquellas profesiones cuyas acciones tendían a evitar la muerte de ciudadanos, con la explosión de la pandemia se erigió al SARS-COV-2 como casi única causal de muerte a combatir, soslayando otras etiopatogenias y factores predisponentes. Es decir, se perdió de vista que las *líneas de fuego* o *trincheras* pueden responder a diferentes problemáticas, como las ideaciones e intentos de suicidio, patologías oncológicas, etc.

El temor ya pasó, yo lo llamaría dolor. La deshumanización nos está devorando como seres humanos, se puede evidenciar en la violencia que han sufrido y sufrimos los que trabajamos en salud. Cómo puede ser que la vida no importe... mientras muchos se divierten, contagian y enferman, nosotros le damos batalla a la muerte, de la cual nos hacen responsables si no logramos salvar vidas. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 42 años, 22-01-2022)

La reflexión de la enfermera nos lleva a considerar otras situaciones donde también se jugaba la vida, y no todos eran pacientes con COVID-19, pero ocurrían: intentos de suicidio, diálisis y tratamientos oncológicos, análisis bioquímicos apremiantes, cirugías urgentes, entre otros.

Me llamaban, ponele a las 11 de la noche, que ingresó un chico con autolesiones o con alucinaciones. El domingo por la mañana, era ir a evaluar el caso. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 32 años, 01-11-2021)

Pero sí, hubo muchas emergencias por esa temática, por intento de suicidio durante pandemia. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro Uruguay, 45 años, 23-10-2021)

Porque también nosotras, además del trabajo en el hospital y el privado, trabajamos con el juzgado. Y esta cuestión tan aberrante del abuso sexual o de la violencia intrafamiliar, que fue como muy enriquecida por la pandemia, porque al tener que convivir todas las puertas adentro, ¿eh? Era como el campo fértil para generar estos espacios. Y la indignación o esa sensación de decir bueno, si bien nos estamos cuidando a ciertas cosas, estamos expuestos a otras, eso es algo que marcó muchísimo en lo que es la parte laboral. O también las pacientes mujeres, decir “no veo la hora que esto termine y que vuelva a trabajar porque ya no tolero esta situación”. Madres dependientes con niñitos pequeños que no ven salidas. (Psicóloga, Hospital, Zona Norte, 34 años, 09-11-2021)

Hubo muchas trincheras en las cuales salvar vidas. La pandemia marcó un modo de vivir para todos, pero afectó de formas distintas a las personas. Unos lograron acomodar su cotidianidad con sus propios recursos materiales y simbólicos, para sostener sus vínculos afectivos, garantizar educación y cuidados, así como gestionar las actividades laborales a partir del distanciamiento y otras restricciones. Pero otros atravesaron en ese período situaciones críticas que exigieron respuestas inmediatas y singulares en el sistema de salud.

Siempre está la emergencia que nosotros nunca dejamos de atender, o sea el paciente que venía mal, con una dolencia muy urgente, que en general es el médico el que te aclara en el pedido que es urgente, embarazadas que no pueden esperar, ¿viste? Bueno...

nosotros tenemos muchos de esos pacientes oncológicos, trasplantados, prequirúrgicos que no podían esperar, ¿viste? entonces a esa gente siempre se le dio prioridad y se le atendió, pero lo que era programado y que se podía reprogramar tratábamos de atender lo justo y necesario. (Bioquímico, Laboratorio, Zona Sanitaria Capital, 53 años, 01-11-2021)

Hay muchos pacientes que tenían que venir a hacer sus diálisis y no tenían cómo. Antes, previo a la pandemia, contaban con ambulancia, la municipalidad les pagaba el pasaje; con la pandemia los colectivos interurbanos se suspendieron, entonces no tenían forma de venir y era muy estresante tener que llamar a cada municipio, hablar con los trabajadores sociales y decirles “este paciente tiene que venir a hacer su tratamiento, porque es un tratamiento vital porque es una enfermedad crónica porque si no lo hace se va a morir”, y del otro lado tenías la respuesta “tengo una sola ambulancia en el pueblo y no le puedo llevar tres veces por semana”. Entonces era encontrarse intentando dar respuesta a esa necesidad imperiosa, de un tratamiento vital como te digo y no contar con los recursos porque al no tener los colectivos el paciente no tenía la forma de venir hasta acá, porque no tiene medios de movilidad propia, no tenía el transporte público y la municipalidad se veía colapsada (...) entonces fue toda una logística y una organización. (Trabajadora social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 01-09-2021)

Si bien en el imaginario social, las expresiones “dar batalla a la muerte” o “salvar vidas” están directamente asociadas a una serie de procedimientos y acciones mecánicas sobre la anatomía y la fisiología, los testimonios recogidos develan la imprescindible labor sobre el contexto, lo vincular, la elimina-

ción de barreras de accesibilidad y los efectos de lo anímico sobre el sostenimiento de la vida. Ello permite recomponer lo ineludible del abordaje integral de los padecimientos.

La lógica de la cultura organizacional epidémica priorizaba la atención de los pacientes con COVID-19, pero las respuestas de los trabajadores para resguardar también “otras vidas” da cuenta de la coexistencia de otra lógica de acción en hospitales y centros de atención primaria que respondió más a una perspectiva humanitaria de fuerte compromiso social⁶.

LOS QUE NO PARAN

Otro de los criterios que analizamos para definir a un trabajador como esencial fue la exigencia de “no poder parar”, seguir de largo días sin períodos de descanso, sumar turnos, bien por el compromiso con la tarea asumida o por requerimiento de las vías jerárquicas. El plantel de trabajadores de la salud se vio abruptamente disminuido, casi a la mitad, dadas las licencias por riesgo y por comorbilidades que se dispusieron como protección para quienes fueron considerados *vulnerables*. Las precarias y exigentes condiciones de trabajo de varios grupos de trabajadores de la salud exigen multiplicar horas de trabajo para compensar bajas remuneraciones, no se trata de un problema nuevo, sino agudizado por la pandemia, tal como lo señala Aspiazu (2017) al referirse a

6. Para profundizar sobre las transformaciones de los escenarios de trabajo y las tramas de solidaridad que se entretajeron para sostener la atención sanitaria durante la pandemia, ver Bottex, 2022.

la enfermería: “un ritmo laboral intenso y desgastante, que repercute fuertemente en la salud de quienes se desempeñan en el sector y en su percepción sobre el trabajo, así como impacta negativamente en la atención y la calidad del servicio brindado” (p. 18).

Ante la reducción de personal, fue menester generar estrategias de alternancia, por ejemplo, el sistema de “burbujas” para reducir el número de personas afectadas si se producía algún contagio; jefes y coordinadores de servicios armaron estos esquemas y los trabajadores debieron ajustarse a ellos para garantizar la atención.

La planilla de guardias de enfermería bajo el sistema burbujas, grupos de 5 a 8 enfermeros con una determinada cantidad de guardias, mientras el otro grupo de 5 a 8 personas estaba de franco. Si alguno de los integrantes de esa burbuja que se encontraba trabajando diera positivo, se aislaba al grupo entero y el grupo que se encontraba de franco entraba a trabajar. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Uruguay, 25 años, 21-01-2022)

en momentos empezamos a organizar por burbuja porque por supuesto si se contagiaba uno, nos podíamos contagiar todos y el servicio no puede permanecer cerrado (...) en el hospital, desde el servicio no es un lugar que vos podés decir “bueno andá tu casa y desde tu casa vas a trabajar y vas a atender las demandas, es totalmente distinto a otros sectores, entonces era eso, ¿no?! (...) el aprender juntos, pero a la vez el miedo y la incertidumbre digamos!, eso. (Trabajadora social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 12-10-2021)

¡Mira! yo estoy casada vivo con mi marido, todavía no tengo hijos, entonces fue un poco difícil en lo personal, él es informático entonces trabajaba desde casa, hacía *home office*, podía estar solo en casa, sin la necesidad de tener que salir y fue un poco difícil porque él me exigía que me cuide, que no venga todos los días al hospital, que trate de preservarme físicamente... pero lo cierto es que la responsabilidad que yo sentía... no que sentía, sino que tengo con el equipo es como que no me lo permitía, yo necesitaba, tenía que estar acá todos los días; tenía que estar para el equipo. (Trabajadora social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 34 años 01-09-2021)

Este testimonio da cuenta de la operatoria simbólica de la ideología institucional sobre los sujetos trabajadores, quienes voluntariamente prestan su adhesión, su lealtad y su tiempo completo a la institución. Si bien no hay una coacción absoluta por parte de la institución a prestar el tiempo y los servicios retirados de entornos familiares o personales, estamos en condiciones de pensar en el ejercicio de mecanismos de presión sobre los individuos que debilitan sus lazos por fuera de la institución, excluyendo toda relación que pueda competir con la misma. Así es como sus miembros fundan y sostienen su identidad a partir de su rol dentro de lo que Coser (1978) llama *institución voraz*. En las siguientes citas también se pone en evidencia la motivación de los miembros del plantel de salud, a la adhesión absoluta e incondicional, lo cual implica el abandono de vínculos con su mundo circundante.

Si caemos los enfermeros, ¿quién va a trabajar? ¿Entendés? La palabra héroe, eso es algo fantasioso, que la sociedad puso. Pero,

nadie es héroe, ahí. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 27 años, 14-09-2021)

Lo que sí planteamos al equipo de guardia es que, sea sábado o sea domingo, si hay estas situaciones [intentos de suicidio, crisis nerviosas, etc.] y que nos citen, que nosotras nos vamos a organizar a ver cómo... con lo que eso significa también, ¿no? O sea, estás en familia y cortás todo porque tenés que venir, pero bueno... forma parte de todo esto también. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 38 años, 01-11-2021)

Tal como lo expone uno de estos testimonios, no se trataría solamente de una cuestión de heroísmo, compromiso o sacerdocio, sino más bien de la puesta en juego de factores identitarios que hacen al *nosotros* de la institución, y que implican demandas voraces y a veces arbitrarias a las que el trabajador está subordinado sin clara conciencia, por lo cual es altamente valorado y reconocido en su entorno (Coser, 1978).

La intensidad de las jornadas laborales, la permanente demanda en los más variados asuntos, la disponibilidad a tiempo completo con la exigencia de “no descuidar los servicios”, la realización de guardias pasivas no formalizadas “a voluntad”, el incremento de la voracidad institucional a causa de la pandemia, llevó a que estos trabajadores se sintieran burlados cuando la población relajaba las medidas de prevención y aumentaban exponencialmente los casos. El alto riesgo de tratar a pacientes con COVID-19 resultó extenuante por el rigor del cumplimiento de reglas y las restricciones en su cotidianidad.

Yo básicamente quiero hacer un reconocimiento a todo el personal de salud, la verdad que el personal de salud ha demostrado una profesionalidad increíble y te digo porque lo viví desde adentro ¿viste? Bueno... A mí me ha tocado mucho, pero más que lo mío, lo de mis colegas, (...) es increíble como el personal de salud se calzó al hombro la pandemia ¿viste? Es increíble, y también ver un poco la desidia del resto de la población, no del resto de la población, sino de algunos sectores, yo por ahí me levantaba a las cinco, seis de la mañana (...) y viniendo acá, al laboratorio, veía la gurisada juntándose, no respetando, de joda. Digo gurisada, pero a lo mejor había adultos también, pero por lo general y bueno... sin ánimo de criticar, pero, como el ser humano... hasta que no le afecta directamente, no toma conciencia es increíble eso, son observaciones nada más que hago como una parte de la sociedad que se calzó el problema para mitigar la no conciencia de otra parte de la sociedad, bueno, eso nada más, me llamó la atención. (Bioquímico, Laboratorio, Zona Sanitaria Capital, 53 años, 01-11-2021)

Yo no salía, yo estaba encerrada, iba del hospital a mi casa y, por ahí, a veces, con amigas, pero muy poco, y me pasó que fui al cumpleaños de una amiga, y en un momento sentí que me desmayaba, que el corazón me palpitaba a *full*, yo empecé a ver mucha gente y hace mucho no veía tanta gente, y la gente... yo sentía que estaba... en el momento yo pensé “guau, toda esta gente relajada” y se me vino la cantidad de pacientes que había en el hospital y lo mal que la estaba pasando. Entonces vi como dos mundos, distintos, paralelos, completamente paralelos, y ahí me empecé a marear, me empezó a faltar el aire, me empecé con palpitaciones, quedé pálida, mi amiga me mira y me dice “¿Qué te pasa?” (...). Había sido que fue un ataque de pánico, justamente

porque sentí que estaba viviendo dos mundos paralelos. Esto lo hablábamos mucho con una médica, colega mía, que realmente había que estar ahí adentro para entender realmente lo que nosotros estábamos pasando, era para mí, por lo menos, y para esta médica con la que hablé, era agobiante, era agobiante ver dos mundos paralelos. Te digo la muerte y eso es muy chocante, pero ver dos mundos paralelos me parece que es mucho más chocante, que la gente no se dé cuenta lo que estaba pasando. (Nutricionista, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26 años, 20-01-2022)

Empecé a pensar cosas de cuando empezó la pandemia que jamás las había procesado, es como que recién estoy parando... Ni sé si en realidad paro... porque el teléfono suena las 24 horas, como que me cuesta un montón, viste poner en el modo avión. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 38 años, 01-11-2021)

Sumergidos en condiciones precarias de contratación, algunos profesionales se vieron afrontando períodos interminables de trabajo, entrando en un estado de confusión respecto del paso del tiempo. Desde guardias no reconocidas a los psicosociales hasta enfermeros sin contratos, postergando vacaciones a fin de no dejar turnos sin cubrir, dan cuenta de la renuncia a su autonomía de estos profesionales a partir de la voracidad institucional que los moldea a imagen de sus intereses (Coser, 1978). La situación de pandemia que instaló la cultura organizacional epidémica exacerbó las exigencias de entrega y lealtad previas de los trabajadores hacia hospitales y centros de atención primaria.

También porque hay profesionales a los que les pagan la guardia, la reconocen. Y hay profesionales a los que no les reconocen. Digamos el derecho a la guardia, el derecho a que sea rentada, ¿no? (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 38 años, 01-11-2021).

Creo que la pandemia, después... cuando tuvo un proceso de 8 meses, 9 meses, el mundo se dio cuenta que por fin había que ocuparse de eso. Ahí, como que hubo una modificación y muchos de los que estábamos dentro del sistema de salud pasamos a otras condiciones laborales que no digo que son extraordinarias, pero que son por ahí de mayor estabilidad. Entonces, por ahí, dentro de lo que sería una desgracia, en mi caso, yo me vi favorecido por eso. Eso es lo que puedo llegar a decir sobre cómo impactó la salud mental en el ámbito de la salud y de las políticas que se tomaron en cuenta. No solamente la salud mental, lastimosamente en Misiones contábamos con un porcentaje altísimo de trabajadores bajo contrato digamos, precario, de becas, monotributistas, ya sean promotores de salud, ya sean enfermeros o de cualquier disciplina. A partir de... Pasados los 9 o 10 meses de la pandemia, de manera mágica pasaron todos a mejores condiciones laborales. O sea, por eso digo que el sistema de salud, a partir de una desgracia mundial, se entera o se da cuenta de que tenía que, de alguna manera, mejorar las condiciones laborales de sus trabajadores. (Psicólogo, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 36 años, 17-11-2021)

No fue un acto de magia el que cambió las formas de contratación del personal de salud sino el fruto de las luchas y los reclamos de trabajadores comprometidos y responsables de garantizar y mantener la atención de salud. A pesar del

miedo y aún cansados, estos trabajadores no abandonaron sus puestos, sea en centros de salud barriales o en hospitales.

Por ser APS [Atención Primaria de la Salud] consideran que nuestro trabajo no es pesado, pero sí es estresante, cada vez hay más datos administrativos para informar. Si vienen programas de, por ejemplo, educación sexual, no se incorpora gente nueva para eso; se le incorpora al mismo personal que ya está en el centro de salud. Una enfermera se quedaba 12 horas trabajando en los centros de salud, agotadísima, pero nunca se descuidó lo que es la atención primaria. (Enfermera, CAPS Zona Sanitaria Capital, 52 años, 02-11-2021)

¡Bueno, sigamos para adelante!, porque paralizarse no se puede y menos en un centro de salud... entonces eso está prohibido, no es que está prohibido, sino que... al personal de salud le costó mucho eso asumir de que no te podés correr y decir “me quedo en mi casa” o “por suerte tengo la posibilidad de quedar en mi casa”, como muchas otras personas lo hicieron. Por supuesto que no es fácil trabajar desde la casa, pero por lo menos no estás expuesto y eso hace a la diferencia. (Trabajadora social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 12-10-2021)

Ninguno de los grupos analizados se tomó vacaciones ni respetó sus días de descanso. Diversos profesionales, aún no considerados inicialmente como trabajadores esenciales, debieron cubrir turnos en fines de semana, limitando su sociabilidad al entorno laboral y estar a disposición de los requerimientos de la población usuaria, igualándose en este criterio analizado, a los proclamados como esenciales.

Garantizar atención en todos los servicios una vez superados los primeros meses críticos de la pandemia (preparación de las instalaciones, equipamiento tecnológico adecuado y entrenamiento del personal) puso en evidencia la complejidad de las prestaciones de salud. Multiplicidad de situaciones convergieron para mostrar la importancia de las acciones de prevención y promoción de la salud además de la atención. Enfermeros, psicólogos, bioquímicos, trabajadores sociales y nutricionistas fueron ampliando el grupo destinatario de sus servicios y potenciando la atención de pacientes no COVID-19. La cultura organizacional epidémica se impuso parcialmente, compitiendo con la lógica compleja e integral.

MOMENTO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD

Este segundo momento se impuso por la dinámica de trabajo de los propios equipos. Una lucha subyacente entre una lógica que priorizaba la atención biomédica y otra que trascendía hacia la consideración de las dimensiones abstractas de la salud. Aún no reconocidos como *especialistas*, otros trabajadores también oficiaron de contención y acompañamiento a sus compañeros de trabajo. Pero no se lanzaron a operar con la comunidad, sino que ahí reconocieron sus límites y la importancia del rol de los psicólogos. Pero a medida que las crisis se hicieron más explícitas, se debieron tomar decisiones más

contundentes: generar espacios específicos para el personal de atención psicológica⁷.

Desde los distintos lugares de la provincia, atravesando muy diversa complejidad, surgieron indicios de un malestar generalizado y constante en el personal de salud, y la sorpresa de los directivos ante el quiebre del personal obligó a llamar a psicólogos y psicólogas para que volvieran a sus tareas específicas, pero en esta oportunidad orientadas a los miembros del equipo de salud. En este momento, los psicólogos y psicólogas se encontraron con una doble demanda: contener a sus compañeros de trabajo e ingeniarse para dar continuidad a tratamientos y/o incorporar nuevos pacientes.

Expresiones de los trabajadores vinculadas con el miedo de perjudicar a miembros de sus familias, por las dificultades ante la exigencia de nuevas adaptaciones de espacios y recursos tecnológicos, con la sensación de desdoblamiento de la realidad o la “sensación de muerte inminente” más las crisis de pánico ligadas a la sobreexigencia, también crisis de angustia por haber tenido contacto estrecho con personas infectadas se sumaron a la “sensación de injusticia” experimentada en relación con el trato recibido y los riesgos a los que debían exponerse, frustración o impotencia frente a muertes inesperadas de pacientes jóvenes o embarazadas sin comorbilidades, entre otras.

La percepción del colapso del sistema de internaciones que tuvo el personal de salud se traducía en un temor al colapso

7. Para profundizar sobre la atención y cuidados de la salud mental en el sistema sanitario de Misiones durante la pandemia, ver Lorenzetti y Mac Lean, 2022.

personal, el dolor por el fallecimiento de personas conocidas o cercanas y de sus propios compañeros aumentó las tensiones. El temor ante la exigencia de decidir sobre la vacunación durante el embarazo, las dudas y los cuestionamientos por el oficio o profesión elegidos, se agregaron para dar cuenta de las emociones que atravesaban a estos trabajadores que “no podían parar” o no habían podido parar.

Los testimonios dan cuenta de la inseguridad de las decisiones de funcionarios y directivos, los cambios repentinos en las medidas que se tomaban, la disparidad de criterios según la fuente de información o la derivación de recursos de un área a otra: la incertidumbre a la orden del día en un sistema donde la planificación y el control son centrales, generaron crisis en el personal. La vulnerabilidad de los trabajadores como rasgo de la cultura organizacional epidémica se puso también aquí en evidencia, y las respuestas tanto espontáneas como organizadas apuntaron a considerar otra lógica de acción.

La emergencia de esta demanda masiva de ampliación de la atención o cuidados nos lleva a preguntarnos si el concepto salud tiene una definición unívoca o es el resultado de las tensiones entre componentes ideológicos que se ponen en juego en cada oportunidad. Dado que todo lo concerniente a bienestar y enfermedad se asienta en el fenómeno subjetivo y social, a las disciplinas sociales les cuesta delimitar con rigor teórico, tanto los límites de sus objetos como sus prácticas, y terminan siendo recortes definidos desde cierta ideología sobre el ser humano (Galende, 1990).

Una comunidad que en un momento disponía de atención en salud mental, con la implementación de las medidas de aislamiento (ASPO) y distanciamiento (DiSPO), vio restringidas las prestaciones y aunque sobrevive, lo hace a costa de retro-

cesos en sus tratamientos, desmejoramiento de los cuadros clínicos. Si bien el incremento de la demanda cooperó para la visibilización de los aportes de los profesionales psicosociales, no oculta el descalabro de los vínculos sociales y el malestar de la población.

LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO RESPUESTA

Si consideramos que todo padecimiento es subjetivo, aunque se replique a nivel social, tiene sus resonancias y sus interpretaciones: el sufrimiento siempre trasciende el cuerpo y se experimenta subjetivamente. Una definición compleja del proceso de salud-enfermedad-atención, muestra la necesidad de incorporar la dimensión social en su análisis y a partir de ello afirmar que el éxito del campo de la salud mental sería, paradójicamente, su extinción para quedar incorporado en prácticas integrales de salud (Stolkiner, 2005).

La dificultad de los profesionales psicosociales para instalar en las prácticas de salud la importancia de los aspectos subjetivos, afectivos y sociales implica que sigan siendo consideradas labores auxiliares y marginales dentro de los equipos de salud.

Cuando vemos la definición de salud incluye la cuestión bio-psico y social, pero lo cierto es que nosotros como trabajadores sociales acá 10 años, nos cuesta mucho todavía ese trabajo interdisciplinario... lo cierto es que, para ganar espacio, nosotros como profesionales del área social tenemos que hacer toda una lucha, digamos...porque a ver, ¿cómo te explico? (...), no porque la definición de salud sea biopsicosocial el médico sabe que

tiene que llamar al trabajador social, ¡no! Esas batallas se van dando con intervenciones concretas, con casos concretos que se van dando... porque el médico... no todos, pero la mayoría sigue viendo al paciente, va le atiende, ve la cuestión física que tiene... pero ver si el paciente tiene los recursos para como poder comprar la medicación, si tiene los recursos para poder venir a los controles... surge en cada paciente detalladamente, no es que el médico se pone a ver eso. (Trabajadora social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 01-09-2021)

Cuando recién ingresamos, como que el médico no entendía tanto la importancia de la salud mental y, hoy por hoy, ellos mismos solicitan las interconsultas y eso nos pone super felices porque la salud mental, creo que con la pandemia se vino a terminar de entender... que esto no es para locos. Que hay situaciones límites de la vida que nos ponen en un lugar, que no podemos salir solos. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte, 34 años, 09-11-2021)

Darle relevancia a la salud mental es entender también de que el paciente tiene que ser acompañado desde este lugar. Y que el mismo médico nos vaya dando ese lugar, ¿no? O el diabetólogo que nos derive un paciente que necesita tomar conciencia de hábitos saludables. De que empiecen también a permitir ellos que nosotros los podamos fortalecer. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 38 años, 23-10-2021)

al poco tiempo que llegué, el director que era un médico me dijo... yo, con todo lo que no sé qué hacer, lo mando con los psicólogos... ésa es la mirada que hay de la psicología. Todo lo que nadie sabe qué hacer, manda al psicólogo. Y le contesté: claro, yo

lo resuelvo [risas de ambas]. (Psicóloga, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 45 años, 07-05-2021)

Los testimonios dan cuenta de que algunos profesionales de la psicología fueron convocados a acompañar a personas internadas afectadas por COVID-19, de acuerdo con la premisa de que la función del psicólogo en las prácticas en salud no es ocuparse de las patologías “mentales”, sino de la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención (Stolkiner, 2005). Los testimonios refieren que la pandemia puso en evidencia un viraje desde el desconocimiento o desestimación de las dimensiones sociales y subjetivas del padecimiento, hacia la percepción de un reconocimiento por parte de los integrantes del equipo.

Uno de los últimos casos que fue muy fuerte también, que entra la pareja [los dos infectados], el matrimonio... fallece el marido en el transcurso, y había que darle la noticia a la señora que murió el marido. Los médicos como que esas noticias no las quieren dar. Entonces llaman a salud mental. Ahí, bueno, hablé con la familia. Digamos, citamos a la familia, que venga. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro Uruguay, 47 años, 29-03-2021)

no había dónde derivar. Estaban prohibidas las derivaciones. Las derivaciones eran solamente para neumonías y para contracciones [embarazadas] muy avanzadas; eran las únicas situaciones en las que se podía derivar al (*Hospital de referencia*). Entonces había que contener una crisis psicótica acá, no había vueltas, claro. La verdad no había posibilidad y ahí se dieron cuenta de la importancia de un equipo de salud. Incluso, hoy en día, viste que los médicos empezaron a tener mucha más apertura hacia

nosotros, las psicólogas, y por ahí a consultar con respecto a la psicofarmacología, a la continuidad de los tratamientos, a qué opciones tomar. O sea, como que se volvieron más abiertos... primero era como que nos sentían como una invasión opinando de psicofarmacología, por ejemplo, ¿viste? Como “bocudas” por decir de una forma, creo. Ahora como que eso está más, no sé... como que estamos más insertados y también como con más respeto hacia nuestra opinión. Al menos yo lo vivencié así, en un principio. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 38 años, 01-11-2021)

Las interconsultas de parte del mismo equipo de salud casi no existían porque claramente que ellos sabían que nosotras estábamos abocadas a eso, y tampoco entendían mucho la importancia. Hoy, por ejemplo, un caso de aborto adolescente tiene que pasar por salud mental. Un caso de paciente oncológico trabajamos, yo personalmente trabajo con el doctor [menciona al médico], que es el oncólogo, y sí o sí tiene que tener una validación por el Servicio de Salud Mental. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 34 años, 09-11-2021)

Hoy, a mí me gustaría que todas las cuestiones que se vayan haciendo, las funciones que nosotros tenemos definidas acá, el accionar nuestro, o sea, nuestra intervención en sí (...) seamos claros en qué y para qué; no solamente el cumplir órdenes de arriba que muchas veces no conocen qué es el Trabajo Social y para qué está el trabajador social. Eso como gran objetivo a cumplir que tengo... creo que de esta manera se va a poder trabajar de forma interdisciplinaria y, no sé si es mostrar la necesidad, pero sí que puedan valorar el trabajo que nosotros hacemos y que sepan que el trabajador social está para eso, ser como nexo entre la nece-

sidad que muchas veces tiene el paciente para acceder a un programa de salud, de contar con la medicación o, como te decía, de contar con la accesibilidad para la atención en este hospital... seamos nosotros un nexo en eso. (Trabajadora social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 01-09-2021)

La revisión de la concepción de salud imperante en cada momento y las consideraciones de los propios trabajadores sobre su función en el equipo de salud, así como de los funcionarios de mayor nivel de decisión, marcó el rumbo para establecer quiénes debían estar y qué tareas realizar. Fue dura la lucha de los profesionales psicosociales, pues debieron tolerar numerosas situaciones de desconocimiento y descalificación hasta lograr evidenciar la singularidad de sus funciones y la importancia de considerar efectivamente a la salud desde una perspectiva integral.

En este recorrido por los testimonios presentados hemos podido dar cuenta de que los criterios de esencialidad sostenidos resultan injustificados, ya que sirvieron para reproducir históricas hegemonías a partir de la fragmentación disciplinaria, cuyas disputas han impedido una respuesta multidimensional, acorde a la complejidad y magnitud del fenómeno salud-enfermedad-atención (De Lellis, 2013).

Si bien en los relatos compartidos aparece una constante oscilación generalizada de los profesionales “no médicos”, entre el reconocimiento por parte del personal médico, el reconocimiento propio y el reconocimiento por parte de la comunidad, creemos que es necesario un salto desde el plano de la construcción de identidades institucionales (íntimamente ligado al despliegue de roles específicos de la profesión) hacia otro plano cuya revisión se impone en miras a ajustar

las prestaciones a las verdaderas necesidades de la comunidad: hablamos de la revisión y deconstrucción del esquema de pensamiento desde el cual se organiza la noción del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados. Este mismo enfoque encierra una noción de sujeto de la que derivan las prácticas sanitarias acordes, tal como reflejan los testimonios, que requieren reubicar en el escenario la consideración de aspectos del padecimiento históricamente subordinados y desestimados.

El abordaje interdisciplinario se instala como una utopía para quienes trabajan en salud, pero no solo se trata de cómo actuamos, sino de explicitar desde qué posición lo hacemos. Sucede que allí se conjugan otros problemas: en todo grupo humano se pone en juego la cuestión del poder. De acuerdo a la noción del campo científico de Bourdieu (en De Lellis, 2013):

los agentes que encarnan a las distintas disciplinas despliegan estrategias para arrogarse el status privilegiado de lo científico como fundamento legitimador de las prácticas que cada una de ellas representa en dicho campo específico de relaciones: por ejemplo, basadas en la tradición positivista las ciencias naturales han negado la posibilidad de concebir otro modo científico y, al mismo tiempo, las investigaciones sociales con pretensiones de científicidad se constituyen en focos de peligro por quienes descrean de ellas, y que podrían reforzar la negación de legitimidad de las ciencias sociales. (De Lellis, 2013, p. 12)

Un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación lo reduce. En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta

cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación con el problema y no por el peso o tradición de cada profesión (Stolkiner, 2005).

Esta reflexión nos permite dar un salto en el debate, abandonar la insistencia en un cierto *reconocimiento* por parte de un otro o de sí, y apuntar al fondo del problema que, en este caso, es la concepción de salud instalada en el imaginario institucional y las prácticas derivadas de la misma que contribuyen a su solidificación. Los testimonios de este último apartado revelan que la magnitud de los problemas fue lo que llevó a considerar a los *otros* y no necesariamente asumir la especificidad de sus campos disciplinares.

El recorrido por este segundo momento da cuenta de que la identidad de trabajadores esenciales se expandió e incorporó a otros profesionales que sí fueron reconocidos como tales en esta instancia, psicólogos y trabajadores sociales pasaron a formar parte del grupo no por la singularidad de sus prácticas, sino porque cambiaron las condiciones del contexto y de la mirada de los otros. La COE se vio tensionada por la lógica compleja e integral que presupone un enfoque interdisciplinario.

REFLEXIONES FINALES

Retomamos la pregunta inicial acerca de los criterios que definen el carácter esencial de las labores en salud durante la pandemia. Podemos decir que, desde las propias percepciones de los trabajadores, cada uno desarrolló tareas que aportaron para sobrellevar la pandemia desplegando la capacidad de adaptarse a múltiples y diversos requerimientos coyuntu-

rales. Ponemos de relieve las dinámicas entre el autorreconocimiento como esenciales y el reconocimiento por parte de los otros profesionales, por exponerse al alto riesgo que implicó trabajar en ambientes asistenciales antes de la vacuna, porque trabajaron sin descanso y lograron sostener los servicios de prevención y atención en salud.

Nuestro aporte como investigadores aquí ha sido interpe- lar las rutinas de atención durante la pandemia y recolectar los testimonios de quienes “pusieron el cuerpo”, “dejaron la vida”, “no dejaron de pensar en los otros”, “se entregaron al cuidado de los otros”. Fuimos recorriendo los momentos en que primó la absoluta atribución de responsabilidad de la atención en médicos y enfermeros, lo cual implicó la obturación de los aportes posibles de otras profesiones y roles. En un segundo momento se reveló la necesidad fundamental de abordar aspectos segregados del proceso mórbido.

La expansión de la cultura organizacional epidémica (COE) tropezó con algunos trabajadores que operaban desde una cultura organizacional distinta. A partir del sostén de enfoques sociales para el abordaje complejo e integral se generaron intersticios que permitieron mantener los servicios no exclusivos de atención vinculada al virus SARS-CoV-2. En la convivencia entre estas dos lógicas institucionales diferentes, todos los trabajadores se reconocieron como esenciales expresando esta condición a través de la relevancia de sus prácticas.

Precisamente porque las identidades se construyen dentro del discurso y no fuera de él, debemos considerar las producidas en ámbitos históricos e institucionales específicos en el interior de formaciones y prácticas discursivas específicas, mediante estrategias enunciativas específicas. Por otra parte, emergen en el juego

de modalidades específicas de poder y, por ello, son más un producto de la marcación de la diferencia y la exclusión que signo de una unidad idéntica y naturalmente constituida: una “identidad” en su significado tradicional. (Hall, 2003, p. 18)

De la lectura y el análisis de las entrevistas surgieron dos momentos en la consideración de quiénes eran las/os trabajadoras/es esenciales: el primero, con el énfasis en lo biomédico y, el segundo, cuando se impuso una mirada integral.

El inicio de la pandemia situó a médicos, enfermeros, bioquímicos y nutricionistas como los trabajadores esenciales y, a los otros trabajadores se les limitó la concurrencia y se les propuso el teletrabajo. Entrampados en las rutinas de atención, algunos trabajadores secundarizaron sus afectos y sus relaciones familiares y de amistad, reproduciendo parte de la lógica de la COE imperante en los hospitales y centros barriales de salud que confirmó al sistema de salud como una institución voraz. Tan voraz que estos trabajadores dejaron de frecuentar a sus padres, enviaron a sus hijos pequeños a vivir con sus abuelos o progenitores no involucrados en salud y quedaron “al servicio” del hospital o del centro barrial.

Las reflexiones en torno a la muerte no suelen estar presentes en la cotidianidad de estos profesionales para hacer más soportables las condiciones y el ritmo de trabajo, y más con la multiplicación de tareas combinada con la merma del personal; esto limitó aún más los espacios o momentos para pensar en la muerte, aunque esta se les impuso sin restricciones.

Estar en la primera línea de fuego, usar de forma permanente los equipos de protección personal, salvar vidas, no parar, repartirse entre la atención de pacientes con y sin COVID-19, fueron acciones que dejaron marcas en los trabajadores que

se expresaron a través de sus emociones, del cansancio y el agotamiento, pero sobre todo en la angustia generada por la incertidumbre y el desconocimiento de la enfermedad. La impotencia es un sentimiento con el cual los integrantes de los equipos de salud no están tan familiarizados y la pandemia reveló las vulnerabilidades, al reconocer que no contaban con soluciones efectivas.

El miedo al contagio y a perjudicar a sus familiares sintetizó múltiples peligros cuyo trasfondo era la proximidad de la muerte. El uso adecuado de los elementos de protección personal se erigió como el único escudo para salvaguardar la vida protegiéndose de la contaminación. El miedo a enfermarse, a enfermar a sus seres queridos, a morir, a que se mueran sus seres queridos, a quedar aislados del mundo y morir en soledad, a no poder trabajar y cumplir con su responsabilidad social, a la incertidumbre sobre las secuelas del COVID-19, entre otros, los mostraron vulnerables encarnando así una de las características de la COE.

El desconocimiento de la enfermedad sumó al miedo, la inseguridad y la incertidumbre. Y así la explícita y contundente presencia de la muerte reactivó ese fantasma siempre presente pero disimulado por la eficacia de los tratamientos; pero ante el COVID-19 pocos elementos había para enfrentar a la muerte: limitados y genéricos recursos terapéuticos sumados a condiciones dramáticas para atravesar el padecimiento en soledad.

Transcurridos unos meses y previo a la vacunación, dadas las crisis del propio personal de salud, de la falta de contención de las familias de los pacientes COVID-19 internados con pronósticos letales, se convocó a psicólogos y trabajadores sociales para recuperar sus roles pre-pandemia, quienes se

vieron en la exigencia de diseñar nuevos abordajes para los problemas que se les planteaban.

Se redefinieron funciones y cambiaron las posiciones; y promediando el primer año de pandemia los trabajadores psicosociales también resultaron esenciales.

Las respuestas de los psicólogos y trabajadores sociales no se hicieron esperar y multiplicando fuerzas y horarios intentaron acompañar y atender a compañeros de trabajo y a las demandas de la población usuaria.

Si los principios de la COE hubiesen articulado criterios biomédicos con las dimensiones psicosociales, la estrategia de acción hubiera resultado en una cultura organizacional compleja e integral, marco desde el cual todos los trabajadores de la salud se hubieran sentido y reconocido como esenciales desde el inicio de la pandemia.

Las discusiones sobre el carácter esencial de las labores no solo se dieron en el campo de la salud sino de toda la sociedad como señalan Cavallero y Gago (2022), el eje central es la consideración sobre lo que es el trabajo y su reconocimiento tanto material como simbólico. La pandemia puso al descubierto la precariedad laboral de numerosos trabajadores imprescindibles, “esenciales”, se tomaron medidas para rectificar formas de contratación previas y garantizar la permanencia de los trabajadores, luchas mediante.

El divorcio entre lo *bio*, lo *psico* y lo *social*, propio de un dualismo cartesiano, en las ciencias de la salud, provoca una reducción del campo de acción hacia aspectos acotados del problema, lo cual no se resuelve con eslóganes que unen los tres términos. Ocuparse de la verdadera enfermedad involucra el estado de ánimo de las personas como parte de la salud total. Esto implica superar la concepción esencialista y

cosificante de la enfermedad y comenzar a cambiarla por otra que se ocupe del sujeto que enferma y su contexto (Miranda Hiriart, 2018).

Recuperar los testimonios de quienes encarnaron la atención y el cuidado de la salud en la pandemia constituyó nuestro aporte como investigadores del campo social, y superar las etiquetas que intentaron jerarquizar los grupos de trabajadores para recomponer un panorama que da cuenta de la relevancia de los aportes en el contexto de ocurrencia.

Klein Caballero (2021) propone realizar un pasaje desde el interés por el reconocimiento de una identidad vinculada a un rol, a un interés por el cuidado. Esto implica abandonar figuras sociales o etiquetas vinculadas a roles específicos y apuntalar el deseo o anhelo de cuidar y preservar lo social, para lo cual es menester recuperar la voz y la participación ciudadana.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Noticias RedAcción (11 de septiembre de 2020).

Misiones: tercer día de acampe frente al Ministerio de Salud y ninguna respuesta. *ANRed*. <https://anred.org/2020/09/11/misiones-tercer-dia-de-acampe-frente-al-ministerio-de-salud-y-ninguna-respuesta>

Almada, J. (2022).

Temporalidades, cuidados y vivencias entre las/os trabajadoras/es sanitarios de Misiones en la pandemia COVID-19. En M. Lorenzetti, M., Avalos y L. Schiavoni, L. (Comp.) *Trabajar, cuidar y curar: experiencias de los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19 en Misiones-Argentina*. Edunam.

- Aspiazu, E. (2017).
Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina:
entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud.
Trabajo y sociedad, (28), 11-35.
- Biset, E. (2012).
Tanatopolítica. *Revista de la Universidad Nacional de Córdoba*, (6),
245-274.
- Bottex, C. (2022).
Transformaciones en el espacio, reconfiguración de los vínculos y
nuevas solidaridades en los centros de salud de Misiones durante la
pandemia COVID-19. En M. Lorenzetti, M., Avalos y L. Schiavoni
(Comp.). *Trabajar, cuidar y curar: experiencias de los equipos de
salud durante la pandemia de COVID-19 en Misiones-Argentina*.
Edunam.
- Bourdieu, P. (2014).
Clase del 8 de febrero de 1990. En *Sobre el Estado. Cursos en el
Collège de France (1989-1992)*. Editorial Anagrama.
- Caponi, S. (1997).
Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de
salud. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 4(2), 287-307.
- Cavallero, L. y Gago, V. (2022).
La casa como laboratorio: Finanzas, vivienda y trabajo esencial.
Fundación Rosa Luxemburgo.
- Chama, M. (2012).
Psicoanálisis y salud mental o la renuncia a saberlo todo.
Tesis Psicológica, (7), 76-81. [https://www.redalyc.org/articulo.
oa?id=139025258004](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139025258004)
- Coser, L. (1978).
Las instituciones voraces. Editorial Galache.
- De Lellis, M. (2013).
Salud mental en la agenda de las políticas públicas de
salud. *Aletheia*, (41), 8-23. [https://www.redalyc.org/articulo.
oa?id=115031073002](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115031073002)
- Douglas, M. (1973).
Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y
tabú. Siglo XXI Editores.

- Galende, E. (1990).
Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón
psiquiátrica. Paidós.
- Hall, S. (2003).
Introducción: ¿quién necesita «identidad»? En S. Hall, S. y P. du
Gay (Comp.) *Cuestiones de identidad cultural*. Amorrortu.
- Klein Caballero, A. (2021).
Tanatopolítica, totalitarismo y coronavirus, un recorrido por los
excesos. *Intersticios sociales*, (21), 99-124.
- Leno González, D. (2006).
Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno
multicultural. *La Gazeta Antropológica*, (22). <http://hdl.handle.net/10481/7118>
- Ley XVII. -N° 58 - Ley de Salud. Garantía de Acceso al
Mejoramiento del Nivel de Salud y Calidad de Vida. Creación del
Consejo Provincial de Salud e institución del Sistema Provincial de
Salud. Creación del Seguro Provincial de Salud. Misiones.
- Lorenzetti, M. y Mac Lean, S. (2022).
Atención y cuidados de la salud mental en el sistema sanitario
de Misiones durante la pandemia COVID-19. En L. Lorenzetti,
M. Avalos y L. Schiavoni (Comp.). *Trabajar, cuidar y curar:
experiencias de los equipos de salud durante la pandemia de
COVID-19 en Misiones-Argentina*. Edunam.
- Ministerio de Salud de Argentina. (2020).
*TRIAGE de Enfermería, Pacientes con infección respiratoria aguda
en establecimientos de salud, COVID 19*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf>
- Ministerio de Salud de Argentina. (2021).
*COVID-19. Recomendación para la atención de embarazadas y
recién nacidos en contexto de pandemia*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Covid-19-recomendaciones-atencion-embarazadas-recien-nacidos_16-6-21%29.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Misiones. (2020).
Partes Epidemiológicos. Noticias. <https://salud.misiones.gob.ar/noticias/>

- Miranda Hiriart. (2018).
¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>.
- Muñoz Martínez, R. (2014).
 Cultura Organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 12, (2), 46-66.
- Muñoz Martínez, R. y Cortez Gómez, R. G. (2021).
 La producción de la cultura organizacional epidémica en la atención al Covid-19: una aproximación antropológica a los hospitales de la Ciudad de México. *Revista de la Escuela de Antropología*, 28, 1-30. <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.144> DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.144
- Naciones Unidas. (2009).
 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Estadística. Clasificación Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas. (CIIU). Revisión 4, sección Q. https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_4rev4s.pdf
- Nichter, M. (2006).
 Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 20, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social México, 109-132.
- Piqueras, A. (2002).
 La Identidad. En I. De La Cruz, A. M. Jociles, A. Piqueras y A. Rivas. *Introducción a la antropología para la intervención social*. Tirant Lo Blanch.
 Resolución 279/2020 del 30 de marzo de 2020, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Ciudad de Buenos Aires.
- Rodríguez, C. (2010).
 Posgrado en Salud Social y Comunitaria. *Módulo 1. Salud y Sociedad*, Ministerio de Salud de Nación.
- Stolkiner, A. (2001).
 Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Revista*

Actualidad Psicológica, 26 (239), 1-8.

Stolkiner, A. (2005).

Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones, Argentina.

Thomas, L. V. (1983).

Antropología de la Muerte. Fondo de Cultura Económica.

TEMPORALIDADES Y CUIDADOS ENTRE TRABAJADORAS/ES SANITARIAS/OS DE MISIONES

Jorge Sebastián Almada

INTRODUCCIÓN

Aquí reflexionaremos en torno a las distintas nociones de temporalidad que durante la pandemia COVID-19 fueron expresando las/os trabajadoras/es sanitarias/os de la Zona Capital de salud de la provincia de Misiones. Analizaremos esta dimensión a la luz de los aportes del historiador Charles Rosenberg (2020) respecto del marco social e histórico de las enfermedades y las negociaciones que conllevan sus momentos, nominaciones y definiciones.

Las/os trabajadoras/es sanitarias/os, con quienes dialogamos, comentaron sus vivencias en función de ejes que estructuraron tres momentos definidos: *antes*, *durante* y *luego* de la cuarentena estricta y las restricciones establecidas durante el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DiSPO). En estos momentos, se pueden identificar hitos y hechos claves que condensaron de alguna manera los períodos de la pandemia, en ellos se pusieron en juego distintas definiciones del *evento pandemia*, generando diversos replanteos, tanto de los modos de relacionarse entre sí como con la población usuaria.

En los relatos de las/os trabajadoras/es reconocimos experiencias de multitareas, es decir, ante la situación de emergencia, tuvieron que asumir tareas distintas a las de desempeño usual. Estas experiencias trajeron consigo conflictos y replanteos en torno a las nociones de cuidado durante los momentos vivenciados por las/os trabajadoras/es sanitarios. Esto lo adscribimos a las relaciones de poder preexistentes en el campo de la salud (Spinelli, 2020).

Tomamos un corpus de 8 entrevistas realizadas a trabajadoras/es de la Zona Sanitaria Capital y del nivel central del Ministerio de Salud Pública de Misiones, con un criterio de muestra por conveniencia vinculada a la posibilidad de inserción de campo en dichos espacios. Para las comparaciones de las temporalidades de la pandemia en su dimensión epidemiológica, se tomaron reportes comparando la misma semana epidemiológica en dos años consecutivos.

De acuerdo con el propósito del trabajo, en primer lugar, nos detendremos en las vivencias de las/os trabajadoras/es en relación con las nociones de temporalidad definidas tanto por las evaluaciones epidemiológicas como por los saberes locales. En segundo lugar, profundizaremos en las representaciones sobre las temporalidades vinculadas a los cuidados y, en tercer lugar, analizaremos las temporalidades relacionadas a las multitareas o tareas múltiples de las/os trabajadoras/es sanitarios en el campo de la salud.

Recuperamos una noción que ha sido utilizada desde las ciencias sociales para comprender el complejo fenómeno de la pandemia: la de *hecho social total*. De este modo, distintos investigadores han empleado este concepto en relación con los procesos sociales que potenciaron de alguna manera la pandemia. En este sentido, nos parece importante retomar las

reflexiones de algunos científicos sociales que ponen el énfasis en la doble dimensión de la pandemia como un hecho global, pero con significaciones particulares:

La definición misma de pandemia hace de esta un hecho social total y global. Pero esto no quiere decir que ni sus efectos ni sus sentidos sean globales. Son las situaciones sociales las que constituyen la pandemia, es la interacción con el virus y los otros actores humanos, así como entre persona de carne y hueso que lidian con el proceso. (Perelman, 2021, p. 2)

Particularmente, desde la antropología, y nuestro interés por las temporalidades, podemos entender a la pandemia como hecho social en su capacidad de transformación simultánea de distintas instituciones sociales, tal como señaló el pensamiento clásico de Marcel Mauss (Puglia, 2010). Pero también en la posibilidad de experimentar distintas experiencias vitales en situaciones concretas. Para sintetizar este aspecto, evocamos a otra autora:

la noción de hecho social total expresa la coincidencia dentro de los actos individuales de lo sincrónico, lo diacrónico y lo fisiológico. Esta coincidencia es debida, en última instancia, a la naturaleza concreta de la acción individual y a su capacidad para desarrollarse como síntesis real de todos los aspectos que caracterizan a lo humano (el fisiológico, el psíquico, el histórico y el sociológico). (Mastrangelo, 2020, p. 2)

Desde esta postura epistemológica fundamentamos que los procesos de cambios institucionales (aun en debate, si son momentáneos o permanentes) experimentan diversas

nociones y replanteos concretos según los lugares de vivencia, donde los contextos y las relaciones son parte consustancial de los mismos. Desde esta perspectiva consideramos la importancia de los saberes locales para la potencialidad de las políticas públicas.

VIVENCIAS EN PANDEMIA

Hay veces que el vivir se convierte en un acto de valentía.

LUCIO ANNEO SÉNECA

Como sociedad vivimos una experiencia sin igual, única e irrepetible para la que no teníamos marcos de referencia previos. Los trabajadores sanitarios de la provincia de Misiones fueron protagonistas de esta historia en su condición de actores sociales y prestadores de servicios vinculados al cuidado del otro. La situación de pandemia visibilizó aquello que estuvo velado, haciendo más evidentes las desigualdades y las tensiones sociales que existían previamente a la aparición de este hecho social total (Ramonet, 2020). Entenderemos a la pandemia como *hecho social total*, como evento que alteró las múltiples dimensiones de la vida y de las relaciones cotidianas a escala mundial e introdujo incertidumbres y angustias al mismo tiempo en distintas partes del mundo. Aquí coincidimos con otros autores cuando mencionan que:

A diferencia de otras crisis de impacto internacional, en las que ha habido cierta demora entre el comienzo en algún epicentro y sus repercusiones (a eso alude, entre otros asuntos, la hipótesis prebischeana de los ciclos), en el caso de la irrupción de covid-19

parece que nos enfrentamos —al menos en los primeros meses— a una debacle global en simultáneo. Este hecho tomó de sorpresa incluso a autoridades sanitarias que preveían un ritmo menos precipitado en la expansión del virus. (Grondona, 2020, p. 5)

Los momentos de la pandemia tuvieron características particulares en la provincia de Misiones con periodos de sobre alerta, combinados con escasa circulación de la enfermedad, y momentos de circulación mayor, con aumento de internados y fallecidos. Muestra de ello son las comparaciones de las semanas epidemiológicas 16 del año 2020 y 2021, donde se observa el aumento de casos nuevos, casos totales e internados en los reportes epidemiológicos de la provincia de Misiones que expondremos a continuación:

En esta línea de análisis podemos afirmar que la distribución de la enfermedad, en términos temporales y geográficos, no fue vivenciada de la misma manera en el territorio provincial, lo cual queda ilustrado en este mapa de distribución de casos activos por municipio en el año 2021:

Desde las narrativas de los trabajadores sanitarios, estos cambios relacionados a la circulación de la enfermedad ilustraron distintas vivencias. En ellas podríamos encontrar un momento de cierre ante lo desconocido que dio paso a un momento de caminar en la niebla de la incertidumbre. Desde el análisis de estas experiencias se evidencia una afectación diferencial a trabajadores sanitarios, respecto del resto de los trabajadores o de la población, de las medidas de aislamiento social y de profilaxis generalizada:

A mí me tocó varias veces que me dormía porque estaba en el guardia temprano... Yo pasaba frío, calor, viento, de todo, se me

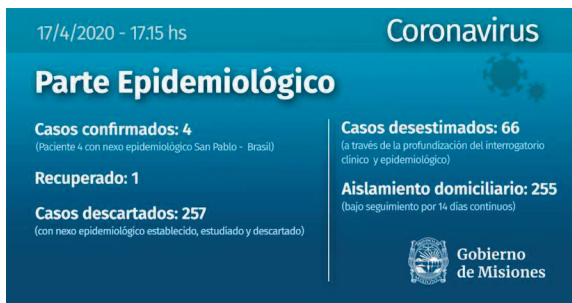


Figura n.º 1. Semana Epidemiológica N° 16 del Año 2020. Fuente: Sala de Situación de Salud. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.



Figura n.º 2. Semana Epidemiológica N° 16 del Año 2021. Fuente: Sala de Situación de Salud. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

volaba la carpa, se me inundaba... y llegaba el momento en que estaba cansada... Estaba cansada en sí de las cosas que pasaban, ¿no? Y me sentaba y me dormía. (Agente Sanitaria, Zona Sanitaria Capital, 53 años, 16-12-2021)

Saberse *esenciales*, o por lo menos protagonistas de una responsabilidad social de cuidado, expuso a estos trabajadores a otro tipo de presiones y de vivencias en medio de un hecho social total que afectaba en ese momento a diversas dimensiones e interacciones. La dimensión de la responsabilidad social a partir del desempeño laboral quedó atravesada, desde luego, por otras dimensiones donde la esfera familiar, las redes de amistad y los afectos coincidían. La completa alteración de la vida cotidiana para trabajadores que debían seguir con su actividad presencial se evidenció en algunos relatos como los siguientes:

Yo venía llorando de mi casa hasta acá porque era ¡horrible! no ver a los chicos de la escuela, no ver a la gente... ese momento fue traumático digamos y del trabajo hacia la casa mismo. Parecía tierra de nadie, no había nadie en la calle, una soledad, la gente asustada, fue un cambio muy fuerte. (Promotora de Salud, Zona Sanitaria Capital, 56 años 16-12-2021)

No, yo me sentía de terror cuando iba a hacer las compras, pues salía a las dos y cerraba [el comercio] creo que ahí no más (...) y a las apuradas para comprar, y parecía que iba a robar porque tenía que tener permiso de este llegar al supermercado, sí te perseguían. (Agente Sanitaria, Zona Sanitaria Capital, 53 años, 16-12-2021)

Las líneas entre la vida y la muerte se hicieron delgadas y el peligro ante lo desconocido estuvo a flor de piel. Asumir la tarea de las/os trabajadoras/es sanitarios fue un acto de valentía en sí mismo. Sin embargo, en este marco fue importante reflexionar respecto a que la visibilidad y la “valoración”

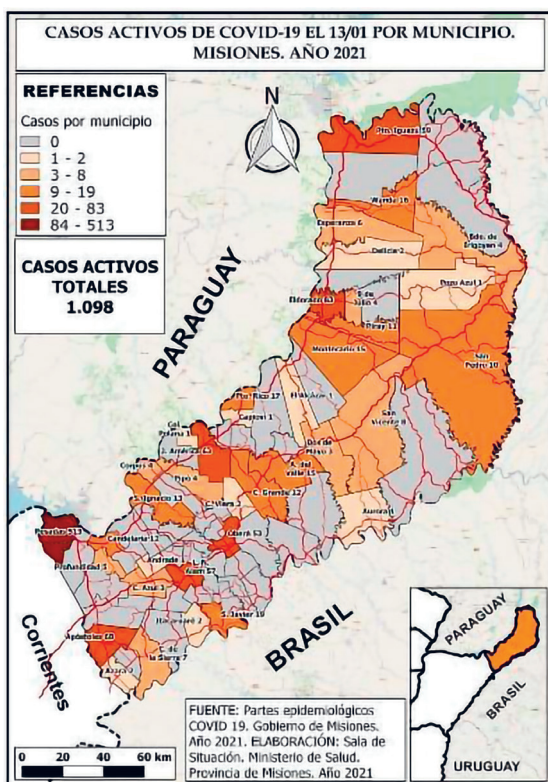


Figura n.º 3. Casos activos de COVID-19 el 13 de enero por municipio. Misiones. Año 2021. Fuente: Sala de Situación de Salud. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

de los trabajadores sanitarios fueron cambiando. Desde el momento en el que fueron definidos como “trabajadores esenciales”, “héroes”, “ejemplos” hasta el momento de volver a sus anónimas tareas. En nuestras conversaciones también emergieron distintas situaciones de discriminación al personal sanitario por considerarlos posibles vectores de contagio y circulación del virus. Fueron particularmente significativas algunas entrevistas donde emergieron las situaciones de exclusiones y valorizaciones de distinto tenor sobre el rol social de los trabajadores sanitarios. En relación, se observaron situaciones de discriminación, señalamiento y cuestionamiento al personal, tanto cuando inició la pandemia sin tratamientos ni vacunas como cuando la campaña de vacunación finalmente llegó:

Por eso también fue mucha discriminación con el personal de salud, los que trabajaban haciendo la prevención o en la oficina porque todos tenía miedo de que el personal de salud trajera el virus o en la casa contagiara a alguien. Fue todo un tema. (Promotora de salud, Zona Sanitaria Capital. 47 años, 16-12-2021)

Pasamos de ser los esenciales, de ser los héroes, de que nos aplaudieran, a ser la peor cosa del mundo. (Médica, Zona Sanitaria Capital, 43 años, 04-03-2022)

De los relatos se desprende que una de las características distintivas de la actividad de los trabajadores sanitarios, a diferencia de otras actividades laborales, fue la continua exposición y evaluación por parte de la sociedad. Particularmente en las vivencias de los trabajadores sanitarios del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones con los cuales

tuvimos la posibilidad de conversar y compartir tareas, se expresa el peso de una responsabilidad asumida que muchas veces dejó huellas profundas e indelebles en sus cuerpos y afectos:

Sentíamos que debíamos estar para los demás, pero que no podíamos mostrar debilidad ni ser vulnerables hacia el resto de los compañeros de trabajo, ni para nuestras familias. Teníamos que estar bien y mostrarnos fuertes más allá que adentro nos pasaran otras cosas (voz quebrada). Pero bueno... yo creo que esas son cosas, son marcas que quedan, que no teníamos el tiempo de procesarlas, de pensarlas, que dejan efectos también y que más adelante se van saliendo. (Administrativa, Ministerio de Salud Pública, 57 años, 16-12-2021)

Un hecho social total como la pandemia afectó las múltiples dimensiones de estas/os trabajadoras/es sanitarios desde la cotidianeidad a las tareas de cuidado y contención familiar:

Primero más que nada en mi caso, de mi hija... hacerla crecer... Ella se tuvo que quedar sola con mi hijo... Entonces ella como responsable, ella tiene 11 años... del cuidado de su hermano. No ver a mis padres... le perdí a mi papá en la pandemia... No pudimos tener familiares (en el sepelio) porque no tenemos muchos familiares acá y necesitábamos estar, mi familia y mis hermanos. La salud más que nada por no poder viajar a Buenos Aires, no poder tener tratamientos allá, fue cada vez peor... Después fueron situaciones muy marcadas. (Promotora de Salud, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 16-12-2021)

TEMPORALIDADES DE LA PANDEMIA

En la provincia de Misiones, la pandemia tuvo momentos distintos con características particulares. Un período inicial estuvo marcado por una gran alerta ante la circulación de la enfermedad en otros puntos del país; posteriormente —y con el virus circulando de manera “comunitaria”— a esa alerta se sumó el aumento de la prevalencia, con el aumento en los casos de internación y de la mortalidad por COVID-19. Este aumento de enfermos y defunciones impactaron en la percepción de los trabajadores sobre la enfermedad.

A la situación epidemiológica provincial, cabe agregar también su particular geografía de fronteras nacionales e internacionales, razón por la cual, dentro de la vigilancia de la enfermedad, el tránsito de personas fue un tema de especial interés. Distintos trabajadores de salud con los que pudimos conversar dedicaron parte de sus intensos esfuerzos a recibir personas que regresaban desde fuera de la provincia o bien al control de las personas que circularon progresivamente desde o hacia las zonas fronterizas con Paraguay y Brasil.

Los trabajadores sanitarios con los que dialogamos en este proyecto comentaron sus experiencias en función de los ejes temporales *antes, durante y luego* de los momentos de cuarentena y mayor intensidad de esta tragedia que debimos superar. Estos marcan claramente distintas vivencias en función de los roles sociales generales y las actividades relacionadas con las tareas sanitarias. De este modo, en estos momentos se pueden identificar hitos y hechos claves que condensaron los distintos períodos de la pandemia.

Es como tenés ese miedo del abrazo, de la visita a mi mamá... Igual siempre queda en uno el cargo de conciencia, porque así yo lo sentía, de que tenía la obligación de venir a trabajar y por ahí era yo la que llevaba el virus a mi casa y contagiaba a un familiar. (Administrativa, Ministerio de Salud Pública, 59 años, 12-12-2021)

Como señalamos anteriormente, de un primer momento de cuarentena con escasa circulación de la enfermedad, se pasó a otro donde la enfermedad se hizo más presente y alteró las múltiples dimensiones de la vida diaria. Luego podemos identificar la aparición de la vacuna y de tratamientos que ofrecieron nuevos horizontes para pensar el futuro. En algunas conversaciones aparecía un presente extraño marcado por el aislamiento, la incertidumbre y las pérdidas, que fueron desplazándose hacia otros momentos donde, gracias a los efectos poblacionales y protectores de la vacuna, se produce cierto “retorno a la normalidad” y una suerte de “aquí no pasó nada”, quedando muy atrás en el tiempo y en la memoria todo lo vivido. En consonancia con ello, podemos reflexionar que los momentos son percibidos de esta manera más allá de que el trabajo sanitario no finalizó.

Podríamos pensar que existe una continuidad de la existencia vital que nunca se quebró en ese sentido. Sin embargo, lo que cambió es la proyección a futuro y lo que conocemos de la enfermedad; esto nos permitió como seres humanos, frágiles e impredecibles, poder predecir el accionar de este microorganismo que tantas incertidumbres y angustias generó. La posibilidad de reflexión quizás pase por superar la actualización de un eterno presente sin historia. Al contrario, “no despandemizar” significaría asumir de manera colectiva

los traumas y desde las políticas públicas historizar y reflexionar respecto de la relación producida entre el Estado y las organizaciones sociales en los momentos más acuciantes. “No despandemizar” es sostener políticas públicas que atenúen el impacto económico y reconocer las estrategias de cooperación de las redes no estatales” (Buriyovich, 2022, p. 2).

En este sentido, en algunos relatos de los trabajadores sanitarios observamos las marcas de estas temporalidades en relación con la responsabilidad social asumida desde el trabajo:

El momento en que yo sentí miedo fue cuando empezó a aumentar más de 100 casos por día. Cuando empezó... porque ahí empezó a haber los picos y así también las muertes. Ahí me desesperé, pero no... o sea, me preocupé, pero no entré en pánico ni nada, porque yo tengo una forma de ser que cuanto más feo el problema, más grave ese problema que yo tengo que enfrentar, más tranquila me pongo. Entonces... esa fue la etapa, fue vivir el día a día. En ningún momento se me ocurrió sacar licencia, en ningún momento ¡hasta me olvidé de mi familia!, porque yo tenía que estar las 24 horas al día pendiente de toda esta situación. (Enfermera, Zona Sanitaria Capital, 58 años, 02-11-2021)

Asimismo, podemos identificar otras marcas temporales relacionadas a las experiencias personales con la enfermedad que marcaron momentos claves y efectos dañinos sobre el bienestar y la salud:

Sí, mi hija se enfermó... Que me estresó tanto... al no conocer, digamos la enfermedad. Se contagió al principio (de la pande-

mia). Se contagió yendo a un bar donde había un ventilador que estaba girando... todos los que estaban en ese lugar, en esa mesa, se contagiaron, excepto dos. Y bueno ahí le aislamos a ella. Nosotros no nos contagiarnos. Pero en otra pieza... descontaminamos todo. Ella se ponía máscaras. Nosotros no usábamos el mismo baño. Todo lo utensilios y cubiertos de cocina que usaba, todo iba un tacho con lavandina y lavábamos afuera. Era todo un trabajo y la verdad que era estresante. Después la limitación de qué darle de comer porque al estar inactiva... de que coma cosas más saludables. Pero al perder el olfato, todo lo que no comía comenzó a comer. Ella es persona de riesgo... y eso nos estresó mucho a nosotros, demasiado... y creo que eso después repercutió en mi salud. (Administrativa, 59 años, Ministerio de Salud Pública, 12-12-2021)

Con respecto a las temporalidades de la pandemia hemos señalado el momento de incertidumbre traducido a las previsiones de los presentes. Como señalan algunos autores: “Lo verdaderamente significativo en este punto es, a nuestro entender, que ante la pandemia la cuestión del futuro o, más exactamente, la pregunta por el porvenir, se hace urgente porque ya no hay ningún elemento que haga evidente lo que vendrá después” (Contreras Román y García, 2021, p. 97). Otra de las ideas planteadas por estos autores aborda un aspecto profundo de los momentos de incertidumbre que consiste en el rechazo a la posibilidad de pensar la finitud del mundo. Las explicaciones de contención entre trabajadores sanitarios, así como los efectos sobre los cuerpos de los mismos, podemos comprenderlos dentro de estas reflexiones socioantropológicas sobre las temporalidades.

TEMPORALIDADES Y NOCIONES DE CUIDADO

Más allá de su función específica, cada trabajador/a sanitario/a tuvo que enfrentarse al complejo desafío del cuidado ante una amenaza invisible y silenciosa, tanto para protegerse *a sí mismo* como a sus seres queridos. El cuidado de sí mismo también fue cambiando en la medida que se fue conociendo sobre la enfermedad y, en este sentido, esta pudo ser enfrentada al momento de poder ser definida. Charles Rosenberg (1998) dirá que las enfermedades existen en la medida que podamos nombrarlas y en que podamos establecer constructos intelectuales para entenderlas en tiempo y espacio. Una vez que se pusieron en juego estas definiciones de la enfermedad, también la noción de *cuidado* ante la misma fue cambiando las escenas de la vida cotidiana hasta en sus mínimos detalles:

Igualmente, eso costó... Hubo mucha gente que no usaba barbijo, no seguía con los protocolos, otra gente que sí... y era eso mismo “usó barbijo” era una pelea... costó la incorporación de los protocolos. Pero hasta que después llegó un momento en que todos nos adaptamos y es algo habitual. (Administrativa, 54 años, Ministerio de Salud Pública, 12-12-2021)

Sin embargo, es también importante mencionar que en las nociones de cuidado emergieron otras dimensiones relacionadas a las condiciones laborales y a los contextos institucionales. Es decir, la noción de cuidado encontró una nueva significación con el cuidado a los que cuidaban:

Muchos roces... que creo que nos ayudó a conocernos... nos hemos frustrado todas, pero creo que tiene que ver con ese estrés

permanente que uno vive... Sin embargo, es cierto yo coincido con ella que por ahí hubieran cuidado un poco más... por ahí, yo diría la salud mental porque era exponer todo el tiempo al personal de salud. A personal que no estaba preparado para determinadas tareas o que nunca había hecho determinadas tareas, entonces era: “anda vos porque sos personal de salud”, “anda a recibir al colectivo en tal lugar” (...) disfrazate toda y capaz nunca estuviste preparada para eso y después ¿quién te contiene? (Promotora de salud, Zona Sanitaria Capital, 26 años, 16-12-2021)

Por otro lado, y volviendo a las nociones de autocuidado, fue interesante cómo fueron señalados otros eventos de salud asociados a las situaciones de estrés y aislamiento, donde la dimensión de género también cobró fuerza:

Nos hicimos análisis de sangre y nosotros tuvimos deficiencia de vitamina D por no salir. Y así pasaron muchas cosas... No fue un año normal. Nos afectó no solo la salud mental, sino en general. Y otra cosa, creo que cuando tenemos un problema de salud la medicina juega un rol o el que te atiende juega un rol importante. Pienso que cuando sos mujer, cuesta más llegar a un diagnóstico porque te vas al médico y te dice “no, estás estresada... andá y caminá... relajate” y en realidad vos tenés otras dolencias. Así que eso también en la pandemia a mucha gente le afectó, no era solo estrés, tenía otras enfermedades. (Administrativa, 54 años, Ministerio de Salud Pública, 12-12-2021)

Tal como se desprende de los testimonios, las *nociones del cuidado* se fueron transformando en función de las temporalidades de la pandemia y en distintos momentos se puso el

acento en diferentes prioridades que las fueron complejizando. Si en un principio las prácticas de cuidado se asociaron a la distribución de los equipos de protección personal, a las formas en que se experimentó el autocuidado personal y familiar frente al virus, con el correr de la pandemia empezaron a aflorar las nociones relacionadas con el cuidado del personal sanitario en dimensiones como la salud mental. En relación con esta dimensión del cuidado del personal, en los relatos de las/os trabajadoras/es sanitarias/os, comenzaron a emerger referencias recurrentes respecto a la aparición de eventos de salud mental y salud física asociadas a las situaciones de sobrecarga laboral vivenciadas en el marco de la pandemia.

TEMPORALIDADES Y MULTITAREAS EN EL CAMPO DE LA SALUD

En los testimonios compartidos, reconocimos experiencias de multitareas, es decir, ante la situación de emergencia, distintos actores de salud desarrollaron otro tipo de tareas de las que desempeñaban usualmente. Las diferencias de poder en cuanto a posiciones profesionales, incumbencia de estas profesiones y estratificaciones en cuanto al género, edad y/o antigüedad en el cargo entre otros aspectos (Bourdieu, 1999), jugaron un rol en un campo atravesado por relaciones asimétricas que ya estaban presentes antes de la pandemia¹. Como sabemos, el campo de la salud está atravesado por dos aspectos que confluyen: diferencias de poder y en la gestión de la informa-

1. Para profundizar al respecto, ver Mondelo (2022).

ción (Spinelli, 2010). Concretamente lo observamos en algunas/os trabajadoras/es sanitarias/os administrativas/os como en miembros de los equipos de promotores de salud y profesionales de las ciencias sociales. Una aparente inespecificidad de su formación profesional dio lugar a una importante diversidad de tareas y responsabilidades:

En relación al trabajo, nos modificaron todas nuestras actividades, se dejaron de hacer todo tipo de seguimientos, ya no se hacían los test de colon, ya no se hacían más Pap... estaba todo abocado a lo que era vacunas... se suspendieron todas las actividades... incluso un tiempo nos abocamos a confeccionar barbijos, camisolines... estábamos todos abocados a la pandemia, digamos... Quedaron suspendidas... todas nuestras actividades. (Promotora de salud, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 16-12-2021)

De este modo, en el contexto de una situación de emergencia se habilitaron cambios de tareas y una intensa rotación del personal por distintas áreas.

¡A mí me tocó diferente! porque cuando comenzó la pandemia, yo estaba en la oficina de enlace de Pediatría, se cerró la oficina y nosotros salimos a las carpas, cuando comenzó todo... Hacíamos... ponerle alcohol a la gente que entraba en la emergencia y después teníamos que detectar los casos que estaban sospechosos de COVID, aislar y bueno... Trabajar en conjunto con emergencia de Pediatría. Yo trabajé hasta septiembre, octubre, en una carpa en diferentes horarios. Me tocaba a la mañana hasta el mediodía, me reemplazaban y hacía a la noche... Y fue diferente, ¿no? Porque acostumbrarme de estar en una oficina a estar fuera

en una carpa, para mí fue duro. (Promotora de salud, Zona Sanitaria Capital, 45 años, 16-12-2021)

Resulta interesante comentar que esta situación de rotación de espacios y tareas involucró no solo a los promotores de salud y administrativos sino también a miembros del equipo de salud con formación en las Ciencias Sociales.

Cuando volví, cuando llegué en junio tuve la oportunidad de trabajar tres meses en ese contexto en un hospital. Y era otra forma de trabajar. Bueno vos sabes que en el Hospital X fue donde se dio el primer foco... no se sabía mucho y entonces hubo mucho personal contagiado y ahí me convocaron... si quería trabajar porque faltaba personal en servicio social. Y fui por tres meses. La atención era diferente, el cuidado era diferente. Es impresionante el nivel de cuidado nunca había visto, en realidad así se debería atender con toda la normativa. Porque la normativa está escrita en realidad y nosotros como personal de salud nos vamos dejando... tenía que usar todo el equipo, y te daban todo el equipo, pero posterior a la experiencia de los contagios masivos. Fue muy linda experiencia. (Administrativa, Ministerio de Salud Pública, 54 años, 16-12-2021)

Como comentamos en la introducción, el hecho social total de la pandemia intervino sobre el campo de la salud con una historia previa de diferencias de poder y hegemonías. Esto se hizo evidente en la situación de emergencia que debieron atravesar las/os trabajadoras/es sanitarias/os, pero particularmente administrativos, promotores de salud y profesionales de las ciencias sociales quienes rotaron por distintas tareas ante las visiones en el campo sobre la aparente inespecificidad de sus

roles. Justamente, es una visión en las ciencias sociales aquello de que el punto de vista crea el objeto (Saussure en Navarrete Noble, 2020). Es decir, mientras las ciencias biomédicas abordan ciertos tipos de problemas, las ciencias sociales hacen visibles otros. En consecuencia, emerge nuevamente en estos estudios la importancia de los saberes locales, de los procesos vivenciados, para pensar y replantear la potencialidad de las políticas públicas en materia sanitaria.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este trabajo, analizamos las distintas vivencias y temporalidades reconstruidas a partir de las narrativas de los agentes sanitarios. Recuperando los saberes locales, creemos que podemos comprender cómo procesos globales tienen distintos efectos y representaciones particulares.

Queremos apuntar aquí algunas reflexiones en torno a las temporalidades como eje vertebrador de otros aspectos emergentes. Una de ellas es cómo la temporalidad dialogó con el hecho disruptivo que significó una enfermedad con potencialidad pandémica. En la medida en que como humanidad contamos con mayor información sobre lo que pasamos a definir como COVID-19, pudimos establecer nociones y medidas para retrasar la dispersión de la enfermedad.

En relación con las temporalidades, no deja de ser interesante señalar que en la provincia de Misiones se experimentó al inicio una etapa de pocos casos y una suerte de “páramo de tranquilidad” frente al escenario epidemiológico nacional y regional fronterizo, lo que podríamos definir como un momento “antes de”. Luego, sobrevino otro momento con mayor

circulación evidenciado en los informes epidemiológicos que expusimos, lo cual podríamos denominar un momento “durante”. Ahora bien, desde las narrativas de los trabajadores estos aspectos sobre los avances y dispersión poblacional de la enfermedad tuvieron nociones y percepciones situadas, en las cuales la alerta ante lo desconocido estuvo siempre presente.

Las vivencias y maneras de evaluación variaron en relación directa con los contextos y equipos de trabajo. Más adelante, paradójicamente vino un tercer momento acompañado por el proceso de vacunación donde, si bien la circulación de la enfermedad era intensa, la noción del riesgo y las medidas de cuidado variaron considerablemente.

Asimismo, en los relatos, las temporalidades se vincularon con la dimensión de las tareas asumidas. En los primeros momentos de sobre alerta (con menor o mayor circulación de la enfermedad) de una situación de emergencia, los actores del campo de salud protagonizaron distintas actividades según las definiciones del momento.

Consideramos que las representaciones particulares de procesos globales son importantes porque nos hablan sobre la resolución de problemáticas y de aprendizajes desde la visión de las/os trabajadoras/es sanitarias/os. Son importantes los conocimientos locales retomando aquella premisa científica de saber aquello que ignoramos. Profundizamos en el tema a través de las narrativas de las/os trabajadoras/es sanitarias/os. Siguiendo a Coffey y Atkinson (2003) podríamos afirmar que en las entrevistas realizadas encontramos dos de las funciones narrativas identificadas por los autores, a saber, la *crónica* de las experiencias vividas, pero también la *fábula moral* expresada en las experiencias comentadas como éxitos o fracasos en la resolución de los problemas que presentó la pandemia.

Entendemos que las narrativas expresan mucho más que la sucesión de acontecimientos y hechos traumáticos, expresan también metáforas sobre el orden del mundo (Bruner, 2003) que al ser expresadas buscan reconstituir y resignificar sentidos para pensar el orden del tiempo futuro.

En las tareas y en el hacer de los trabajadores sanitarios apuntamos una orientación y camino posible para las políticas públicas. Coincidimos con un teórico de este campo cuando afirma que

solo después de haber dilucidado el rol del Estado, este podrá recuperarse, volver a “ser Estado”, accionar en consecuencia y abrir el proceso de acciones que lleven a su propia transformación o, en cambio, podríamos esperar que instalado en el Estado un proceso de transformación, volviendo a “hacer Estado”, se estaría construyendo su recuperación. (Poggiessse, 2008, p. 2)

De esta manera los procesos de estatalidad recuperados desde la apertura democrática, en términos de recuperación de planificación estratégica, deben también poder propiciar el “hacer Estado”, es decir fomentar la participación ciudadana y la de las/os trabajadoras/es sanitarias/os, en particular. En un clima de época donde todavía los marcos teóricos neoliberales logran la expropiación de lo público y lo político a las/os ciudadanas/os, creemos que proyectos en el sentido contrario fundados en los aportes de las ciencias sociales son posibles y necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruner, J. (2003).
La fábrica de historias. Derecho, literatura y vida. Fondo de Cultura Económica.
- Burijovich, J. (2022).
Cómo se curan las heridas: los riesgos de “despandemizar” nuestra vida en sociedad. Artículo de prensa *cCba24n.com.ar*.
https://www.cba24n.com.ar/sociedad/como-se-curan-las-heridas--los-riesgos-de--despandemizar--nuestra-vida-en-sociedad_a6258211e097e610e715851b7
- Coffey, A. y Atkinson A. (2003).
Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Editorial Universidad de Antioquía.
- Contreras Román R. H. y Valencia García, G. (2021).
La pandemia como acontecimiento mundo: acercamiento socio antropológico a la temporalidad del covid-19. *Revista del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INHA)*, 3,: 86-101.
- Gronzona, A. (2020).
Crisis, temporalidades y espacialidades: Algunos apuntes para pensar el impacto de la pandemia. *Dilemas*, 10, 1-11.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/138145>
- Mastrangelo, A. (2020).
Perspectivas socio antropológicas para el estudio local de la pandemia COVID-19 en Argentina. *Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana de la Universidade de São Paulo*. <https://doi.org/10.4000/pontourbe.9241>
- Mondelo, M. L. (2022).
Trabajadoras del Sistema Sanitario Público y Tareas de Cuidado: un abordaje a los espacios doméstico y laboral en Misiones a partir de narrativas de la Pandemia por COVID-19. En M. Lorenzetti, M. Avalos y L. Schiavoni (Comp.).
Trabajar, cuidar y curar: experiencias de los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19 en Misiones-Argentina. Edunam.

- Navarrete Noble, R. E. (2020).
El punto de vista crea al objeto de investigación. Breve reflexión sobre la trascendencia del enfoque constructivista en la investigación científica. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Perelman, M. D. (2021).
La pandemia como hecho social total, como crisis y desigualdad urbana. *Caderno CRH*, 34, 1-16.
- Poggiuese, H. A. (2008).
Participación popular en políticas públicas y transformación del Estado en Argentina. *XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Buenos Aires, Argentina, 4-7 de noviembre.
- Puglia, M. N. (2010).
Marcel Mauss: la producción de conocimiento sobre la economía del don. En *VI Jornadas de Sociología UNLP, Memoria Académica*. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5057/ev.5057.pdf
- Ramonet, I. (2020).
Ante lo desconocido. La pandemia y el sistema-mundo. *Le Monde Diplomatique*. <https://mondiplo.com/la-pandemia-y-el-sistema-mundo>
- Rosemberg, C. (2020).
Enmarcando la enfermedad: enfermedad, sociedad e historia. Traducción Laura Sachetti. *El Ágora, Biblioteca Virtual*. https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2020/07/enmarcando-la-enfermedad_enfermedadsociedad-e-historia.-de-charles-e.-rosenberg.pdf
- Spinelli, H. (2010).
Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva*, 6, 275-293. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6571596>

TRABAJADORAS DE SALUD Y TAREAS DE CUIDADO: NARRATIVAS DE LA PANDEMIA POR COVID-19

María Laura Mondelo

INTRODUCCIÓN

La iniciativa de tratar este tema surgió a partir de la escucha y lectura de narrativas de trabajadoras/es del sistema público de salud de Misiones. A partir del proceso de indagación planteamos algunos ejes conceptuales y estrategias en el análisis de dichas narrativas para pensar el vínculo entre cuidados y género como una problemática emergente¹. En relación con ello nos preguntamos: ¿cómo se han resignificado las tareas de cuidado en el ámbito laboral y en la vida familiar?, ¿cómo afectó la sobrecarga laboral que implicó la pandemia a las tareas de cuidado doméstico?, ¿cuáles han sido sus principales

1. Agradezco los aportes de la Dra. Raquel Drovetta, quien realizó sugerencias a partir de la lectura de la ponencia presentada en las III Jornadas de la Red de Antropología y Salud (julio de 2022, Universidad Nacional de Rosario). Asimismo, las sugerencias de la Dra. Mariana Lorenzetti y la Mgtr. Lidia Schiavoni, quienes acompañaron el proceso de escritura.

preocupaciones y estrategias en esos ambientes para sobrellevar la emergencia sanitaria?

Las tareas de cuidado en el campo de la salud se han caracterizado sociohistóricamente por la feminización laboral configurando la actual composición de la fuerza de trabajo en el sector de la salud (Ramacciotti, 2020). Desempeños ligados a la enfermería, la obstetricia, ciertas especialidades médicas, las tareas de promoción y prevención, el servicio de limpieza y la cocina, se llevan a cabo principalmente por mujeres. Para ellas, la irrupción de la pandemia por COVID-19 adquirió una relevancia significativa de la que consideramos necesario dar cuenta.

La prevención del COVID-19 se centró en indicaciones y protocolos que se extendieron de los espacios institucionales orientados a la atención y cuidado de la salud hacia toda la población (Menéndez, 2021). A su vez, las medidas preventivas indicadas durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DiSPO) reclusaron las dinámicas de la vida de las personas a los ambientes íntimos y privados de las casas, intensificando las tareas de cuidado doméstico por parte de quienes históricamente las han desempeñado en esos espacios: las mujeres.

Si bien las tareas de cuidado doméstico han ocupado un lugar en la agenda política de los últimos años, es a partir de los cambios acontecidos por la pandemia que tal situación adquirió tintes singulares para las trabajadoras de la salud pública. En este sentido, la sobrecarga laboral constituyó un punto de inflexión y una problemática que se fue agudizando. Esta situación en particular nos interpeló a pensar en distintas escalas de territorios de cuidados sobre los cuales decidir, pre-

servando sus singularidades y complejidades en una relación de interdependencia y atravesadas por una multiplicidad de intersecciones (Falú, 2020, p. 28).

Consideramos la relevancia de las tareas de cuidado, situándolas simultáneamente en relación con dos espacios o ámbitos: el laboral y el doméstico. El espacio laboral, ligado a cuidados en el ámbito institucional, comprende el sector intrahospitalario y los centros de atención primaria de la salud, con los diferentes programas de atención, las campañas de vacunación y las diversas tareas administrativas. El espacio doméstico, vinculado a tareas como la crianza de los hijos, alimentación, vestido, limpieza de la vivienda, quehaceres cotidianos, educación, cuidado de ancianos, personas con alguna discapacidad o familiares convivientes considerados de riesgo. Ambos espacios suelen presentarse socialmente como ámbitos dicotómicos, con ciertos límites definidos: lo laboral y lo doméstico, lo exterior y lo interior, lo público y lo privado, lo formal y lo informal, lo visible y lo invisible, dando lugar a una amplia diversidad de situaciones, condiciones, roles desde los que se producen diferentes modos de subjetivar las tareas de cuidado en lo cotidiano. La pandemia ha atravesado estos espacios desdibujando sus fronteras, modificando estas situaciones y con ello, las tareas de cuidado que involucran a las mujeres trabajadoras de la salud en su doble papel de cuidadoras. Indagar desde un enfoque relacional los procesos de subjetivación que se producen en las tareas de cuidado por parte de las trabajadoras de la salud, implicó situar los relatos de sus experiencias en ambos contextos.

En primer lugar, con este propósito nos centraremos en algunas de las principales dimensiones que distintas perspec-

tivas de género y del pensamiento feminista han problematizado respecto de la noción de cuidado. En segundo lugar, nos referiremos a las decisiones metodológicas que guiaron el análisis de los testimonios recogidos, vinculados a la relación entre gestión del cuidado y procesos de subjetivación del trabajo en salud. Siguiendo esta propuesta, en los siguientes apartados profundizaremos en la irrupción de la pandemia por COVID-19 y las maneras en que las trabajadoras se refirieron a las tareas de cuidado en ambos espacios durante los dos primeros años.

Consideramos que este recorrido analítico puede contribuir a generar y fortalecer políticas estratégicas que contemplen las condiciones de salud de las trabajadoras del sistema sanitario de un modo integral. En palabras de Faur, “lo que se necesita son estudios que revelen las maneras en que estos cuidados son efectivizados, así como los déficits y los espacios donde se requieren intervenciones públicas para asegurar el bienestar, la igualdad social y el desarrollo humano” (2012, p. 7).

ACERCA DE LA NOCIÓN DE CUIDADO

La categoría de *cuidado* se comienza a problematizar en oposición a la idea de que los papeles que diferencian a varones y mujeres se corresponden con atributos naturales propios de cada uno. De este modo, el desarrollo de estudios sobre el cuidado contribuye a valorizar actividades invisibilizadas y desvalorizadas. Al hablar de cuidado, desde el punto de vista del género, sostenemos que los roles sociales asignados diferencialmente a varones y mujeres son construcciones históricas, sociales y culturales.

La noción de cuidado se desarrolla en las ciencias sociales desde distintos enfoques (Batthyány, 2021). Los estudios con una mirada económica sobre los cuidados, impulsados desde el feminismo, fueron pioneros en desarrollar la noción en discusión con el concepto de trabajo, específicamente con el concepto de trabajo de reproducción social, la producción y la transferencia de valor, planteando que las tareas que ocurren en el ámbito doméstico son imprescindibles para el funcionamiento del sistema económico y el bienestar social. Las investigaciones de Silvia Federici (2016) y María Mies (2019) representan debates actuales en esta línea. Otros estudios desplazan el tema de la esfera privada, el ámbito doméstico, hacia la esfera pública complejizando la responsabilidad del cuidado y analizando el rol de la colectividad, el estado, la familia, el mercado y las organizaciones comunitarias. Varias autoras coinciden en que la elaboración de políticas de cuidado implicó

la separación analítica entre la “domesticidad” y la reproducción social: no todas las tareas ligadas a la reproducción social se realizan en el ámbito doméstico, aunque casi todo lo que sucede en este ámbito se vincula de manera directa o indirecta con la reproducción. (Esquivel, Faur y Jelin, 2012, p. 17)

Plantear los cuidados como noción a etnografiar “nos permite pensar conjuntamente realidades que tendemos a analizar separadamente (...) pero también a relacionarlas y analizar cómo operan las jerarquías laborales, sociales y morales” (Borgeaud-Garciandía, 2018, p. 17). Las investigaciones de Carol Gilligan (1982) sobre la ética del cuidado como una propuesta alternativa a concepciones morales clásicas y

los estudios de Joan Tronto (1993), quien considera el *care* como actividad humana, constituyen puntos de partida y un aporte fundamental para estos temas. Concretamente, dichas autoras analizan sociológicamente las perspectivas morales del cuidado, desnaturalizando los mandatos y las responsabilidades respecto de los involucramientos de varones, mujeres y agencias estatales.

Las posiciones centradas en una dimensión del cuidado corren el riesgo de proveer una mirada parcial, si solo focalizan en un aspecto de este. Tal como advierten Molinier y Paperman, las divisiones entre las disciplinas académicas muchas veces “desarticulan sus diferentes niveles: trabajo, ética y política” (Molinier y Paperman, 2020, p. 328). Precisamente, la especificidad del cuidado, dice Batthyány, se encuentra en el carácter relacional y, en este sentido, permite indagar sobre los aspectos afectivos de la actividad, ya que son tareas que se realizan cara a cara en función del bienestar.

Podemos decir, sin pretensión de ofrecer una definición exhaustiva, que el cuidado designa la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Implica hacerse cargo del cuidado material. Es un trabajo. Pero también representa un cuidado económico que, a la vez, tiene un costo en ese sentido. Abarca, además, un cuidado psicológico que acarrea un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental. (Batthyány, 2021, p. 55)

Si bien no existe un concepto teóricamente consensuado del cuidado, este “se ha vuelto clave para el análisis y la investigación con perspectiva de género sobre las políticas de protección social” (Batthyány, 2021, p. 51).

Cuidar se trata de una actividad relacional que se desarrolla en un vínculo entre personas. La autonomía o dependencia de las personas a cuidar es un tema que introdujo la necesidad de distinguir y vincular al mismo tiempo, por un lado, la dependencia de cuidado directo y, por otro, la dependencia de cuidado indirecto.

Según Esquivel, Faur y Jelin (2012), el cuidado directo, entonces, involucra una conexión personal dado que se trata de vínculos sociales en una actividad que, por ser de contacto directo, cara a cara, contiene una dimensión afectiva. El cuidado indirecto, en cambio, no implica una relación cara a cara con contacto corporal, consiste en la provisión de recursos como bienes y espacios para la efectivización del cuidado. En cuanto a los espacios en los que se realizan las necesidades de cuidado, las autoras sostienen que este puede efectivizarse en distintos ámbitos, sean públicos o privados, desde diferentes modalidades y por medio de distintas personas, ya sea mediante la prestación de un servicio remunerado o voluntariamente.

Ramacciotti distingue entre las tareas domésticas y de cuidado, y el cuidado de manera profesional, resaltando que para “cuidar de manera profesional se necesitan técnicas y saberes particulares y específicos” (Ramacciotti, 2020, p. 3). Además, el trabajo de cuidado en salud se produce sobre la base de un encuentro, como trabajo vivo en acto produce subjetividades (Franco y Merhy, 2016).

Con el advenimiento de la pandemia, la autonomía y los espacios de cuidado se transformaron. Condicionadas por la obligatoriedad de efectivizarse dentro del recinto habitacional, estas tareas se vieron condensadas, se aglomeraron yuxtaponiéndose unas a otras

Si antes cumplían múltiples tareas a lo largo del día, pero en etapas, ahora lo tuvieron que hacer de manera simultánea: las cuarentenas las obligaron a ser, al mismo tiempo, maestras, cocineras, limpiadoras y cuidadoras de enfermos, de niños y niñas o de personas mayores dependiente. (Batthyány, 2021, p. 13)

La decisión de cerrar escuelas, centros educativos y terapéuticos sin contemplar quiénes proveerían esos cuidados de manera profesional evidenció la tendencia a la familiarización del cuidado y demostró la ausencia de una mirada con perspectiva de género (Ramacciotti, 2020).

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Nos enfocamos en el modo en el que los desempeños de las tareas de cuidado en los ambientes laborales durante la pandemia se vieron comprometidos por la vida doméstica a partir de los propios relatos de trabajadores y trabajadoras. El análisis de las entrevistas realizadas permitió aproximarnos a las singularidades de los procesos de subjetivación del trabajo de cuidado en salud, principalmente, para las mujeres del sector durante la actual pandemia. Aquí pretendemos describir organizada y sistemáticamente la problemática emergente de las tareas de cuidado, atravesadas por los protocolos para el cuidado preventivo de COVID-19, en los ámbitos laboral y doméstico por parte de trabajadoras de la salud en la provincia de Misiones.

Durante el proceso de registro y análisis de entrevistas con interlocutoras/es del sistema sanitario de la provincia de Misiones, en las distintas reuniones del equipo PISAC Nodo

Misiones, se propiciaron aportes y recolectaron miradas desde variadas perspectivas enriqueciendo los procesos individuales y en conjunto.

Fueron analizados 11 registros de entrevistas realizadas por el equipo de investigación del Nodo Misiones a partir de la utilización del programa de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti. Se incluyeron entrevistas con interlocutoras/es de modo individual y grupal. De ese total de 11 documentos, 2 son entrevistas grupales con trabajadoras técnicas, administrativas y agentes sanitarias que representan una diversidad de situaciones y experiencias vividas. Recuperamos la narrativa de una profesional médica, jefa de hogar (que durante el ASPO convivió con su madre y sus dos hijos en edad escolar). Contamos con el recurso del relato de un médico de familia (padre de dos niños pequeños, cuya experiencia de acompañar el alumbramiento y puerperio de su segundo hijo se entrecruzó con la labor dentro del hospital y la asistencia en un asilo de ancianos). La narrativa de una promotora de salud indígena enriquece la mirada acerca del contacto intercultural y las relaciones cara a cara. El relato de una trabajadora del sistema sanitario (con responsabilidades institucionales y en pleno período de puerperio y lactancia) nos permite profundizar las diferentes experiencias y necesidades de las trabajadoras del sistema de salud pública durante la pandemia. A su vez, la vivencia de dos enfermeras, una auxiliar y otra que se desempeña en cuidados de terapia intensiva, nos brindan aportes para comprender la diversidad de tareas del cuidado en salud y las demandas en el sector. La voz masculina de escucha es recuperada en la narrativa de un enfermero con formación en ciencias sociales. En esta dirección la selección de las/os interlocutoras/es mantuvo como criterio la diversidad de ocupaciones.

Para el análisis de las entrevistas identificamos las siguientes dimensiones a saber: cuidados domésticos, cuidado en salud, cuidado en espacio laboral. A partir de esa distinción identificamos las tareas que se protocolizaron con fines preventivos, los relatos referidos a las implicancias de la directiva de quedarse en casa, las percepciones sobre el riesgo de contraer y contagiar el virus, las diferentes situaciones respecto a las diversas necesidades de cuidado en los grupos domésticos de convivencia y las estrategias desarrolladas para afrontarlos.

TAREAS DE CUIDADO EN EL ESPACIO DE LA VIDA DOMÉSTICA

A finales de 2019 y principios de 2020, apenas reconocida la pandemia, emergieron procesos de atención y prevención que se extendieron globalmente. La característica principal de las medidas básicas de prevención se focalizó en formas de autoatención, centradas en la responsabilidad individual, como el uso de cubrebocas, la distancia física entre personas, el lavado de manos frecuente (Menéndez, 2021). Para el personal de salud regresar del trabajo a casa, consistió en el refuerzo de estas medidas y el miedo al contagio:

obviamente que llegaba de trabajar y era ¡no me toquen!, me voy a bañar y después hablamos... Era la que tenía que ir a trabajar. (Médica, 37 años, CAPS Zona Sanitaria Capital, 12-11-2021)

Más que nada el miedo de llegar a nuestras casas porque era todo un protocolo llegar... no abrazar a tus hijos... Es más, inclusive, después de hacer todo eso igual. Es como... tenés ese miedo del

abrazo. (Técnica en políticas públicas, 30-55 años, Zona Sanitaria Capital, Entrevista grupal, Entrevistada 6, 16-12-2021)

Quedarse en casa constituyó una de las directrices más potentes, convirtiendo a los hogares en un *continuum* de labores, de una multiplicidad de trabajos y de nuevos usos (Cavallero y Gago, 2022). Dado que la composición y estructura familiar varía según el momento reproductivo en que se encuentre, hubo realidades muy disímiles. Es así que cuando irrumpió la pandemia, cada uno de los hogares demandaba diferentes tareas de cuidado. El riesgo del trabajo en salud, las tensiones que se produjeron al interior de los hogares, y las posibilidades para cubrir una variedad de necesidades de cuidado, formaron parte de dos caras de la misma moneda: el cuidado doméstico y el cuidado en salud:

desde el primer momento en que empezó la cuarentena esa semana ya nos acercaron los camisolines, los barbijos. No teníamos suficiente, entonces mi mamá se puso a hacer los barbijos. En la casa de cada uno empezamos, con los materiales que teníamos, empezamos a producir, con mano de obra propia. Pero fue un caos. (Médica, 37 años, CAPS Zona Sanitaria Capital, 12-11-2021)

En Argentina casi la mitad de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar y más de la mitad tiene a cargo hijos menores de dieciocho años, de los cuales casi la tercera parte son menores de cinco años (OIT, 2020, p. 5). Esto significa que gran parte de estas mujeres realizan cuidados domésticos directa e indirectamente. En el año 2020, esta situación reflejaba doble carga de cuidado para las trabajadoras de la salud. El

informe de OIT, ONU y UNFPA sostiene que, si bien la brecha laboral entre trabajadoras y trabajadores es inferior a lo que se observa en otras actividades laborales, es significativa ya que debemos tener en cuenta las largas jornadas de trabajo que caracterizan al sector:

Te decía: “Yo estoy cansado, 24 horas”. Y yo también estoy cansada, ¿y quién me pregunta? ¡Vos estás cobrando! No es gratis. (Enfermera, Zona sanitaria Centro Uruguay, Entrevista Grupal, Entrevistada 2, 29-01-22)

Durante los períodos de ASPO y DiSPO esta situación se complejiza, ya que las tareas de cuidado se incrementaron en el espacio doméstico, dado que se trasladaron de los otros espacios donde se realizaban, concentrándose en el recinto del hogar. Para estas trabajadoras, el desarrollo de estrategias en cuidado doméstico se vio condicionado por las necesidades de cada grupo familiar y las condiciones del trabajo formal en el sistema de salud público, todo lo cual, en situación de pandemia, representó una sobrecarga laboral y una compleja y constante situación de riesgo:

Yo siempre era la del riesgo en mi familia. Eso es muy triste... la que tiene que hacer todas las cosas externas, ir al supermercado, hacer las compras, hacer las cosas de la calle. Ya que yo estoy en la calle. (Médica, 37 años, CAPS Zona Sanitaria Capital, 12-11-2021)

La relación entre riesgo, la necesidad de cubrir múltiples funciones y la preocupación por la familia se tradujo en sobrecarga de tareas, sentimientos de angustia y estrés, representando costos físicos y emocionales extraordinarios. Se trata

de una problemática emergente que continúa siendo foco de investigaciones a nivel internacional: “Las implicancias de la pandemia muestran, una vez más, el mayor riesgo que asumen las mujeres, asociado a sus funciones en la primera línea de la atención sanitaria y social” (OIT, 2020, p. 3).

A la casa no podías llegar con todo ese drama. Tenías que ponerte la mochila y decir, estamos todos bien acá no hay virus, no hay nada, porque teníamos todas a nuestros hijos y otras tenían a los padres. (Agente sanitaria, Zona capital, Entrevista grupal, Entrevistada 5, 16-12-2021)

Durante el ASPO, esta preocupación se vio acrecentada con la imposibilidad de efectuar visitas, en caso de no convivencia, y por las características mismas de los protocolos en caso de contraer el virus, o defunción:

Sí, me da miedo porque tengo hijos chiquitos, tengo mi suegra que sufrió un ACV y quedó con la mitad del cuerpo, también diabética. Entonces como que tengo miedo de ser yo, de llevar, más que de que me pase. Tengo miedo al yo contagiar, al no tener los recaudos y contagiarle a ella y que le pase algo o a mis hijos, o a mi marido que es obeso. (Promotora de Salud Indígena, Zona Sanitaria Capital, 19-5-2021)

Si bien fueron abundantes los relatos sobre sentimientos de preocupación e incertidumbre respecto del virus en los primeros momentos de pandemia, las experiencias particulares se vivenciaron desde los múltiples roles que asumen las mujeres, como trabajadoras, madres, cuidadoras, y en el momento en que se encontraba cada una frente a las necesidades de cuidado

en su grupo familiar. En palabras de Batthyány, los cambios en la fecundidad, así como los procesos de envejecimiento impactan en el tamaño, la estructura y la composición de las familias, y con ello en las necesidades de cuidado del grupo familiar, y las personas que pueden satisfacerlos

Esto tiene consecuencias de género relevantes para la condición de las mujeres en la sociedad porque, cuando ellas son las principales proveedoras del bienestar, deben excluirse del mercado laboral o enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para conciliar trabajo productivo y reproductivo. (Batthyány, 2021, p. 53)

Cuando comenzó la pandemia yo estaba en un proceso de puerperio y a los cinco, seis meses me tenía que incorporar de nuevo al hospital. Fue una crisis, porque yo no quería volver al hospital porque era un universo desconocido lo que estaba pasando acá, y yo estaba en un universo paralelo en mi casa con mi bebé chiquito. (Administrativa, Departamento de Estadística, 36 años, Hospital Materno Neonatal, Zona Sanitaria Capital, 12-11-2021)

Los sistemas de licencia, la apropiada remuneración, la seguridad laboral, los servicios de guardería y otros beneficios y derechos, las redes de contención, apoyo y acompañamiento institucionales, constituyen condiciones de posibilidad para la vida doméstica, independientemente de la posición que ocupe en el sistema sanitario de salud pública dado que “las mujeres son mayoría en prácticamente todas las ocupaciones del sector de la salud” (OIT, 2020, p. 8).

Está bien, somos de salud. Pero como que en ese momento nos costó un poco en realidad, el cambio en sí, toda la situación... el dejar a nuestros hijos, el colegio al que no se pudo asistir. Fue un movimiento grande. (Agente sanitaria, 44 años, Zona capital, 14-09-2021)

El cierre de escuelas y los espacios de cuidado no-doméstico, derivaron en el aumento del tiempo que las familias dedican a los trabajos no remunerados de cuidado los que, como dijimos anteriormente, recaen mayoritariamente en las mujeres.

Esta situación se ve agravada considerando que una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar con hijos que demandan cuidados directos y, a la vez, se ven constreñidas a combinar trabajo formal remunerado para cubrir económicamente las necesidades, con tareas de cuidado no remunerada para cubrir las necesidades de reproducción que durante la pandemia se localizaron en la casa:

A mí me pasó que yo tengo una nena con una discapacidad, entonces cuando surge esto de la pandemia todos quedamos así en shock, porque ya sabíamos que se venía para acá, que en cualquier momento se iba a cerrar todo acá. (Técnica en Atención Primaria de la salud, Agente Sanitaria, Zona Sanitaria Capital, Entrevista grupal, Entrevistada 4, 16-12-2021)

Por un lado, “la obligatoriedad del encierro reveló, como nunca antes, el peso que llevan las mujeres para combinar trabajo remunerado y no remunerado” (Batthyány, 2021, p. 13). Por otro, la necesidad de combinar el trabajo remunerado con las tareas domésticas no remuneradas “llevó a una mayor des-

igualdad entre mujeres, a saber: entre quienes pueden costear servicios de cuidado (personal doméstico, instituciones de cuidado de niños/as, etc.) y las que no pueden hacerlo y deben asumir todas las responsabilidades” (Wagon, 2021, p. 171). Es decir que durante los períodos de confinamiento cubrieron cuidados directos, al interior de sus hogares, y cuidados indirectos, participando del mercado laboral y proveyendo los recursos necesarios para la reproducción. En este aspecto, diversas investigaciones coinciden en que esta situación de sobrecarga por la combinación de trabajos deviene en el riesgo de caer en un déficit de cuidado al interior de los hogares:

De repente sentarse a hacer las tareas... era imposible. Y ahí busqué a una psicopedagoga que se haga cargo. (Médica, CAPS Zona Sanitaria Capital, 37 años, 12-11-2021)

En este caso encontramos una multiplicidad de situaciones vivenciadas al respecto. La educación en casa, las plataformas virtuales que se desarrollaron para lograr un seguimiento escolar y no perder los objetivos curriculares, el tiempo y la calidad en el acompañamiento del aprendizaje, además de las necesidades de innovar en actividades recreativas y de esparcimiento en situación de confinamiento, representaron un verdadero desafío para todos los grupos que tuvieron que afrontarlo. Otros desafíos que expresaron las interlocutoras remiten a tareas como: compra de alimentos, ir al mercado, la provisión de ropa y calzado que en otros tiempos fueron parte de actividades de esparcimiento en conjunto. Coincidimos con enfoques centrados en la importancia estratégica de la reproducción social, en considerar a los espacios domésticos como espacialidades que durante la pandemia intensificaron

y condensaron el trabajo productivo y reproductivo de formas novedosas de valorización (Cavallero y Gago, 2022).

Ahora bien, existe otro factor a tener en cuenta: si bien en el grupo doméstico de la interlocutora, uno de los hijos se encontraba cursando el primer grado de la escuela primaria y debía aprender a escribir, contrató a una licenciada en psicopedagogía para que lo acompañe en el aprendizaje de la lectoescritura. Muchas otras familias, con dificultades en costear la delegación o tercerización de tareas, no evaluaron ese recurso como una posibilidad. Dichas actividades de acompañamiento tuvieron que asumirse en la red de contención familiar, o bien comprimiendo los tiempos de cuidado con el riesgo de no proveerlos adecuadamente.

En las narrativas recogidas durante la investigación, para el cuidado de los hijos en edad escolar durante el ASPO, se observa que la relocalización de miembros de la familia se presentó como una estrategia de cuidado, principalmente mujeres abuelas o tías que pudieran satisfacer esas demandas de cuidado directo en los hogares, que incluían asistencia y seguimiento de clases y terapias que se desarrollaron virtualmente mediante la conexión a internet. Otras tuvieron que confiar en la autonomía de sus hijos menores, la supervisión de las tareas mediante comunicación telefónica u otros modos de sortear la necesidad de “quedarse en casa”:

en mi caso, de mi hija... hacerla crecer... Ella se tuvo que quedar sola con mi hijo... Entonces ella como responsable, ella tiene 11 años... Del cuidado de su hermano. (Agente Sanitaria, entrevista grupal, Zona Sanitaria Capital, Entrevistada 5, 16-12-2021)

Según el mencionado informe técnico de OIT, las trabajadoras de la salud que son jefas de hogar y que durante la pandemia estaban económicamente a cargo de un hogar con presencia de niñas y niños, se encontraron en una situación de *vulnerabilidad adicional* que no siempre estuvo acompañada de ingresos que permitieran costear todas las necesidades del grupo familiar (OIT Argentina, 2020, p. 6).

Fue difícil, porque mi marido quedó sin trabajar y el único ingreso que entraba en esa casa era mi sueldo. (Agente Sanitaria, 44 años, Zona Sanitaria Capital, 14-09-21)

En este sentido, si se tienen en cuenta los bajos ingresos y las cargas horarias de muchas trabajadoras del sector de la salud, haber acudido a sus redes familiares para el cuidado de sus niñas y niños durante el período de confinamiento fue una estrategia extendida para muchas de ellas. Además, las condiciones generadas a partir de la pandemia agudizaron las tensiones en la convivencia de las parejas, inclusive al no tener “otro” a su cuidado:

Es difícil para la mujer... en todos los planos, mi ex pareja es muy machista, y no se bancó que sea enfermera y en un momento me dijo: andate nomás porque no me banco tu laburo. (Enfermera, Zona Sanitaria Centro Uruguay, Entrevista grupal, Entrevistada 1, 29-01-2022)

Estudios e informes de distintas organizaciones y entes dieron cuenta de la creciente estadística de situaciones de violencia intrafamiliar (Wagon, 2021) y distintas formas de violencia (Cavallero y Gago, 2022).

con la pandemia aumentó la demanda. Puede ser, pero siempre hubo por cuestiones de violencia. (Psicóloga, Zona Sanitaria Capital, 40 años, 7-5-2021)

Según Wagon —siguiendo los planteos de Faur y Segato—, la crisis social, económica y de salud, y las medidas adoptadas para la prevención del virus, impactaron de forma inédita en la organización social de los cuidados. Para la autora, la crisis sanitaria por COVID-19 evidenció una crisis en los cuidados y el aislamiento domiciliario agravó la situación de las mujeres: “repercute directamente en la realidad de las mujeres, quienes tradicionalmente y por prejuicios vinculados al género, son las encargadas de ejercer el rol de cuidadoras, tanto en los hogares como fuera de ellos” (Wagon, 2021, p. 168).

En síntesis, durante la pandemia, en el espacio doméstico se transformaron las dinámicas y las estrategias de cuidado directo e indirecto, las actividades productivas y reproductivas, involucrando redes de contención familiares y no familiares o mercantilizadas. Para las trabajadoras del sector de la salud esto significó, como ya dijimos, una transformación de la organización del cuidado en el locus doméstico, en múltiples aspectos. Primeramente, la situación de confinamiento representó una sobrecarga respecto de las tareas de cuidado, principalmente hacia las personas que demandan de cuidado directo como sus propios hijos. Tareas como la educación en casa, el reinventar actividades recreativas en confinamiento, los requerimientos de socialización según edades, las diferentes modalidades de satisfacer necesidades terapéuticas, la provisión de alimento y vestido, las restricciones y las nuevas formas de mercadeo para el consumo, fueron algunos de los desafíos que se sumaron a las dificultades en condiciones de

virtualidad y adecuación de la vivienda. La naturalización de sus funciones como cuidadoras, y las extensas jornadas laborales que asumieron durante la pandemia, generaron condiciones extraordinarias de riesgo. La necesidad de combinar trabajo doméstico y trabajo formal las colocó, durante la pandemia, en una situación de vulnerabilidad, principalmente para aquellas trabajadoras del sector con bajos salarios y condiciones laborales de precariedad.

TAREAS DE CUIDADO EN SALUD: MUJERES QUE CUIDAN

Las tareas de cuidado en el sector de la salud se han caracterizado sociohistóricamente por un proceso de feminización, en desempeños ligados a la enfermería, la obstetricia, ciertas especialidades médicas y las tareas de promoción y prevención (Ramacciotti, 2020). Si bien, para este análisis, nos enfocamos en una perspectiva de género, asumimos el desafío de pensar un sistema sanitario integral con una heterogeneidad de voces. Asimismo, partimos de considerar que cada trabajador y trabajadora del sistema sanitario en su singularidad produce subjetivamente un trabajo de cuidado “en el ámbito del proceso de trabajo, y al mismo tiempo en la producción de sí mismos como sujetos del trabajo” (Franco y Merhy, 2011, p. 10).

La pandemia por COVID-19 afectó la autonomía de las mujeres, las estrategias y tácticas de organización de los tiempos y recursos dedicados a los cuidados en el espacio doméstico, especialmente a las mujeres trabajadoras en el sector de la salud, dada la intensificación del tiempo de trabajo en ambos espacios (CEPAL, 2020). Además, como dijimos anteriormen-

te, las “mujeres también constituyen el mayor contingente que está asumiendo los cuidados, en el sector de la sanidad, en el trabajo doméstico remunerado y en centros especializados de cuidado de menores, adultos/as mayores y personas con discapacidad” (SG-OEA CIM, 2020, p. 4).

Es así que para 2020 en Argentina, las mujeres trabajadoras de la salud representaban “el 70 por ciento del empleo en el sector y el 9,8 por ciento de las mujeres ocupadas” (OIT, 2020, p. 5). A su vez, el grupo de mujeres trabajadoras en el sistema sanitario es heterogéneo, en cuanto a la ocupación, la formación, el salario, el rango, situaciones de seguridad y estabilidad laboral. Sin embargo, “si bien son mayoría en prácticamente todas las ocupaciones del sector de la salud, el porcentaje de mujeres es significativamente mayor en las ocupaciones técnicas (...) las profesiones vinculadas a la gestión administrativa y en los servicios de limpieza y gastronomía” (OIT, 2020, p. 3).

En la provincia de Misiones, una gran proporción del sector de trabajadoras de la salud se desenvuelve en tareas de promoción y prevención como agentes sanitarias, las cuales tuvieron un papel importante durante la pandemia, en el desempeño de nuevas tareas como confeccionar barbijos, asistir en los centros de atención primaria y desempeñarse en tareas administrativas.

En relación al trabajo nos modificaron todas nuestras actividades, se dejaron de hacer todo tipo de seguimientos, ya no se hacían los test de colon, ya no se hacían más paps... estaba todo abocado a lo que era vacunas... se suspendieron todas las actividades... incluso un tiempo nos abocamos a confeccionar barbijos, camisolines... estábamos todos abocados a (la) pandemia

digamos... Quedaron suspendidas... todas nuestras actividades. (Técnica en políticas públicas, 30-55 años, Zona Sanitaria Capital, Entrevista grupal, Entrevistada 6, 16-12-2021)

Luego, cuando se retomaron los trabajos en territorio participaron activamente en la recuperación de pacientes crónicos, y en las posteriores campañas maratónicas de vacunación. La figura del agente sanitario se enmarca en el escalafón más bajo del sistema sanitario, con la menor remuneración en el espacio laboral:

nos dan, como nosotros le llamamos una guardia activa, pero ¿ustedes creen que, por 200 pesos, es digno que nosotros trabajemos afuera, 12 horas, 14 horas, fuera de nuestro hogar, teniendo nuestras familias? No. Yo creo que no, pero bueno (...) yo estoy para acompañar y colaborar porque como equipo de salud uno tiene que estar para colaborar con la gente, pero no estamos para matarnos por la vida, estamos para salvar la vida. (Agente sanitaria, Zona capital, 44 años, 14-09-2021)

Respecto de los espacios de cuidado y atención en salud, con el advenimiento de la pandemia, se produjeron múltiples transformaciones y diversas afectaciones en las tareas de cada quien:

se cerraron las actividades, se restringía la circulación, yo seguí en contacto con las promotoras y los promotores a través del WhatsApp. Tratando de ayudar en lo que fue la primera etapa del IFE, con el tema de la gestión de turnos (...) con esas cosas que necesitaban gestionar por internet. (Psicóloga, Zona Sanitaria Capital, 40 años, 07-05-2021)

Hubo una reorganización en los equipos de trabajo y reasignación de funciones, es decir, una reconfiguración de los espacios en todos los niveles de atención, principalmente a partir de criterios de circulación de personas para evitar contagios.

Esto trajo aparejado el hecho de que la pandemia por COVID-19 haya transformado los modos de gestión del cuidado especialmente en la dimensión biopolítica del cuidado de sí, afectando los modos de relacionarse entre las personas. Esto sucedió al interior de los equipos de trabajo y con los usuarios del sistema de salud.

complica un poco la contención emocional por ahí que uno le podía brindar antes de la pandemia, que ahora no. El rostro también, ya estoy cubierta, es más difícil de reconocer, cuesta un poquito llegar un poco más. (Promotora de Salud Indígena, Zona Sanitaria Capital, 19-05-2021)

Las medidas adoptadas durante la pandemia en el sistema de salud, reconfiguraron las cotidianidades en los espacios de trabajo. Las indicaciones emitidas por el Ministerio de Salud se actualizaban constantemente, adaptándose a la nueva problemática emergente ocasionada por el virus, generando una situación de estrés en el personal:

Nadie sabía bien cómo era la enfermedad, los protocolos iban cambiando, qué se hace, qué no. Todas las semanas cambiaban. Cambiaban las definiciones, entonces eso hacía que te cambien todo, todo lo que es la metodología, el hábito de trabajo, que bueno... se genera realmente un estrés, una carga de estrés grande. Que... bueno, que eso es algo que nos pasó a todos, ¿no? Que

tuvimos que inventar y reinventar sobre la marcha, no teníamos posibilidad de decir no bueno vamos a parar, vamos a hacer este protocolo. (Médico, Zona Sanitaria Norte Paraná, 37 años, 16-10-2021)

En el marco de esta investigación, un aspecto emergente en las narrativas referidas a los espacios laborales fue la contención espontánea entre compañeros de trabajo siendo la escucha la principal demanda. Los temas que surgen en las narrativas de las interlocutoras e interlocutores se relacionaron con la incertidumbre, el miedo, y recurrentes referencias sobre el sentimiento de preocupación hacia la salud y bienestar de los familiares con quienes conviven y a quienes no pudieron ver:

Me preguntó si trabajamos en equipo, bueno no... pero sí, porque nos escuchamos. Yo a veces cuento pavadas, y me escuchan sí. Yo no tengo familia, ellos sí, para ellos es más pesado. (Enfermero CAPS, Zona sanitaria capital, 35 años, 22-05-2021)

Los interlocutores varones que compartieron los espacios de trabajo con mujeres trabajadoras de la salud, de todos los escalafones del sistema sanitario, en muchos casos actuaron como puntos de contención y apoyo, comprendiendo la diversidad de situaciones que atravesaban sus colegas mujeres. Quienes tenían a su cuidado hijos pequeños encontraron diversos modos de resolver esos cuidados en redes de contención familiar, e incluso en redes de apoyo entre compañeros y compañeras de trabajo. En los confines de directivas estandarizadas y espacios sociales burocratizados, hubo intersticios informales y espontáneos que posibilitaron modos vitales de

sobrellevar la situación y que consideramos importante poner en valor:

Acá las enfermeras, todos se mataban de risa porque todas fueron mamá y todos re entendían, y en su momento le trajeron a su chiquito. Por ahí con los hombres es difícil porque por ahí el que tiene un hijo... bueno, se va a trabajar nomás y la señora, o sea la mamá se encarga. (Médico, Zona Sanitaria Norte Paraná, 37 años, 16-10-2021)

Comportamientos de escucha y contención, verdaderas solidaridades emergieron informalmente en las cotidianidades laborales y amortiguaron la carga emocional que aparejó la compleja situación de ser trabajadoras/es de la salud durante la pandemia por COVID-19. Esto permitió, en algunos casos, desnaturalizar ciertos mandatos para sobrellevar las tareas de cuidado doméstico y de cuidado en salud de un modo más equitativo.

En ese momento yo no estaba tampoco para ponerme en moralina y empezar a decir... simplemente escuché, porque el miedo aparece como puede aparecer en cada persona, en cada circunstancia. (Psicóloga, Zona Sanitaria Capital, 40 años, 07-05-2021)

Para estos/as trabajadores/as, las experiencias de duelo por COVID-19 hacia pacientes y de compañeros de trabajo por parte de quienes están en “la primera línea” en contacto con el paciente infectado, también constituyen demanda de contención que, en algunos sectores de atención como algunas terapias intensivas, se formalizó en estrategias institucionales:

Entonces, por eso es tan importante, fue tan importante que los chicos [se refiere a los enfermeros/as jóvenes] tengan un espacio de salud mental. Hacíamos traer, ahora ya no tanto, pero hacíamos traer a las psicólogas una vez a la semana o cada 15 días. Nos reuníamos todos en grupo y... y contar y hablar y qué pasaba. Y fue muy productivo eso, a mí modo de ver. (Enfermera afectada al servicio de terapia intensiva, 46 años, Zona Sanitaria Norte Paraná, 15-11-2021)

Sin embargo, en todos los espacios de atención que analizamos hubo una demanda generalizada de contención por parte del personal, sumado a una necesidad de adecuación de los estándares requeridos dadas las singularidades y necesidades de los grupos familiares de cada trabajador/a, especialmente de las mujeres que debían atender cuidados directos en su grupo doméstico.

Yo trabajaba con la compañera que falleció. Bueno, y ella me decía: si yo me enfermo voy a tener que quedarme acá, porque mi hija tiene miedo, tenemos miedo. ¡Y llorábamos las dos! (Enfermera auxiliar, 58 años, Zona Sanitaria Capital, 05-10-1021)

La vivencia del duelo en el espacio laboral, por parte de trabajadoras/es de diferente ocupación, emerge en el relato vivido desde cada lugar, desde cada vínculo. Es decir, como experiencias empáticas que dejan una huella de humanidad, teniendo en cuenta los protocolos estandarizados en esos casos, pero que sin embargo no encuentran vías institucionalizadas de canalización, quedando la elaboración de esa experiencia a nivel individual, o en la circulación informal de pasillo:

Uno lo percibe desde otro lugar, no como funcionario del Estado, sino como madre ¿no? Como lo que significa para la familia esa pérdida. Fue, como te decía, un duelo. (Administrativa, Departamento de Estadística, Hospital Materno Neonatal, Zona Sanitaria Capital, 36 años, 12-11-2021)

sé lo que siente la mamá, o sea, puedo contener porque sé. (Promotora de Salud Indígena, Zona Sanitaria Capital, 19-05-2021)

Por otro lado, las expresiones popularizadas como los aplausos y el reconocimiento al personal, a las/os trabajadoras/es de la salud en los primeros momentos de la pandemia, por un lado, ocultaron las malas condiciones de trabajo y las desigualdades de género del sistema sanitario; por otro, resultaron insuficientes para reconocer los saberes asociados con las tareas de cuidados. Estas expresiones aparecieron en consonancia con estrategias discursivas heroicas y sacrificiales, diluyendo otras responsabilidades, pues “sin políticas de Estado que apuesten a la capacitación, a la investigación científica y a la salud pública, serán menores las posibilidades de reducir las desigualdades sociales y el impacto que ellas generan” (Ramacciotti y Testa, 2021).

Bueno, me sentaría a conversar con el director, con el ministro, con el que sea y le plantearía que a nosotras no nos reconocen como profesionales. (Enfermera, Zona sanitaria Centro Uruguay, Entrevistada 1, 29-01-22)

Tras todos estos desafíos que asumieron las/os trabajadoras/es de la salud, son las mujeres del sector las que llevaron

adelante los cuidados en dos espacios imprescindibles, que todos llamaban a cuidar, pero que paradójicamente son menos valorados social y culturalmente.

REFLEXIONES FINALES

Consideramos que hemos abordado el problema de las tareas de cuidado que llevaron a cabo las mujeres trabajadoras de la salud durante la pandemia por COVID-19 desde el punto de vista del género. Indagamos desde un enfoque relacional, algunas de las singularidades que caracterizan esas tareas de cuidado y qué significan o representan subjetivamente en ambos espacios doméstico y laboral, tomando como sustrato el relato de sus experiencias.

En el espacio doméstico las características principales fueron la sobrecarga de tareas de cuidado, la necesidad de combinarlas con trabajo remunerado y la preocupación por el bienestar de sus seres queridos. Destacamos que la situación de confinamiento representó, para las mujeres trabajadoras del sector de la salud, una situación de riesgo y vulnerabilidad, siendo las principales vías de contención las redes familiares y entre compañeros de trabajo respectivamente.

Por un lado, en los espacios o ámbitos de cuidado doméstico, la realización de tareas como la crianza de los hijos, alimentación, vestido, limpieza de la vivienda, quehaceres cotidianos, educación, cuidado de ancianos, personas con alguna discapacidad o familiares que conviven considerados de riesgo, todo ello representó una sobrecarga respecto de tareas, principalmente hacia las personas que requieren cuidado directo. Considerando las demandas por edades y

diversidad de situaciones, especialmente hacia hijos pequeños y en edad escolar, advertimos que, dada la naturalización y desvalorización de las funciones como cuidadoras, sumado a las extensas jornadas laborales, las mujeres trabajadoras de la salud asumieron riesgos extraordinarios.

Por otro lado, la necesidad de combinar cuidado doméstico y trabajo remunerado, durante el ASPO y el DiSPO, las colocó en una situación de vulnerabilidad, principalmente a aquellas trabajadoras del sector con bajos salarios y condiciones laborales de precariedad. Se evidenciaron situaciones de preocupación e incertidumbre hacia seres queridos a quienes no podían acompañar, y situaciones de tensión intrafamiliares, de pareja, inclusive al no haber terceros al cuidado.

En los espacios de cuidado y atención en salud, en el ámbito institucional que comprende el sector intrahospitalario, centros de atención primaria, diferentes programas de atención, campañas de vacunación anticovid, y sector administrativo, se produjeron múltiples transformaciones, se reorganizaron los equipos de trabajo y se reasignaron las funciones, es decir una reconfiguración de los espacios que afectó las lógicas y rutinas de trabajo sumando la necesidad de aprender nuevas modalidades de cuidado y atención. En este sentido, el aspecto emergente, en los espacios informales del quehacer en salud, fueron los comportamientos de escucha y contención entre compañeras/os de trabajo, verdaderas solidaridades que informalmente emergieron en las cotidianidades laborales y amortiguaron la carga emocional que aparejó la compleja situación de ser trabajadores y trabajadoras de la salud

durante la pandemia por COVID-19². Temas recurrentes en las narrativas son la incertidumbre, el miedo, el duelo, y la preocupación hacia la salud y bienestar de los familiares con quienes conviven y a quienes no pudieron ver.

Es pertinente resaltar que las experiencias de duelo por COVID-19 hacia pacientes, compañeras/os de trabajo, de quienes están en “la primera línea” en contacto con el paciente infectado constituyeron la demanda de contención preponderante.

Reconocer el cuidado como un problema público (Faur y Pereyra, 2018), y la importancia de “reflexionar sobre el lugar que ocuparon históricamente y en el presente quienes tienen la responsabilidad profesional de cuidar en el sistema de salud” (Ramacciotti 2020, p. 232), puede ser un puntapié para pensar políticas de cuidado en salud que consideren integralmente a las trabajadoras con sus diferentes ámbitos de interacción.

Finalmente, consideramos que la categoría de cuidado fue adecuada para este análisis ya que permite expandir la amplitud de incumbencia del tema que tratamos, desterritorializando los espacios de trabajo y de la vida doméstica de las mujeres trabajadoras de la salud, para lograr comprender que sus tareas no terminan ni empiezan al cruzar los umbrales sus casas, ni de los hospitales, más bien —parafraseando a una interlocutora—, se trata de las mismas personas que atienden dos universos de necesidades imprescindibles para el bienestar. En relación con ello, retomamos las ideas de Franco y Merhy en cuanto a que la preocupación por este tema debería ser objeto de una política de estado para mejorar las condiciones de

2. Para ampliar al respecto ver, en esta compilación, el capítulo de Carlos Bottex (2022).

trabajo de las/os trabajadoras/es del sistema sanitario y, por lo tanto, el acceso a la salud: “un cambio de carácter estructural y duradero de los procesos de trabajo requiere la producción de una nueva subjetividad del trabajador” (Franco y Merhy, 2011, p. 18).

Para una profundización de estas cuestiones será importante tener en cuenta los modos de producción y gestión del cuidado que se produjeron durante la pandemia por COVID-19 hacia el interior del sistema sanitario en su conjunto y complejidad; esto es, en su carácter formal, como protocolos a cumplir en relación con las condiciones de trabajo y, en lo informal, como estrategias de gestión de cuidado y cuidados colectivos, por la centralidad que adquirió la dimensión sanitaria y la importancia del bienestar de todas/os las/os trabajadoras/es de la salud.

Dadas las características de sobrecarga de tareas que vivieron las trabajadoras de la salud, consideramos de vital importancia poner mayor atención a los aspectos, no solo cuantitativos y organizacionales, sino a los procesos de subjetivación del trabajo de cuidado en salud, los cuales son singularmente diferentes para las mujeres y para los varones. Coincidimos con Menéndez en que esto constituye un ejemplo paradigmático de autoexplotación y subalternización de la mujer trabajadora y evidencia la necesidad de recuperar intergenéricamente los procesos de autoatención y cuidado de la mujer (Menéndez, 2021).

BIBLIOGRAFÍA

- Batthyány, K. (2021). *Políticas del cuidado Cuidado*. CLACSO; Casa Abierta al Tiempo.
- Borgeaud-Garciandía, N. (Comp.) (2018). *El trabajo de cuidado*. Fundación Medifé Edita.
- Bottex, C. (2022). Transformaciones en el espacio, reconfiguración de los vínculos y nuevas solidaridades en los centros de salud de Misiones durante la pandemia COVID-19. En M. Lorenzetti, M. Avalos y L. Schiavoni (Comp.). *Experiencias de trabajo durante la pandemia COVID-19 desde los equipos de salud de Misiones*. Edunam.
- Camargo Macruz Feuerwerker, L. (2021). Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. *Revista Salud Colectiva*, 17. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.335610.18294/sc.2021.3356>
- Cavallero, L. y Gago, V. (2022). La casa como laboratorio: Finanzas, vivienda y trabajo esencial. Fundación Rosa Luxemburgo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020). Informe Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina. En: *Documentos de Proyectos (LCL TS.2020/153)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Esquivel, V.; Faur, E. y Jelin, E. (2012) Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. IDES.
- Falú, A. (2020). La vida de las mujeres en confinamiento en las ciudades fragmentadas. Un análisis feminista de los temas críticos. *Revista Astrolabio Nueva Época*, 25, 22-45.
- Faur, E. y Pereyra, F. (2018). Gramáticas del cuidado. En J. I. Piovani y A. Salvia (Comp.). *La Argentina en el siglo XXI*. Siglo XXI Editores.

- Federici, S. (2016).
El *patriarcado del salario: críticas feministas al Marxismo*. Editorial Traficantes de Sueños.
- Franco, T. B.; Merhy, E. E. (2011).
El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20.
- Gilligan, C. (1982).
In a different voice: psychological theory and women development. Editorial Traficantes de Sueños.
- Menéndez, E. L. (2021).
Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) México. *Revista de la Escuela de Antropología*, 18. <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.137>
- Mies, M. (2019) *Patriarcado y acumulación a escala mundial*. Editorial Traficantes de Sueños.
- Molinier, P. y Paperman, P. (2020).
Liberar el cuidado. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 38(2), 327-338.
- Novick, M. (2020).
Impacto del COVID-19 en la salud del personal no médico de salud. Informe final en el área metropolitana de Buenos Aires. Fundación Friedrich Ebert. <http://biblioteca.ciess.org/liss/index.php?P=FullRecord&ID=1755>
- Organización de los Estados Americanos (2020) *COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados*. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA).
- Organización Internacional del Trabajo. (2020).
COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. ONU Mujeres Argentina y UNFPA Argentina.
- Ramacciotti K. y Testa D. (2021).
¿Trabajadoras o heroínas?: cuidados sanitarios en tiempos de crisis. *Rev Cienc Salud*, 19, 1-19.
- Ramacciotti, K. (2020).

Cuidar en tiempos de Pandemia. *Descentrada*, 4(2).

<https://doi.org/10.24215/25457284e126>

Ramacciotti, K. (2020).

La enfermería argentina en tiempos de crisis sanitaria. En Ricardo R. Campos, Enrique E. Perdiguero-Gil, Eduardo Bueno. (Ed.), *Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*. Sociedad Española de Historia de la Medicina, 232-238.

Tronto, J. (1993).

Moral boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. Editorial Routledge.

Wagon, M. (2021).

Crisis de los cuidados y violencia contra las mujeres. Un análisis de la repercusión de la pandemia del COVID-19 en la vida de las mujeres. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 24, 166-190.

TRANSFORMACIONES EN EL ESPACIO:
VÍNCULOS Y NUEVAS SOLIDARIDADES EN
LOS CENTROS DE SALUD DE MISIONES

Carlos E. Bottex

INTRODUCCIÓN

A mediados del año 2020 nos conformamos como grupo de investigación a partir de la convocatoria “La sociedad argentina en la postpandemia”, dentro del proyecto marco “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”, representando regionalmente a la provincia de Misiones. La convocatoria planteaba recuperar la experiencia de quienes integran los equipos de salud como instancia crucial para comprender las dinámicas de atención, cuidado y autocuidado durante la emergencia sanitaria. En este sentido, nos interesó reparar en la heterogeneidad de escenarios y situaciones a fin de visualizar los aportes locales no solo para comprender lo sucedido, sino también para identificar qué posibilidades se abren en torno a la recuperación de los aprendizajes y desafíos, los cuales pueden traducirse en aportes a la salud pública de cara a la postpandemia.

Dentro de las particularidades que trajo la pandemia, nos enfocamos en cómo las nuevas disposiciones de la atención

COVID-19 transformaron de manera general los centros de salud y, a la vez, modificaron las dinámicas habituales de trabajo y las relaciones entre el personal de salud y la población usuaria.

En este trabajo, nos preguntamos de qué manera afectaron las reconfiguraciones espaciales a las dinámicas cotidianas del personal de salud y a los procesos de atención-cuidados. Puntualmente damos cuenta de las interrelaciones entre los equipos sanitarios, expresadas en lo que denominamos *nuevas solidaridades*, entendidas estas como prácticas de autocuidado. En relación con ello, a partir del análisis de las entrevistas realizadas al personal de salud, vinculamos las transformaciones de los escenarios de trabajo y las tramas de solidaridad que se fueron entretejiendo para sostener la atención sanitaria durante la pandemia.

Si bien en cada centro asistencial hubo singularidades a la hora de atender la emergencia, uno de los aspectos transversales en ellos fue la disposición y delimitación de espacios específicos de atención de COVID, relacionado con la peligrosidad del virus. Estas reconfiguraciones en los centros de salud fueron resultado del carácter disruptivo que acarrió la pandemia, trayendo consigo replanteos en las maneras de encarar la producción de los cuidados de sí y otros (Sy et al., 2020).

Entendemos el surgimiento de nuevas solidaridades como las acciones que intermedian en los procesos de atención-cuidado llevados a cabo por las/os trabajadoras/es de salud hacia la población usuaria, como también los mecanismos de contención y autocuidado hacia dentro de los equipos de salud. Siguiendo a Lenta, Longo, Zaldúa y Veloso, “son estos contextos donde se sostienen y emergen estrategias colectivas desde la solidaridad y la ética del cuidado” (2020, p. 4), que a

su vez tensionan con las lógicas biomédicas de organización de los centros de salud. La aplicación de protocolos implicó un despliegue de diversas estrategias organizativas internas para hacer frente a la emergencia, así como también la reestructuración de la atención de otras patologías y el redireccionamiento de profesionales a áreas específicas de atención COVID-19.

Nuestra inquietud respecto de indagar estas tramas de solidaridad es precisamente comprender si su surgimiento se dio en el plano de las instituciones de salud que —según Ferrero (2003)— es donde se esquematizan y normalizan las intervenciones sanitarias, o más bien, fueron surgiendo de modo espontáneo y coyuntural, ante situaciones no contempladas por lo normativo. En este sentido, cabe destacar que las solidaridades se recrean ante todo en relaciones sociales de forma horizontal, que muchas veces sobrepasan o se replantean las lógicas institucionales establecidas (Pleyers, 2020).

Es por esto que reconstruimos las miradas del personal de salud durante la pandemia, buscando mostrar cómo a partir de sus relatos podemos identificar los cambios en sus rutinas de trabajo, según las reconfiguraciones espaciales de los centros de salud y el rol de las acciones de solidaridad. Al hablar de personal de salud, nos referimos a todas las personas involucradas en actividades que garantizan el acceso a la salud y comprende a quienes proporcionan los servicios, como también a quienes dirigen y organizan el funcionamiento del sistema de salud (BID, 2020). La reconstrucción de las narrativas de las/os trabajadoras/es de la salud es el punto de partida para dar cuenta de las condiciones en las que las experiencias de trabajo se inscriben y de qué lógicas subyacen en las mismas (Contursi y Ferro, 2000).

Comenzaremos, entonces, por explicitar los aspectos teórico-metodológicos que guiaron el trabajo vinculado con los testimonios de las/os trabajadoras/es. Luego nos detendremos en las improntas que tuvieron las reconfiguraciones del espacio en los centros de atención-cuidado respecto del entramado de las solidaridades emergentes. A modo de cierre provisorio, expondremos algunos resultados y propuestas que permitan pensar las políticas públicas en salud desde las narrativas de las/os trabajadoras/es.

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Durante la pandemia, la investigación en salud desde las ciencias sociales planteó una serie de desafíos que implicaron repensar las herramientas de trabajo ante el impedimento de un *estar ahí* de manera presencial, o bien de tomar recaudos necesarios para cuidar tanto a las/os interlocutoras/es como a quienes nos propusimos acercarnos a las experiencias y los desafíos ante esta coyuntura histórica. Abrir un espacio de escucha de estas experiencias fue sumamente importante, pues significó poner en relieve la importancia de las voces de las/os trabajadoras/es de la salud respecto de cómo vivenciaron lo sucedido en la pandemia, así como también los aportes necesarios para fortalecer las políticas públicas en salud.

Con respecto a la metodología, algunas entrevistas fueron realizadas de forma virtual teniendo en cuenta las restricciones del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), mientras otras se realizaron de manera presencial, según las posibilidades que se presentaban en el momento de Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DiSPO). En el nodo

Misiones se logró un corpus de 86 entrevistas que se hicieron, en muchos casos, basadas en relaciones previas con distintas/os interlocutoras/es. Del total, para este trabajo seleccionamos 16 entrevistas, con el objetivo de priorizar las narrativas de distintas/os profesionales y disciplinas, a la vez que se buscó abarcar las experiencias diversas en dos de las zonas sanitarias de la provincia de Misiones. Las entrevistas seleccionadas corresponden a profesionales médicos, nutricionistas, kinesiólogos, enfermeras, psicólogas, agentes sanitarios, personal de traslado y obstetras. A su vez, priorizamos dos niveles de atención: la Atención Primaria de la Salud (CAPS-APS) y hospitales de diferente complejidad. Reparamos puntualmente en la Zona Sanitaria Norte Paraná dada la situación fronteriza/turística¹ y la Zona Sanitaria Capital en tanto concentra la mayor cantidad de habitantes de la Provincia², como también en la Zona Sanitaria Sur.

En relación con los lineamientos teóricos, para el análisis de las narrativas de nuestras/os interlocutoras/es, partimos de la idea que estas se refieren tanto a las acciones de las personas como a sus modos de darles significación (Contursi y Ferro, 2000). A partir de los relatos, las personas configuran lo vivido, lo cual contiene los sentidos que dan no solo a su entorno,

1. La Zona Norte Paraná contiene entre sus municipios a Puerto Iguazú, constituido como la principal puerta de entrada de extranjeros del país. Fuente: <https://misionesonline.net/2022/07/14/ingreso-a-puerto-iguazu-ezeiza/>

2. La Provincia de Misiones cuenta con una población estimada de 1.261.294 de habitantes, siendo la Capital, Posadas, la más poblada con alrededor de 319.469 habitantes. Fuente: Reporte de estadísticas demográficas y sociales, Dirección Nacional de Población. Ministerio del Interior, Argentina (<https://www.argentina.gob.ar>).

sino también a sus prácticas (Guber, 2004). En esta dirección, las narrativas de los/as trabajadores/as de la salud adquieren su relevancia, pues nos permiten acercarnos a cómo, en y a través de ellas, se modelan las experiencias y se construye la realidad en la cual transitan (Bruner, 2003).

Partimos de la noción de la salud pública como una instancia compleja, multifacética y contradictoria, atravesada muchas veces por un reduccionismo biológico que va desestimando los procesos de producción sociohistóricos de la salud, la enfermedad, la atención, el cuidado y la muerte que configuran, justamente, las relaciones del campo sanitario (Recoder y García, 2020).

Es ante estas características de la biomedicina centradas en lo biológico-individual que, como señalaremos, parecen contraponerse las acciones de solidaridad puestas en juego entre trabajadoras/es que fueron más allá de procedimientos técnicos. Concretamente que restituyeron un carácter colectivo al proceder sanitario durante la pandemia.

Como veremos en el próximo apartado, durante la pandemia los procedimientos de cuidados —cristalizados en protocolos— fueron atravesados por una trama de solidaridad activa y el establecimiento de relaciones interpersonales (Pleyers, 2020), no solo entre las/os propias/os trabajadoras/es, sino también hacia la población usuaria. No obstante, dichos vínculos estuvieron signados por las tensiones que impuso el proceso de pandemia, al calor de las demandas que acarreó atender situaciones críticas.

RECONFIGURACIONES DE LOS ESPACIOS DE LA ATENCIÓN COVID-19

Todo cambió... dio un giro el hospital, un giro completo.

NUTRICIONISTA, ZONA SANITARIA CAPITAL, 26 AÑOS

Cuando empezamos a indagar en las repercusiones que tuvo la llegada del COVID-19 en los diferentes centros de atención de salud en la provincia de Misiones, detuvimos la mirada en el impacto que tuvieron las reorganizaciones espaciales de acuerdo a la impronta particular de atención de este nuevo virus. Nos preguntamos si estas reconfiguraciones espaciales habían modificado el trabajo del personal de salud. Concretamente, indagamos cómo influyeron estos acomodamientos espaciales en las dinámicas de atención y cuidado llevadas a cabo por el personal sanitario.

Los espacios se fueron reconfigurando en torno a la necesidad particular de cada zona, supliendo las capacidades infraestructurales con adaptaciones que no formaban parte del diagrama de atención habitual. Como plantean Maceira Olaviaga e Iñarra, este proceso “significó redefinir las funciones específicas para los distintos hospitales mediante la opción de designar algunos para el manejo exclusivo de pacientes con COVID-19” (2021, p. 5). No obstante, dichas redefiniciones no siempre pudieron llevarse a cabo dentro de los centros de atención de salud más preparados y asimismo implicaron la búsqueda de estrategias para contener las diversas situaciones que se fueron presentando. En este sentido, surgieron nuevas disposiciones dentro de los contextos de atención disponiendo “del uso de espacios alternativos, como estacionamientos, pasillos y otras áreas hospitalarias, adecuadas como espacios

terapéuticos” (Maceira, Olaviaga e Iñarra, 2021, p. 5). Asimismo, debieron crearse otros circuitos de circulación y atención para las afecciones no COVID-19 que requerían el acceso a los servicios de salud.

Tal como se desprende de los testimonios que detallamos aquí abajo, la modificación de los espacios fue referida como un movimiento significativo a partir de la cual la situación de pandemia se volvía tangible:

Más que nada en los hospitales tuvo que haber una modificación. Sobre todo, en los hospitales que atendieron casos de COVID. Tuvieron que readecuarse, se tuvieron que equipar en algunos casos... anexar en otros, para que sea internaciones de COVID y me estoy refiriendo principalmente al hospital de [menciona localidad] y el hospital de [menciona localidad]. (Jefe de servicio, Médico, APS, Zona Sanitaria Norte Paraná, 58 años, 20-10-2021)

Sin ninguna duda, afectó de forma negativa, empezando por el primer punto que decías vos de la reestructuración, ¿qué pasa?, ¿cómo se llenó tanto?, realmente nos sobrepasamos de pacientes, se crearon terapias nuevas, se crearon camas nuevas en mi terapia, es decir, en sectores donde no había camas, tuvieron que poner camas, tuvieron que comprar respiradores, y además se tuvo que abrir una terapia nueva fuera de lo que sería el hospital. (Kinesiólogo, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 32 años, 02-10-2021)

En este sentido, las modificaciones y reconfiguraciones espaciales de los centros de salud no solo se dieron en términos edilicios, sino que alteraron la organización interna

como también modificaron las dinámicas cotidianas de las/os trabajadoras/es. De este modo, la “organización racional” diseñada coherentemente y planeada para el cumplimiento de “fines formalmente admitidos y aprobados” de los centros de salud —que regula la dinámica interna y la interrelación entre los diferentes grupos que la componen (Goffman citado en Crivos, 1988)— se vio profundamente trastocada e interpelada replanteando los roles y las funciones del personal de salud.

Este mundo institucional se vio afectado de manera general y determinó cambios que fueron adaptándose en función de las exigencias marcadas por los contagios y la expansión del virus. El personal de salud, tuvo que (re)adecuarse a la atención en espacios donde antes se efectuaban otras tareas (relacionadas con trabajos administrativos, atención de otro tipo de patologías, etcétera), como también a la ampliación de salas de terapia intensiva para atención COVID-19 y la incorporación de nuevos edificios al circuito de atención. Este *cimbronazo* interno necesitó de rápida respuesta como de adecuaciones necesarias de las/os trabajadoras/es de salud tanto para la atención COVID-19, como para otras afecciones que no podían posponerse. Todas estas situaciones requerían de la disposición de equipamientos específicos y de un reforzamiento de las terapias intensivas con elementos que tuvieron que ser adquiridos de manera urgente. Particularmente los hospitales tuvieron que disponer de nuevos espacios para implementar nuevas terapias intensivas con el objetivo de prepararse para la emergencia:

Sí, dentro del hospital cambió todo obviamente... en un época el consultorio de nutrición bajó al mínimo, o sea para pacientes

urgentes digamos, el hospital cambió la distribución, ya no se entraba por el mismo lugar, cambiaron las entradas, nosotros entrábamos por un lado, la entrada general se dividió en pacientes con síntomas, pacientes sin síntomas... nosotros teníamos salas de cirugías, teníamos... a ver, ya te digo, teníamos 5 habitaciones de clínica, con dos camas cada una, o sea, para 10 pacientes, y enfrente teníamos 5 habitaciones también con dos camas cada una, para 10 pacientes de cirugía. (Nutricionista, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26 años, 20-01-2022)

entonces toda esa parte que tenía Pediatría que estaba re lindo para ellos, toda Pediatría se vuelve al lugar anterior y eso fue un problema también porque no querían irse y ese sector nuevo quedó para el COVID. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte/Centro, 47 años, 23-10-2021)

como te dije se agregaron camas nuevas en el hospital, yo tenía por decirte, no realmente yo... tengo 30 camas de terapia intensiva en mi hospital ahora, pero normalmente nosotros teníamos 21 camas, o sea que 9 camas se agregaron, donde antes había una oficina, ahora había una cama con un respirador, y pasó en junio, la verdad que no sé, no recuerdo bien la fecha, pero junio, julio, en donde un día nos quedamos sin camas, es decir, que ocupamos todas las camas con todos los pacientes COVID. (Kinesiólogo, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 32 años, 02-10-2021)

Sigue la misma práctica... y por eso se implementó eso... Se implementó porque era necesario. Otros centros de salud solo atendían por la ventana... este centro, dentro de todo, fue el más democrático por decirlo de alguna manera... La puerta siempre estuvo abierta, pero limitada por un escritorio o un banco. Aho-

ra queda por eso. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 35 años, 22-05-2021)

Tal como nos fuera señalado en los relatos, estas situaciones no solo experimentaban una reconfiguración espacial para adecuarse a la atención COVID-19, sino que implicaron nuevas formas de habitar el espacio por parte el personal de salud y la población usuaria. Tanto unos como otros se vieron impelidos a acostumbrarse a las transformaciones de sus espacios de trabajo que fue mellando el normal funcionamiento de las instituciones, el vínculo entre compañeras/os y la población usuaria de los servicios. Por lo tanto, la pandemia generó un proceso de desestructuración de lo cotidiano disponiendo nuevas formas de relacionarse y trajo consigo una reapropiación del espacio que se da en la medida en que este es “usado”, en el mismo tiempo que constituye una práctica y una experiencia (De Certeau, citado en Visacovsky, 2008).

El espacio entonces, en los centros de salud, es producido e involucra de forma asimétrica a los agentes que lo componen. Como lo plantean García, Recoder y Margulies:

El hospital produce, a través de sus diferentes espacios, los tiempos, las formas y significados del conjunto de interacciones y prácticas que, en su interior, se crean y recrean. Pero también, estos espacios son producidos por las interacciones de los diversos actores que intervienen en el proceso de atención, que dicen y escuchan, hacen y observan diferencialmente en cada espacio y frente a cada persona. (2017, p. 395)

La irrupción del COVID-19, impuso nuevas dinámicas de atención y cuidado en los centros de salud que pusieron en

tensión la existencia de una doble producción del espacio. Por un lado, aquella establecida desde la estructura vertical de los centros de salud según protocolos estandarizados y, por otro, aquella producida desde las prácticas del personal de salud en su hacer diario. Esto se vio, no solo a partir de las reconfiguraciones espaciales, sino también de la incorporación de nuevos profesionales y efectores sanitarios como refuerzo ante la emergencia. Esto conllevó, tal como muchas/os trabajadoras/es relataron, aprender nuevas dinámicas de atención y cuidado, a la par de conocerse, exigiendo una integración y organización mayor hacia dentro de los equipos de salud.

A continuación, presentamos dos fragmentos del testimonio de una enfermera, lo que denominamos como los intersticios de esta doble producción del espacio. En el primer testimonio se pone en tensión la multiplicidad de *mundos institucionales*, la alta contagiosidad que tenía el virus y lo perjudicial que podría ser el contagio masivo dentro de los equipos de salud. Mientras que el segundo, remite a las implicancias de incorporarse al trabajo en un nuevo espacio:

Hubo muchos contagios del personal de la terapia y qué pasó... al ser un trabajo interdisciplinario, uno comete un error y el grupo completo sufre las consecuencias y costó comprender; tuvimos un ingreso de gente nueva y hubo un aumento en el contagio, y bueno, ese grupo se adaptó a los protocolos y no hubo contagios. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 47 años, 29-09-2021)

Le decimos gente nueva, porque, aunque tenga 12 o 20 años de profesión, estos ejercen en otro lugar y traen otras costumbres, otra modalidad. Por más que los protocolos y procedimientos

son mundiales y las normativas son mundiales, la modalidad de trabajo es de cada institución cuando estudiaba, nos explicaron que de 20 a 30 días lleva a que el personal se adapte por más experiencia que tenga. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 47 años, 29-09-2021)

Por consiguiente, los espacios de los centros de salud pueden ser pensados, como lo plantea Ferrero (2003), desde tres dimensiones relacionales, teniendo en cuenta tanto las características materiales, a la vez que se ponen en juegos distintas representaciones y vivencias de los distintos sujetos que interactúan en los centros de salud. Los espacios son *vividos* al ser transitados, mientras que las dinámicas de atención y cuidado hacia la población usuaria son resignificadas y *representadas* continuamente por el personal de salud. Si bien podríamos pensar que la atención COVID-19 pudo haber llegado a sentirse como una atención rutinizada con el correr de la pandemia, lo cierto es que la misma estaba intermediada tanto por el miedo como por la incertidumbre y, más allá de contar con los protocolos y elementos de protección personal (EPP), cada atención a un caso de COVID-19 se vivía de manera distinta. De este modo, tal como plantean Sy, Moglia y Derossi, las prácticas de cuidado requieren ser “entendidas no solo como acciones técnicas, sino también como aquellas donde se involucran compromiso y responsabilidad hacia otros, adquieren relevancia y se amplían en el marco de una pandemia” (2021, p. 3).

En el caso de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), la disponibilidad de espacios se da de forma limitada, ya que sus características infraestructurales no permitieron una gran reconfiguración espacial. Los mismos no tenían la

disponibilidad espacial para atender y contener dentro de los edificios a las/os usuarias/os, haciendo del “afuera” un sector de espera para la atención. También parte de las reconfiguraciones espaciales que se dieron en los CAPS tuvieron que ver con la limitación de los accesos y la disposición de la “parte de atrás” o el garaje como el acceso a los posibles casos COVID-19 positivos:

En la guardia de emergencias, acá en el CAPS, no hay un lugar físico grande, como para dividir tanto como uno quisiera lo respiratorio de los demás pacientes. Pero sí tratábamos de mantener una línea de barrera entre los pacientes que sospechábamos que tenían COVID, y aquéllos que por ahí venían por un dolor de cabeza, un vómito, o cualquier tipo de patología. (Enfermera, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 32 años, 29-09-2021)

De un lado, en el sector de espera del CAPS, del ingreso... en la entrada se hacía esperar a los pacientes que más o menos tenían otro tipo de patología y a los que se pensaba en un posible COVID, se los pasaba por el portón de atrás, directo hacia la guardia de emergencias, que pasaban a la doctora [da nombre de la doctora]. Era la que más se encargaba de esa parte. Se cambiaba todo el equipo de protección de la guardia y pasaba a consultorio a atender al resto de los pacientes. (Enfermera, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 32 años, 29-09-2021)

La importancia de los CAPS tiene que ver también con su ubicación geográfica, generalmente ubicados en barrios periféricos de la zona capital, y el vínculo que sostiene la APS con la población lindante a estos. En este sentido, tomaron suma relevancia en el rol de detección temprana del CO-

VID-19, como también su derivación inmediata a los centros de atención de referencia. Así como la pandemia significó en muchos aspectos una ruptura de rutinas y formas habituales de división del trabajo (Freidin, Wilner, Krause y Ballesteros, 2021), también produjo en los CAPS una modificación en los modos de atención y relación de las/os trabajadoras/es de la salud con las/os usuarias/os.

En los CAPS se vivenciaron otras experiencias que, poco a poco, fueron conformando parte del repertorio cotidiano de la atención en estos centros de salud. Las mismas se vieron limitadas, a partir de la reconfiguración espacial y las restricciones protocolares, pero evidencian la importancia del rol de los/as trabajadores/as de la salud de los centros de APS. A continuación, se comparte un relato de un enfermero que muestra la cotidianeidad de un CAPS y como se vio alterado a partir de la aparición del COVID-19:

Antes de la pandemia, la atención era algo muy importante... debe haber alguien que debe escribir eso... yo no sé... pero para ir al médico iban con la familia. Por ejemplo, te atendés vos, pero íbas vos con tus hijos y tu marido. Se llevaban tereré, era como una reunión social nomás... estaba bueno, porque era un grite-río, había de todo... bueno, a mí me divertía... y ahora no. Iban en grupo así, digamos. Te atendes vos, pero van todos atrás tuyo, tus parientes, así. No sé qué representa para ellos, pero iban todos. Pero ahora no se puede, requiere distancia. Tiene que ir solo esa persona nomás. Por eso está ese límite. Y además siempre van con los animalitos, van con los perros. Es una cosa... no sé cómo se explica eso: la familia y el perro. Y el perro entra y hace sociales. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 35 años, 22-05-2021)

Un aspecto más a resaltar dentro del análisis de las *reconfiguraciones espaciales* en los centros de salud tiene que ver con la resignificación de los espacios a partir de que son renombrados, delimitando nuevas prácticas específicas para ellos y, a su vez, nuevas utilidades

Teníamos un grupo de seguimiento para tener el menor contacto posible, fue una reestructuración con los pacientes, de cómo llegar a la farmacia, y cómo debían acceder a los medicamentos, se pintaron mapas se trazaron líneas de tránsito sucios, tránsito limpio. (Médico, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 46 años, 03-10-2021)

En cuanto a la circulación y todo eso... a los protocolos, se arreglaban las áreas se aislaba uno y había cintas rojas pegadas por todos los lugares donde podían pasar los que trabajan, los pacientes con COVID y dónde no. La línea roja era el área sucia, solo ahí la persona que tenía pacientes con COVID podía circular, había un área exclusiva para los de COVID, desayunaban por ahí aisladas y no podían casi ni hablar con los compañeros, solo ahí con los de esa área y en esa línea roja. (Enfermera, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 28 años, 31-12-2021)

Una de las habitaciones también, que era de las de cirugías, se hizo habitaciones para cambio, nosotros nos cambiamos en esa habitación. (Nutricionista, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26 años, 20-01-2022)

Por lo tanto, el espacio no es solo modificado, sino que al ser renombrado —como “tránsitos sucios, tránsito limpio”, “habitaciones de cambio”, “área exclusiva”, “líneas de ba-

rrera”—, es nuevamente representado, estableciendo con él nuevas dinámicas de atención y cuidado, como también de autocuidado en el caso del COVID-19. Como plantea Visacovsky (2007), el espacio es recreado a partir de la nominación. Al renombrar y/o nominar a un espacio específico, se demarca al mismo tiempo un territorio, del cual deviene la imposición de un orden. Vemos que estas reconfiguraciones espaciales de los centros de atención vinieron acompañadas de restricciones de circulación, nuevas normativas de atención, protocolos de seguridad y utilización de equipos de protección personal (EPP) específicos para la atención COVID-19.

NUEVAS SOLIDARIDADES COMO PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO

Hubo altibajos, pero lo fundamental fue apoyarnos mutuamente.
MÉDICO, ZONA SANITARIA NORTE PARANÁ, 40 AÑOS

Esta transformación de los espacios de trabajo no solo significó la constitución de protocolos, el uso de Equipos de Protección Personal (EPP), modos de circulación y de estar en los lugares, sino fundamentalmente nuevas formas de relacionarse entre el personal de salud, que permitieron el surgimiento de diversas estrategias de afrontamiento a las que denominamos *nuevas solidaridades*.

Tal como recogimos en los testimonios, las prácticas de solidaridad se expresaron en acciones que tuvieron que ver con promover la escucha entre compañeras/os, cubrir roles y pensar a la población usuaria más allá de “casos de enfermedad”.

A los fines heurísticos en este apartado separamos, por un lado, la solidaridad entre el personal de salud que fue parte del repertorio de acciones dentro de los procesos de atención y cuidado y, por el otro, la solidaridad expresada hacia la población usuaria.

Entendemos que la solidaridad surge y es expresada como fortalecedora de los lazos sociales (pre)establecidos, a la vez que se manifiesta de manera no institucionalizada cuando las personas se enfrentan a contingencias particulares que alteran el normal funcionamiento y desarrollo de sus prácticas y acciones. Según Pleyers (2021), la solidaridad está encauzada por las redes de ayuda mutua establecidas por las personas y presenta diversas características, como su carácter local y autogestivo, a la vez que está integrada por un variado repertorio de acciones que conllevan distintos procesos de aprendizajes y puede llegar a tener un alcance transformador en relación con las prácticas y los pareceres de los grupos y sujetos.

Ahora bien, nos interesaba en este punto conocer en qué se diferencian estas nuevas formas de expresión respecto de las prácticas habituales y cotidianas de atención-cuidado del personal de salud. En ese sentido, nos preguntamos: ¿Qué mediatiza a estas nuevas formas de relacionamiento entre el personal de salud y hacia la población usuaria? El surgimiento del virus COVID-19 como pandemia, nos permite pensar que hubo intersticios (o grises) entre lo establecido como protocolo, y lo vivido por el personal de salud en los procesos de atención- cuidado. Lenta, Longo, Zaldúa y Veloso, retoman a Filho para decirnos que “el control de la pandemia requiere de unión, coordinación y organización lo que implica diseñar políticas sanitarias que excedan el enfoque de la biología o la clínica” (2020, p. 4).

La implementación de nuevas estrategias, nuevos modos de relacionarse, intermediados por el surgimiento de emociones, miedos, desesperanza —en el contexto de la pandemia por COVID-19— puso de relieve, más allá de las acciones estandarizadas y protocolizadas, las maneras en que las decisiones estuvieron atravesadas por la complejidad de lo social (Berenstein y Gutman, 2020).

LA SOLIDARIDAD ENTRE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE SALUD EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN

En este trabajo partimos de una noción amplia de lo que consideramos trabajador/a de la salud, con el objetivo de poner en discusión la jerarquización médica propuesta desde la biomedicina. En este sentido, considerar la totalidad de quienes realizan tareas de atención y cuidado, de quienes organizan y administran los centros de salud, y contemplando también a quienes realizan tareas de limpieza-mantenimiento y elaboran las comidas, nos permite poner en consideración el aspecto transversal del concepto de personal de la salud con el que trabajamos. Esta amplitud nos pareció de suma importancia para entender el entramado de relaciones que se trazan en los centros de salud, que emergieron de manera distinta a las disposiciones disciplinares habituales y permiten entender cómo los periodos de crisis facilitan el surgimiento de la solidaridad (Banerjee, 2020). Un caso representativo fue cuando se dispuso a los equipos de salud mental para el trabajo interno con los trabajadores, como una herramienta para hacer frente a las situaciones que se desencadenaban con respecto al miedo y la incertidumbre:

Empezamos con toda esta contención al equipo, tiene que ver con esto que decís no era sólo médicos y enfermeros, fuimos a todos los servicios: fuimos a cocina, lavandería, seguridad... todo lo que era el triaje... A la gente de limpieza le costaba mucho, ¿no? Porque era ir y cambiar las sábanas donde el paciente... esterilizar. Y esta cuestión del miedo constante de disfrazarse como astronauta. Desde no querer tocarse a sí mismo por todo lo que esto significaba al comienzo. Así que sí, también hicimos ese recorrido por, literalmente, todos los servicios, no solo el médico. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 34 años, 09-11-2021)

Llamé a una reunión, en ese momento, a la jefa de limpieza y a los de seguridad, para que ellos exigieran. Y que nos correspondía a nosotros también brindarle a los compañeros de trabajo, más allá de que no sean del equipo en sí de salud, pero si están trabajando con nosotros, de que le brinden los elementos de protección personal. (Auxiliar en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 29 años, 22-09-2021)

incluso tuvieron que agregar psicólogos al pase de guardia, es decir a las 8 de la mañana todos los días van médicos, kinesiólogos y enfermeros a hacer pase de guardia, es decir se habla de todos los pacientes, y en un momento la mortalidad fue tan alta que la recomendación... que se recomendó la asistencia de un psicólogo a los pases de sala, para escuchar, recomendar, hablar de la situación que era... la verdad que fue muy muy duro. (Kinesiólogo, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 32 años, 02-10-2021)

Si bien la emergencia giraba en torno a la atención de COVID-19, también los trabajadores de salud estaban mediatiza-

dos por el miedo y la incertidumbre, entendiendo que el virus había sobrepasado las fronteras de los centros de salud. Esta doble situación vivida por el personal de salud, tanto dentro de los centros de atención (como trabajadoras/es), como afuera de los mismos (como ciudadanas/os), complejiza aún más el análisis respecto a cómo se fueron transformando las relaciones hacia el interior de los equipos de salud. Es por esto que nos planteamos el surgimiento de lo que denominamos *nuevas solidaridades* entre el personal de salud, entendiéndolas como estrategias de afrontamiento que potenciaron los vínculos entre ellos:

Puede que nos haya dejado esto del compañerismo y el darnos cuenta de que ninguna es esencial y donde no estuviste vos va a estar otro, van a contratar a otro y hasta qué punto dejamos la vida por el trabajo, hasta qué punto cuidamos nuestras relaciones personales por ganar un poco más, quizás por ganar un poco más de plata o por no cubrir el personal, creo que a todos nos respira la muerte en la nuca siempre. (Licenciada en Obstetricia, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 27 años, 27-01-2022)

En sí todos tuvimos temor, tanto el personal de salud como la sociedad en sí, fue algo muy duro, que no se había vivido y nos tocó salir a trabajar en el medio de este contexto que no era lo que esperábamos, pero fue lo que nos tocó. Particularmente, me siento orgullosa de todo el trabajo que hicimos desde que salimos de la facultad hasta el día de hoy... seguimos adelante, aunque hubo veces que quisimos bajar los brazos, fue todo el equipo que nos apoyó a seguir, nos dieron esperanza de que iba a mejorar. (Residente en Obstetricia, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26 años, 27-01-2022)

Ahí empezaron a salir un montón de cosas, muchos decían que nunca se le había preguntado al compañero, si tenía hijos o no tenía hijos, si estaban casados, y esas cosas no se sabían... porque iban como todo muy rápido. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 47 años, 23-10-202)

Como se expresa en los relatos de las/os trabajadoras/es, una de las acciones más repetidas tuvo que ver con las manifestaciones de lo que consideraban como gestos de compañerismo y la posibilidad de pensarse como integrantes de un colectivo de trabajo a partir de atravesar experiencias cotidianas compartidas. Es por esto que planteamos el surgimiento de estas solidaridades como manifestaciones no institucionalizadas y a la vez como posibilidad de reforzar los lazos previos. En este sentido, Banerjee (2020) plantea que los aspectos físicos de los lugares se convierten en un elemento central para representar o hacer visible la solidaridad. Aquí, no solo el espacio físico condicionó la expresión de la solidaridad, sino que también la utilización de los EPP trajo consigo nuevas limitaciones en la atención COVID-19, que desembocaron en nuevas formas de afrontar situaciones que, previo a esta pandemia, no estaban presentes:

Esto pasó, porque como te dije desde el principio, porque para entrar a ver a los pacientes tenías que estar todo disfrazado, siempre terminó sucediendo que yo terminé haciendo el trabajo de enfermería, enfermería terminó haciendo mi trabajo, y muchas veces también, enfermería y kinesiología terminó haciendo el trabajo de los médicos muchas veces, nunca se había dado esto en la terapia y ahora se notó mucho el compañerismo desde ese punto de vista, porque imagínate yo, ponele que terminaba de

atender a todos los pacientes, después una hora y media, dos horas de estar todo disfrazado, salía, y ahí de repente pasaba algo con el pacientes donde requería otra vez asistencia kinésica y enfermería en ese caso o el médico si es que estaba en ese momento dentro, terminaba solucionando el problema como si fuese un kinesiólogo, o sea haciendo mi trabajo a modo de compañerismo. (Kinesiólogo, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 32 años, 02-10-2021)

En este contexto es que surgen nuevas apreciaciones y valoraciones sobre el trabajo del otro, dando lugar también a la autopercepción sobre el propio por parte de los trabajadores de la salud. Esto indica que la pandemia funcionó muchas veces como un diagnóstico personal, por parte de los trabajadores, de los roles y funciones dentro de los centros de atención:

Los médicos sin esa estructura administrativa y de enfermería asistencial, sin asistencia de enfermería... No cubrimos casi nada, porque nuestro rol temporalmente es mucho más chiquito, estamos 20 minutos con el paciente, tomamos la decisión y el resto son los que la aplican. Y está bueno que se empiece a dar ese valor a esas estructuras. (Médico, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 40 años, 24-11-2021)

Eso otro que me preguntaste, si, era una charla diaria entre el equipo de los kinesiólogos, también entre los médicos entre sí ellos y a su vez tanto kinesiólogos, enfermeros y médicos, siempre a diario teníamos charlas de contención y de apoyo, y de solidaridad entre nosotros, porque, qué sé yo... nunca en la vida pasó. (Kinesiólogo, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 32 años, 02-10-2021)

Eso me hizo dejar de ver lo que faltaba, y abrazarme a mi trabajo, y es como te digo. Mis compañeros se enojaron, se ponían mal por la situación. Tratar de contenerlos, tratar de hacer así, o así y de a poco se volvió más comprensiva la situación entre pares. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 47 años, 29-09-2021)

En este sentido, como decíamos más arriba, la solidaridad es expresada a partir de un “repertorio de acciones”, que significan en la práctica la posibilidad de hacer frente a diversas situaciones, mientras que posibilitan el desarrollo de procesos de aprendizajes con características transformadoras. Si bien el surgimiento de la pandemia estuvo signado por un reforzamiento de las lógicas biomédicas y hospital-céntricas, muchas veces el personal de salud se hizo de herramientas antes desconocidas y, por lo tanto, improvisadas para llevar a cabo la atención COVID-19 (Cunzoló, 2021). Teniendo esto en cuenta, es que podríamos pensar a estas nuevas solidaridades como expresiones que van a contrapelo de lo establecido, las cuales muchas veces surgen como respuestas autónomas a eventualidades particulares, llevadas a cabo por las/os trabajadoras/es:

Lo más destacable es esto. Por ahí de cómo nos cuidamos, y fuimos aprendiendo a cuidarnos, ¿no?... a cuidarnos entre nosotros, esto del compañerismo por ahí también es mucho ahora. Antes como que cada uno no se conoce. Hola, así nomás y ahora sí ya sabemos los nombres. Ya es otra apertura también con esta realidad nueva que nos toca. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 47 años, 23-10-2021)

Y nosotros nomás fuimos conteniéndonos entre nosotros. Nos conteníamos, nos conteníamos entre compañeros, nos conteníamos entre el compañero y yo. Más porque yo estaba a la mañana y así fuimos conteniéndonos entre nosotros. No nunca nadie no, no. La doctora (nombra a la médica) nos hablaba mucho, nos decía que nosotras teníamos que estar protegidas y que esto va a pasar y que ella veía que nosotros sufríamos. (Enfermera Auxiliar, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 58 años, 05-10-2021)

Son estos aprendizajes los que pueden traducirse como transformación de los vínculos o *nuevas solidaridades*, entendidas como procesos en los cuales se busca construir relaciones sociales diferentes (Laville en Pleyers, 2021) y que son expresadas de manera no institucionalizada por las personas cuando se enfrentan a situaciones que sobrepasan las estructuras normativas. Estas acciones que se transformaron en prácticas de autocuidado traducidas como estrategias de afrontamiento, son elementos divergentes al enfoque biomédico centrado básicamente en la afección física; a partir de ellas se entiende que lo valorativo son las vivencias de las/os propias/os trabajadoras/es de la salud como profesionales y también como personas, dejando de lado las distinciones de las disciplinas y priorizando el vínculo para hacer frente a las diversas situaciones que acarrea la atención del COVID-19.

LA SOLIDARIDAD HACIA LAS/OS USUARIAS/OS EN EL CONTEXTO DEL COVID-19

Varias autoras plantean el proceso transicional por el que pasan las/os pacientes al ingresar a un centro de atención de sa-

lud (Ferrero, 2003; Hamui-Sutton, 2021). Las mismas plantean que dentro del hospital, las/os pacientes son sometidos a una imposición espacial y temporal específica de la institución, lo que Goffman (2001) conceptualiza como una “institución total”.

En el caso del COVID-19, el límite de los centros de salud se extendió más allá de sus bordes, determinado por los protocolos y la peligrosidad del virus, sometiendo a los pacientes a un primer filtro: el testeo y su resultado. El hospital se convirtió en un territorio del que había que salir rápidamente o directamente no entrar, a menos que fuera obligatorio o imprescindible estar allí, como en el caso de pacientes y trabajadoras/es (Cunzoló, 2021). Los protocolos de internación por COVID-19 son opuestos a cualquier otro tratamiento y/o enfermedad, estaban delimitados por las normativas de distanciamiento y la implementación de los EPP. Como habíamos visto, las *reconfiguraciones espaciales* de los centros de salud, formatearon el orden habitual y dispusieron sectores específicos para la atención, pero no solo eso, sino que excluyeron el acompañamiento por parte de familiares/allegados al proceso de internación del paciente positivo:

al paciente se lo tranquilizaba, muchos entraban sin su celular, siempre les decíamos entra con tu celular, vos tenés que estar conectado con tu familia, se pusieron televisión, eso también me olvidé de contarte, en las habitaciones antes no había nada ... tuvimos pacientes como un mes internado, que no podían estar encerrados sin nada, entonces bueno se les puso televisión, se le ponía el canal que ellos querían. (Nutricionista, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26 años, 20-01-2022)

fue pensar un poco esto: la importancia que tenía en ese momento nuestra intervención para poder vincular a este paciente con su familia y a la vez que su familia reciba un parte médico y un parte de la situación actual del paciente... entonces más allá de los miedos me parece que era pensar en la función como profesional de ese momento, de poder brindar este acercamiento a este paciente y a la vez evaluar un poco... digo, mostrar la otra cara también o sino Fulanito de tal, era un número nomas, era el paciente N° 25 con COVID y en realidad no era tan así, digamos. (Trabajador Social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 34 años, 12-10-2021)

Aparte de adaptar sus dietas era entrar y charlar con ellos, les preguntaba cuál era su comida preferida, yo decía están estaban encerrados en cuatro paredes, con falta de aire, sin ver a su familia, sin saber nada de este bicho, bueno, yo, aunque sea sentía que le podía dar la felicidad, de bueno, “qué comida te gusta, estás pudiendo comer, qué preferís, querés que tu familia te traiga algo de afuera”, charlaba mucho con los pacientes. (Nutricionista, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26 años, 20-01-2022)

[En relación con los pacientes de internación psiquiátrica] Dibujamos. Primero les llevé videos acerca de qué era el coronavirus, ¿cómo se tenían que cuidar?, para usar el barbijo, este distanciamiento... que era un poco difícil con ellos. Así que bueno, salíamos a caminar, íbamos al gimnasio que está en el hospital también. Hicimos la huerta. Todo eso fue en plena pandemia. Juntamos unas tejas de al lado que nadie las usaba, hicimos todas como unas macetas hermosas... pintaba muy, muy lindo. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 47 años, 23-10-2021)

Esta forma de expresión de la *solidaridad* emerge de parte del personal de salud, no como obligación, sino que es expresada como respuesta a una situación particular y vivida como acuciante por parte de las/os pacientes. La imposibilidad del acceso de familiares a las salas de internación, lo que podríamos considerar como las redes de contención preexistentes a la internación del paciente (el afuera), fueron recreadas por parte del personal de salud.

En los CAPS significó muchas veces ponerse en el lugar del otro y, podríamos decir, romper los protocolos con el objetivo de brindar una atención y cuidar al usuario más allá de las restricciones que establecía la atención del COVID-19, pero también, como dijimos, de los limitantes espaciales de los CAPS. El testimonio que traemos a colación, muestra cómo la solidaridad va más allá de lo normativo, muchas veces se resiste, y se desarrolla de manera horizontal, aun sabiendo que puede generar problemas:

Incluso una vez me pasó algo horrible... porque era mucho calor, mediodía, muchísimo calor y yo le dije a dos embarazadas que se quedaran acá adentro porque hacía mucho calor y se podían descompensar y me acuerdo que [la agente sanitaria]³ le llamó al director y tuvimos muchos problemas por eso. Porque a mí me daba mucha pena que los pacientes estuvieran afuera con el calor y la embarazada. (Enfermera Auxiliar, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 58 años, 05-10-2021)

3. En este caso, la agente sanitaria cumple funciones de personal administrativo, encargada entre otras cosas de otorgar turnos a los pacientes.

Son estas acciones diferenciales en la atención cotidiana, las que permiten pensar nuevas formas de atención de la salud y ponen en evidencia las capacidades de hacer frente ante la emergencia de una manera distinta, tienen que ver con formas creativas de mostrar la solidaridad (Banerjee, 2020).

En este sentido, planteamos que el surgimiento de estas expresiones de solidaridad se da como una práctica novedosa entre las/os trabajadoras/es de la salud, tomando relevancia en la contención entre ellos/as, ya que los miedos e incertidumbres son igualmente vividos por todos/as, teniendo en cuenta la peligrosidad y contagiosidad del virus como también su carácter global. Son estas contingencias particulares las que ponen de relieve lo que nosotros llamamos como “repertorios de acciones” que se realizan de manera local en los cuales se integran lo cognitivo y lo emocional, haciendo visible no solo la acción sanitaria sino también la solidaridad, la presencia del estado y los lazos comunitarios (Rosenberg, 1986, en Berenstein y Gutman, 2020).

REFLEXIONES FINALES

Las transformaciones de los centros de salud, significaron una ruptura con la cotidianeidad laboral de las/os trabajadoras/es que se evidenció en la reasignación de espacios, la utilización de lugares no previstos para la atención, a la vez que modificó los roles de trabajo a partir de nuevas designaciones de emergencia. Esto devino en nuevas modalidades organizativas y de gestión de los centros de salud que permitieron hacer frente a las necesidades que exigía el COVID-19. Muchos de los espacios que fueron utilizados para la atención fueron reacondi-

cionamientos de otros espacios que habitualmente se utilizaban para distintos tipos de padecimientos/afecciones.

Estas situaciones nos han permitido reparar en los modos en que los procesos de salud/enfermedad/atención implican las dinámicas del *adentro* y el *afuera*, teniendo en cuenta las expresiones de estas nuevas solidaridades cuyos contornos y alcances fueron más allá de la situación fisiológica y/o biomédica de la enfermedad.

En relación con lo que denominamos *nuevas solidaridades*, creemos que surgieron como respuesta al reforzamiento del enfoque biomédico que trajo la pandemia y a las directivas de atención del COVID-19. El contexto particular en el que se encontraron los/as trabajadores/as de la salud, hizo que se pusieran en cuestión ciertas normativas y protocolos que muchas veces no atendían a los contextos locales en los cuales se desarrollaba la atención. Estas acciones surgen como voluntades individuales y colectivas que tienen que ver con la capacidad de agencia que disponen las personas y son llevadas a cabo autónomamente con el fin de hacer frente a situaciones particulares. Con el fin de pensar las *buenas prácticas* médicas, contemplar este repertorio de acciones se torna primordial a la vez que es urgente fortalecer los espacios de reflexión y autocuidado de los/as trabajadores/as en los centros de atención.

Tanto la solidaridad hacia los usuarios, como también entre el personal de salud, forma parte de un mismo proceso que es vivido y atravesado por las personas en tanto van tejiendo vínculos de entendimiento mutuo. Por lo tanto, es difícil establecer una separación estricta entre estas formas de solidaridad que se expresaron en dinámicas de cuidado. Pues es en el terreno donde se desarrollan las distintas aristas de atención y cuidado y se ponen en juego una interrelación de

saberes, prácticas y actores que dan forma a las relaciones en torno a la atención de la salud.

Por último, queremos agradecer y expresar nuestro más profundo respeto y admiración a los/as trabajadores/as de la salud que participaron como interlocutores en esta investigación, dispusieron su tiempo y palabras para compartirnos sus vivencias ante este hecho inédito que fue la pandemia. Asimismo, agradecer haber integrado un equipo de investigación que hizo posible, por su compromiso y dedicación, la realización de un proyecto de carácter colectivo y federal.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Interamericano de Desarrollo (2020).
Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia. <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus>
- Banerjee, S. (2020).
Espacios Comunitarios en la India: ¿construyendo solidaridad en tiempos de pandemia? En: Kassir, A. et al.- *Alerta global. Políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia*. CLACSO.
- Berenstein, J y Gutman, D. (2021).
Reflexiones sobre el trabajo antropológico en dispositivos territoriales de contención de la emergencia sanitaria. En Margulies, S. y M. G. García (2021). *Diario Antropológico de la Pandemia por COVID-19: Relatos del trabajo en instituciones de salud, noviembre de 2020*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias Antropológicas.
- Bruner, J. (2003).
La Fábrica de historias. Derecho, literatura y vida. Fondo de Cultura Económica.
- Contursi, M;Ferro, F. (2000).
La narración: usos y teorías. Editorial. Norma.
- Crivos, M. (1988).
Estudio Antropológico en una sala de hospital. *Medicina y Sociedad*, 11 (5-6), 127-137.
- Cunzoló, V. (2021).
Entre el derecho y el mérito. Servicios de salud durante la pandemia COVID-19. *Revista Cuestión Urbana*, 10, 89-100.
- Ferrero, L. (2003).
Tiempo y Ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos de Antropología Social*, 18, 165-183.
- Freidin, B., Wilner, A. D., Krause, M., & Ballesteros, M. S. (2021).
Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires. *Población y*

- sociedad*,28(2), 138-167.
- García, M. G., Recoder, M. L., & Margulies, S. (2017).
Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud colectiva*,13, 391-409.
- Goffman, E. (2001).
Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu.
- Guber, R. (2004).
El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento. En *El Salvaje Metropolitano*. Paidós.
- Hamui-Sutton, L. (2021).
Las fronteras simbólicas del hospital durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Médica de México*, 157(3), 225-227.
- Longo, R. G., Zaldúa, G., Veloso, V., & Lenta, M. M. (2020).
La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de investigaciones*, 27, 147-154.
- Maceira, D., Olaviaga, S. e Iñarra, V. (2021).
La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID19 en la Argentina. Fundar.
- Pleyers, G. (2021).
Movimientos sociales y ayuda mutua frente a la pandemia. *Mundos Plurales Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 8(1), 9-22. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.2.2020.4873>.
- Recoder, M y García, M. (2021).
Diario antropológico de la pandemia por COVID-19: relatos del trabajo en instituciones de salud, noviembre del 2020. En S. Margulies y M. G. García. *Diario Antropológico de la Pandemia por COVID-19: Relatos del trabajo en instituciones de salud, noviembre de 2020*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias Antropológicas.
- Sy, A., Moglia, B. y Derossi, P. (2021).
Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de Covid-19 en el ámbito de la salud pública. *Revista de Salud Pública*, 26(2), 60-72. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/>

[RSD/article/view/33077](#)

Visacovsky, S. (2008).

Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 6, 91-111.

AUTONOMÍA Y DETERMINACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA EMERGENCIA DE COVID-19

Ricardo Javier Ferreyra y Mauro Figueredo

INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID-19 fue un evento a escala mundial que paralizó por completo a la humanidad. Muchos países utilizaron, como principal estrategia, el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO). Con diferentes matices, el objetivo principal era evitar o restringir la circulación de las personas. Más allá de esto, este evento puso al descubierto no solo la fragilidad de las estructuras económicas globales, sino que develó la precariedad del sistema de atención de salud en distintos aspectos.

La reorganización de la vida diaria en términos de circulación (trabajo, educación, acceso a la información, etcétera) afectó sensiblemente a los/as trabajadores/as del ámbito de salud, quienes se vieron envueltos en una nueva dinámica. La respuesta fue rápida y la autogestión se transformó en el eje vertebrador de las acciones de los efectores de la salud. Esto no suele ocurrir en sus rutinas habituales, ya que el campo de la salud posee un organigrama piramidal y, por lo tanto, la decisión final queda supeditada a los altos cargos jerárquicos

que, generalmente —o en su totalidad—, corresponden a médicos.

Nos referimos entonces a una *ruptura* en la cultura organizacional del sistema de salud de la provincia de Misiones, a nuevos agenciamientos y acciones que partieron de las bases de dicha estructura. En cuanto a la implementación de las medidas de prevención de la propagación de la enfermedad, y considerando que estaba en juego la vida de las/os trabajadoras/es —y de sus allegados—, estos no esperaron que las directrices vinieran de los cargos jerárquicos. Movilizados por la incertidumbre de lo que podría ocurrir y con el miedo a cuestras, se les despertó una serie de alertas tempranas. Ambas cuestiones los movilizaron en la toma de decisiones, activando la capacidad de autogestión de tal manera que la perspectiva de un poder piramidal se vio alterada y se generaron, a partir de allí, nuevos protocolos ajustados a sus contextos concretos de actuación.

En efecto, durante el proceso de investigación PISAC COVID-19, tuvimos la posibilidad de reflexionar desde la teoría y desde el campo. Desde este lugar fue factible pensar el aspecto *performativo* del poder, pues frente a un acontecimiento de tal magnitud, las tomas de decisiones se diseminaron por la compleja red del campo de salud, dando así al nacimiento de los *protocolos de cuidado y autocuidado*.

En este sentido, a partir de la perspectiva de Michel Foucault, entendemos que es posible pensar las relaciones de poder desde sus complejidades, a fin de interpretar los grados de autonomía de las personas en las prácticas cotidianas. Es decir, el poder no sería algo que las personas o los grupos o las instituciones poseen, sino más bien una red de “metabolismos en pugna estratégica” (Foucault, 2002, p. 114). Desde esta perspectiva, comprendemos las relaciones de poder no como

dicotómicas, desde arriba hacia abajo, sino como un complejo rizoma de interacciones humanas, donde cada agente pone en juego su capacidad de incidir y afectar tanto los espacios como los lazos que los vinculan entre sí.

Sin embargo, como decíamos más arriba, esta modificación en las redes de poder, quizás producto de la necesidad de preservar la salud de las/os pacientes, la propia y la de los suyos, no tuvo que ver únicamente con una inversión estatal en capacitación, ya que la realidad vivida a diario en los diferentes efectores de salud de la provincia de Misiones puso sus propias reglas de juego, habilitando canales horizontales que permitieron hacer *proprios* esos protocolos según los contextos de su práctica de atención.

En este trabajo trataremos de graficar la angustia del personal sanitario —particularmente enfermeras/os y promotoras/es de salud de los Centros de Atención Primaria de la Salud de la zona Capital— frente a los protocolos estandarizados que requirieron de adecuaciones según los contextos y coyunturas particulares. Asimismo, nos interesa resaltar el sutil matiz que puede observarse entre los agenciamientos de los/as trabajadores/as de la salud en relación con un esquema piramidal y con la reapropiación de saberes del campo de la medicina. Esto implica, creemos, la posibilidad de una reconfiguración de la mirada biologicista, hegemónica en este campo, la cual suele desplazar una visión más integral de la salud, esto es, no enfocada exclusivamente en una *afección fisiológica*. En efecto, tal como sostiene Eduardo Menéndez (1994) el proceso de salud, enfermedad, atención (PSEA) solo puede entenderse desde una mirada contextual y relacional que no puede escindirse de la cotidianidad vivida a diario por los/as trabajadores/as de la salud.

A continuación, analizaremos detenidamente las prácticas de autocuidado implementadas por los/as trabajadores/as del campo de la salud, quienes colaboraron en la rápida estandarización de protocolos de atención en los diferentes efectores de salud. A través de los testimonios compartidos, es posible comprender cómo el miedo asociado a *contagiarse-contagiar* a otras personas actuó como principal regulador en la formación de protocolos de atención.

LA MUERTE TOCÓ LA PUERTA DE TODAS/OS

Los relatos de las/os trabajadoras/es del primer nivel de atención (Atención Primaria de la Salud) fueron situados en diferentes etapas. Primero, la subestimación del potencial del virus, ya que este era visto por las/os trabajadoras/es como algo muy lejano cuando la pandemia llegó a la Argentina. No obstante, “ese algo irreal” comenzó a materializarse abruptamente.

En esta línea de pensamiento comprendimos que las narraciones de las/os entrevistadas/os guardaban estrecho vínculo con la multiplicidad de información que circulaba por los medios de comunicación acerca de la mortalidad que causaba el virus. Inclusive las charlas referentes al proceso patológico, sus causas y efectos, era lo que primaba dentro de los espacios habitados donde diariamente se efectuaban las prácticas de salud-atención. Estos espacios habían sido transformados por completo ante la necesidad de readecuación de los lugares según normativas y protocolos de cuidados. Por consiguiente, las ideas de catástrofe social comenzaron a ser parte del imaginario de los/as trabajadores/as.

El efecto miedo se expandía igual o más letalmente que el virus; se producía, reproducía y se potenciaba desde los medios masivos¹ de comunicación y, en consecuencia, el discurso quedaba cooptado por el saber medicinal y los decires en torno al poder destructivo de un virus. Médicos en general e infectólogos, vaticinaban lo peor, y estos mismos discursos sociales también impregnaban los imaginarios de otros/as trabajadores/as de la salud. Veamos uno de estos relatos:

Nosotros empezamos con el primer caso que fue la chica que vino de Houston (...). Comenzamos sin conocer nada sobre lo que era este virus, con todos los nervios de la primera vez, sin equipo de protección, sin conocimientos sobre este virus. ¡No preparados! ¡Ni un protocolo! Fuimos los primeros en organizarnos de cómo iba a ser después de este caso, en el cual muchos de mis compañeros tuvieron contacto y tuvieron que aislarse, ¡así comenzamos! [Hace referencia al “primer caso sospechoso” que se conoció en la provincia de Misiones, registrado por los medios de comunicación en febrero de 2020]. (Enfermera, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 32 años, 29-09-2021)

1. Los medios masivos de comunicación diarios centraron su atención en todo lo relacionado con el COVID-19, como reflejan dos artículos digitales publicados el 5 de febrero de 2020, MisionesOnline con el artículo firmado por Laura Barrios, “Confirman el primer caso sospechoso de Coronavirus en el Hospital de Fátima de Posadas”, y el Ministerio de Salud de Pública emitió un breve informe a la comunidad bajo el título “Salud confirma que no existen casos de coronavirus en Misiones”, ambos disponibles en el archivo de los sitios web correspondientes.

Este párrafo da cuenta de las incertidumbres y de la orfandad en las que se encontraban y, subraya a la vez, el hecho de “ser los primeros” en organizarse. Si bien en el ámbito laboral los/as trabajadores/as estaban habituados a tratar a los pacientes con enfermedades complejas, la pandemia COVID-19 rompió ese balance que había sido naturalizado en el ambiente institucional. De esta forma, se modificaron las dimensiones sociales, objetivas (hábitat laboral, saber disciplinar, interacciones) y subjetivas (como entendíamos la enfermedad) y, en una suerte de tensión dialéctica entre el saber hegemónico y las prácticas de autocuidados propias de la experiencia de los/as trabajadores/as de la salud, indujeron a los/as agentes a la creación de nuevas prácticas que giraron en torno a un pensamiento de prevención.

Los/as agentes experimentaron esta enfermedad como una ruptura de su cotidianidad, de su *habitus*, el cual, según la explicación de Bourdieu, es “un sistema de disposiciones durables y transportables que, integrando todas las experiencias pasadas, funciona en cada momento como una matriz de percepciones, de operaciones y acciones” (2012, p. 205). Justamente, fue esa matriz la que se quebró; y las situaciones límites a las que debieron enfrentarse les permitió a los/as trabajadores/as de la salud del primer nivel de atención adecuar nuevas rutinas de atención a la población de manera disruptiva respecto de las anteriores: se habilitaron nuevos canales para las consultas (turnos programados por WhatsApp), se atendió a la demanda espontánea de modo ordenado, evitando el conglomeración de personas y reacomodando los espacios de atención, entre otras estrategias.

Si todo campo genera las condiciones sociales del “interés” de acuerdo con ciertas dimensiones históricas —*illussio*—, es

decir, el “deseo” de ser parte del juego en un campo específico y resultar afectado por las cosas que allí ocurren (Bourdieu, 1999, p. 180), entonces, ser parte o sentirse parte de ese juego genera las condiciones de desplazamiento de las jerarquías. Esto implica que lo que actúa como premisa es el autocuidado, el cual se ejerce hasta formar parte de este mismo campo de acción. El autocuidado es cuidar al otro y de esta manera también cuidarse a sí mismo. Veamos otro relato:

Los primeros días... este... ¡teníamos mucho miedo!... nos agarró pánico. Llegamos a la mañana y con [nombra a una compañera enfermera]. Viste [N], yo trabajaba con otra compañera [N] que falleció, y bueno, y ella me decía “si yo me enfermo voy a tener que quedarme acá, porque mi hija tiene miedo, tenemos miedo” y ¡llorábamos las dos! Al principio llorábamos las dos, porque nos agarraba pánico, ¡porque teníamos miedo de todo!, ¡porque viste que nos asustaron un montón! (...). Porque de lo que más teníamos miedo era a enfermar a nuestra familia. Porque nosotros sabíamos que estábamos acá, éramos referentes de enfermarnos primero y bueno... eso todo fue un impacto para nosotros (...), pero después, pasando el tiempo, el mes, no, no... nos fuimos acostumbrando adaptando a todo lo que teníamos que pasar, a lo que teníamos que hacer (...). [Luego en abril] Teníamos que estar todo el día con el equipo con gorra, barbijo... con todo el equipo nos pusieron y bueno, ahí nos fuimos adaptando más, pero fue difícil primero, los primeros días... (Enfermera, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 58 años, 05-10-2021)

La dificultad, los miedos y las incertidumbres forman parte de esta primera etapa y desnudan lo difuso de la situación en la que el personal sanitario convivía. Las lógicas del

autocuidado se impusieron como un modo de proteger a la familia, los afectos, las/os pacientes. El impacto y la huella de las/os compañeras/os que fallecieron iban permeando las prácticas de atención de manera significativa, buscando dinámicas de protección que se materializaron básicamente en el uso de Equipos de Protección Personal (EPP), pero que no encontraron su correlato inmediato en un acompañamiento de carácter integral, esto es sociopsicológico.

LA ACCIÓN DEL SABER EN EL CAMPO DE LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Desde el comienzo de la pandemia, la estructuración de la percepción de los alcances de la enfermedad fue hegemonizada, en un principio, por los saberes biomédicos, y fueron estas voces autorizadas las que instauraron una separación entre teoría y práctica.

El dispositivo discursivo del saber biomédico moldea a los sujetos y estos, a su vez, al campo de la salud. Si bien existe una polifonía de voces, estas se encuentran impregnadas por la biomedicina (se discurre fundamentalmente sobre las patologías y su tratamiento). Esto posiciona en la cúspide al saber disciplinar del tipo “invasivo en los cuerpos” (cirugías, ablaciones, diagnósticos por imágenes RX, administración de medicaciones). De allí que, generalmente, las prácticas que ejecutan las/os trabajadoras/es giran básicamente en torno al diagnóstico y tratamiento médico.

En este sentido, las formas de atender a los/as pacientes se focalizaron, en un primer momento, en torno a la instrumentaria (equipo de protección personal), la utilización de

sustancias (alcohol en gel), la detección de temperatura elevada (termómetros láser). Este saber se dirige a la elaboración de prácticas que son sustentadas en elementos que miden la normalidad orgánica de los cuerpos (hipotermia-hipertermia) o sustancias que destruyen el agente agresor y/o la indumentaria que aísla a las personas del virus.

Estos dispositivos puestos en juego se constituyeron, prontamente, en diacríticos y nos permitieron comprender que nos encontrábamos frente a una enfermedad infectocontagiosa y que se deberían poner en ejercicio las medidas de bioseguridad ya conocidas. Estas básicamente apuntaban a la incorporación de los Equipos de Protección Personal (EPP) y a recursos tales como alcohol, lavandina, productos desinfectantes, etc. No obstante, ellos fueron paulatinamente resignificados como recursos que permitían la posibilidad de “estar ahí en terreno, en acción”, en condiciones de dar contención a las personas que asistían a los CAPS.

Ahora bien, como bien lo ha observado Esther Díaz, “el progreso aparece siempre en forma de una voluntad de un poder más grande, y se impone siempre a costa de innumerables poderes más pequeños” (2014, p. 118). Esto nos muestra que el acontecimiento pandémico no les dio otra salida a las/os trabajadores más que innovar. Al no poder quedarse de brazos cruzados y esperar, como es habitual, la orden de los superiores acerca de los cuidados-autocuidados, se marcó un antes y un después con relación a los protocolos de atención de las personas. Así lo relataba un enfermero:

Y primeramente ni barbijos ocupábamos porque no había nada, pero después si empezamos a ocupar barbijos y distanciamiento nada más, porque nosotros ahí igual por tema de [nombra enfer-

medad de vías respiratorias] todo el tiempo estamos con barbijo independientemente de que no sea, que no estaba el COVID, siempre usábamos barbijo, pero sí... el tema del distanciamiento y sobre todo guantes también, pero no usábamos camisolín por ejemplo todavía, después de que se establecieron los protocolos ahí recién, pero lo único era el lavado de manos y barbijos que teníamos nosotros, ya teníamos eso de siempre, pero no teníamos otros cuidados más que el lavado de mano y el barbijo. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 28 años)

De más está decir que al comenzar a padecer el potencial de muerte, en tanto posibilidad que estaba ahí y “ahora” para todos, cambió la perspectiva imperante y les permitió reinterpretar la enfermedad. En concreto, implicó entender las medidas de bioseguridad como parte inherente de la práctica del cuidado y salir de la encrucijada.

A la sazón, en esta primera instancia, si bien lo que predominó en el campo en cuanto a conocimiento es el saber/poder biomédico (Foucault, 2018), se habilitó la puesta en práctica de la estandarización de protocolos de atención, teniendo presente las dimensiones y experiencias de trabajo que hacen al ejercicio profesional del personal sanitario. Lo destacable es que los/as trabajadores/as rápidamente se apropiaron de estos saberes y los adaptaron a su rutina. Este hecho dio forma a las rutinas laborales de los/as trabajadores asistenciales² dentro del campo. Por lo tanto, se manifestó la capacidad de auto-

2. En el campo de la salud, se denomina de este modo a todos aquellos trabajadores/as que realizan actividades directas sobre las/os pacientes.

nomía de estos sujetos para llevar adelante los autocuidados y la determinación para aplicarlos en el momento adecuado.

Esto allanó el camino a las autoridades para realizar los cambios necesarios para hacer frente a la pandemia como, por ejemplo, la habilitación de salas especiales para atender los casos de COVID positivo. En efecto, esto no hubiera sido posible sin la organización de los autocuidados, lo cual fue patrimonio primordial de los/as trabajadores/as, quienes movilizados por la incertidumbre de lo que les podría ocurrir a ellos y a sus familiares rápidamente se organizaron en cuanto a cómo hacer para que los pacientes puedan ser atendidos por diferentes patologías, otorgar los turnos, el ingreso-egreso a los diferentes efectores de salud, la circulación interna.

De hecho, como dice Michel Foucault, la capacidad de reflexión le permite al sujeto crear en base a lo que ya fue creado, pues “el hombre siempre puede pensar lo que para él es válido como origen solo sobre el fondo de algo ya iniciado” (1985, p. 321). En relación con ello, cabe mencionar que los protocolos de atención hallan su existencia en la práctica una vez que son puestos en funcionamiento, y que para que sean viables deben pasar por una etapa de reiteración, sustentados a partir de los discursos que circulan en las instituciones de salud. Al respecto, relataba una enfermera:

Sí, cambiar la ropa... cuando veníamos de la guardia cambiábamos ropa y ahí usábamos mucho alcohol, y usábamos...lavandina mucho, acá cuando terminamos en la guardia de trabajar, echábamos lavandina ¡todo, todo!, nosotros nomás hacíamos toda la limpieza, no había gente de limpieza... solo la limpieza a la mañana y a la tarde como siempre, nunca cambió el tiempo

de limpieza, ¡jamás! (Enfermera, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 58 años, 05-10-2021)

Sabemos que las/os trabajadoras/es de la salud automáticamente fueron declarados personal esencial donde su carácter de “personas irremplazables” implicó una responsabilidad y carga significativa de cara a responder a las múltiples demandas de la población atendida. Como vemos en el relato, la rutina del autocuidado empezaba con el proceso de higienización y sumaba una actividad más a la compleja trama a la que se enfrentaban las/os trabajadores, donde el miedo y la angustia fueron emociones permanentes.

Este fenómeno de preconstrucción social no surgió de la nada o del miedo, sino que tenía bases históricas. Esos saberes ya estaban allí, solo que la pandemia los puso sobre la palestra. Sin embargo, poner en funcionamiento los “protocolos de autocuidados” no fue tarea fácil porque, por la propia estructura jerárquica, se generó una situación de enorme tensión, pues, aunque todos los conocimientos de raigambre biologicista giran en torno a la prevención (lavado de manos, distanciamiento social, detección rápida de patologías), no se sustentaron en esta a la hora de operar en el campo en plena pandemia. En concreto, la adopción de estas medidas de cuidados iba más allá, en tanto el personal de salud de los CAPS las resignificó como un modo de brindar la contención necesaria y acompañar a las familias de los barrios que acuden a este primer nivel de atención. Dar señales de cuidados, materializadas en prácticas concretas, fue la clave para mantener ese vínculo clave de confianza. Menéndez, justamente, señala que las comunidades poseen conocimientos de autocuidados; esto les permite afrontar situaciones adversas de la vida como las enfermedades,

ya que “este papel implica asumir y reconocer que, frente a la pandemia, el “poder” no solo social, sino también técnico está en gran medida en nosotros” (2018, p. 24).

De este modo, podríamos decir que la pandemia visibilizó este conjunto de saberes y prácticas de autocuidado, como un modo de fortalecer los vínculos entre compañeras/os y con la población usuaria. Si bien el imaginario de terror, en un primer momento, envolvió a las/os trabajadoras/es, gradualmente este fue reflexionado al calor de la necesidad de no quedar paralizados. Esta situación inducida por la mala información y las limitadas intervenciones de las áreas de formación-investigación atravesadas por las decisiones jerárquicas y burocráticas, abrieron un campo de interpelación entre las/os mismas/os trabajadoras/es para pensar en su propio rol y responsabilidad ante la situación de pandemia.

De esta manera se fueron conformando la producción y reproducción de los autocuidados, debido en gran medida a que algunas de las respuestas ya se hallaban preconstruidas antes del aislamiento, formando parte de la práctica cotidiana del campo de la salud. Ahora bien, ¿cuáles y cómo actúan los mecanismos invisibles que permiten que las cosas funcionen de la manera descrita? En la búsqueda de la respuesta a esta pregunta, podríamos decir que un factor determinante tiene que ver con un conjunto de saberes prácticos realizados colectivamente. En efecto, Pierre Bourdieu los denomina “esquemas de percepción”, a los cuales entiende como “esos esquemas de percepción, de apreciación y de acción que se adquieren mediante práctica y se ponen en obra en estado práctico” (2015, p. 151).

En otras palabras, estos saberes prácticos, en torno al saber biomédico, fueron la principal arma para prevenir el

COVID-19. No obstante, estos fueron resignificados como algo más que medidas dirigidas a una afección, en tanto las/os trabajadoras/res los reconvirtieron como una forma de “estar ahí” y brindar contención integral al paciente. En relación con lo dicho, y desde nuestra perspectiva, para entender la relación del sujeto con la enfermedad es necesario comprender las condiciones sociales de vida cultural y las interacciones con las instituciones que intervienen o tienen incidencia en ellas (Menéndez, 2018, p. 15).

Para las/os trabajadoras/es este proceso de pandemia implicó, más allá de la demanda constante de sanar cuerpos enfermos —que nunca se detiene y, de hecho, se incrementa diariamente—, reflexionar sobre ese territorio sociocultural, donde es necesario problematizar la autoexplotación y la cultura del “aguante” que ha internalizado el personal de salud —sobre todo, para los sectores subalternos o voces menos escuchadas como las de las/os enfermeras/os, las/os promotoras/es de salud que mantienen en funcionamiento el sistema—. En esta dirección, la pandemia dejó abierto el desafío de abrir el diálogo y, por lo tanto, abonar el terreno para que surjan las condiciones de posibilidad de modificación de estructuras hegemónicas imperantes.

REFLEXIONES FINALES

El análisis de la formación de un protocolo de atención nos permitió comprender las conductas que las personas ejecutan, basadas en su percepción sobre la enfermedad, conformadas y fundamentadas por cierta acentuación ideológica proveniente de una mirada hegemónica en el campo de la salud.

Desde nuestra perspectiva, el *poder-saber* que asociamos al cuidado como el proceso dialéctico llevado adelante por las/os trabajadoras/es de la salud, nos permitió comprender cómo funcionó el sistema de cuidados-autocuidados que dieron forma a los protocolos de atención, esto es, las prácticas que se desarrollaron en torno al saber biomédico pero que partieron de una matriz más básica: la racionalidad sociocultural que impulsó a otras/os trabajadoras/es del campo de la salud a preservar su vida y la de sus allegados, a partir de lo cual se invirtieron y modificaron las rígidas estructuras jerárquicas.

En efecto, estos elementos en escena nos posibilitaron comprender los juegos de poder dentro del campo de la salud, donde situaciones disruptivas ponen en jaque determinados *statu quo*; asimismo, advertir cómo se ensamblan y friccionan las lógicas establecidas y el modo en que son resignificadas por quienes cotidianamente trabajan, son claves imprescindibles para pensar el sistema de salud en la postpandemia. Desde los postulados foucaultianos, reconocemos que esa red no es totalmente perceptible, implica por lo tanto este ejercicio, este asumirse como parte de un engranaje más complejo en vistas de modificar las situaciones que consideramos necesarias para ir hacia una concepción de salud integral, anclada en terrenos de actuación según los contextos donde se inscriben los procesos de atención-cuidados.

Creemos que estos procesos, previamente señalados como saberes de la biomedicina, necesitan incorporar la autoatención, no borrar ni invisibilizar las buenas prácticas a través de mecanismos de *hegemonía-subalternidad* que posicionan al saber cultural de los/as trabajadores/as como un saber empírico, carente de fundamento científico.

Consideramos que es necesario crear los dispositivos institucionales necesarios para aprovechar los saberes de autoatención implementados por los/as trabajadores/as en tiempos de pandemia, ya que la eficacia de la autonomía y determinación de estos ha sido constatada por la misma situación de emergencia vivida. En efecto, como bien lo ha señalado Agamben (2014) necesitamos profanar el dispositivo, de modo de posibilitar otras condiciones de posibilidad en el accionar de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2014).
¿Qué es un dispositivo? Adriana Hidalgo.
- Bourdieu, P. (1999).
Meditaciones Pascalianas. Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2003).
¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos.
Akal.
- Bourdieu, P. (2015).
El sentido práctico. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2019).
Curso de sociología general 1. Conceptos fundamentales. Siglo XXI.
- Díaz, E. (2014).
La filosofía de Michel Foucault. Biblos.
- Foucault, M. (1985).
Las palabras y las cosas. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2014).
Las redes del poder. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2018).
Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber I. Siglo XXI.

Menéndez E. (2018).

Poder, estratificación social y salud. Publicaciones URV.

Menéndez, E. (1994).

La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?

Alteridades, 4(7), 71-83.

PARTE III

Políticas en salud

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA SANITARIO DE MISIONES DURANTE LA PANDEMIA

Mariana Lorenzetti y Sybil Mac Lean

INTRODUCCIÓN

La irrupción de la pandemia COVID-19, a comienzos de 2020, implicó un punto de inflexión en los modos de entender los cuidados de la salud en las esferas públicas y en los ámbitos privados. La focalización en la afectación del virus SARS-COVID-19 como cuestión estrictamente biomédica generó ciertas encrucijadas a los servicios de salud en general y el replanteo de la importancia de la salud mental, tanto de les usuaries de los servicios como del propio personal de salud pública. Si bien en un comienzo las actividades de atención de estos equipos hacia la comunidad se discontinuaron, obliterando en esta dirección su “carácter esencial”, al mismo tiempo, la incertidumbre, el miedo y los desacomodamientos de las rutinas laborales entre les trabajadores permitieron visibilizar la necesidad de contener al personal sanitario.

A partir de las experiencias de les profesionales de la psicología y del personal que trabaja en el sistema de salud pública de Misiones, nos propusimos reconstruir las disyuntivas, las estrategias de atención sanitaria y los desafíos que afrontaron

durante los distintos momentos del proceso de pandemia. Nos interesa retomar las narrativas de las vivencias donde las diferentes nociones de cuidados, contención y emocionalidad se entrecruzan dando textura tanto a los aprendizajes como a las cuestiones que aún interpelan a quienes trabajan en salud pública.

Con base en las entrevistas en profundidad que recorren los escenarios de trabajo, las transformaciones en las prácticas y los hitos significativos desde la mirada de quienes se implicaron y requirieron alguna contención ante situaciones diarias de tensión y alerta sostenido, nos aproximaremos a las narrativas laborales. A través de ellas, daremos cuenta de cómo se revaloriza la importancia social de los servicios de salud mental desde la mirada de los trabajadores de la salud. A partir de estas coordenadas de análisis, sostendremos que es posible comprender las prioridades planteadas en los diálogos e intercambios sostenidos.

Comenzaremos, entonces, por explicitar las claves de lectura con las cuales reconstruimos los modos en los que se expresaron los cuidados psicosociales de los servicios de salud mental. Luego nos detendremos en los aspectos metodológicos que guiaron no solo la manera en que entablamos las conversaciones con el personal de salud, sino también el recorte de nuestras dimensiones de análisis de los testimonios en torno a la labor durante la pandemia. Por último, a partir de la conjunción de ambos apartados, daremos cuenta de las experiencias en los modos de cuidar/cuidarse puestos en juego en hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de las distintas zonas sanitarias del sistema público de salud de Misiones. A partir de esto, buscamos poner de relieve la necesidad del sostenimiento de las políticas sanitarias a

partir de las cuales los servicios de salud mental y el acompañamiento psicosocial constituyan un componente esencial de las acciones de la salud pública.

REPENSAR EL LUGAR DE LA SALUD MENTAL EN PANDEMIA

En el año 2021, y en el marco del proyecto PISAC COVID-19 “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”, comenzamos a mantener una serie de conversaciones con el personal que se desempeña en el sistema público de salud de distintas zonas sanitarias de la provincia de Misiones. Nos interesaba recuperar sus vivencias de trabajo en los diversos servicios y niveles de atención en tanto experiencia inédita que ponía en vilo a toda la población a nivel mundial. En esas charlas, prontamente comenzamos a visualizar cómo las nociones de *cuidado* se convertían en arena de intervenciones y miradas diversas donde se (re)actualizaban debates respecto de las maneras de concebir la salud. En consonancia con ello, y ante la urgencia de *resolver* —según las diferentes improntas que fue dejando la pandemia en la vida cotidiana, en las prácticas de cuidado y en las prioridades definidas como “esenciales”—, se abrieron líneas de interrogación y puntos de condensación en torno a los malestares/padecimientos de la comunidad usuaria de los servicios, así como también al interior de los equipos de salud.

Numerosos trabajos sistematizaron algunos aspectos de las experiencias atravesadas por la convivencia del virus SARS-CoV-2 al calor de los sucesos y la velocidad en que se diagramaron y se “hacían cuerpo” estrategias, más o menos

improvisadas, de lo que en la arena pública se proponía como medidas de profilaxis o mitigación de daños (Feierstein, 2021; Margulies y García, 2021). En términos generales, tales publicaciones dieron cuenta de tres aspectos que conformaron nuestros puntos de partida para problematizar los alcances de las redes de acompañamiento psicosocial de la salud mental en los distintos niveles de atención de Misiones. En primer lugar, la centralidad de la mirada biomédica, escindida a menudo de las dimensiones sociales, políticas, económicas. En segundo lugar, la tendencia al reforzamiento de la atención hospitalo-céntrica en detrimento del primer nivel de atención (APS); y, por último, la propensión a confeccionar recomendaciones/protocolos que suponían una homogeneidad socioterritorial.

Dado que la salud mental no es un concepto unívoco, y como todo dispositivo institucional está atravesado por variables ideológicas y políticas, tomamos entonces los aportes del psicoanalista Fernando Ulloa (2011) para construir un concepto operativo en espacios plurales, institucionales, y muy próximo a la idea de cuidados que surge de las palabras de las personas entrevistadas. Bajo este enfoque, la salud mental lejos de estar definida de antemano está ligada a debates asistidos (o promovidos) por “procederes críticos” que deberían habilitar, a las personas integrantes de un colectivo, la posibilidad de hacer consciente aquello obstruido por mecanismos psíquicos que tienen sus correlatos sociales, impulsándolas así a ser lectoras protagónicas de lo que sucede en sus ámbitos cotidianos. Para Ulloa lo relevante, consecuentemente, es “examinar lo que allí se discute como un ensayo de los que se hará en la práctica” (2011, p. 90). Desde esta perspectiva, en la producción de la salud mental, todas las personas se convierten en “operadoras terapéuticas”, por lo cual se diluye

la dicotomía que pondría a algunos profesionales en ese rol y a otros como meros receptores de la atención psicosocial.

Se trata, entonces, de resituar aquello que se define como salud mental en el campo sociopolítico, no solo en el ámbito de la disciplina, sino también en los sentidos-prácticos instituidos comunitariamente (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). Esto implica explicitar las subordinaciones del entramado relacional, a través del cual el requerimiento de homogeneización enmascara las asimetrías y configura la exclusión —como resto o desecho— bajo la figura del “chivo expiatorio” (Galende, 1990).

En consonancia, nos preguntamos por algunos emergentes que durante la pandemia daban cuenta de la configuración de las “figuras de la desdicha” (Herzlich y Pierret, 1998), a partir de las cuales las concepciones respecto a enfermar de COVID-19 eran interiorizadas y orientaban a la vez las relaciones sociales al interior de los equipos de salud, así como también sus vínculos con la población usuaria.

De acuerdo al carácter multidimensional de los cuidados de salud en tanto praxis social y categoría de análisis (Castilla, Kunin y Blanco Esmoris, 2021) —con las respectivas repercusiones en la arena pública que esto conlleva—, focalizamos en los sentidos y vivencias del *continuum* de cuidado-autocuidado, en las interdependencias entre ambas instancias y en las condiciones de posibilidad para ejercer las prácticas bajo las miradas de lo psicosocial, las texturas de lo afectivo, junto a la disponibilidad de espacios de escucha profesionalizada. En este sentido, nos propusimos indagar qué pasó con el cuidado de a quienes, desde el sistema de salud, se les atribuyó la responsabilidad de cuidar. A su vez, qué efectos tuvo tal cuestión en los cuidados a nivel comunitario de la población

atendida, y en qué términos la noción de *cuidados* en plural, se visibilizó como un asunto vital en el sostenimiento de las personas y conjuntos sociales. A partir de estos interrogantes focalizamos en los servicios disponibles de salud mental que brindan apoyo psicosocial, así como también en los testimonios brindados por otros profesionales de la salud.

Como tempranamente señalaba en una entrevista Alexandra Kohan, la imagen de que “el mundo se detuvo y quedamos pedaleando en el aire” (2020) dio paso a diversas campañas bajo el slogan “cuidate”, “nos cuidamos entre todos” con consejos y recomendaciones vinculadas a manejar el “aislamiento/distanciamiento social” a través de medidas de protección fundadas básicamente en el uso de barbijos, el alcohol en gel, la ventilación cruzada, en los *hashtag* “quedate en casa” y posteriormente en la circulación/concurrencia a espacios públicos regulados por protocolos (trámites *on line*, solicitud de turnos, horarios restringidos, trabajo remoto, etc.). La idea del *virus* como entidad propia, y al mismo tiempo como *enemigo invisible*, fue exacerbando incertidumbres, miedos y angustias que trastocaron las rutinas cotidianas, generando también un vacío/ausencia de espacios donde procesar y canalizar los padecimientos acarreados por *vivir con y en la pandemia*.

La pandemia en clave de “sufrimiento social” (Das, 2017) fue de algún modo tardíamente tematizada como tal. Sin embargo, entenderla en estos términos, a nosotras nos permitió interpretar las experiencias narradas de quienes —siguiendo o cuestionando las metáforas bélicas— se sintieron en la “trinchera”, “cuerpo a cuerpo con el virus”. Tres claves analíticas se constituyeron entonces en nuestros anclajes para la comprensión de los relatos. En primer lugar, la premisa de que

la reconstrucción narrativa requiere de lo que Bruner (2003) señala como la inscripción de los contextos y los lugares de enunciación de los interlocutores. En segundo lugar, entender el *acontecimiento* de la pandemia como la sucesión de eventos disruptivos que requirieron de reacomodamientos. En tercer lugar, identificar, en las huellas de lo irresuelto y los desafíos permanentes, las estrategias, tácticas y aprendizajes que el personal sanitario en salud mental y otros servicios señalaron como relevantes en el afrontamiento de atender la salud bajo pandemia.

EL TRABAJO METODOLÓGICO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS NARRATIVAS

Tal como mencionamos en el apartado anterior, los relatos que conforman a una narrativa colectiva requieren de distintos niveles de contextualización mediante los cuales sea posible establecer las coordenadas interpretativas para comprenderlos. Uno de los desafíos en las conversaciones mantenidas con el personal de salud fue recuperar el “carácter perspectivo” del mundo social (Bourdieu, 2007, p. 9), entendiendo la diversidad de puntos de vista coexistentes, sin desatender las recurrencias y las singularidades que en ellas se suscitaban. A partir de estas consideraciones, nuestro corpus de análisis quedó conformado por 5 entrevistas realizadas a psicólogas/os de distintos hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de las zonas sanitarias Capital, Centro Uruguay y Norte Paraná y 13 entrevistas del personal de salud,

también de distintos niveles de atención y de diferentes zonas sanitarias¹.

A través de la pregunta disparadora respecto a cómo y en dónde les “encontró” la pandemia en sus ámbitos laborales, fuimos reconstruyendo los escenarios de trabajo en base a identificar —como detallaremos en el próximo apartado— ciertas continuidades y discontinuidades respecto a las prácticas de atención en los servicios de salud mental. Asimismo, esta cuestión nos permitió caracterizar la impronta y peso de los programas y prácticas de acompañamiento psicosocial dentro de la salud pública de Misiones, antes y durante la pandemia.

En dirección a desandar el camino hacia la comprensión de los relatos fue necesario reparar en las tensiones entre lo “canónico” de acuerdo a la naturalización de cierta normatividad previa y los sucesos imprevistos/dislocadores que traía la atención de la salud en pandemia. Este requerimiento nos llevó a detenernos en la dialéctica que permanentemente se expresaba entre lo consolidado y lo posible, lo que se esperaba y lo que sucedió (Bruner, 2003), la instalación de nuevos protocolos y lo que era humanamente factible según las circunstancias que cada persona entrevistada traía a colación. En estos actos de contar, y al mismo tiempo contarse para

1. Si bien el trabajo recupera un total de 18 entrevistas (Personal Administrativo, Agentes Sanitarios, Lic. en Enfermería, Kinesiología, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Antropología, Personal Médico), muchas de las reflexiones que aquí presentamos articulan con la lectura de las otras entrevistas efectuadas por el equipo del Nodo Misiones. En total se llevaron a cabo 86 entrevistas, tanto en modo virtual como presencial.

otres, se ponían en juego los dilemas, los cursos más o menos impredecibles de las acciones y las expectativas trastocadas tanto del personal de salud como de la población atendida, por la incertidumbre generada ante la propagación del virus.

De cara a lo que movilizaron estos encuentros con los trabajadores de la salud, la pregunta de Bourdieu acerca de “¿Cómo no experimentar, efectivamente, un sentimiento de inquietud en el momento de hacer públicas ciertas palabras privadas, confidenciales, recogidas en un vínculo de confianza que solo puede establecerse en la relación entre dos personas?” (2007, p. 7), supuso asumir ciertos recaudos. Estos requirieron proporcionar a los lectores “los medios de comprender” (2007, p. 8) a quienes aceptaron la invitación de ser nuestros interlocutores. De este modo, la premisa de que las condiciones para *decir* están dadas por las condiciones para *escuchar* (Bruner, 2003), se constituyó en uno de los andamiajes imprescindibles de los intercambios mantenidos.

Curiosamente, ese espacio de escucha instalado por el proyecto fue uno de los motores del personal de salud que habilitó una sistematización de las experiencias de trabajo. En una de las conversaciones mantenidas, una de las psicólogas expresó:

Quando me dijiste de la entrevista te dije sí al toque, porque es como algo que por ahí uno lo puede trabajar mucho en su terapia, pero también viste es como que uno dice: “en qué momento esto va a quedar plasmado en algún lugar”. Llevo 8 años y pico en salud pública y digo “nunca el reconocimiento o nunca lo sentí”. (Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 01-11-2021)

Nuestra tarea apuntó a tener presente que no hay experiencia de la posición ocupada que no esté instituida y sea instituyente de las interacciones sociales dentro de estos microcosmos sociales donde encuentran sus despliegues (Bourdieu, 2007, p. 10). Circular la palabra implicó disponerse a escuchar, invitar a hablar, proponer que se arriesgue la palabra, un acto expresivo de cuidado como canal de transferencia necesaria que convierte a quien padece en alguien único, singular (Chama, 2012).

En el próximo apartado, describimos algunas de las características de los servicios de salud mental de la provincia de Misiones, con el propósito de brindar las coordenadas que hagan inteligibles los dilemas que afrontaron los equipos a la hora de buscar estrategias de acompañamiento psicosocial.

BREVE RECONSTRUCCIÓN CONTEXTUAL DE LA SALUD MENTAL EN DISTINTOS PUNTOS DE MISIONES

La atención de salud mental, al igual que las demás prestaciones que componen los servicios de salud pública, se separa en dos grandes líneas de trabajo en el sistema sanitario provincial. Los servicios de salud mental de los hospitales se caracterizan por una lógica de funcionamiento institucional ligada, básicamente, a la atención individual en los consultorios externos y al acompañamiento de casos de internación específicos según la demanda que el personal en esa área requiera. Por su parte, los equipos de salud mental de APS, integrados en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) o bien en los Centros Integradores Comunitarios (CICs), se sostienen en una lógica ligada a las actividades comunitarias en

los barrios, así como también con la atención en los consultorios. Según el trabajo de Escalada, de Perini y López (2015), en el año 2011 se conformaron 27 equipos interdisciplinarios de salud mental. De ese conjunto, 24 de ellos estaban en los CICs ubicados en distintas localidades y 3 en hospitales generales de Posadas. La implementación de tales dispositivos presentó ciertas dificultades no solo en cobertura, sino también en la metodología de trabajo e implementación de proyectos comunitarios. Respecto a la cobertura, la poca disponibilidad de recursos humanos locales implicó la contratación de profesionales residentes de la zona Capital, cuya demanda de traslado a los municipios repercutió directamente en el tiempo de dedicación para la actuación en territorio. Por otra parte, la mayoría de los equipos interdisciplinarios en APS estaban conformados solo por dos o tres integrantes profesionales del mismo campo (psicólogos/ trabajadores sociales), siendo el trabajo articulado con otras disciplinas de la salud, de difícil implementación. Asimismo, el trabajo en los hospitales también presentaba dificultades en la posibilidad de generar vínculos interdisciplinarios, no solo por la estructura organizativa institucional tendiente a crear jerarquías entre profesionales de distintas formaciones en salud sino también porque, generalmente, el personal sanitario se encuentra desarrollando sus actividades en múltiples espacios de atención y dificulta las condiciones de articulación/coordinación.

Esta dinámica de trabajo, tanto en los hospitales como en los CAPS/CICs, también fue referenciada por nuestros interlocutores de las áreas de salud mental durante la pandemia. Los equipos seguían siendo reducidos, conformados por una o dos personas del campo de la psicología, psiquiatría y trabajo social y con un grado de articulación

diferente —dependiendo de la institución— con las otras áreas de atención (servicios). Además, la mayoría de estas personas estaban contratadas según distintas modalidades (a través de la beca del Programa Médicos Comunitarios, en planta transitoria y muy pocas en planta permanente). La mayoría de sus integrantes se encontraba en situación de pluriempleo. En las entrevistas que realizamos, los interlocutores refieren como punto de inflexión el período de 2015-2019 como el inicio de un proceso de mayor desmantelamiento y fragilidad de los equipos. En tanto quienes trabajaban bajo el Programa Médicos Comunitarios pierden la regularidad del pago de la beca y van discontinuando las tareas al redefinir su jornada laboral (acortando días y buscando otras fuentes de inserción laboral). En una de las entrevistas, una psicóloga comentaba:

Muchos de esos CAPS se pusieron en funcionamiento a full con equipos interdisciplinarios en esa época, fue con ese programa de Comunitarios. Por eso te digo que fue muy efímero, porque se creó, se enseñó, se capacitó. (...) había que hacer prácticas en los CAPS, había que salir a los barrios... pero se desvanecieron rápido los equipos (...) nuestra beca se deprimía, no nos pagaban... pasé de ir cinco días a la semana a ir tres. Trataba de distribuir mañana y tarde para que haya asistencia... después comencé a ir dos, cuando me dejaron de pagar. El problema es que cuando ellos dejan de pagarte... tenés que optar: si seguís yendo gratis o... a mí no me da lo mismo el sufrimiento y por eso sigo... siempre ha sido un tema muy difícil de manejar (...) El año pasado fueron seis meses y así todos los años se retrasan varios meses. Todos los años digo que voy a renunciar, pero por “h” o por “b,” no renuncio. (CAPS, Zona Sanitaria Capital, 07-05-2021)

Otro psicólogo que trabajaba en un CAPS, mencionaba:

desde (la) política de salud mental, ya veníamos digamos, lastimosamente golpeados o disminuidos o eliminados, o no sabría bien qué palabra utilizar. A partir del 2015, cuando lastimosamente el Programa Salud Mental Nacional que estaba financiado por Nación... como que pierde importancia para el gobierno de turno. Ahí se pierden un montón de trabajadores, no solamente psicólogos, sino también trabajadores sociales, antropólogos (...) lastimosamente en Misiones contábamos con un porcentaje altísimo de trabajadores bajo contrato digamos, precario, de becas, monotributistas (...) en ese inicio, dentro de lo que sería la zona capital, que es la que por ahí conozco, teníamos nueve profesionales (en los CAPS), de los cuales, los nueve profesionales estaban bajo un contrato que tenía el mismo valor que en el 2015. (CAPS, Zona Sanitaria Capital, 17-11-2021)

Tal como se desprende de estos relatos, el escenario de trabajo antes de la pandemia estaba caracterizado por una desestimación de la importancia de la salud mental. Esta situación no solo afectaba a los CAPS, sino también a los servicios de los hospitales. Algunas de las profesionales expresaron:

yo estuve en el hospital, pero, era la única psicóloga que atendía. Así que estuve atendiendo yo sola. Por eso el equipo de salud mental en tal caso era solo yo... yo y mis fantasmas [risas]. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 01-11-2021)

Trabajaba por las mañanas en [menciona otra institución pública] y venía [al hospital] dos tardes a hacer exclusivamente consultorio. (...) O sea, era el trabajo a la comunidad, con turno de

manera anticipada. (...) Fuimos creando de a poquito el servicio de salud mental, en plena pandemia. O sea, estamos hablando de diciembre de 2020. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 09-11-2021)

En este contexto de recursos humanos limitados en los equipos de salud mental, la coyuntura de la pandemia presentó numerosas disyuntivas, tanto *puertas para adentro* como hacia la atención de la comunidad. En esas disyuntivas, se pusieron en juego las capacidades de activar, en simultáneos ámbitos de actuación, los cuidados de otros y de sí. En esta dirección, las discusiones se fueron suscitando en torno a la necesidad de pasar la frontera establecida de una intervención sobre el padecimiento emergente individual, a una modificación de los elementos que provocan el sufrimiento a una comunidad (Galende, 1990), o en términos de Ulloa (2011), un lugar de producción subjetiva que requiere una intervención más de orden sociopolítico horizontal.

A continuación, nos enfocamos en lo que significó el trabajo de acompañamiento psicosocial para el personal de salud mental en ambas direcciones, esto es con sus compañeros de trabajo y con la comunidad. Siguiendo a la psicología comunitaria (Montero, 2004), nos referimos al acompañamiento psicosocial como un modo de abordaje de trabajo en salud mental. Bajo esta perspectiva, las herramientas de contención y apoyo no se dirigen a los individuos *per se*, sino más bien apuntan a la comprensión de las posibilidades de acción teniendo presente la articulación de lo emocional y lo relacional desde los contextos donde las personas desenvuelven su cotidianidad.

RECONFIGURACIONES DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL DESDE LES PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Las nociones de los cuidados psicosociales y las estrategias se fueron reformulando progresivamente, según transcurrían los distintos momentos de la pandemia de acuerdo a la disponibilidad de los recursos humanos en las áreas de salud mental y a las prioridades que el mismo personal y/o sus instituciones iban reconociendo en el proceso. Las distintas coyunturas de trabajo, según los contextos, fueron traducidas en transformaciones de las prácticas que, asimismo, estuvieron atravesadas por hitos o eventos significativos. La impronta de cada uno de ellos fue marcando el alcance del acompañamiento psicosocial en la atención de la salud tanto en el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) como en el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DisPO).

Los testimonios recogidos de les psicólogos comparten reflexiones acerca de la confusión e incertidumbre generada en los inicios de la pandemia cuando, entre el conjunto de medidas de protección del personal de salud, se incluía el cese de la concurrencia de les profesionales de psicología a los CAPS y asimismo la suspensión de los servicios de salud mental en los hospitales². Distintas expresiones, dan cuenta de los miedos atravesados con la “necesidad de hacer algo” y del afloramiento de las dudas vinculadas a las maneras de ir canalizando alguna acción posible:

2. Para profundizar sobre el criterio esencial del personal de salud, ver Schiavoni, Mac Lean, Rejala y Genzone (2022).

Bueno, primero era como que no sabíamos. Con temor teníamos que, igual, ir a trabajar... era si íbamos o no íbamos... Y en el tema del hospital sí, teníamos que ir presenciales, no había atención. No había atención primero, pero solo había con algunos pacientes... así telefónicamente. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 23-10-2021)

Vos sabes que yo no tengo un claro recuerdo, tengo muy confuso todo... recuerdo que mis colegas habían dejado de ir al CAPS, pero yo seguía yendo dos veces al CAPS. Sabía que la odontóloga no iba más porque estaba en contacto con la saliva... recuerdo que habíamos tenido una charla y habíamos hablado del tema del barbijo... hablábamos de lo difícil que era andar con barbijo, que costaba respirar. (...) Después con mi grupito de psicólogas, ese grupito de batalla que armamos, me fui enterando que los psicólogos también dejaban de ir. Y yo seguí yendo porque mi director de CPAS no me decía que deje de ir. Me decía que yo podía atender con el camisolín, con la gorra de TNT...es muy, muy caluroso, con barbijo, con los lentes... Y justamente vino el de recursos humanos que estaba de recorrida por todos los CAPS y me dijo: ¿Qué haces vos acá? Vos no tenés que estar acá... frente al director [risas] y ahí yo dejé de ir... también me estaba empujando a asustar. En ese interín habíamos tenido esas conversaciones del miedo... También yo me sentía un poco culpable de dejar de ir. Habíamos hablado, todo el mundo tenía miedo, todo era incierto, muy desconocido. (Psicóloga, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 07-05-2021)

no voy a olvidar nunca un llamado de [menciona un médico]... yo, a todo esto, guardadita en casa, hacía 5 días más o menos... entonces es como que al principio era un festejo “Ah, no va a ha-

ber clases, ¡vamos a descansar!”. No teníamos ni idea a que nos estábamos enfrentando... Y uno va tomando dimensión, y empieza a surgir el miedo como mecanismo... me llama el doctor y me dice “necesitamos que el equipo de salud mental esté al 100% porque hay que trabajar con el equipo que no está preparado para esto” (...) yo tengo que estar, quiero estar, pero al mismo tiempo tengo miedo porque puedo traer el virus a mi casa. Me dice “Estamos todos en la misma, este es el momento donde las necesitamos” (...) Nada se entendía a ciencia cierta, de qué trataba. El médico más capacitado tenía miedo igual. Era todo muy fuerte. (Hospital, Psicóloga, Zona Norte Paraná, 09-11-2021)

Eso fue lo primero: el temor... Por ejemplo, por el hecho de ser personal de salud uno estaba, por así decir, en una posición de mayor riesgo... uno escuchaba “¿¿justamente tuve que dedicarme a la salud?! ¿¿por qué no me dediqué a otra cosa?!”. (...) También el hecho de sentirse desestructurado, podría llegar a decir, o desorganizado en cuanto a lo que uno hace día a día. O sea, uno podría llegar a decir que hace su trabajo bien y después se encuentra con... con una situación así tan... tan impactante... hace que uno diga “todo eso que creía que lo hacía bien, aparentemente, no me sirve para esto que aqueja hoy”. (Psicólogo, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 17-11-2021)

Con el paso de los días, y ante las expresiones de incertidumbre, angustia y temores del personal sanitario, los integrantes de los equipos de salud mental comenzaron a diseñar diferentes dispositivos de acompañamiento para los propios trabajadores de las instituciones de salud. Esto significó un proceso de reorganización *puertas para adentro*, cuyas tareas implicaron buscar fuentes de información segura, capacita-

ciones de distinto tipo, pensar las modalidades de implementación y atender, en paralelo, las situaciones de desborde que podían suscitarse. En algunos establecimientos, estas iniciativas se dieron de manera autoorganizativas (CAPS), mientras que en otras tuvieron un carácter más institucional, al ser propuestas por los propios directivos o área de coordinación de salud mental (hospitales).

Se formó un comité de coronavirus (...). En ese comité primero no estábamos. Estaba el intendente también, todas las personas, gente de otras áreas. Y bueno después se ve la necesidad de incluir a salud mental (...) ellos no sabían cómo resolver ciertas situaciones que se estaban dando en el mismo personal. Hubo crisis de llanto, crisis de angustia, entonces... bueno, no sé podía manejar al personal (...). Ahí se nos invita a las distintas reuniones que hay (...). Pensamos nosotros como poder ayudarnos en toda esta situación. El planteo era de qué hacer, porque todo el personal tenía miedo de ir a trabajar, muchos sacaban licencias, este temor de infectar a la familia, no se sabía bien, cómo. ¿Cómo actuar? (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 23-10-2021).

Nosotros armamos un equipo, con una médica de familia, en donde empezamos a estudiar todo lo que eran las definiciones de casos, los protocolos... de higiene, de distanciamiento... Y lo que hicimos en una primera etapa fue capacitar, empezamos por enfermería, por limpieza y por seguridad. Íbamos haciendo como tallercitos... Medio que todos los días de la semana como locos... Había gente que empezó a manifestar pánico y crisis de ansiedad, angustia... Hubo gente que se tomó el buque y también que clavó "riesgo", así de la nada. Por ahí algo que nos

generaba como mucha, mucha angustia, más que la pandemia. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 01-11-2021)

hacia adentro de un centro de salud, uno articula con ciertos compañeros, y frente a esta situación es como que quedás sin herramientas, por así decir. Eso es lo que se veía; decir “¿cómo abordamos esto?”, “¿qué hacemos en esta situación?”. Como que estábamos a la espera de que alguien así con... no sé, con algún sentido de... ¿cómo es?, de dirección, guíe el camino. Porque esa era la realidad en ese momento. (Psicólogo, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 17-11-2021)

En algunos servicios, sorteando la escasez de recursos humanos de salud mental, diseñaron un cronograma para distribuirse entre los distintos sectores donde trabaja el personal y fueron creando los dispositivos de contención, que respondían a demandas de directivos o de los trabajadores de los diferentes servicios. Se generaron una serie de encuentros en la modalidad de talleres en los cuales se iban compartiendo los protocolos, videos o actividades para “reconocernos y conocernos”. La emergencia del personal de salud como “sujeto de padecimiento”, dio lugar a organizaciones espontáneas entre trabajadores de salud de diferentes servicios, para acompañarse en el proceso de expresión del malestar, dar un espacio a nuevas formas de solidaridad ante el descontento, así como también a la posibilidad de que su palabra sea socialmente escuchada, desplegándose a contrapelo de las tendencias hegemónicas (Stolkiner, 2001). El acompañamiento a compañeros de trabajo tenía su correlato, entonces, en dar un lugar para poner en palabras la extrañeza frente a la nueva realidad que se imponía, a expresar el miedo y la angustia por la muer-

te de pacientes, compañeros y familiares por infecciones con COVID-19, todas vivencias en común con los profesionales de salud mental. En los marcos institucionales de trabajo se torcionaban dos concepciones: el *sujeto de padecimiento* versus el *sujeto de control*, ambas ligadas a la necesidad de mantener de pie al sistema de salud sin que este colapse. En esa tensión se ponía en juego, la ubicación del personal de salud como agentes o su tendencia a la objetivación (Stolkiner, 2001), en otras palabras, las capacidades de responder a las expectativas y normativas establecidas y las posibilidades de acción concreta. Tal como se desprende de los relatos que a continuación presentamos, todo prefiguraba el diseño de tácticas y estrategias de abordaje produciendo efectos en las interacciones sostenidas. Las nociones de “manejo” y “control” planteadas desde el sistema público de salud convivían con las ideas de recrear “herramientas” de afrontamiento, recuperando la inscripción social de las personas.

La habilitación de un “lugar de contención hacia adentro” dio la posibilidad de repensar el lugar de la salud mental en el sistema sanitario y un reacomodamiento de las relaciones entre el personal de salud, no exenta de tensiones o valorizaciones diversas sobre la labor y las herramientas de contención psicosocial:

Cuando recién ingresamos, como que el médico no entendía tanto la importancia de la salud mental, y hoy por hoy ellos mismos solicitan las interconsultas y eso nos pone super felices porque la salud mental, creo que con la pandemia se vino a terminar de entender, que esto no es para locos. Que hay situaciones límites de la vida que nos ponen en un lugar, que no podemos salir solos. Eso también nos permitió llegar al equipo, a todos los servicios,

saber de qué se trata el hospital puertas adentro. Y que puedan ir entendiendo qué significa la salud mental, qué tan importante es, porque es un todo. Si yo estoy emocionalmente fortalecida como que todo el resto lo puedo afrontar de otra manera (...) Las interconsultas de parte del mismo equipo de salud casi no existían porque (...) tampoco entendían mucho la importancia... Porque, como que el psicólogo de pronto está frente a un médico y los médicos, de repente, tienen toda esta cuestión de saber, y desde ahí se posicionan “¿y qué me va a venir a enseñar una psicóloga?” Esta cuestión, se juega muchísimo. Entonces es como que ellos también se vieron en la oportunidad de vernos desde otro lugar y entender de que podemos hablar de lo que sentimos. Y que, aunque como médico sepas un montón, tenés emociones, tenés miedos, tenés inseguridades. (Psicóloga, Hospital, Zona Norte Paraná, 09-11-2021)

Las derivaciones eran solamente para neumonías...eran las únicas situaciones en las que se podía derivar al [Hospital de referencia] (...) Entonces había que contener una crisis psicótica acá, no había vueltas, claro. La verdad no había posibilidad y ahí se dieron cuenta de la importancia de un equipo de salud. Incluso, hoy en día, viste que los médicos empezaron a tener mucha más apertura hacia nosotras las psicólogas y por ahí a consultar con respecto a la psicofarmacología, a la continuidad de los tratamientos, a qué opciones tomar. O sea, como que se volvieron más abiertos... primero, era como que nos sentían como una invasión opinando de psicofarmacología, por ejemplo, ¿viste? Como “bocudas” por decir de una forma... Ahora como que eso está más, no sé... como que estamos más insertados... y con más respeto hacia nuestra opinión. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 01-11-2021)

Bueno, pasaron muchos problemas entre [los equipos de salud] (...) porque como que uno estaba susceptible, irritable, muchas discusiones. Se pedían otras reuniones nuevas, entonces bueno, estuvimos trabajando en esas situaciones (...) En un momento se nos llama, no hace mucho (...) había enfermeros como que no estaban poniéndose en el lugar del otro y la jefa de servicio del departamento de enfermería me llama puntualmente por eso... porque como que estaban muy fríos, algo así. Entonces bueno, era también por esto de la rutina, por el avatar de cosas ¿No? (...) No sé paró... las charlas [ayudaron] para estar en la realidad nuevamente. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 23-10-2021)

Hacíamos reuniones grupales. Por ahí yo pasaba mucho tiempo en la guardia también con el tema del triaje... Tratamos de hacer mucha, mucha, cartelería. Por ahí técnicas también de relajación para el personal de enfermería... ¿Por qué? Porque hubo un momento... que eran cientos de personas para hisopar por día... Se tomó personas que tenían formación en enfermería para hacer triaje (...) Eso generó... asperezas entre ese grupo de personal y el personal que ya estaba en la institución. Como que hubo que trabajar mucho en esos equipos... en decir, que no vienen a sacarte el puesto, sino que vienen a ayudarte con tu laburo... Sí, sí, sí, incluso *ad honorem* he visto, o sea, de onda, de pura onda... que jamás cobró un mango... y bueno, eso después se amalgamó muy bien y se respetaban. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 01-11-2021)

Mucha gente se ha dado cuenta de eso: de que los procesos se tienen que dar de manera grupal y no individual... La gente lo sintió, de que por ahí lo haya entendido o que lo ponga en prác-

tica, creo que ahí tiene que ver más con una cuestión de trabajo, una cosa necesaria de ser trabajada ¿Por qué? Porque fue afectando a todos, cada uno hacía lo que podía a nivel individual y dentro de eso... de ese individualismo se daba cuenta que que no podía lograr ciertas cosas porque obviamente las cosas grandes se logran en el grupo. Entonces eso es lo que más se notó para mí. (Psicólogo, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 17-11-2021)

Tal como se describe en estos testimonios, la problemática de atender en los propios ámbitos laborales a la salud mental fue emergiendo mediante la interpelación, no solo a los gestores/coordinadores de la salud pública, sino fundamentalmente a los psicólogos a partir de reconocerlos operadores que actuaron como “terceros de apelación” (Ulloa, 2011), dando lugar a la expresión de las emociones (miedo, dolor, angustia) que generaban las situaciones críticas. Los mundos de experiencia encarnados en la posibilidad de verbalizar lo que hasta entonces era visualizado como “efectos colaterales de la pandemia” volvieron a ocupar un protagonismo central. Este resurgir de la palabra fue, en este sentido, de la mano de los espacios de escucha sostenidos entre compañeros de trabajo, donde la contextualización y el mundo biográfico de cada persona generó la figura de un “testigo implicado” como modo de activar los cuidados en un sentido más amplio (Mariano-Juárez, Rodríguez-Martín y Conde-Caballero, 2013).

LA PREOCUPACIÓN POR NO DESCUIDAR A LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD

En medio de la complejidad de la atención a compañeros de trabajo, los equipos se vieron en la urgencia de implementar estrategias destinadas a sostener el contacto con la comunidad usuaria de los servicios de salud mental. A medida que el “tiempo de pandemia” transcurría, tal como fue relatado en las entrevistas, ciertas afecciones y situaciones en la comunidad se fueron agudizando. Por un lado, estaba la necesidad de retomar el vínculo con los pacientes que estaban bajo tratamiento. Por otro, el incremento de las demandas de atención no solo para la contención de los pacientes con COVID-19 sino también, la profundización de los consumos problemáticos, las expresiones de violencia intrafamiliar y los intentos de suicidio, significaron un replanteo de las estrategias de contención implementadas por los profesionales de las áreas de salud mental. En este marco, sus prácticas de asistencia psicológica se fueron diversificando, apelando a los dispositivos tecnológicos (uso de las redes sociales, atención *on line*, mecanismos para derivar) y al mismo tiempo buscando el modo de llevar a cabo algunas de las actividades de manera presencial. Cada una de las estrategias de intervención, como se detalla en los testimonios que a continuación reponemos, generó asimismo paradojas y encrucijadas. Todas ellas requerían repensar las condiciones de trabajo, el alcance y su impacto para poner sobre relieve y comprender la situación de pandemia más allá de los casos COVID-19.

Teníamos un teléfono también, era el teléfono del coronavirus, decíamos [risa]... bueno, una semana cada uno nos llevábamos

el teléfono. Bueno primero nos peleábamos porque todos nos queríamos llevar el teléfono [risas], y después bueno, ya estábamos un poco cansados... En ese momento otra de las cosas que inventé, porque yo quería hacer algo, no podía no hacer algo... antes de que nos llamen al comité, yo estaba haciendo talleres con los pacientes de psiquiatría... Bueno, dibujamos. Primero les llevé videos acerca de qué era el coronavirus, ¿cómo se tenían que cuidar?... para usar el barbijo, este distanciamiento... que era un poco difícil con ellos. Así que bueno, salíamos a caminar, íbamos al gimnasio que está en el hospital también. Hicimos la huerta. Todo eso fue en plena pandemia. Juntamos unas tejas... que nadie las usaba, hicimos unas macetas hermosas. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 23-10-2021)

en mi caso fue con todas las pacientes... sobre todo mujeres grandes, que sabía que tenían una comorbilidad de riesgo era hablar con ellas. Pero también venía la otra oleada de gente angustiada con ataques de pánico por la situación ¿viste? Entonces fue como ir armando, por decirte, grupos de atención. Y con los pacientes de riesgo, empecé a usar... Ay, no me sale ahora el nombre del programa que nos dio Salud Pública... para atender *online*... Bueno, salud pública nos dio un registro *online*... un programa pago... para que nosotros podamos hacer la videollamada con los pacientes. Eso habrá sido suponte que en junio... ahí empezamos a utilizar... empecé a usar ese programa para seguir atendiendo a los pacientes de riesgo que por ahí me demandaban atención. Pero después los pacientes que hacían crisis... de pánico o cuadros de angustia. Yo los veía de forma presencial en el hospital... los pacientes que ya tenían como patologías anteriores tipo depresiones... esas cosas... todo se exacerbó. Sí, aparte tienen la dificultad para conseguir los medicamentos, o

sea que mucha gente se desestabilizó en general. También venía esa demanda. Por otro lado, apareció la demanda de las personas que tienen los hijos lejos o los hijos estaban viviendo en otra casa, o los aislaban en un hotel... Ese grupo etario también... como muy angustiado, serían personas por ahí mayores de 50 años en general. También hubo muchos embarazos adolescentes... perdón que mezcló todo... pero fue una mezcla a fin de año. Nosotros teníamos embarazo, pero... viste a rabiarse...eran embarazos muy descontrolados, embarazos que por ahí tenían siete meses sin seguimiento médico... En mi caso me la derivaba la obstetra, para hacer como un acompañamiento (...) Eran todos embarazos... sin consentimiento familiar o viste sin apoyo familiar en general... También por la situación de la pandemia, que le echaban de la casa, por decírtelo de alguna forma... Y se desatendió mucho, sí, lo que son otras patologías en general... O sea, se focalizó mucho en los respiratorios, en las neumonías bilaterales, unilaterales. Como que se focalizó ahí y se descuidó mucho otras patologías. Eso fue algo que yo me empecé a dar cuenta como que a finales del año pasado [2020], a principios de este año ¿viste? [2021]. La demanda de consumo era muchísima también. Y mucha gente, adulta, joven comenzó a consumir, volvió a fumar, volvió a tomar... por la misma situación del aislamiento... por ejemplo, gente que era de riesgo que se tuvo que quedar en la casa y por ende cobraba solo el básico de su sueldo, se quedó sin el extra. Entonces la angustia... la incertidumbre... se colapsó. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 01-11-2021)

Se exacerbó con la pandemia: situaciones de violencia, la misma situación económica hizo que la gente no tuviera recursos y entrara en desesperación. Hay entonces como una escasez de

herramientas... Está la persona que pudo, con la pandemia, salir adelante, encontrarle la vuelta reconstruirse. Y está la persona que se vio totalmente afectada y sin salidas. Toda esta cuestión de estar aislados en casa también hizo a que nos encontremos con una familia, que no sabíamos cómo convivir. Donde quizá faltaba el plato de comida. En las discusiones, en el exceso de tareas de la escuela. Mamás no preparadas para esto. Es como que se condensaron un montón de situaciones... son situaciones que siempre estuvieron solo que quizás no las tuvimos que hacer frente de manera directa... Y sí, claro, ahí uno va dimensionando “claro, tengo que ir a ver a los pacientes”. Un paciente que está aislado, que no ve a su familia, que le juega en contra todo el exceso de información tan negativa que ronda en torno a esto, “nos contagiamos, morimos, no nos despedimos”. Y claro, pacientes entrando en pánico, pánico, ansiedad... eso sí, podemos decir que lo triplicó la pandemia. El miedo a la muerte, que es el pánico, justamente. Toda esa sensación de ansiedad de no saber cómo manejar, de no poder manejar el presente pensando en un futuro. Y esto, bueno, con el tiempo va generando secuelas... Es tanta la demanda y el ser solo dos psicólogas hacía que la persona se agote y pierda, baje los brazos en el camino. Llama y no hay turno, escribe wasap no hay turno, entonces también se agotan de insistir, ¿no? Esa es otra realidad... Y bueno, los fines de semana hay mucho intento de suicidio, que justamente se refuerza el fin de semana. Entonces también nos llaman para eso. Tratamos de que el paciente que llegó a la guardia bajo esta característica no se vaya sin un mínimo espacio de contención. Que sepa que no está solo y que puede volver, aunque no consiga ese turno. Nosotros hicimos con (menciona a su colega) un vídeo, para septiembre para el día mundial de la prevención contra el suicidio. Hicimos un vídeo y también tuvo muchísima reper-

cusión. Hablando un poco de que es una problemática que nos afecta a todos, cuáles son las señales de alarma y qué hacer frente a estas situaciones... Con este video, esta difusión que hubo muchísimas demandas. Por ejemplo, los directivos de la escuela, comunicarse y decir “tengo una chica que está con esas señales, ¿cómo podemos hacer?”. Y bueno, que venga sin turno. Pero lo que nos decían las chicas de admisión “sí está genial, el video está espectacular recorrió la provincia, pero ¿qué hacemos si no hay turnos?”. Caemos en el mismo problema. Movés todo, todo, todo... pero bueno, no vamos a poder abarcar todo, pero el que llega y demanda va a ser recibido de alguna manera. (Psicóloga, Hospital, Zona Norte Paraná, 09-11-2021)

En temas de salud y después desde la dirección de salud mental de la provincia surge una iniciativa de convocar así a voluntarios y a partir de eso trabajar sobre una línea telefónica de atención. Eso fue lo que había, en ese momento, como atención mental de salud mental: una línea telefónica en el cual digamos, se intentaba dar una respuesta... Lo que sí por ahí no comparto... creo que fue útil la cuestión, digamos, en este tiempo, pero no comparto, es la práctica... por lo menos a lo que yo me dedico: la psicología a través de un dispositivo tecnológico. No lo veo como beneficioso. Creo que rompe ese contacto humano que uno debería tener. No lo veo como beneficio... También se hacía el tema de la organización de cómo hacíamos llegar los medicamentos a muchos pacientes que tienen patologías, así como hipertensión y diabetes que requieren medicamentos de manera mensual. Entonces, con esos aspectos se hacía también un trabajo primeramente en la parte de farmacia, para ver quiénes eran esos pacientes y a partir de eso se trataba de ubicarlo en sus domicilios. Y que no, no tengan esa necesidad

de exponerse a ese foco por ahí de contagio. (Psicólogo, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 17-11-2021)

Esta diversidad de situaciones de atención implicó que los equipos de salud mental se vieran sobreexigidos ante demandas múltiples. Tal como se desprende de los testimonios, las apuestas por sostener y acompañar situaciones de desborde se sobrepusieron a la posibilidad de inscribir actividades sostenidas de prevención y promoción de la salud mental. El ritmo marcado por las “urgencias” que se debían atender marcaron el cariz del cuidado de las señales disruptivas que, en los meses del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, iban dejando sus improntas. Aun cuando se intentaron algunas actividades de prevención y promoción de cuidados e identificación de señales de alerta respecto de diversas situaciones críticas, esto mismo resultaba en un crecimiento de las demandas para las cuales el recurso humano era insuficiente. En consonancia, esto repercutió en sus rutinas laborales sin horario fijo, en sus relaciones familiares, en la necesidad de replantearse su rol en la salud pública. Al respecto, en las conversaciones mantenidas, las personas entrevistadas también aludieron a los problemas de la sobreexposición de “estar al frente” no solo “puertas para adentro”, sino también en los vínculos comunitarios que se tornaban cada vez más conflictivos.

En este sentido, cada una de ellas fue reflexionando sobre el cuidado de sí. Ante la pregunta de quién cuida al cuidador y en qué condiciones, señalaron la premura de visibilizar y priorizar los servicios de salud mental. En la mayoría de los casos, el personal de salud también sintió trastocados sus lazos familiares sea por la necesidad de acompañar a sus hijos, por distribuir las tareas con sus parejas o porque también tenían

padres mayores a quienes cuidar. Los cuidados hacia otras personas demandaban un cuidado de sí mismo que casi exclusivamente tuvieron un correlato de contención entre pares, más que un cuidado desde los programas de la salud pública. No obstante, como fueron señalando, ellas mismas buscaron herramientas de capacitación de contención en base a lo que encontraban disponible.

Era ir trabajando los miedos, que a su vez trabajar los miedos en ellos (compañeres de trabajo), que también los teníamos nosotras, nadie estaba preparado para esto. Paralelamente empezar a prepararnos, recibir capacitaciones... todo tiene que seguir funcionando. (En un momento, el hijo más grande la interpela) Me dice “mami, ¿por qué no renunciás?, te estás exponiendo, mami, a algo muy peligroso, por qué no renunciás, si papá ya trabaja, no nos va a faltar nada”. Me decía él. Y esto de poder enseñarles con el ejemplo, ¿no? “Acá la solución no es renunciar mi hijo, ahora yo más que nunca tengo que estar”. Y me gustaba la idea de que él viera eso. De que, ante la primera dificultad, la salida no es renunciar, es justamente aportar con todo el profesionalismo que uno pueda... Con mi colega, somos amigas en lo personal. Somos colegas y nos recontra entendemos trabajando juntas... entonces, era entre las dos, era sostenernos la una a la otra. (Psicóloga, Hospital, Zona Norte Paraná, 09-11-2021)

Digamos a mí lo que me impacta es la soledad, más allá de que había un equipo, pero la soledad desde el punto de vista de la Salud Mental. La soledad en todo aspecto ¿viste?, porque tampoco uno sentía contención... Como que no había dónde manotear... También fue un desmadre, la cantidad de capacitaciones que hicimos paralelo a lo que íbamos trabajando... Fue una sobrecar-

ga impresionante... No teníamos digamos un acompañamiento en donde nosotros... hagamos catarsis de lo que nos está pasando como para no caernos... Fines de agosto y septiembre de este año (2021) como que yo hice un clic de todo lo que no paré, de todo lo que venía haciendo y empecé a sentir el deterioro físico... el cansancio en el cuerpo, en la mente...un despelote atómico en mi pareja, en mi familia... Me descuidé mucho ¿viste?, en lo físico, en el cuidado de mí propia salud... Creo que a partir de septiembre me permití como angustiarme y sentirme cansada... Y peleas grandes con mi marido, que ahí fue como que (risas) los patitos se me movieron bien. Ahí me di cuenta de lo metida que estaba en todas las cuestiones y de que soy una sola persona haciendo el trabajo de 500. Y eso me sacó... me permitió angustiarme, me permitió llorar porque... empecé a pensar cosas de cuando empezó la pandemia que jamás las había procesado, es como que recién estoy parando... Ni sé si en realidad paro, porque el teléfono es 24 horas, como que me cuesta un montón poner en el modo avión... aparte empecé a tener un hastío para atender, ¿viste? Realmente una sensación de cansancio, pero abrumadora de decir: “cómo me levanto hoy de la cama”. En un momento dije: “Bueno, tengo una depresión galopante... algo por el estilo porque estaba...esas ganas de dormir, dormir, pero a la vez tu cabeza no para. Todo el tiempo estoy pensando, “¿qué me falta hacer?, ¿qué tengo que hacer?”. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 01-11-2021)

A nivel personal, por suerte, con mi familia siempre estuve en contacto... El distanciamiento con mis familiares no pasó porque bueno, vamos a ver: mi pareja y yo, como personal de salud, en ningún momento paramos. Siempre estuvimos haciendo algo. A mis hijos los tenía que llevar a casa de la abuela. No tuve esa

necesidad de sentirme con... no sé, no tuve ese sentimiento de estar solo... La cuestión de la necesidad del otro...lo que más representativo fue decir: “bueno, necesito siempre un otro”, porque si no está el otro... Esa cuestión así tan individualista por ahí se vio afectada, por así decirlo... (Psicólogo, CAPS, Zona Sanitaria Capital 17-11-2021)

También ahora el tema, por ejemplo, es que yo no doy abasto con los pacientes y con la atención al personal. Es doble, claro... Ahora se junta todo. Viste que no es tenido en cuenta, esto teníamos que hacerlo siempre y tenía que ser algo habitual. Sin embargo, como que nosotros, como que no nos cuidamos entre nosotros (...) Lo más destacable es esto. Por ahí de cómo nos cuidamos, y fuimos aprendiendo a cuidarnos, ¿no?... a cuidarnos entre nosotros, esto del compañerismo, por ahí también es mucho ahora. Antes como que cada uno no se conoce: “Hola, así nomás” y ahora sí ya sabemos los nombres. Ya es otra apertura también con esta realidad nueva que nos toca”. (Psicóloga, Hospital, Zona Sanitaria Centro, 23-10-2021)

En términos generales, en relación a los cuidados de sí mismos, el personal de salud mental se vio interpelado también por su entorno familiar, comunitario y laboral, afrontando situaciones dispares con redes de contención entre colegas y, en ocasiones, con vínculos familiares que fueron acompañando la delegación del cuidado de sus propios hijos, las tareas domésticas, etc. El “aprender a cuidarnos” implicó un ejercicio de conocerse en un *nos-otres* diverso, donde lo personal cobraba nuevas texturas, imposible de eludirlas a la hora de encarar modos de producir lazos de sostén y espacios para canalizar las incertidumbres, el agobio, el estrés. La pandemia

como evento crítico significó, para los profesionales de la psicología, poner en juego tanto estrategias como tácticas a partir de las cuales la visión del campo de actuación estaba atravesada por dispositivos normativos preexistentes, nuevos protocolos y en reconfiguración permanentemente. Parafraseando a De Certeau (2000), mientras las *estrategias* suponen un agente con un dominio del campo y sus reglas de juego, es decir un manejo y cálculo de las relaciones de fuerza desde un lugar susceptible de ser circunscrito como algo propio desde donde administrar las relaciones y sus tensiones, las *tácticas* operan sin ese dominio del espacio, aprovechando las ocasiones y los intersticios en un marco de imposición de fuerzas que le resultan ajenas. En este sentido, estas últimas descansan en la posibilidad de incidir “golpe a golpe” en el tiempo, sin una visión acabada del territorio en el cual se ponen en acción. Basándonos en estas premisas, podemos sostener que muchas de las prácticas de los psicólogos se llevaron a cabo en terrenos de actuación dificultosos, donde el dominio del espacio social e institucional devino borroso, las estrategias hasta entonces implementadas no podían implementarse y la vorágine de la coyuntura implicó la proliferación de acciones tácticas según las lecturas que, momento a momento, se hacía de las situaciones que se presentaban.

A continuación, nos interesa retomar los testimonios de los compañeros de trabajo que refieren a la recepción de las actividades de acompañamiento realizadas por psicólogos. Como repondremos, esto implicó repensar las nociones de cuidado que iban de la mano no solo con tener equipos de protección personal (EPP), sino también de recursos para afrontar las situaciones de estrés laboral desde sus propias vivencias.

EL PERSONAL DE SALUD: LA EMERGENCIA DEL MALESTAR

Si bien la situación de pandemia descripta tendió a reforzar la concepción ya instalada de la atención de salud centrada en la afección biológica y el virus, fueron los propios integrantes del personal de salud (agentes sanitarios, enfermeras, administrativos, entre otros) quienes comenzaron a verbalizar su malestar emocional. Estas expresiones afectivas eran compartidas entre compañeros de servicio en los espacios de escucha que iban generando. En determinados lugares recurrieron a los profesionales de la psicología, con quienes trabajaban, procurando dar cuenta de la relevancia que requería el abordaje del malestar. En algunas oportunidades expresaron el malestar añadido que les significaba que sus emociones y padecimientos fueran obturados o silenciados:

Decir la verdad o expresar los sentimientos no está bien en un servicio integral capaz de soportarlo todo sin nada a cambio. (CAPS, Enfermería, Zona Sanitaria Capital, 23-10-2021)

Tengo claro que tengo estrés post traumático. Yo no estoy de acuerdo con el heroísmo, esto de que los trabajadores de la salud, como si fuéramos soldados. Muchas personas lo plantearon en términos bélicos... me parecía horrible. Pero sí, lo comparo con el trauma... Uno no está acostumbrado a vivir con tanta muerte, con tanto sufrimiento y con un rol tan prioritario, entonces estoy seguro que tengo un estrés post traumático. (Médico, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 24-11-2021)

Me pasó que tuve un ataque de ansiedad durmiendo que es algo que nunca me había pasado... tengo mis padres grandes, mi

papá tenía 84 años... llegaba viernes y volaba en el último colectivo muerta de sueño para ir a ver los viejos. Y me paso de no tener oportunidades de ir a ver a los viejos y compartir con mi papá que falleció hace poquito... no lo vi mucho por el COVID, no saber si tenía síntomas y si no me hisopaba debía tener muchos síntomas para que me hisopen... y si iba y los contagiaba me moría. (Licenciada en Obstetricia, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 27-01-2022)

Tendría que haber sido un profesional en salud mental el que hubiera tratado los casos, porque hubo compañeros que querían renunciar en cuanto al miedo. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Uruguay, 21-01-2022)

Me generó muchísima inseguridad con algunas cuestiones que me parecieron muy injustas y yo en un grupo de *WhatsApp* dije “si le llego a contagiar a mi hija me suicido en el hospital”. Eso llamó la atención y me pidieron que consulte con el psicólogo, lo consulté y me tranquilizo, me pidió que me ocupe de mí. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 29-09-2021)

Los testimonios recogidos expresan, de manera reiterada, la expectativa que se tuvo, desde el principio de la pandemia, respecto de recibir cuidados desde el punto de vista afectivo, extendiendo el sentido del cuidado al personal de salud de un modo integral, más allá de los protocolos contra el contagio del virus y la disponibilidad de los equipos de protección personal:

Trabajamos con mucho miedo porque mi experiencia fue mala en sentido que casi me deprimí... mi salida a terreno de ir a visi-

tar a mis pacientes. Paciente que hablaba, yo me tenía que poner doble barbijo, guante, bañarme con alcohol, porque a todas las personas que yo veía, todos tenían COVID... Hasta que llegué, di un alto y dije no, qué me está pasando, hasta que llegué a desconfiar por mis propios compañeros que tenían el coronavirus. No, pasé mal, pasé mal, lo que fue el año 2020, pasé mal. (Agente Sanitaria, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 14-09-2021)

A diario teníamos charlas de contención y de apoyo, y de solidaridad entre nosotros... nunca en la vida pasó, muchas veces yo terminaba haciendo el trabajo de enfermería y enfermería terminaba haciendo mi trabajo y el trabajo de los médicos, y los médicos a su vez también hacían mi trabajo y también yo hacía el trabajo de los médicos... En relación al estrés del personal de salud... cada vez que (nos toca) entrar a ver un paciente (tenemos que) tener todo un disfraz de bioseguridad... un casco, máscaras, camisolines o incluso mamelucos, en donde va todo tu cuerpo cubierto... Esto conlleva un estrés y un cansancio extra al cual no estábamos acostumbrados. (Licenciado en Kinesiología, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 02-10-2021)

Creo que no se tuvo en cuenta la parte emocional y cómo repercutió eso en las personas... Muy rara vez hablamos de lo que nos pasa a nivel emocional, por ahí hay un... no si se comparte igual. Nosotros acá hacemos almuerzos, reuniones, sí festejamos cumpleaños, hacemos alguna reunión allá afuera... ponemos una mesa, entonces estamos todos bien esparcidos; pero sí, eso que allá no pasaba, eso como equipo que también se va reforzando. En general, eso es lo que percibo. (Administrativa, agente sanitaria, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 03-06-2021)

Desde brindar los insumos, las herramientas de trabajo yo creo que sí, no se puede decir que no, porque se tuvo... Creo que desde la institución de salud, por un lado pienso, que ni siquiera tuvo tiempo de pensar mucho en eso, pero también es algo que se viene reclamando hace un montón de tiempo antes de la pandemia, que la institución pueda disponer de algún espacio para poder acompañar al personal justamente porque está expuesto a situaciones de mucha angustia, de mucho temor, de mucho dolor del otro... y todo el tiempo pareciera ser que somos robotitos [risas]. (Licenciada en Trabajo Social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 12-10-2021)

En relación con la autopercepción de la propia salud, el personal sanitario remitió sus pareceres en términos de desgaste, deterioro y debilitamiento generalizado. Esa percepción se fue agudizando en el transcurso de la pandemia. El conjunto de relatos da cuenta de la asociación del deterioro de la salud vinculado a una sobrecarga laboral con horas interminables de trabajo, a no tener momentos de descanso porque había que cubrir a compañeros de licencia por COVID, a “no poder parar” ante una demanda de atención que no cesaba, a la muerte como constante amenaza y a la imposibilidad de hacer el duelo de compañeros, familiares, pacientes, amigos. En síntesis, a todo un espectro de situaciones críticas que implicó un reacomodamiento permanente en las prácticas de trabajo. Así lo manifestaban en las entrevistas:

Al principio, me gustaba trabajar muchas horas. Después, ya sentía que tenía un desgaste físico y psicológico. Mi cuerpo no aguantaba mucho tiempo. Estar parado en esas cosas y ya mi cabeza, o sea, psicológicamente ya no aguantaba. Cualquier per-

sona que venía, ya le atacaba. (Agente Sanitario, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 07-09-2021)

Con el equipo uno hacía la descarga, como iban rotando las personas... un día hablábamos con uno distinto, entonces a quién le tocaba ese día era con quien nos poníamos a charlar sobre todo lo que estaba pasando... el hospital hace muy pocos meses que brindó el servicio de contención, de salud mental, o sea que abrió el espacio para que los servicios se puedan acercar; tampoco me vi con la necesidad... recién cuando lo verbalizo y es como que digo “¡Epa! Sí, fue una situación bastante complicada”, pero en ese mismo momento por la misma vorágine, la misma situación de esa crisis, es como que ¡tengo que resolverlo!... así fue: te parás y pensás, realmente, qué fue lo que pasó y cómo pasó. (Licenciada en Trabajo Social, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 01-09-2021).

Es paradójico, porque uno... A veces, mucha gente se termina enfermando dentro de su trabajo, sí, hoy puntualmente se puede ver mucho con las cuestiones de salud mental. Eso evidenció mucho ¿no? El proceso de atención sanitaria provoca en algunos trabajadores una... alguna problemática vinculada a lo que es la salud mental, estrés, cansancio, muchos problemas... hasta nosotros trabajamos todo el tiempo con problemas, casi nunca hay buenas y... y eso también se evidenció mucho, la situación estresante. (Licenciado en Antropología, Gestión, APS, Zona Sanitaria Capital, 14-03-2022)

Entonces los chicos (se refiere a sus colegas más jóvenes) vivieron muchas muertes acá. En lo que uno, por ahí con muchos años de experiencia... así y todo no quiere decir que soy la súper,

pero tenés un poco más de frialdad en este tipo de cosas. Y a los chicos les pegó mucho. Yo perdí a mi papá, por ejemplo, en la pandemia, este año, perdí a mi papá en [menciona la localidad] y no lo pude ver. Entonces, por eso es tan importante, fue tan importante que los chicos tengan un espacio de salud mental. Hacíamos traer, ahora ya no tanto, pero hacíamos traer a las psicólogas una vez a la semana o cada 15 días. Nos reuníamos todos en grupo y... y contar y hablar y qué pasaba. Y fue muy productivo eso. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Norte Paraná, 15-11-2021)

Me pasó que tuve un ataque de pánico, yo pensé que era algo del corazón. Yo no salía, yo estaba encerrada, iba del hospital a mi casa y por ahí a veces, con amigas, pero muy poco... y me pasó que fui al cumpleaños de una amiga, y en un momento sentí que me desmayaba, que el corazón me palpitaba a full, yo empecé a ver mucha gente y hace mucho no veía tanta gente... en el momento yo pensé “guau toda esta gente relajada” y se me vino la cantidad de pacientes que había en el hospital y lo mal que la estaba pasando. (Licenciada en Nutrición, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 20-01-2022)

Las secuelas y las huellas de la atención de la salud durante la pandemia en el personal sanitario se expresaron, tal como se desprende de los testimonios, en ataques de pánico y angustia, en desbordes e irritabilidad, en falta de comprensión, en los contrastes de la vida dentro y fuera de la institución donde la población iba relajando los cuidados. El trabajo de recuperar la voz del personal de salud con el objeto de reconstruir la narrativa colectiva de quienes atendieron y cuidaron ante los distintos padecimientos durante la pandemia, implicó acortar

la distancia entre el *saber* acerca de ella —propagación del virus— y el *comprender* la experiencia en pos de visualizar al unísono dimensiones que en términos generales aparecieron en la arena pública como disociadas.

REFLEXIONES FINALES

En este trabajo procuramos una aproximación a los modos en que los cuidados de otros y de sí se fueron activando conforme a las distintas situaciones que fueron emergiendo durante la pandemia. En los testimonios recogidos durante las entrevistas, identificamos distintas inquietudes y propuestas que iban en dirección de restituir las prácticas de atención fundadas en “la dimensión subjetiva, histórica y social, donde se requieren nuevos modos de gestión del trabajo en salud basados en la horizontalización e interdisciplinariedad (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012, p. 11-20). En cada uno de los relatos, las miradas respecto del proceso de salud-enfermedad-cuidado daban cuenta de la imposibilidad de aislar la salud mental de la salud en general. De allí que el “sufrimiento psíquico” o “padecimiento subjetivo” implique la necesidad de desplazar el eje de la enfermedad como “entidad autónoma” al del sujeto, a partir de reconocer sus condicionantes sociales y su capacidad de agencia (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012, p. 23).

Del análisis presentado, se desprende que aquellos aspectos de lo humano escindidos, invisibilizados, disociados en el imaginario del sistema de salud, emergieron tanto en las mismas comunidades como en el personal de salud, habituado a un abordaje biomédico. Las dimensiones sociales, personales y emocionales se impusieron como demanda, exigiendo una

revisión de la concepción general de salud que se materializa en las prácticas institucionales.

Lejos de agotar todas las aristas que despertaron las disyuntivas, los aprendizajes y los desafíos que cada coyuntura presentó, tanto en los ámbitos hospitalarios como en los CAPS, nos interesa dejar planteados tres aspectos.

En primer lugar, en relación con los contextos —no solo materiales, sino más bien en referencia a los entramados discursivos institucionales donde emergen estas narrativas— podemos concluir que, si bien los servicios de salud mental se sostienen en los distintos ámbitos de la Salud Pública Misionera, el carácter fragmentario de sus equipos enfrentó a dichos profesionales con exigencias asimétricas vinculadas a condiciones laborales previas de la pandemia. La escasez de profesionales destinados a dicha área y el sesgo marginal dentro de la estructura del sistema público antes de la irrupción del COVID-19, provocó una sobrecarga y exigencia mayor con la llegada de las nuevas problemáticas que surgieron con la pandemia.

En segundo lugar, rescatamos las referencias de nuestros interlocutores, cuyos cuidados estaban direccionados preponderantemente a les usuaries de los servicios. De repente se vieron ante diferentes demandas y focos de cuidado (compañeres de trabajo, familiares, sí mismos, sin descuidar usuaries), y sin una directiva institucional unívoca. Les distintas profesionales de la psicología se fueron disponiendo a atender demandas de acompañamiento de compañeres de trabajo en algunos casos, o de jefes de servicios en otros, de directores de hospitales, y en algunos casos a partir de iniciativas propias. Así como fueron diversas las instancias de demanda, también fueron diferentes las lecturas o interpretaciones de lo que se

constituía como problema, al igual que las estrategias que se crearon para resolverlos.

En tercer lugar, muchas de las estrategias que fueron creando generaban nuevos dilemas vinculados con la precariedad de los equipos en un proceso espiralado. En el mismo se iba evidenciando la importancia de planificar y materializar un plan de salud mental provincial integral, acorde a una concepción de la salud como proceso complejo, capaz de contemplar y prever el abordaje oportuno de todas las problemáticas que se evidenciaron en el transcurrir de la pandemia.

Si bien en el imaginario de atención de salud, la misma está direccionada hacia un otro, un tercero, que es la comunidad, o más ajustadamente, al sujeto social, en este recorrido por los decires de los trabajadores descubrimos que quien se ubica en el lugar de destinatario —desde el requerimiento de un cuidado de su salud—, específicamente desde el punto de vista subjetivo-afectivo, es también el personal sanitario. Este corrimiento del destinatario de la salud desde una terceridad (un otro) hacia la primera persona del singular o plural, implica una ruptura en cuanto a la histórica división imaginaria entre el objeto de la atención y el sujeto trabajador. La emergencia del padecimiento iguala a profesionales, administrativos, usuarios de los servicios. Los interrogantes e inquietudes durante la pandemia pusieron en primera plana la recuperación del estatuto de sujetos igualmente sufrientes de los trabajadores de la salud.

Ante la movilización de procesos psíquicos de angustia, duelo y ansiedad “quedaron expuestos los límites de los enfoques biomédicos y psicopatologizantes para dar cuenta de la complejidad del fenómeno y de la determinación social del padecimiento” (Breilh, 2020 en Lenta et al., 2022, p. 139).

En este sentido, nos resultó significativo recuperar las argumentaciones de Stolkiner y Ardila Gómez, quienes sostienen que el campo de la salud mental “se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologista-individual de la salud” (2012, p. 3), ya que recupera la dimensión social y subjetiva en las prácticas de salud-enfermedad-cuidados.

Al mismo tiempo, se nos presenta como desafío interrogar la noción dominante de salud que disocia la enfermedad del enfermo, a partir de cuestionar una concepción esencialista y cosificante de las enfermedades (Miranda Hiriart, 2018). El recorrido por estos testimonios, puso de relieve la importancia de generar un marco institucional para albergar el dolor y el padecimiento como experiencias subjetivas-afectivas que requieren ser escuchadas y resueltas tal como lo interpretan las personas que las enuncian.

BIBLIOGRAFÍA

Bourdieu, P. (2007).

La miseria del mundo. Fondo de Cultura Económica.

Bruner, J. (2003).

La fábrica de historia: derecho, literatura, vida. Fondo de Cultura Económica.

Castilla, V.; Kunin, J. y Blanco Esmoris, M. F. (2020).

Pandemia y nuevas agencias de cuidado. *Documentos de Investigación IDAES*, n.º 8. <http://noticias.unsam.edu.ar/wp-content/uploads/2020/11/Doc8-Investigacion-CastillaKuninBEsmoris.pdf>

Chama, M. (2012).

Psicoanálisis y salud mental o la renuncia a saberlo todo.

Tesis Psicológica, 7, 76-81. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139025258004>.

Das, V. (2017).

Cómo el cuerpo habla. *Etnografías Contemporáneas*, 3 (5), 302- 339.

De Certeau, M. (2000).

La invención de lo cotidiano: artes de hacer. Universidad Iberoamericana.

Escalada, M.; de Perini, L. y López, C. (2015).

Discusiones en torno a la nueva Ley de Salud Mental. Los equipos interdisciplinarios y su realidad en la provincia de Misiones.

Jornadas de Investigadores 2015. Secretaría de Investigación y Postgrado. FHyCS-UNaM.

Feierstein, D. (2021).

Un Balance social y político de la crisis del COVID 19COVID-19. Fondo de Cultura Económica.

Galende, E. (1990).

Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Editorial Paidós.

Herzlich, C. y Pierret J. (1988).

De ayer a hoy: construcción social del enfermo, *Cuadernos Médicos Sociales*, 43, 21-30. <http://saludysociedad.pbworks.com/w/file/attach/67765080/De%20ayer%20a>

Kohan, A. (2020).

El mundo se detuvo y quedamos pedaleando en el aire. *Revista Mate*. <https://revistamate.com.ar/alexandra-kohan-el-mundo-nos-silencio-a-nosotros-el-mundo-se-detuvo-y-nosotros-que-damos-pedaleando-en-el-aire/>

Lenta, M., Longo, R., Serantes, A., Riveros, B., Zaldúa, G. (2022).

Intervenciones en psicología social comunitaria y las dimensiones de la transformación social. En G. Zaldúa, M. Bottinelli y M. Lenta (coord.). *Salud mental comunitaria y pandemia: diálogo desde los territorios* (pp. 137-148). Editorial Teseo.

Margulies, S. y García, M. G. (2021).

Diario Antropológico de la Pandemia por COVID-19: Relatos del trabajo en instituciones de salud, noviembre de 2020. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias

Antropológicas.

- Mariano-Juárez, L. M., Rodríguez-Martín B., 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>
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23 (83), 86-95.
- Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós.
- Schiavoni, L.; Mac Lean, S., Rejala, R. y Genzone, L. (2022). ¿Quiénes son los trabajadores esenciales? Nociones de salud, identidades e interdisciplina en pandemia. En M. Lorenzetti, M. Avalos y L. Schiavoni (Comp.). *Trabajar, cuidar y curar: experiencias de los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19 en Misiones-Argentina*. Edunam.
- Stolkiner A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 57-67.
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en Salud Mental. *Actualidad Psicológica*, XXVI 26(239), 26-29.
- Ulloa, F. (2011). *Salud eleMental. Con toda la mar detrás*. Editorial Paidós.

LA VACUNACIÓN COVID-19 COMO
PROCESO SOCIAL: EXPERIENCIAS DEL
PERSONAL SANITARIO EN MISIONES¹

Miguel Alejandro Avalos y
Lidia del Carmen Schiavoni

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se enmarca en un proyecto de investigación más amplio, a partir del cual buscamos conocer las experiencias de los trabajadores y trabajadoras del sistema público de salud durante la pandemia. La búsqueda giraba en torno a comprender las diversas situaciones que atravesaron los equipos de sanitarios a lo largo del país, que fueron configurando las formas de atención/trabajo durante la pandemia. En este proyecto, diseñado en junio de 2020, hubo una temática que todavía no se avizoraba en el horizonte: las vacunas. Motivo por el cual nuestras dimensiones analíticas y guías de entrevistas no consideraban esta cuestión como un tópico a ser indagado. No obstante, y gracias al enfoque adoptado —de tipo cua-

1. Versión revisada y ampliada de la ponencia “Miradas locales a un proceso global: la vacunación contra la COVID-19 desde los trabajadores de la salud de Misiones”, presentada en las III Jornadas de la Red Argentina de Antropología y Salud, julio de 2022, UNR.

litativo/etnográfico— que se caracteriza por su flexibilidad y apertura (Guber, 2011), sí pudo ser recuperado durante el trabajo de campo junto a las distintas vicisitudes y replanteos en torno a la vacunación que nos compartía el personal de salud.

Durante la realización de las entrevistas, entre los meses de agosto de 2021 y enero de 2022, las vacunas y el proceso de vacunación se convirtieron en un emergente que se impuso y pudo ser reconocido como marcador de hitos en la vida cotidiana de los/as trabajadores/as y en los modos de organizar sus labores dentro del sistema de salud. Identificado como un antes y un después durante el transitar de la pandemia, el proceso de vacunación no supuso únicamente la reducción en la ocupación de camas en terapia intensiva y la disminución de la mortalidad por COVID, sino que también implicó un cambio en el clima social acerca de la tragedia y la incertidumbre que signaron el 2020. En consonancia, nos referimos a la vacunación como proceso social en tanto abrió debates y posicionamientos diversos referidos no solo a cuestiones geopolíticas, sino también a modos de pensar las políticas sanitarias, la comunicación y la investigación en salud, en simultáneo con las maneras de garantizar su acceso de manera prioritaria y masiva al mismo tiempo.

El material empírico que integra este trabajo está conformado por un total de 22 registros, seleccionados de la base de entrevistas realizadas en el nodo Misiones (86 en total), con la condición de que en ellas se hicieran referencias significativas sobre las vacunas/vacunación. De todos estos registros, dos fueron entrevistas colectivas, es por esto que señalamos que los/as interlocutores/as son un total de 27 trabajadores/as: ocho enfermeros/as, ocho administrativos/as (de distintos sectores: contabilidad, estadísticas, admisión, entre otros),

tres médicos/as, dos trabajadores/as sociales, un personal de seguridad, una psicóloga, un bioquímico y tres agentes sanitarios/as. Estos trabajadores/ras desempeñaban sus tareas en distintos centros asistenciales de la provincia (zonas urbanas y rurales), de diversos niveles de complejidad (desde Centros de Atención Primaria —en adelante CAPS— hasta hospitales de tercer nivel). Como vemos, la diversidad de nuestra muestra responde a una elección metodológica consensuada a nivel general dentro del proyecto de investigación sobre qué entendemos por equipo de salud. Partimos de una concepción amplia que considera como trabajador de salud a toda aquella persona que, desarrollando sus labores en el sistema sanitario, se dedica —de manera directa o indirecta— al cuidado y atención de las enfermedades y la promoción de la salud de la población humana (Naciones Unidas, 2009). Nos interesaba, en este sentido, recuperar toda la red de relaciones que hace posible la asistencia a las/os usuarias/os del sistema público de salud, visibilizando la pluralidad de voces y roles que frecuentemente se tiende a subestimar o bien no se repara en ellas con suficiente detenimiento.

La estrategia metodológica adoptada en esta investigación priorizó las narrativas de los/as trabajadores/as del subsistema público de salud, entendiendo que estas revisten la característica de ser performativas, situacionales y relacionales (Castellanos, 2014, p. 1069). Es decir, no solamente denotan una realidad, sino que al mismo tiempo la moldean, permitiéndonos ubicar a nuestros interlocutores en una trama sociocultural y política, más amplia, donde los decires, sentires y haceres cobran sentido. Sin embargo, resulta relevante señalar que las narrativas también nos permiten acercarnos a los sinsentidos, a aquello que no funcionó según lo proyecta-

do, a las renuencias y a lo no esperable (Bruner, 2003, p. 52). De este modo, rescatamos cierta temporalidad a partir de esas narrativas, las cuales responden a las formas de experimentar el tiempo y el espacio durante el marco pandémico, con sus matices, contrastes y vivencias diferenciales, en función de los roles que ocupan/ocupaban estos trabajadores en el sistema.

Si la pandemia implicó una reorganización de gran parte de los servicios de salud, la especificidad que implicó la llegada de las vacunas y el proceso de vacunación en sí, también demandó un reajuste en los sistemas locales de determinados protocolos, reordenamiento de los espacios y reconfiguración de los recursos humanos. Podemos pensar en un antes, un durante y un después de la vacuna, es decir en una temporalidad específica que dejó sus huellas. Inicialmente la idea y el deseo de su fabricación, junto con los temores y las dudas al respecto de su producción y eficacia, pero también los preparativos logísticos para su arribo. Posteriormente, con la llegada de los primeros vuelos que trajeron las “vacunas rusas”, anhelos y esperanzas, ya estaban frente a cada uno de los trabajadores: estar vacunados (o no), tener compañeros/as vacunados (o no, por voluntad propia). Hasta que, en la actualidad, todos reflexionan sobre su aptitud y utilidad. Para abordar estos aspectos describiremos el contexto local de estudio y los desafíos que implicó la reestructuración de las prestaciones de salud antes de que las vacunas se instalaran en la arena pública como posibilidad de afrontamiento de la pandemia. Luego de este recorrido, esbozaremos algunas reflexiones que nos permitan responder los siguientes interrogantes: ¿cómo fue recibida la vacuna entre los/as trabajadores/as?, ¿qué reajustes implicó su llegada?, ¿cuáles fueron sus experiencias en cuanto al

proceso de vacunación?, ¿de qué modo se reorganizaron las prestaciones de salud en la pandemia?

Recuperar las experiencias desde la temporalidad que abrió el proceso de vacunación, siguiendo las perspectivas del personal de salud, nos permite ahondar en las prácticas y sentidos que permearon su labor de acuerdo a los desafíos y posibilidades de acción en los distintos momentos de la pandemia. La propuesta apunta, entonces, a poner de relieve la complejidad de situaciones que redefinieron los autocuidados y cuidados de la salud al interior de los equipos, así como también las relaciones con la población usuaria.

CONTEXTO DE ANÁLISIS

Misiones, en tanto provincia argentina, comparte a nivel nacional una serie de normas que regulan las prestaciones de salud y, como se trata de un país federal, cada jurisdicción las adecúa y/o reformula en función de su singularidad. En nuestro caso, tener un 90% del perímetro provincial con fronteras internacionales significó interrumpir flujos de personas, mercancías, servicios, afectos (entre otros aspectos) durante más de un año. Por ello se vieron afectadas las estrategias de vida de los misioneros dado que el continuo fluir de un país a otro se vio cortado y, aunque el paso de Puerto Iguazú quedó abierto parcialmente para entrada de camiones de carga de insumos esenciales, en otras regiones, de modo informal, se mantuvieron algunos intercambios con los consecuentes riesgos (Guimarey, 2022).

Puerto Iguazú y Posadas son dos pasos fronterizos con puentes internacionales que articulan poblaciones muy

numerosas. Estas dos localidades fueron, en el inicio de la pandemia, las únicas entradas a la provincia habilitadas que debieron distribuir el personal de salud entre el ámbito asistencial y el de control del ingreso:

Porque resulta ser que aquellos que estaban con algún factor de riesgo, eran mayores de 60 años no estaban trabajando. Entonces por eso se recargaba más a la gente. ¿Qué pasa? La misma gente que trabajaba en los centros de salud, en el hospital o en laboratorio, tenía que dejar sus guardias allá, o sea, completaba su horario y así ahora entra en el puente [internacional con Encarnación, Paraguay], en el arco [ingreso a Misiones por ruta nacional 12], ¿no es cierto? y al principio también teníamos los controles en todas las áreas. (Enfermero, varón, 52 años, CAPS, Zona Capital, entrevista 832, 02-11-2021)

Nosotros estamos en un sector de frontera, que es muy difícil porque tenemos tránsito de personas. Al principio fue un cierre que también eso nos hizo que el personal nuestro tuviera que estar por todos lados, en las áreas fronterizas, en el aeropuerto... tuvimos que empezar a... el equipo de trabajo de salud empezar a desarrollar labores en distintos ámbitos para poder controlar primero que no ingrese gente que está enferma...Y segundo, controlar el tema también de hacer una exhaustiva campaña de vacunación. (Personal administrativo, Mujer, 57 años, Zona Norte Paraná, entrevista 870, 07-09-2021)

Una vez declarada la pandemia por la COVID-19 y establecida la cuarentena estricta (el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, ASPO), el Ministerio Provincial de Salud se dispuso a preparar a sus equipos técnicos y profesionales, así

como ampliar el equipamiento y adecuar las instalaciones sanitarias para poder responder a los casos que surgieran. La primera etapa (2020) resultó la más crítica dados los escasos conocimientos sobre la enfermedad y su posible tratamiento, así como la inseguridad al no disponer aún de las vacunas:

Primero cuando empezó, que en realidad fue re traumático, tuve que frenar con un montón de cosas y estar alerta a un montón de cuestiones y de factores. Ahí fue un cambio abrupto, porque también era la persecución de tener el virus dando vueltas. Sí llegaba a mi casa, entonces llegaba a mi casa y era alcohol, lavandina, bañarse, todo el protocolo a seguir. Después, cuando empezaron a flexibilizar algunos espacios, ahí es como que me empecé a tranquilizar. (Agente sanitario, mujer, 32 años, CAPS, Zona Capital, entrevista 809, 03-06-2021)

En Misiones se demoraron en aparecer los primeros casos² lo cual permitió ajustar los preparativos, aunque el ingreso masivo de turistas argentinos y extranjeros por Puerto Iguazú fue desde el inicio un desafío para los hospitales del Alto Paraná y para las autoridades sanitarias locales una intensa labor:

Se produjo el cierre de Ezeiza y todos los turistas argentinos que quedaron varados en el extranjero, tuvieron que ingresar por Brasil y por el puente Tancredo Neves... no sé si voy a decir bien el número... como 52.000 personas en esos 15 días, entonces tuvimos que ser el nexo para que ellos puedan ingresar al país.

2. El primero se registró el 27 de marzo del 2020, un varón de 71 años que había llegado de Europa.

(Médico, varón 59 años, Zona Norte Paraná, entrevista 854, 20-10-2021)

No fue una tarea fácil, pues no solo se trataba de gran cantidad de gente en un tiempo breve, sino que también había que considerar las situaciones diversas que atravesaban:

Y bueno, exigió un trabajo en conjunto. Donde, por un lado, uno tenía que tener en cuenta la situación sanitaria de esa persona, por otro lado, había que ver el problema migratorio. Si reunía o no reunía las condiciones migratorias. Había cuestiones que eran humanitarias, que estaban por encima de todas las cuestiones migratorias y después cuestiones logísticas. Porque esa gente que estaba volviendo, ya había reprogramado dos o tres veces el regreso. Le habían cobrado el boleto, volvió a sacar, le volvieron a cobrar y ya llegó sin ningún peso. Tampoco nosotros los podíamos tener en un campo de refugiados, sino que teníamos que ver de qué manera armábamos toda la logística para que esa persona pudiese volver a donde debía llegar, ¿no cierto? Había extranjeros que iban a Europa, otro que iba a Salta, el otro iba a Neuquén. (Médico, varón, 59 años, Zona Norte Paraná, entrevista 854, 20-10-2021)

La articulación entre diferentes áreas fue imprescindible para lograr la derivación de las personas hacia sus lugares de destino en dos semanas y seguros de que no estaban contagiados y, si lo estaban, garantizar las condiciones para que atravesaran la enfermedad del mejor modo:

Entonces se necesitaba mucho de sentido común. Y bueno, con los equipos realmente trabajamos de una manera asombrosa y

ese vínculo queda hasta aun hoy día... Por eso lo remarco. O sea, acordamos... eran acuerdos, así tácitos. Entonces el de Migraciones nos decía “Bueno, vos resolvé lo sanitario. Yo veo cómo resuelvo lo migratorio” y el de Aduana, lo que tenía que ver con esa cuestión y bueno y... veíamos. O sea, cada uno como decía, hacía la parte que le correspondía, pero siempre mirando un conjunto que era resolver. (Médico, varón, 59 años, Zona Norte Paraná, entrevista 854, 20-10-2021)

El control y cierre de las fronteras fue paralelo a la preparación de las unidades de COVID en las distintas zonas sanitarias y de acuerdo a sus estructuras y niveles de complejidad previos.

De este modo, se logró implementar unidades de terapia intensiva en numerosos hospitales de ciudades medianas y pequeñas, entrenar al personal de salud para el tratamiento con casos de COVID y suministrar los insumos necesarios para la protección personal, así como para atender a la población afectada. Estas acciones tuvieron un alcance dispar, pues se priorizaron las ciudades más pobladas, derivándose a las personas con el diagnóstico positivo desde las localidades más pequeñas hacia las mejor equipadas o en sentido inverso cuando el tratamiento resultaba. Una entrevistada relataba “Nos mandaban pacientes de COVID del hospital de Eldorado... nos mandaban directamente para terminar su tratamiento, nunca tuvimos pacientes de COVID en grave estado, sino que siempre para terminar el tratamiento nomás, una vez que estaban estables” (Enfermera, mujer, 37 años, Hospital Nivel I, Zona Norte Paraná, entrevista 869, 12-01-2022).

En la ciudad de Posadas, uno de los hospitales se estableció como referencia para pacientes con COVID y la mayoría de los casos fueron atendidos allí. El sector privado también tomó

medidas para la atención de estos pacientes, en concertación con el sector público según las zonas de la provincia y la gravedad de los casos.

Si bien la Argentina ha participado en el desarrollo de varias vacunas contra la COVID-19 entre ellas la fabricada por AstraZeneca, Pfizer, Johnson & Johnson, Sinopharm, el país se vio provisto hasta fines del primer trimestre de 2021 de un único proveedor: Gamaleya, Rusia; recién en abril de 2021 comienzan a llegar las dosis Sinopharm, desde China. El 23 de diciembre de 2020, el Ministerio de Salud de la Nación, como organismo rector del sistema de salud presentó el “Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en Argentina”, siguiendo los estándares delineados desde la OMS y OPS. Según el plan, la vacunación debía realizarse ponderando la adscripción de las personas a tres grupos: expuestos/prioritarios, en riesgo, y vulnerables. En función del riesgo a la exposición, y su labor estratégica, el personal de salud encabezó la lista de prioritarios para ser inoculados. En el mismo grupo y siguiendo a los sanitarios, se encontraba el personal de las fuerzas armadas y de seguridad, y el personal docente (de nivel inicial, primaria y secundaria). En función del riesgo de enfermedad grave se escalonaron los grupos de edad, comenzando por los adultos de 70 años o más. Y, finalmente, en función de la vulnerabilidad, a todos aquellos residentes de barrios populares, población originaria, personas privadas de la libertad, entre otros conjuntos. Cabe mencionar que la inoculación de las personas mayores de 70 comenzó a efectuarse ni bien se cubrió el grupo de los equipos sanitarios, tal como profundizaremos más adelante.

En el mismo plan se estableció que las jurisdicciones debían coordinar a nivel local todo el procedimiento para la

vacunación —un “plan estratégico”—, desde la recepción y resguardo de las ampollas, hasta la carga en el sistema informático de las inoculaciones efectuadas. El 29 de diciembre de 2020, se inició la campaña a nivel país, pero en Misiones, el plan estratégico local recién vio la luz a mediados de febrero de 2021. No obstante, y siguiendo la premisa de la prioridad del sector salud, se procedió a vacunar a los equipos de toda la provincia. La estrategia local establecía el siguiente orden de prioridades para las primeras inoculaciones: 1. Personal de salud. 2. Docentes activos. Mayores de 60 años de edad o con comorbilidades. 3. Geriátricos: Internos y personal, 4. Personas mayores de 75 años de edad, 5. Personal de Fuerzas de Seguridad. Aunque hubo una respuesta positiva masiva, casos singulares quedaron sin vacunar y algunos de ellos se contagiaron y fallecieron, lo cual afectó significativamente algunos equipos a la vez que constituyó una alerta ante quienes dudaron en hacerlo. Las acciones de salud en el 2021 se tornaron menos críticas, aunque hubo numerosos contagios y fallecimientos; considerando la disposición de las vacunas y tratándose de una población joven, en pocos meses hubo importante cobertura. A pesar de ello, nuestra provincia en el contexto nacional es una de las de menor aplicación de vacunas (Monitor Público de Vacunación, 2022).

“NO SABÍAMOS CÓMO MANEJAR LA SITUACIÓN”

A diferencia de otras regiones del país, Misiones tuvo un margen de tiempo para “prepararse” —como señalamos antes— previo a la aparición de los primeros casos de pacientes con COVID-19. Las autoridades del ministerio provincial y los responsables de los hospitales y centros de salud contaron con unos meses para organizar las unidades que atenderían a los enfermos y también para replantear los servicios de rutina que no se podían suspender (enfermedades crónicas muy riesgosas y las urgencias y emergencias). En dicho contexto, las/os trabajadoras/es se sintieron amenazados por el virus y con pocas herramientas para enfrentarlo, a pesar de haber atravesado otras epidemias como Dengue. Un administrativo nos decía:

Pero después sí, todo se organizó y fue todo mucho mejor, con respecto a la información, de los tratamientos, todo. Los primeros meses fue triste, y traumático. Y eso fue lo que marcó un cambio, el tener otra información. Y la cotidianidad... de que, de cada cien, cincuenta tenían, ese era el índice [de contagio] en la guardia. (Personal administrativo, mujer, 40 años, Zona Capital, entrevista 852, 03-10-2021)

Para nosotros, cuando comenzó la pandemia, era todo nuevo. No sabíamos cómo manejar la situación. Casi entramos en pánico. Porque decíamos se nos viene la muerte a todos. Lo que más nos preocupaba, era que la población no se muera y no sabíamos cómo trabajar porque es una enfermedad desconocida para nosotros más allá de que siempre estamos trabajando con cualquier clase de enfermedades. (...) Pero esto era algo insólito porque no

era solamente acá en nuestra población de Misiones Argentina, sino a nivel mundial. Eh, y nos entró a preocupar. (Enfermero, 40 años; entrevista 832, 02-11-2021)

Normas generales protegían a los trabajadores de mayor edad (60 años y más) o bien a mujeres embarazadas (se desconocían los efectos del virus en el embarazo), o a otros trabajadores con dolencias que se acentuaban con el virus o bien que impedían suministrar los tratamientos básicos disponibles (asma, cardiopatías diversas, obesidad, diabetes, etc.). En cada centro de atención se definió quiénes podían seguir trabajando con las medidas de protección disponibles en cada momento y quiénes debían quedarse en sus casas o pasar a tareas con menor riesgo de exposición frente al virus. No obstante, es destacable el compromiso de algunos trabajadores de la salud que, pudiendo haberse quedado en sus casas por edad o comorbilidades, siguieron asistiendo a sus lugares de trabajo. Tal fue el caso de una enfermera que expresaba:

La enfermera del turno tarde trabaja solita, sola. Una persona adulta. También con una obesidad, porque también podía tener riesgo. Pero también vino a trabajar, nunca faltó, siempre se presentó a trabajar. Eso también destaco de la compañera del turno tarde. Sé, porque hacemos el cruce de guardia con ella. (Agente sanitaria, mujer, 44 años, CAPS, Zona Capital, entrevista 829, 14-09-2021)

La restricción de personal significó un recargo de tareas para los que se quedaron. Como lo señalamos antes, no siempre hubo posibilidades de contratar a otros (sea por falta de recursos económicos o por ausencia de técnicos o profesio-

nales en la zona). Los laboratorios bioquímicos fueron uno de los escenarios críticos; manipular muestras infectadas o potencialmente infectadas fue un riesgo atravesado tanto por técnicos como por bioquímicos. Pero más allá de los recaudos en la tarea en sí, el contacto o la circulación cercana con otros profesionales que atendían pacientes con COVID multiplicó las posibilidades de contraer la enfermedad. La rigurosidad en el cumplimiento de las medidas de protección era clave para mantener a los equipos:

Previo a la vacunación, después de darse cuenta que quedaba muy poca gente en el laboratorio hubo que organizarse porque a medida que empezamos a tomar ciertas medidas de precaución también empezaron a aparecer otras situaciones que llevaban o que llevaron lamentablemente al accidente de que las personas también se contagiaban... sí porque uno está en contacto con médicos, enfermeros, técnicos, de limpieza, etcétera... personal de seguridad, y todos tienen que estar tomando medidas de precaución para no enfermarse. (Bioquímico, 30 años; Zona Capital, entrevista 858, 22-11-2021)

Pero no siempre las nuevas instrucciones estaban claras; en algunos casos, la falta de documentos escritos (sean notas o reglamentos *ad hoc*) llevó a inconvenientes y desacuerdos entre los propios trabajadores. Aunque desde el equipo de salud surgieron respuestas para garantizar la información confiable y estar atentos a las recurrentes modificaciones, se conocía muy poco de la enfermedad y las medidas de protección y cuidado se actualizaban permanentemente. Es destacable la capacidad de estos trabajadores para plantear soluciones y seguir dando respuestas en los servicios a cargo:

Entonces se nos ocurrió en su momento armar un grupo [de WhatsApp]. Solo de COVID con un responsable de cada centro de salud para poder trabajar esta situación. Lo primero que todos hicimos fue reclamar todo lo que sean los insumos de guante, barbijo... porque primero pensamos “bueno el guante y los barbijos y ya está”. (...) Pero después nos dimos cuenta de que el contagio iba mucho más allá, que era mucho más grave la situación. Se empezó entonces a pedir todo lo que sea, el equipo completo de protección para cada personal de salud que se desempeñaba en los centros de salud... porque nosotros nunca dejamos de atender a la gente, siempre se utilizó los medios necesarios de protección tanto para el personal de salud como para la comunidad... Y se respetó siempre los aislamientos. Entonces se empezó a trabajar así. (Enfermero, 40 años; zona capital, entrevista 832, 02-11-2021)

Como la disposición de insumos para la protección y el cuidado no era regular, fueron adaptando las medidas según los recursos que disponían, por ejemplo, usar los mismos guantes para atender hasta cinco pacientes con un enjuague de alcohol entre paciente y paciente. Algunos trabajadores no eran tan estrictos con el uso de los equipos de protección, pero entre los compañeros se apoyaban y alentaban a cumplir con las normas de cuidado ante la incertidumbre:

Obviamente la protección personal la tenían que usar... barbijos, la máscara facial y demás. El tema es que ellos [los compañeros de trabajo] decían... si nosotros no nos cuidamos y llegamos a tener un paciente COVID... que por alguna razón... por ejemplo entra a cesárea y da positivo de COVID... ese era el miedo. Entonces tratamos de siempre resaltar el cuidado, el lavado de

manos, usar el equipo de protección... justamente... tuvimos casos que sí, fueron hallazgos... Venían por otra cosa, venían a operarse, se hacían un hisopado y estaban sin síntomas. Les daba en un test rápido, el positivo y directamente lo teníamos que aislar, transferir a la sala de COVID. Allí se evaluaba si se posponía su cirugía, para cuándo... si le daban el alta con el seguimiento desde la casa o seguía acá... Se reprogramaba la cirugía. (Enfermera, 30 años, Zona Sanitaria Norte Paraná, 824, 03-11-2021)

El miedo a contagiarse y a contagiar a sus familiares en el espacio doméstico llevó a que la mayoría de los trabajadores de la salud, estuviese o no en contacto con pacientes con COVID-19, usara el equipo de protección personal. Pues los casos podían *saltar* en cualquier servicio:

En cuanto a los cuidados, al principio fue de mucho miedo, llegar a tu casa, sacarte el zapato, tirar el barbijo, o sea desechar el barbijo. No podía tener contacto con él [bebé] hasta que yo no me higienice bien; después llegaba, le daba la teta. Igual nunca se me fue el miedo de qué podía llegar a pasar. Después vino la vacunación, y con la vacunación sentí más seguridad, porque se suponía que yo le pasaba anticuerpos a mi bebé con la lactancia. Y es algo que traté de sostener, y fue una decisión, fue la lactancia. Es decir, no cortar la lactancia. Todos me decían, cuando salió la vacuna, me dice “¡cortale la lactancia!”, “No, ¡no!”, le digo, “No tiene ni un año ¿cómo le voy a cortar la lactancia?”. (Personal Administrativo, mujer, 36 años, Hospital, Zona Capital, entrevista 845, 12-11-2021)

Muy movilizante, y creo que todos teníamos los mismos miedos. Teníamos ganas de trabajar por la comunidad, pero después

sabíamos que volvíamos a la casa. Creo que ese fue uno de los miedos más grandes que tuvo el personal de salud, porque llegaba un momento que no sabíamos si usar el barbijo, el alcohol en gel y la distancia... no sabíamos si eso alcanzaba para cuidarnos a nosotros... pero también cuidar al que quedó en casa. (Chofer, varón, 38 años, Zona Norte Paraná, entrevista 819, 22-10-2021)

Los cambios que se produjeron de modo drástico tomaron a muchas/os trabajadoras/es por sorpresa, no obstante, es destacable la capacidad de respuesta de los equipos. Por ejemplo, el rol de las/os trabajadoras/es sociales que establecen la conexión entre los pacientes y los centros asistenciales para tratamientos crónicos de riesgo (diálisis, quimioterapia, rayos, entre otros) fue clave, y su compromiso y responsabilidad para sortear obstáculos de los más diversos posibilitaron cumplir con las sesiones indicadas:

Y en su comienzo era todo nuevo, toda una nueva estrategia... la burocracia misma de los papeles era todo virtual. Se transformó rápidamente en algo virtual y todo fue nuevo... y el paciente no venía... venía solo hacerse la quimio o la práctica médica y en eso fue luchar por la falta de albergue... todas unas nuevas estrategias tuvimos que hacer porque el albergue cerró y de ahí viendo con las colegas que tampoco trabajaban en los municipios porque todo se paró... y ahí fue ver cómo venía el paciente... fue una nueva manera de existir del paciente porque el paciente tuvo que ver cómo venía. No había colectivo, no había recursos, pero en ese momento era ver si el paciente tenía para su pasaje y si el municipio le ayudaba y cómo hacer para venir... la pandemia pasó en el Instituto [Provincial del Cáncer] y nosotros teníamos que ver cómo hacíamos. Nuestra población, la mayoría son to-

dos pacientes de riesgo. (Trabajadora Social, mujer, 35 años; Instituto, Zona Capital, entrevista 834, 14-12-2021)

Replantear todas las actividades no fue posible y menos aún con el personal reducido; de este modo, la solución más rápida fue suspender actividades, por ejemplo, las de promoción. Al ser las salas de espera espacios reducidos para mantener la distancia de seguridad entre personas, no era posible desarrollar charlas o talleres en los CAPS. En los servicios de emergencia donde no se pudo garantizar la presencia de médicos, solo se mantuvo al personal de enfermería con lo cual se limitó la atención de los casos a lo que este podía resolver. Los pacientes eran orientados hacia las guardias de los hospitales. Se planteaban situaciones complejas en esta región por la persistencia del dengue y la similitud de los síntomas con la COVID-19:

Sí, teníamos casos de personas que venían a la guardia con síntomas de dengue y la gente creía que era COVID y a veces entraban en disputa con el médico, porque el médico les decía “Lo tuyo no es COVID, es dengue”, “No, es COVID...”, y así estaban. Fue difícil manejar esa parte también porque justo se mezclaron las cosas. (Enfermera, mujer, 56 años, Hospital Zona Norte Paraná, entrevista 822, 11-11-2021)

Se priorizó recuperar la atención de los médicos clínicos o generalistas, para garantizar la medicación y los controles a los pacientes crónicos. Así se fueron reorganizando las actividades; por ejemplo, se establecieron turnos con una espera mínima de 15 minutos (que se pudo cumplir en el 2020 antes de la vacunación) o bien otras estrategias como la que comenta un profesional de enfermería de la Zona Capital:

Hay una médica, por ejemplo, le dejan, nosotros le decimos los cuadernos, y la libreta de los pacientes crónicos y ella les rellena los pedidos; le hace los pedidos de estudio, la medicación y entonces ellos pasan y retiran. Entonces de esa manera no se corta la atención. Entonces se la ve a la médica haciendo eso. También atiende pacientes, pacientes ambulatorios. (Lic. de Enfermería, Zona Sanitaria Capital, APS, entrevista 807, 14-06-2021)

Lo que se suspendió al principio unos meses fue atención del niño sano, pero eso se suspendió al principio porque era un riesgo llevar a un chiquito solo para control de niño sano a un centro de salud... cuando en un centro de salud podía haber alguien que esté contagiado y contagiar al bebé, entonces eso al principio se suspendió. (Lic. Enfermería. Zona Sanitaria Capital APS, 832)

Los padres también tenían miedo de llevar sus hijos al CAPS si no era una emergencia; en relación con ello, recuperar el ritmo de los controles para el niño sano está costando, pues en pocos meses se perdió una rutina que llevó mucho tiempo instalar.

“¿CUÁNDO LLEGARÁN?” LAS EXPECTATIVAS ANTE LAS VACUNAS

Numerosos trabajos abordan la cuestión de la “percepción” y especialmente la “aceptación” de las personas ante la vacuna entre distintos conjuntos poblacionales (Caserotti et al., 2021). Cuando los estudios se realizan entre los integrantes de los equipos de salud, las muestras suelen restringirse a determinados grupos profesionales —como personal de enfermería, médicos intensivistas y otros— dejando de lado las otras

visiones que también conforman el *staff* sanitario (Gómez y Páramo, 2021), voces y narrativas que hemos decidido incluir en este estudio.

Las noticias acerca de las vacunas comenzaron a llegar, y esto despertó una serie de expectativas y sentimientos de esperanza, de incertidumbres y temores que muchas veces se albergaban en una misma persona. Del mismo modo, en los equipos de salud tampoco había una opinión unificada, desde las entrevistas con el personal de seguridad hasta en las conversaciones con los directores/as de hospitales, nos encontramos con un cúmulo de experiencias que ponen en evidencia estas emociones encontradas “y nos preguntábamos: ¿qué sabes de las vacunas, van a llegar?... van a llegar... y viste... era mucha incertidumbre y ansiedad...” (Enfermera, 30 años; entrevista 824, 3-11-2021). O en las palabras de un médico “me genera un poco de ruido, o sea, no puedo evitar que me haga ruido que estas vacunas que en siete meses fueron aprobadas sin trabajo serio, sin una población fuerte, me da un poco de ruido” (Médico, 36 años; Zona Norte Paraná, entrevista 846, 16-12-2021).

A partir de noviembre empezó la etapa de vacunas. Empezó la cuestión de las capacitaciones de cómo se iban a tratar las vacunas. En el caso de los vacunadores, la capacitación de cómo vacunar, porque bueno cada uno tiene una forma de hacerlo, un tratamiento diferencial, también con el tema del frío [para su conservación]... Se podría decir que a esta altura del año pasado mirábamos con mucha esperanza la posibilidad de la vacuna, porque empezaron a aparecer las primeras novedades... Esa etapa, como te decía, yo la catalogaría de esperanza... porque uno veía venir la esperanza de que funcione, como al final funcionaron. (Administrativo, 45 años, entrevista 820, 29-11-2021)

Cuando se habló de las vacunas... que venían me puse feliz... hubo una repercusión pública, tanto en radio como televisión, los medios siempre se encargan de divulgar cierta información que no son así, que nosotros como salud sabemos. Decían que la Sputnik tenía mucha mala repercusión, que era mala, que tenía imán, que te ponían un chip. Yo decía que prefería que me mate la vacuna, que estar en una cama toda entubada. (Enfermera, 44 años; Zona Capital, entrevista 829, 14-09-2021)

Era la incertidumbre de cuándo iban a llegar las vacunas... también había muchos colegas que no querían, al principio, colocarse la vacuna... pero era porque había mucha incertidumbre. Había mucha información de nada... Entonces era “no, no me voy a poner”, “no, no...”. Era así... Tuvimos algunas resistencias del personal que no se quería vacunar y después tratamos de hablar, de convencerlo por algún lugar. (Enfermera, 30 años, Zona Norte Paraná, entrevista 824, 3-11-2021)

Los medios de comunicación aparecen como actores importantes en la vacunación, desde antes de su llegada. Diversos estudios señalan la importancia que tenían los medios de comunicación (y aún tienen) en la pandemia. En agosto del 2020, la OMS acuñó el término de *infodemia*, condensando en este aquella “sobrereabundancia de información y la rápida difusión de noticias, imágenes y videos engañosos o inventados” que se estaba produciendo en torno al COVID-19 y, especialmente, a las vacunas, para pensarlas como parte integral del proceso de atención/prevención. Más allá de este proceso, que se viene desarrollando en relación con todas las vacunas, en nuestras latitudes nos encontramos con otros elementos que se suman a esas condiciones: las vacunas eran

rusas y el personal de salud el primer conjunto poblacional a vacunar. Mutuverria y Roldán señalan que “la generación de desconfianza hacia la vacuna Sputnik V es —puramente— ideológica. Y el descreimiento científico, también lo es, porque apunta directamente a Rusia, y a los constructos culturales que se formaron alrededor de dicha nación” (2021, p. 9).

Al principio sí hubo como... la información, los medios de prensa... lograron el objetivo que era imponer el miedo... Pero cuando ya se empezó la vacunación y que la gente se empezó a vacunar, fue alta la adhesión. Por lo menos en nuestra zona fue alta la adhesión. La mayoría de la gente y del personal se vacunó. (Médico, 58 años; Zona Norte Paraná, entrevista 854, 20-10-2021)

En la práctica, de hecho, se tuvieron que implementar en algunos centros asistenciales una suerte de consentimiento donde el personal debía asentar su negativa a ser vacunado, más allá de que posteriormente hayan accedido a la vacuna (o no). En relación con ello, volvemos a continuación sobre las entrevistas a dos enfermeros: “Al principio tuvimos algunos inconvenientes con nuestros propios compañeros de trabajo... estaban decididos a firmar para no vacunarse” (Enfermera, 52 años; Zona Sanitaria Capital, entrevista 832, 2-11-2021). “Había colegas que esperaron hasta que un grupo se vacune para... [risas] pero está bien... o sea... digo que está bien. Había una desconfianza...” (Enfermero, 40 años, Zona Sanitaria Capital, entrevista 807, 14-06-2021).

En algunas localidades del interior de la provincia se produjeron acciones más drásticas y tuvieron que participar intendentes junto a otros actores para poder desarrollar la campaña:

Estaban con los mensajes que recibían de todos estos movimientos antivacunas y donde intervenían supuestos abogados, antropólogos eh... que venían de otros de otras provincias a Misiones a hablar de lo que era la ciencia, lo que era la administración de la vacuna, de la meditación... bueno, fueron unas cuestiones difíciles también, muchas cosas difíciles... tuvimos muchas amenazas, eh... con respecto a... ¿cómo eran? los aerosoles, nos pintaron las escuelas, nos pintaron los CAPS... Diciendo que la vacunación es veneno... fue... fue muy fuerte. (Personal administrativo, mujer, 47 años, Zona Centro Paraná, entrevista 874, 31-01-2022).

Esto nos permite decir que el proceso de vacunación no comenzó el 29 de diciembre con el “primer brazo pinchado” en Argentina, sino que comenzó mucho antes, con las noticias que se iban compartiendo —desde las más diversas vías: televisión, redes sociales, servicios de mensajería como WhatsApp o Telegram—, las gestiones que se realizaban a nivel estatal con los distintos laboratorios, la participación del Ministerio de Salud de la Nación y de población local en los ensayos clínicos de las grandes farmacéuticas internacionales, así como también con la “diplomacia de las vacunas” (Malacalza y Fagaburu, 2022).

“SE HIZO UNA CAMPAÑA IMPORTANTE CON LOS PROMOTORES” EL PROCESO DE VACUNACIÓN

Identificamos que el proceso de vacunación tuvo dos instancias marcadas: en la primera, fueron inmunizados los integrantes de los equipos de salud, y en la segunda, se procedió

a vacunar al resto de la población siguiendo el plan delineado por el Ministerio de Salud de la Nación, con la adecuación del Comité Provincial. Según el plan de vacunación establecido a nivel central, los primeros en vacunarse fueron los integrantes de los equipos de salud. Sus experiencias, signadas por las expectativas y temores generales, también estuvieron atravesadas por otras variables individuales/familiares como las comorbilidades, la coresidencia con adultos mayores, estar cursando un embarazo o amamantando. Los referentes de cada sector se dieron las primeras vacunas, a modo de ejemplo, para incentivar al personal para que también lo haga:

Yo fui de los primeros que me vacuné en todo el país, junto con todo el personal de salud, tanto del hospital donde estoy yo, como del resto de los hospitales de todo Misiones, que realmente fuimos los primeros, me parece una política sobresaliente, porque si no nos vacunábamos nosotros primero, que estábamos todos ahí al pie del cañón, quién se va a vacunar. (Kinesiólogo, varón, 32 años, Hospital, Zona Capital, entrevista 862, 02-10-2021)

Yo soy asmático, soy de la primera camada que nos pusimos la vacuna. Nosotros tenemos la Sputnik. Cuando recién llegó, mi coordinador nos dijo “Vayan a ponerse, tenemos que cuidarlos”. “Que no, que te van a poner un chip”. Quienes somos personal de salud nos pusimos. Junto con la de la gripe, todo. Pero yo soy asmático, tengo mi compañera que también es asmática. Tengo mucho miedo, nosotros dos siempre hablando como diciendo “che, nuestro paff, que vamos a hacer? (Agente sanitario, varón, 28 años. CAPS, Zona Capital, entrevista 808)

Recuerdo muy bien que nuestra primera experiencia de vacunas, con la vacuna COVID, fue en el hospital de Puerto Rico (...) en esa ocasión fue el primer lugar donde fuimos a vacunar y él como director del hospital, como médico, fue el primero que dijo “yo me vacuno” eh... Se vacunó él, se vacunó la doctora [menciona el nombre], se vacunó el doctor [menciona el nombre], el doctor [menciona el nombre], son los médicos más renombrados que tenemos en la zona. (Personal administrativo, mujer, 47 años, Zona Centro Paraná, entrevista 874, 31-01-2022)

En ese momento teníamos la esperanza, pero volvimos otra vez al miedo, porque ¿qué va a pasar con la vacuna?, ¿funcionará?, ¿no funcionará?, ¿será que generan anticuerpos? A nosotros nos habían hecho un estudio de anticuerpos, creo que al final de enero... también nos sacaron sangre y bueno, en mi caso me habían dicho, me mandaron que había generado... Pero también estaba esa duda, si uno iba a generar o no anticuerpos. (Personal administrativo, varón, 45 años, Zona Norte Paraná, entrevista 820, 29-09-2021)

Decían que la Sputnik, porque esa fue la vacuna con que yo me vacuné, primera y segunda dosis... Me decían que tenía mucha mala repercusión, que era mala, que tenía imán, que te ponían un chip. Yo decía que yo prefería que me mate la vacuna, que estar en una cama toda entubada... Que no iba a soportar. Porque, voy a contar algo personal, yo tengo mi marido persona de riesgo, 66 años, ahora no trabaja, por pandemia. Fumador, hipertenso. (Agente sanitaria, mujer, 44 años, CAPS, Zona Capital, entrevista 829, 14-09-2021)

Me pasó a mí, digamos, que estoy dándole la leche a mi bebé. De que cuando empezó la vacunación del personal de salud yo no me pude vacunar. Tuve que esperar tres meses, hasta que dijeron que era segura para la lactancia. Y lo mismo pasó para las embarazadas, se incorporó que no podían vacunarse, pero luego salió evidencia de que podían vacunarse. (Personal Administrativo, mujer, 36 años, Hospital, Zona Capital, entrevista 845, 12-11-2021)

Más allá de los temores y algunas reticencias —muchas de las cuales todavía persisten—, la gran mayoría de los trabajadores sanitarios fueron vacunados con la Sputnik. Y quienes padecieron la enfermedad posvacunación tuvieron síntomas leves sin necesidad de internación. Asimismo, recuerdan con mucho dolor la muerte de algunas/os compañeras/os en la primera etapa sin vacunas con alto nivel de desconocimiento y exposición.

Posterior a la vacunación del personal de salud comenzó el operativo para inocular a los mayores de 75 años, iniciado el 19 de febrero del 2021. En Misiones, esto implicó un reacomodamiento del personal en tanto que los vacunatorios se instalaron en una serie de polideportivos a lo largo del territorio u otras instalaciones disponibles acordes a la logística y al mantenimiento que las vacunas requerían. Estos centros estuvieron habilitados hasta principios del 2022, momento en que las vacunas contra la COVID-19 pasaron a estar disponibles en los vacunatorios comunes dependientes del Ministerio de Salud Provincial.

Así, la logística de la vacunación implicó un reordenamiento de los espacios y de las prácticas de los trabajadores, en tanto que “no era cualquier vacuna”. El guardado de las ampollas —a qué temperatura debían mantenerse—, y de a

cuántas personas se debía tener sentadas y disponibles cuando se abría una de ellas, fueron cuestiones primordiales a atender.

En relación con lo anterior, son varios los interrogantes. En primer término, ¿cómo se convocaba a las personas a vacunarse y cómo se realizaba el operativo? En algunos casos se reportaron problemas con la aplicación Allegra Med, y complicaciones con los turnos para acceder al polideportivo. En segundo término, ¿era en cualquier lugar? Personal de salud que cumplía sus tareas en distintas reparticiones del ministerio y/o centros de salud tuvieron que trasladarse a los lugares que habían sido seleccionados para el operativo de inmunizaciones. Por último, ¿cómo procedían a la carga? Hubo dificultades con la carga de las vacunas en el sistema, pero también con el temor por manipular un producto nuevo, como nos expresaba una enfermera “con estas vacunas hay que tener mucho cuidado, hay que tener una educación permanente porque no es una vacuna cualquiera, como cualquier otra vacuna que ya estamos acostumbrados a hacer” (Enfermera; 52 años; Zona Capital, entrevista 832, 02-11-2021).

También los administrativos señalaban esta situación:

Yo me ofrecí muchas veces para cargar datos en inmunizaciones, para cargarles la base, porque tenían un problema que no se cargaban las vacunas. Ese trabajo teníamos ganas de hacer. Era como secreto todo que se tenía el miedo de que no se sepa. Pero nosotros trabajamos con datos y sabemos las normas éticas de la información, que no se puede difundir, pero nos dejaron al margen... no sé si era ése el miedo. Pero sí, nos ofrecíamos... hubiera sido interesante. (Personal administrativo, mujer, 54 años, Zona Capital, entrevista 833, 16-12-2021)

A eso va la falta de organización, falta de capacitación, falta de organización un montón de cosas que a la hora de improvisar porque esto es nuevo... hubo muchas fallas durante todo el proceso y hasta ahora nosotros seguimos controlando vacunas, encontramos vacunas sin cargar, vacunas mal cargadas. (Administrativa, Zona Capital, 16-12-2021)

La campaña también generó reacciones diversas en la propia población a vacunar, el miedo a quedar fuera de los operativos se reflejó en la angustia por la pérdida de un turno o en avanzar por sobre los límites de los vacunatorios. En todos los casos, es destacable la respuesta comprometida y comprensiva del personal de salud evidenciada, por ejemplo, en lo que decían estos dos agentes sanitarios “Y teníamos una valla y la gente, así como luchando para tratar de conseguir una vacuna. Estaba la gente que estaba angustiada que perdió su turno, que necesitaba la vacuna y nos trataba mal y las personas veían que nosotros estábamos trabajando. No era responsabilidad nuestra” (Agente sanitario, 22 años; entrevista 831, 16-12-2021). “Los operativos... bueno... mis compañeros que salen con las vacunas, todo eso, o sea, nosotros acá tenemos un listado de abuelitos que nosotros vamos, pedimos la vacuna... abuelitos de riesgo que todavía no se vacunaron... ahora uno que está en silla de ruedas: vacunado” (Agente sanitaria, 29 años; entrevista 808).

Superados algunos escollos referidos a la adquisición de las vacunas por el estado nacional, y con la diversificación que implicó la llegada de las vacunas mediante el mecanismo

de COVAX³, comenzó a ampliarse el margen para vacunar más y a más grupos etarios. La llegada de las dosis de Oxford/AstraZeneca se produce en plena segunda ola de contagios promediando el mes de abril del 2021, donde los nuevos contagiados a nivel país pasaron de 8048, el 17 de marzo, a 27062 el 16 de abril.

LA PANDEMIA POSTVACUNACIÓN

La dinámica de trabajo en los servicios de salud se modificó sustancialmente a partir de la vacunación del personal y de la población. Hubo períodos en que subieron exponencialmente los casos de contagio, incluso de internaciones, pero los pacientes se recuperaban. En cambio, al inicio de la pandemia, la certeza de saber que se morían los de mayor edad, los que tenían diabetes o antecedentes asmáticos, entre otros, generaba angustia e impotencia.

La rehabilitación de los servicios de atención médica, los controles preventivos de niños y embarazadas, el desarrollo de la inmunización habitual, de los tratamientos odontológicos, reinstaló los anteriores estilos de trabajo: turnos a la madrugada, horas de espera, un retorno a la “normalidad” en la cotidianidad de la mayoría de los efectores, aunque se mantengan algunas pautas preventivas como el uso de

3. Fondo Global de Acceso a las Vacunas COVID-19 fundado por la Organización Mundial de la Salud que, impulsado por los sectores público y privado, promueve la distribución equitativa de las vacunas en 190 países.

los barbijos, la higiene de las manos y la ventilación de los ambientes.

Después cuando apareció la vacuna, ahí vi que, en general, la gente empezó a tranquilizarse y también a relajarse. Y por ahí eso no sé si está bueno, porque no por el hecho de que tengas la vacuna no significa que no te vas a contagiar. Por eso sí vi, con el hecho de la vacuna, muchas personas ya empezaron a relajarse, como decir “bueno, ya estamos protegidos”. Y no es así [ríe]. (Agente sanitario, mujer, 32 años, CAPS, Zona Capital, entrevista 809, 3-06-2021)

Y va mermando por la vacunación, la vacuna disminuyó un montón [los contagios], fue efectiva. Y muchos la han pasado, muchos ya tuvieron, la mayoría de la población ya tuvo. Más allá de que se pueden re contagiar, creo que mucha gente ya tuvo. Y la vacunación ayudó muchísimo. (Personal administrativo, mujer, 40 años, Hospital, Zona Capital, entrevista 852, 3-10-2021)

Las secuelas de trabajar en el sistema de salud durante la pandemia recién comienzan a evidenciarse. Pasar dos años sin poder tomar las vacaciones, el trabajo con turnos prolongados de 12 o 16 horas, la necesidad de informarse permanentemente, la atención telefónica sin pausa, alejarse de sus familias por temor a contagiarlos, implementar una serie de medidas de higiene pre y post horario laboral, la sensación de impotencia ante la enfermedad, los limitados recursos para curar y la responsabilidad con que encararon sus tareas constituyeron un clima de trabajo angustiante, donde el miedo y la incertidumbre signaron los meses previos a la vacunación.

Era difícil ponernos al 100% de acuerdo y terminé a fin de año con una glucemia por estrés. Sí, hice una glucemia por estrés. Aparte del dengue, hice glucemia por estrés, tuve que estar a dieta, bajé de peso, no fue fácil. Eso es lo que pasa, nosotros el personal de salud, y en general a todos, sufrimos muchas cosas y nos guardamos y nos tragamos y tratamos de estar siempre con el paciente... Siempre bien, porque tenemos que venir bien a trabajar, pero nuestro sentimiento y nuestras emociones muchas veces los demás no lo saben. También sufrimos, también nos pasa. (Enfermero, varón, 56 años, Hospital, Zona Norte Paraná, entrevista 822, 11-11-2021)

Educar a la población usuaria para que se realicen los controles preventivos, que desarrollen los tratamientos de padecimientos crónicos con rigurosidad, mantener al día los calendarios de vacunación infantil y de adultos mayores, entre otras acciones, han sido logros de décadas de trabajo desde el sistema de salud; las restricciones de la pandemia desactivaron una serie de prácticas que fueron muy difíciles de instalar y se verá cuánto tiempo lleva recuperar estos logros.

REFLEXIONES FINALES

Al 24 de mayo del 2022, Argentina administró un total de 101.580.012 vacunas en todo el territorio nacional: 90% de la población con al menos 1 dosis, 82% que cuenta con el esquema completo, y un 51% que ya se aplicó la dosis adicional o de refuerzo. Mientras que en Misiones estos números descienden, ubicándola como una de las provincias con menor porcentaje de población vacunada. El 75% de los misioneros

cuenta con al menos 1 dosis, un 64% con el esquema completo y un 30% se aplicó la dosis adicional/refuerzo (Monitor Público de Vacunación, 2022). En un contexto donde las vacunas se presentaron como una de las principales estrategias de contención y medio de profilaxis ante la COVID-19, nos parece importante favorecer el mayor acceso a este recurso sanitario. Algunos señalan la necesidad de contar con más del 70% de la población vacunada con esquema completo. Otros hablan de una “inmunidad híbrida” para dar cuenta de que es posible lograr una respuesta inmune después de combinar la exposición natural al agente infeccioso y una sola dosis de la vacuna (Thiagarajan, 2021).

Los testimonios del período prevacunación dan cuenta del miedo y la preocupación de contagiarse de COVID-19, sobre todo no llevar el virus a sus hogares, no contagiar a familiares y seres queridos de mayor edad o con comorbilidades. También quienes tenían hijos pequeños, ante la incertidumbre, extremaron los cuidados. La mayoría reconoce que limitó la circulación social al ámbito laboral y de su hogar.

En la mayoría de los testimonios, se advierte un quiebre entre el período prevacunas y el “con vacunas”. La protección que implicó la vacunación para quienes se contagiaron de COVID-19 y lograron superar la enfermedad confirmó a sus compañeras/os y familiares la importancia de estar vacunado. Pero esta medida de protección tan efectiva permitió relajar las otras que lograron contener la dispersión del virus y que las autoridades sanitarias recomiendan sostener, como el uso del barbijo, el lavado de manos, la distancia interpersonal, entre otras.

La vacuna constituyó un elemento clave para las/os trabajadoras/es de la salud: no sólo se presentó como la seguridad

para sobrellevar la enfermedad si se contagiaban, sino que representó la esperanza del final de la pandemia. Aunque los limitados conocimientos sobre la enfermedad exigen cautela y requieren registros sistemáticos de los devenires de los pacientes que han superado la enfermedad, no solo se trata de síntomas orgánicos sino de las secuelas psicológicas que luego comenzaron a manifestarse.

Los sentidos que las personas otorgan a las distintas cuestiones de índole social y personal, y a los procesos, son aspectos a considerar, especialmente en un contexto en el cual la infodemia y la vacilación en torno a las vacunas han sido elementos que atravesaron nuestra sociedad occidental desde antes de la pandemia por la COVID-19.

Aquí entendemos que la vacunación va más allá de aquella “acción de administrar una vacuna”, y que la vacuna es algo más que la “sustancia compuesta por una suspensión de microorganismos atenuados o muertos” (Diccionario de la RAE). Creemos que el contexto de la COVID-19 nos llevó a comprender, como nunca antes, que la producción de vacunas trasciende el ámbito de los laboratorios, ya que tanto su producción como su distribución (por compras o donaciones), así como también su aplicación en las poblaciones humanas, son procesos complejos, atravesados por condicionantes económicas, políticas e ideológicas (Nigenda-López y Nuñez 1990; Velázquez, 2021). Por ello, nos parece oportuno señalar que, dentro de la noción de vacunación, aquí incluimos al proceso mediante el cual fueron y son producidos, distribuidos, aplicados y/o almacenados aquellos elementos inmunobiológicos destinados a ser inoculados en la población humana con la finalidad de prevenir y/o curar. Subrayamos su carácter social, en tanto que las vacunas no son producidas por cualquiera ni

en cualquier lugar; tampoco son adquiridas por todos —ni del mismo modo ni al mismo tiempo— y su inoculación no es igualitaria en todos los conjuntos sociales, lo cual obedece a cuestiones que trascienden los laboratorios. Más bien son aspectos relacionados con sentidos sociales y culturales, disputas e intereses geopolíticos y económicos, que atraviesan y son parte de la elaboración de productos biomédicos.

La lógica gubernamental fue decretar una cuarentena estricta y prolongada para ganar tiempo y recuperar el sistema de salud, dotar a los hospitales de equipos y personal para afrontar la potencial demanda. La paralización de las actividades económicas y el desarrollo de las actividades educativas y recreativas de modo virtual posibilitaron mantener a la gente confinada en sus casas. La celeridad y la habilidad con que el gobierno argentino consiguió las vacunas permitieron frenar las muertes y reactivar la economía, pero los problemas estructurales del sistema de salud continuaron como, por ejemplo, los pocos cambios en las condiciones de trabajo de su personal y el limitado reconocimiento del valor de su labor por parte de las autoridades. El compromiso con la tarea, la *vocación*, y el ponerse al servicio de los demás, son argumentos que se mantienen vigentes y han permitido sortear tantas dificultades sin bajar los brazos. La vacunación significó para las/os trabajadoras/es de la salud seguridad y tranquilidad; esto no significa que se hayan *relajado*, aunque es preciso reconocer que desarrollan sus actividades con un mayor resguardo.

La esperanza generada por la llegada de las vacunas y su efectividad lograron poner en el horizonte una puerta de salida a la pandemia. Aprender a convivir con el virus de COVID-19 será ahora el desafío.

BIBLIOGRAFÍA

- Caserotti, M., Girardi, P., Rubaltelli, E., Tasso, A., Lotto, L., & Gavaruzzi, T. (2021). Associations of COVID-19 risk perception with vaccine hesitancy over time for Italian residents. *Social science & medicine*, 272. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113688>.
- Castellanos, M. (2014). A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1065-1076. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>DOI: 10.1590/1413-81232014194.12052013
- Gómez, D. A., & Páramo, P. (2021). The acceptance or refusal to be vaccinated against Covid 19COVID-19: Systematic Review from the cultural, psychological and educational perspectives. *Cuadernos Hispanoamericanos*, 21(2), 1-18.
- Guimarey, G. (2022). “La pandemia del COVID-19 en las fronteras y los desafíos desafíos de la integración. Un análisis desde la provincia de Misiones, Argentina (2020-2021)”. En C. Krmpotic, C. (compiladora). *Apuntes para un Mercosur interpelado*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
- Malacalza, B., & Fagaburu, D. (2022). ¿Empatía o cálculo? Un análisis crítico de la geopolítica de las vacunas en América Latina. *Foro internacional*, 62(1), 5-45.
- Monitor Público de Vacunación. (2022). Seguimiento del plan de vacunación COVID. argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas
- Mutuverria, M. y Roldán, N. (2021). La ideologización de la pandemia: discursos mediáticos sobre la vacuna Sputnik V. *Papeles Académicos*, 5; (9)-2021, 1-17
- Naciones Unidas. (2009). *Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas. –CIIY–. 4ta Revisión*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Estadísticas.

Disponible en: https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_4rev4s.pdf

Nigenda-López, G., & Nuñez, E. O. (1990).

Uso de métodos antropológicos para el estudio de las causas de no vacunación. El caso de Nativitas, Xochimilco. *Salud Pública de México*, 32(3), 325-336.

OMS. (2020).

Immunizing the public against misinformation Inmunización del público contra la desinformación. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/immunizing-the-public-against-misinformation> (consultado el 16 de junio de 2022).

Thiagarajan K. (2021).

Covid-19: The significance of India's emerging "hybrid immunity". *The BMJ*, 2021; 375:n3047. <https://doi.org/10.1136/bmj.n3047>doi:10.1136/bmj.n3047

Velásquez, G. (2021).

Vacunas COVID-19: el inmoral comercio de bienes públicos. ¿Y cuál es el papel de la OMS? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e346158>

PARTE IV

Cuerpos, sujetos y comunidades

CUIDADOS EN TIEMPOS DE COVID-19:
LAS RELACIONES ENTRE LOS EQUIPOS DE SALUD Y
LAS COMUNIDADES *MBYA GUARANÍ* (MISIONES)

Mercedes Palazzo Fabre y Luciana Ayala

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 trajo cambios a nivel mundial y se reflejaron en las estrategias de abordaje sanitario implementadas en diversos países, teniendo en común el aislamiento obligatorio, el cierre de fronteras, el uso de medidas físicas de protección como el barbijo, los protocolos de evaluación y atención por el sistema sanitario y, más tarde, la vacunación. Sin embargo, no todas las poblaciones fueron afectadas de la misma manera. En consonancia, la forma en la cual los grupos sociales atraviesan los procesos relacionados a la salud involucra construcciones sociales, culturales, históricas, políticas y económicas, conformando y definiendo, entre otras cosas, aquello que Menéndez (1994; 2018) define como las *prácticas de autoatención*. Es decir, todo lo que hace un sujeto o grupo como parte de la vida cotidiana para solucionar o prevenir procesos que afectan a la salud (Langdon, 2014).

En relación con la pandemia, las medidas y protocolos globales, debieron ser internalizados y adecuados localmente. En este sentido, organizaciones internacionales como la

Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud alertaron sobre el grave impacto que la pandemia podría tener en los pueblos originarios de no considerarse la adecuación de las medidas y condiciones especiales de vulnerabilidades socioeconómicas y culturales que, en materia de salud, tienen correlación con los indicadores de morbimortalidad, además de los impactos de las medidas en la educación, justicia y economía de las comunidades (Abeledo et al., 2020; Aljanati et al., 2020).

Así, tal como mencionamos, si bien la pandemia por COVID-19 afectó a toda la población, las estrategias sanitarias debieron ser localmente evaluadas y adecuadas, especialmente en la población indígena. En este sentido, el propósito de este capítulo, es contextualizar y analizar mediante las narrativas del personal de salud (indígena y no-indígena), las tareas de atención primaria y la coordinación y planificación del abordaje sanitario que, durante la pandemia, se desarrollaron con las comunidades *mbya guaraní* de Misiones. Particularmente nos interesa dar cuenta de las experiencias relevadas para describir las características que el proceso de la pandemia fue adquiriendo en las comunidades, identificando sus particularidades, las estrategias implementadas y las dinámicas relacionales entre los equipos sanitarios, los agentes sanitarios de salud indígena (ASSI) y las autoridades locales.

La población *mbya guaraní* que habita la provincia de Misiones combina sus estrategias de cuidados de la salud utilizando, por un lado, los cuidados tradicionales propios de su cultura y la relación con el medio ambiente; y por el otro, los cuidados brindados por el sistema público de salud, existiendo zonas de contacto entre ambos o espacios de *intermedicalidad* (Hirsch, Dell’Arciprete, Cebolla Badie y Orlando, 2015).

Históricamente, las interacciones con el sistema sanitario atravesaron diferentes etapas, resultando en el establecimiento y desarrollo de relaciones interétnicas e interinstitucionales. La irrupción de la pandemia en las comunidades *mbya*, con la consiguiente adecuación de las estrategias sanitarias, las experiencias vivenciadas por las/os trabajadoras/es de salud y las dinámicas internas de las comunidades, ha planteado una coyuntura particular que nos interesa abordar en el presente trabajo.

Para ello, se identifican cuatro dimensiones principales: a) las características del sistema sanitario y las particularidades del régimen de atención en comunidades *mbya guaraní*; b) el contexto socioeconómico y cultural con perspectiva histórica; c) la pandemia con sus diferentes etapas, y d) las emociones y percepciones de las/os trabajadoras/es de salud y las dinámicas de cuidados implementadas.

Basándonos en estas consideraciones, en primer lugar, explicitaremos nuestras coordenadas metodológicas en la reconstrucción de las perspectivas de las/os trabajadoras/es de salud que, diariamente, llevan a cabo sus tareas en los contextos comunitarios *mbya guaraní*. Apuntamos aquí a la particularidad que tuvieron los intercambios con nuestras/os interlocutoras/es en el trabajo de campo. En segundo lugar, describiremos las características demográficas de la población *mbya guaraní* y el sistema sanitario misionero, con el objeto de contextualizar las dinámicas de interacción entre los equipos de salud, los agentes sanitarios indígenas y las autoridades locales en torno a la toma de decisiones e implementación de las medidas-cuidados sanitarios durante la pandemia. Dinámicas en las cuales nos enfocamos, en tercer lugar, a partir de los testimonios recogidos que refieren tanto a las

percepciones e interpretaciones en las diferentes etapas y sus particularidades, como a las estrategias locales desarrolladas para el cuidado de la salud.

Tal como se desprende de este recorrido, la pandemia es narrada en etapas: la primera, en la cual prima el miedo, el desconocimiento y el aislamiento comunitario, en contraposición con *el moverse* —constitutivo del ser *mbya*— por aquellos lugares que brindan protección como el monte y otras aldeas en tanto espacios de socialización intercomunitarios donde la comunicación e información se vuelve confiable. Y una segunda etapa, en este caso ligada al proceso de vacunación donde paulatinamente se cambia el sentimiento de miedo por el de seguridad, a medida que se fueron habilitando nuevamente las posibilidades de movilidad y reencuentros entre familias/parientes de otras comunidades.

BREVES CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El equipo de trabajo conformado para recuperar los testimonios y experiencias de atención durante la pandemia estuvo integrado por profesionales vinculados al programa de Salud Indígena (una médica y un antropólogo) y dos estudiantes de grado de la carrera de antropología que actualmente desarrollan su tesis de licenciatura abordando distintos aspectos de la interacción entre el sistema público de salud y las comunidades *mbya guaraní*¹.

1. Agradecemos la colaboración de Juan Rossler, tesista de grado de la carrera de Antropología, y del Lic. en Antropología Darío Garcete, como

En este marco, acordamos entrevistar a trabajadoras/es del sistema público de salud tanto *mbya* como *jurúa*² involucrados en las dinámicas de atención sanitaria de las comunidades *mbya guaraní*, atendiendo a que la representación sea igualitaria y que abarque todas las zonas de la provincia. Asimismo, consideramos importante incorporar a los caciques dentro de la muestra por la interacción que tienen con el sistema sanitario y la participación, decisión y responsabilidad sobre la implementación de estrategias sanitarias sociocomunitarias.

Durante el trabajo de campo se nos presentaron distintas dificultades, que nos llevaron a pensar en múltiples estrategias de acercamiento para establecer los intercambios que darían lugar a las conversaciones. De este modo, nos encontramos con la dificultad de hacer entrevistas por medios virtuales al personal sanitario *mbya guaraní* por problemas de conexión, tanto por cuestiones eléctricas como por la ausencia de conexión de *wifi* o llegada de datos móviles. Asimismo, teníamos la necesidad de presentarnos personalmente ante el cacique de cada comunidad, para realizar la lectura conjunta de los documentos del *consentimiento informado* y la firma del mismo. En este sentido, tomamos los recaudos/cuidados y los tiempos que nos fueron indicando las personas referentes de las comunidades para poder ir a terreno. Por su parte, las conversaciones con el personal de salud *jurúa* sí fueron posibles por medios virtuales debido al contacto previo que existía con

parte del equipo de trabajo inicial, en el abordaje, la realización y transcripción de entrevistas.

2. Denominación que utilizan los *mbya guaraní* para referirse a los no indígenas.

las/os interlocutoras/es. Sin embargo, el obstáculo residía en la dificultad para concertar una entrevista por la escasez de tiempo del personal de salud, en tanto las jornadas laborales exigían una reacomodación constante de sus actividades apremiadas por la nueva coyuntura que se atravesaba. Por lo tanto, los encuentros se pautaron de acuerdo a la disponibilidad de cada trabajador/a.

De este modo, pudimos realizar entrevistas no directivas con diferentes trabajadoras/es de salud y referentes comunitarios; además pudimos participar de encuentros con diversos actores donde se pautaron las estrategias de abordaje (vacunación, estrategias de prevención, derivaciones, etc.). Asimismo, considerando el trabajo diario de atención médica, realizamos observaciones durante el proceso de atención, así como instancias de consulta con otros programas de salud pública (inmunizaciones, comunicación, salud sexual y reproductiva, control de niñas/os sanos).

La muestra estuvo constituida por personas que integran los equipos locales de salud indígena, personal del Ministerio de Salud Pública y referentes comunitarios. Se entrevistaron a 15 trabajadores/as de diferentes zonas sanitarias ya que procuramos tener información de todo el territorio provincial, sin dejar de atender las condiciones locales para cada caso. Algunos de las/os entrevistadas/os cumplían funciones asistenciales, como es el caso de los médicos y ASSI, mientras que otros cumplían funciones administrativas, como la coordinación zonal o municipal para el programa de Salud Indígena.

EL CUIDADO DE LA SALUD EN LAS COMUNIDADES

La población *mbya guaraní* en Misiones asciende a más de 11.600 habitantes, organizados en 130 comunidades³. Estas se encuentran distribuidas a lo largo y ancho del territorio provincial, la mayoría en zonas rurales o periurbanas. Algunas están asentadas cerca de pueblos o caminos, mientras que otras se encuentran en zonas de más difícil acceso en la Selva Paranaense⁴.

Históricamente han desarrollado una forma de vida ligada al monte en términos materiales, sociales y simbólicos. Tradicionalmente, sus actividades de subsistencia estaban vinculadas a tareas agrícolas, la caza, la pesca y la recolección de algunos recursos del monte. Sin embargo, durante las últimas décadas, se vieron obligados a desarrollar su cotidianidad y sus actividades productivas en espacios insuficientes y deteriorados por la degradación ambiental provocada por la deforestación y el avance del monocultivo, principalmente de especies de yerba mate y pino. Hoy en día, deben combinar los diezmados recursos del monte con planes sociales estatales y salarios provenientes del Estado (auxiliares docentes, agentes sanitarios, etc.), de la industria yerbatera, tabacalera y turística, mediante la venta de artesanías. Esta situación, de pérdida de autonomía y territorialidad, llevó a un empobrecimiento de la calidad de vida y a la aparición de nuevas enfermedades y

3. Datos actualizados por el Área de Salud Indígena.

4. Para más detalles al respecto consultar en Bessone, Garcete y Saldías (2019).

padecimientos (Cantore, 2014; Cebolla Badie, 2016; Gorosito Kramer, 2006 y 2013; Lorenzetti y Lavazza, 2021).

Pese a estas condicionalidades, para los *mbya guaraní*, el *movimiento* sigue siendo un pilar constitutivo de su vida cotidiana, se encuentra presente en mitos fundacionales y tiene una importancia central en el desarrollo individual y colectivo. Dicho movimiento se da de diversas formas: a través del desplazamiento de familias entre las comunidades, de adolescentes por fuera de la comunidad, de comunidades dentro de los territorios *mbya*. Asimismo, es parte de la salud y del bienestar *mbya*, es un recurso para evitar situaciones conflictivas, de malestar, permite buscar un lugar para “hallarse”, encontrar un lugar cuyo entorno brinda las condiciones necesarias para desplegar el Ñande Reko o modo de ser *mbya* (Lorenzetti y Lavazza, 2021; Cebolla Badie, 2012). El moverse, caminar (*oguatá*), está a su vez fuertemente vinculado a la salud de la persona, pues quienes sufren un desequilibrio entre el cuerpo y espíritu, no se pueden levantar, no pueden caminar, ven comprometido su pleno crecimiento, desarrollo y desenvolvimiento en la vida comunitaria (Remorini, 2009).

El lugar que alberga este movimiento y el desarrollo del Ñande Reko, es el monte, no solo constituyendo una fuente de recursos “sino más bien la fibra fundamental sobre la cual han entretejido la mayor parte de sus representaciones simbólicas” (Keller, 2010, p. 28). Por consiguiente, el monte se vincula concretamente a los procesos de salud/enfermedad, en tanto fuente de recursos de uso medicinal, que son utilizadas de forma cotidiana y con gran legitimidad, pero también como ámbito de entidades espirituales que pueden enfermar si la persona no se maneja con los recaudos necesarios.

Frente a una situación de enfermedad, en la mayoría de los casos, en una situación aguda y frecuente o conocida, es la unidad doméstica la que lleva a cabo el diagnóstico y tratamiento. En otras situaciones se recurre a los “expertos”, generalmente adultos mayores, quienes se diferencian por especialidades (uso de plantas medicinales, parteras, etc.) y son los encargados de manejar los recursos medicinales. Al *opygua* (referente espiritual) se acude en casos graves o excepcionales, cuando la causa de la enfermedad no puede ser identificada; este se encarga de los padecimientos que son consecuencia de la violación de prescripciones o tabúes, que forman parte del *mbya reko* o ñande reko (Cantore, 2014; Sy y Remorini, 2008).

No obstante, tal como mencionamos, las/os integrantes de las comunidades combinan sus estrategias de cuidados de la salud recurriendo a los referentes/expertos tradicionales y a la atención brindada por el sistema público de salud, en pos de atender y articular los distintos recursos terapéuticos disponibles según las afecciones, las distancias con los Centros de Atención Primaria de la Salud y el grado de confianza/cercanía de los vínculos entablados con el personal *jurúa*.

El abordaje sanitario del sistema público en comunidades *mbya guaraní* se organiza y monitorea a nivel provincial a través del Programa Salud Indígena *Techai Mbya*, en la órbita de la Subsecretaría de APS y Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública. Dicho programa tiene por objetivo garantizar el acceso a la atención primaria de la salud de la población indígena. Actualmente cuenta con 30 Equipos Locales de Salud Indígena (ELSI) los cuales están integrados por profesionales médicos, Agentes Sanitarios de Salud Indígena (ASSI), personal administrativo, choferes y otros colaboradores. Si bien funciona en forma de una red de atención primaria, cada

equipo local tiene un área de influencia y una población a cargo. Además, cuentan con referentes del programa en varios centros de derivación de mayor complejidad, quienes se encargan de gestiones específicas y acompañan a los pacientes provenientes de las comunidades.

La organización administrativa de salud pública en su división estratégica en zonas sanitarias y Áreas Programáticas, sumado a la organización municipal de la atención primaria, favorece los procesos de resolución local en el sistema de atención. En este sentido, Salud Indígena articula con los distintos niveles de atención, siendo los agentes sanitarios indígenas los referentes de cada comunidad, y al mismo tiempo contando con referentes zonales que monitorean el régimen de atención y administran los recursos disponibles para cada zona.

El agente sanitario oficia de nexo entre el sistema sanitario y las comunidades y, en este sentido, es el representante del sistema hacia dentro de la comunidad. Cabe señalar que la heterogeneidad presente en las comunidades a lo largo de la provincia, en relación al acceso al monte, a la cantidad de familias que contienen, a la disponibilidad de recursos básicos como educación, agua, caminos, entre otros, también se presenta en los sistemas sanitarios locales. Su composición y cantidad de integrantes en los equipos es diversa según los contextos, lo que determina la frecuencia de la atención médica, la atención por otros profesionales sanitarios, las características de acceso geográfico y el espacio disponible para la atención.

ETAPAS Y RESPUESTA DEL PERSONAL DE SALUD

Con la irrupción de la pandemia, se transformó radicalmente la vida cotidiana tanto de los equipos sanitarios como de las personas que estos atienden. Por un lado, se instalaron nuevos protocolos que debían ser aprendidos y puestos en práctica para evitar el contagio masivo, hubo un cese en las actividades “no esenciales” y en la circulación. Por otro lado, el personal de salud, considerado un trabajador esencial, se vio obligado a transformar tanto sus rutinas como sus espacios de trabajo. Estos cambios se fueron dando en distintos grados en las diferentes zonas sanitarias de la provincia y, en relación con ello, un factor determinante fue la distancia geográfica entre las comunidades y los centros urbanos.

En las narrativas de nuestras/os interlocutoras/es, la pandemia aparece dividida en etapas con distintas características y acompañadas por emociones y sentimientos de los/as trabajadores/as. Resulta necesario destacar que, en la provincia de Misiones, debido a las medidas de cuidado tomadas tanto por el gobierno como por la población, la circulación comunitaria del virus llegó más tarde que en otras zonas del país.

La primera etapa comienza junto con el decreto del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) por parte del gobierno nacional. En este momento, muchas de las actividades que desarrollaban los equipos de salud quedaron suspendidas, enfocándose mayormente en emergencias:

el tema de las consultas y de todo lo que es programado, las consultas de especialidades, o las derivaciones, los estudios de... algunas de estas cuestiones de complejidad... sí se frenó bastante, hasta no sé, un par de meses, no me acuerdo bien cuando reto-

mamos otra vez con todo eso. (Médico, Zona Sanitaria Centro Paraná, 38 años, 11-02-2022)

En los ámbitos hospitalarios, donde la circulación de pacientes es mayor, el cambio fue más brusco. De un día para el otro disminuyó el movimiento de pacientes, muchas cuestiones buscaban resolverse en ámbitos locales, ya sean CAPS u hospitales de menor complejidad:

De golpe cambió todo, todo, era nada... el desierto, totalmente. Vos pasabas por el pasillo lleno de gente o sea estás acostumbrada a trabajar con tanta gente, una locura. Y de golpe nada, nada, nada. (Promotora PDLS, Zona Sanitaria Capital, 35 años, 19-05-2021)

no venía, no venía mucha gente. Pero lo que venía... de todo había. Lo que pasa también, ponele, el que se cortaba un dedo y a lo mejor tiene que ir a [menciona un municipio], como estaba este tema de no acercarse a otros lugares por las dudas de que se contagien de otros, entonces tratamos de que, bueno, lo resolvíamos acá... y como para que... no se... no haya tanto desplazamiento de gente entre las [comunidades]. (Médico, Zona Sanitaria Centro Paraná, 38 años, 11-02-2022).

Por otro lado, en las narraciones de los interlocutores/as, el estar alejados de centros urbanos y habitar en el medio del monte, este fue referido como una protección frente a la llegada de la pandemia, como un lugar seguro. Además, el monte les brinda en algunos casos recursos para la subsistencia y para la atención a la salud, sobre todo para las comunidades ubicadas en zonas rurales:

Creo que es diferente para cada comunidad... porque hay comunidades que están más alejadas de la ciudad... entonces creo que estaban más protegidos... viven más en el monte entonces circula menos gente por los caminos, por la ruta... entonces eso también daba más seguridad. Por un lado, porque como te decía, estamos dentro del monte, esa es la ventaja que tenemos, un poco lejos del pueblo. (Cacique comunidad *mbya*, Zona Noreste, 34 años, 05-11-2021)

En los CAPS de las comunidades, los cambios no fueron tan notorios. Las visitas médicas siguieron realizándose respetando el protocolo y los agentes sanitarios se turnaban para que siempre hubiera cobertura en el centro de salud:

pero lo que es la atención médica en las comunidades... era llegar con la leche, llegar con el control de niño sano, llegar con la atención médica, llegar con las vacunas eh... de una u otra manera nos organizamos y no paramos. (Personal administrativo, Zona Centro Paraná, 45 años, 31-01-2022)

Los protocolos del Ministerio de Salud de la Nación formulados en esta etapa eran generales y no contemplaban las particularidades de muchos grupos sociales que habitan el país, como por ejemplo las comunidades indígenas que tienen sus propias dinámicas organizativas. Es por eso que debieron adaptar estas medidas a su cotidianidad.

Una de las principales estrategias nacionales e internacionales para evitar la dispersión del virus fue la restricción del desplazamiento y el cierre de fronteras internacionales y provinciales. Para Misiones, una provincia con más de 2.500 km de frontera internacional, con pasos secos, fue particu-

larmente significativo, considerando como antedicho, que los territorios *mbya* de la provincia no reconocen las fronteras políticas. A nivel provincial se suspendieron los servicios de transporte público, locales y provinciales. Esto significó un gran impacto en la vida cotidiana de los *mbya guaraní*, en términos materiales y emocionales:

Yo personalmente me sentí mal por el tema de la cuarentena, que no podía salir o ir a visitar al hospital al paciente, tampoco se podía usar el colectivo... eso te cambia la vida. Fue muy difícil porque no podíamos o sea si vos ibas no te dejan entrar. Te cambia el trabajo. (ASSI, Zona Sanitaria Nordeste, 52 años, 05-11-2021)

Las condiciones habitacionales de las casas, el acceso al agua potable para el lavado de manos, en caso de tener que aislar a una persona enferma en la comunidad, también fueron fuentes de preocupación y miedo en esta primera etapa:

Las condiciones de la casita. Eso es lo que más me preocupaba, cómo vamos a cuidar si alguno se enferma. Porque yo sé que la gente del pueblo, algunos no... no no le interna, está cuidado ahí en su casita, pero nosotros no tenemos, no estamos en condiciones de estar ahí en nuestra cama. (ASSI/cacique, Zona Centro Paraná, 48 años, 07-04-2022)

En este contexto, se presentaron diversos desafíos que las/os trabajadoras/es de salud debieron enfrentar. Por un lado, en los hospitales y centros de atención, se dificultaba la contención a los pacientes debido a la distancia generada por los equipos de protección personal, como el uso de barbijos. En este sentido, la comunicación verbal y no verbal —con parte

de la cara cubierta— hizo que las interacciones, tal como nos fuera relatado, cobraran otro cariz. Por otro lado, al interior de las comunidades, los desafíos residían en la realización efectiva del aislamiento social, en la transmisión y aplicación de las medidas de cuidado y los decretos nacionales:

Complica un poco la contención emocional por ahí que uno le podía brindar antes de la pandemia, que ahora no. El rostro también, ya estoy cubierta, es más difícil de reconocer, cuesta un poquito llegar un poco más. (Promotora, Zona Capital, 35 años, 19-05-2021)

La segunda etapa a la que las/os entrevistadas/os aluden en sus testimonios, es la “flexibilización” de los meses de septiembre/octubre del 2020. En esta etapa comienza a liberarse la circulación en los centros urbanos y las personas parecen asimismo relajar las medidas de cuidado. Fue en este entonces cuando empezaron a aparecer los primeros casos en el interior de la Provincia y surge la preocupación de que el virus ingrese a las comunidades y genere un brote:

después en septiembre por ahí fue medio que se empezó a relajar todo y ahí creo que empezaron a aparecer algunos casos y en esas... en estos momentos por ahí el miedo era que entre a la comunidad... a alguna de las comunidades y que haga un desastre, o sea, hasta que no... los miedos que por ahí surgían cada vez que aparecía algún caso ¿no? (Médico de comunidades *mbya* guaraní, Zona Centro Paraná, 39 años, 11-02-2022)

El personal de salud sostiene que este momento de la pandemia los “agarra cansados”, ya que hacía meses se venían

preparando para atender casos que fueron llegando más tarde que en otras regiones del país:

Bueno la salud mental del personal en cuanto a estas cosas, y el agotamiento total después de todo el año... y ahora nos está agarrando fuerte a nosotros acá en esta zona. En Posadas ya están desde antes, pero nosotros acá en el norte recién ahora se está viendo fuerte y ya te agarra cansado. (Médica, Zona Noreste, 36 años, 25-05-2021)

Una tercera etapa, que aparece como un *hito* en la narrativa de las/os trabajadoras/es sanitarios, es el proceso de vacunación. Este fue un momento bisagra, en el que se pasó de sentimientos de miedo, angustia e incertidumbre, a sensaciones de seguridad y tranquilidad:

Y bueno como la vacuna primero nos tocó a nosotros los de salud. Ahí ya me vacuné y me sentí más protegido. Fue importante para mí la vacuna. Para los doctores también fue así. Y seguramente tienen ya toda la vacuna, la segunda dosis. (ASSI, Zona Centro Paraná, 25 años, 07-09-2021)

Sin embargo, el proceso de vacunación no estuvo exento de dificultades. Hubo comunidades que se resistían a recibir las vacunas contra el COVID, por un lado, debido a sus creencias sobre la salud y la enfermedad; y por el otro, al desconocimiento acompañado de la circulación de información falsa sobre el virus y las vacunas en los diferentes medios de comunicación y redes sociales, que llevaban temor a la población y

deslegitimaban la vacunación⁵. Otro obstáculo en el proceso de vacunación mencionado fue la presencia de iglesias y pastores y su influencia sobre algunas personas *mbya guaraní*, especialmente sobre los jóvenes:

Al principio costó mucho la aceptación, hubo mucho rechazo, ellos decían que según sus líderes espirituales... tenían una forma de prevenir que no era la vacuna y que no necesitaban la vacuna, entonces medio que al principio la rechazaban... costó la adherencia, hasta de los mismos agentes sanitarios, o sea, costó en principio que aceptaran la vacuna. (Médico de comunidades *mbya guaraní*, Zona Centro Paraná, 39 años, 11-02-2022)

Ahora ya está mejor... la mayoría ya tiene vacuna en la comunidad. De a poco algunos ya dejan de tener miedo... porque de la enfermedad y de la vacuna también tenía miedo la gente... algunos tenían más miedo que de la enfermedad, de la vacuna... todo eso pasó en mi comunidad. (Cacique comunidad *mbya*, Zona Noreste, 34 años, 05-11-2021)

No obstante, el trabajo previo realizado desde Salud Indígena con las/os agentes sanitarias/os y su formación como vacunadores, fue tomado como una “fortaleza”, que permitió que la vacunación sea posible a pesar de las dificultades:

En las comunidades aborígenes, por ejemplo, la vacunación de COVID nos costó muchísimo, muchísimo. Nosotros tuvimos la

5. Para profundizar sobre el tema, ver el trabajo de Avalos y Schiavoni (2022) del presente libro.

fortaleza, como te decía hoy al principio, de que en el 2018 se generó la formación de los vacunadores aborígenes, entonces ellos ya tenían un conocimiento básico de qué es la vacuna, para qué nos vacunamos, cuando trabajamos con vacunas del calendario, entonces ellos ya tenían las técnicas ya como... un poco de manejo de lo que es el biológico, entonces eso como que le daba una apertura un poquito más, pero no fue con los agentes sanitarios tanto la problemática, sino que con los caciques de las comunidades. (Personal administrativo, Zona Centro Paraná, edad, 31-01-2022)

Desde las comunidades, los caciques solicitaron reuniones con los equipos locales y referentes de Salud Indígena con el objetivo de recibir información oficial de la vacuna y la campaña de vacunación. Además, organizaron asambleas entre caciques para tomar decisiones que involucraban a numerosas comunidades:

Nos llamaron desde [menciona un municipio] para que vaya porque nadie se quería vacunar y nosotros fuimos, pero con todas las armaduras pensando que nos íbamos a tener que pelear con todos los caciques y la postura de los caciques, tenían un vocero eh, nos reunimos todos en ronda así y la postura de los caciques era “¿qué es la vacuna? nosotros queremos saber de qué se trata”. ¿Entendés? ellos no querían pelear, ellos querían información fidedigna, clara, con paciencia y eso y decía “bueno, che, pero entonces ahí hay una distancia creo que nosotros no estamos salvando, que es una cuestión comunicacional. (Personal técnico de Salud Indígena, Zona Sanitaria Capital, 38 años, 14-03-2022)

Dado al proceso de relajación en general y abierto el proceso de vacunación a fines de diciembre de 2021, no obstante, comienzan a presentarse casos de COVID en las comunidades que ponen en alerta a los equipos y se acentúa la necesidad de trabajar en la campaña de vacunación:

con respecto al COVID, veníamos bien hasta diciembre, después empezaron a surgir un montón de casos y ahí se nos armó medio un quilombo, yo me fui de vacaciones justo, así que le tocó a (menciona el nombre de una compañera de trabajo) hacerse cargo de todo eso y medio que por suerte no fue tan caótico, sí bien hubo muchos casos, no fue tan caótico como lo hubiésemos pensado en otro momento. (Médico de comunidades *mbya* guaraní, Zona Centro Paraná, 39 años, 11-02-2022)

SOBRE LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADO DESARROLLADAS DURANTE LA PANDEMIA

Las estrategias de cuidado fueron decididas y desarrolladas tanto desde las comunidades como desde los equipos sanitarios. Asimismo, dentro de las disposiciones nacionales y provinciales que se realizaron con el objetivo de evitar la propagación del virus, algunas debieron ser adaptadas por la comunidad para que se correspondan con las formas y dinámicas *mbya* y de esa forma sean funcionales.

La disposición de mayor significación fue la del ASPO cuyo lema “quedate en casa” entraba en contradicción con las condiciones socioeconómicas de las familias *mbya* y con su modo de vida comunitario, en el que el deambular, el encuentro con familiares y, especialmente, el encuentro de niños/as en espa-

cios comunes, es constituyente (Lorenzetti y Cantore, 2021). Frente a esto, se adecuó esta medida de cuidado estableciendo un aislamiento comunitario, manteniendo el fundamento principal que es evitar que el virus “entre” a un espacio que debe mantenerse “seguro”. En dicho aislamiento se considera y prioriza la comunidad como unidad y no las “casas”, por lo cual se establecía la exclusión de las personas no-indígenas ajenas a la comunidad, pero dentro de ella se mantenían los contactos interpersonales:

Por ejemplo, se decía que en las comunidades los chicos salen y no se quedan en sus casas... pero es distinto que para los blancos... porque los chicos salen de la casa acá dentro de la comunidad porque es todo comunitario, para pasear y pasar el rato nomás, porque los chicos no se quedan dentro de la casa... los chicos *mbya* son así. (ASSI, Zona Sanitaria Nordeste, 30 años, 05-11-2021)

En cuanto a recibir personas ajenas a la comunidad, la restricción era estricta para no-indígenas (a excepción de los equipos de salud). Sin embargo, para personas *mbya*, las medidas de cuidado se dirigían a brindarle un espacio al individuo/familia en los casos en que retornaban a sus comunidades, luego de haber permanecido en otro lugar, a fin de que esa persona/familia pudiera realizar dos semanas de aislamiento; una vez pasado este tiempo ya se incorporaba a las dinámicas de la comunidad. Si bien el movimiento entre las comunidades disminuyó y se establecieron protocolos de protección, especialmente en la primera etapa de la pandemia, no se prohibió el ingreso de personas *mbya* a una comunidad. Esto es consistente con el concepto de propiedad comunitaria

donde todo *mbya* tiene derecho a habitar el territorio comunitario, el cual aparece configurado, por ejemplo, en la Ley 26.160 y la necesidad de una titulación colectiva (Salamanca 2021); los territorios son habitados como territorios *mbya*, en los cuales todo *mbya* puede habitar.

El aislamiento comunitario requirió la organización para realizar diligencias fuera de la comunidad, como trámites, compras, cobros, entre otros; para ello, era asignada una persona que no pertenecía al grupo de riesgo. Al salir de la comunidad se utilizaban los elementos de protección personal, como barbijo y alcohol en gel, los cuales generalmente eran entregados por los agentes sanitarios. Al volver a la comunidad, se tomaban recaudos como bañarse y sacarse la ropa para desinfectarla. Estos cuidados también eran realizados luego de haber tomado contacto con personas no-indígenas, por ejemplo, el equipo de salud:

Bueno hablamos con... con la gente, o sea, con las familias dentro de las comunidades, decíamos que tal si usted pudiera un... poco a poco, cada vez que cobra, vamos a ir juntando la plata y vamos a comprar por... por mayor. Entonces cuando traemos la mercadería nos dividimos, para que no vaya todas las mamás a comprarse, que vaya dos personas que se... que sabe cuidar. (ASSI/cacique, Zona Centro Paraná, 48 años, 07-04-2022)

Las estrategias implementadas por el área de Salud Indígena, con participación de los equipos locales, se enfocaron en generar diferentes formatos para difundir las pautas de cuidados: se elaboraron cápsulas informativas donde los ASSI transmitían las recomendaciones en idioma *mbya guaraní*; se tradujeron y distribuyeron los afiches usados en la campaña

nacional de prevención, y se realizaron reuniones virtuales con los equipos locales con el objetivo de actualizar y reforzar la información. Las conversaciones, reuniones y charlas entre los equipos de salud, las autoridades y la comunidad fueron consideradas de suma importancia y se fueron desarrollando en diferentes espacios, como la consulta médica o los grupos de WhatsApp. Estas instancias servían para comunicar las medidas de cuidado, difundir información sobre el virus y contagio, organizar reuniones presenciales donde se trataban temas que requerían diálogo e intercambio, como así lo fuera más adelante la vacunación.

Nosotros veíamos de qué manera podíamos ajustar el tema de... comunicacional y teníamos un presupuesto, entonces yo le digo a... a mi jefe, digo “bueno, usemos ese presupuesto para generar alguna cápsula informativa que... que tenga que ver con la pandemia. ¿Qué es la pandemia?, ¿qué es el covid?, ¿cómo te cuidás? Y estas recomendaciones pasarlas al guaraní, hablado por... por un guaraní, hablado por un *mbya* (...) generamos un buen impacto en el hecho de que sea un par el que esté hablando eh, Que sea un indígena que te esté pasando las directivas, decirte “Bueno, cuidate, limpia tal cosa y no compartas tal cosa, no te reúnas, no vayas de visita, tal cosa”, todo eso dicho por un par tenía un impacto positivo ¿no? (Personal técnico de Salud Indígena, Zona Capital, 38 años, 14-03-2022)

DINÁMICAS RELACIONALES ENTRE LOS EQUIPOS DE SALUD Y LAS COMUNIDADES

El Agente Sanitario de Salud Indígena se presenta como el nexo entre el sistema sanitario y la comunidad en la que vive y, en ocasiones, también de las comunidades más cercanas si las mismas no tienen agente sanitario. Sus tareas habituales son: mantener un registro actualizado de su población; vacunar; acompañar en la atención médica, en la confección de planillas y la traducción; asistir a los usuario/as de centros de referencia para turnos programados, como partos o derivaciones de urgencia; seguir a los pacientes de riesgo; solicitar turnos; comunicar a su población las medidas de cuidado, promoción y prevención de la salud establecidas por el sistema sanitario; y, a su vez, recibir y gestionar las demandas de su propia comunidad al sistema sanitario:

Somos 3 y nos turnamos para que no falte un agente sanitario ahí. Para cuidar y cuando llega la gente atenderle. Hacerle atender en el hospital, facilitarle. (ASSI, Zona Sanitaria Centro Paraná)

sí, pero directamente no vienen de la comunidad para acompañarle... hay algunos que no quieren venir... siempre un agente le tiene que acompañar y yo vengo sin problema y le acompaño... y después vuelvo y le cuento a la familia. (ASSI, Zona Centro Paraná, 45 años, 23-02-2022)

Este lugar de nexo, con y por su condición de indígena, propicia ciertas tensiones (Lorenzetti, 2009); en la pandemia, estas se presentaron en algunos agentes sanitarios al recibir

información, desde el mismo sistema al que pertenecen —a veces a través del Ministerio de Salud de Nación—, que debía ser difundida, comunicada y exigida a la población, pero que aún no había sido adecuada:

Pasaba mucho en la aldea que le presionaban los promotores porque, por ejemplo, los promotores hacían lo posible para que la gente no salga, la gente que quería salir... a cobrar, a la despensa, al boliche o al centro, al pueblo, que se yo, y ellos estaban ahí como una suerte de policía y eso terminó desgastando muchísimo, porque tenían que cumplir rol que no son rol del agente de salud. (Personal técnico de Salud Indígena, Zona Capital, 38 años, 14-03-2022)

Durante la primera etapa de la pandemia, la tarea de los ASSI se enfocó principalmente en la comunicación de la información brindada desde Salud Indígena y la producida de forma local con caciques y auxiliares docentes.

La población acudía al agente sanitario, de forma espontánea y según lo recomendado por Salud Indígena, para consultar sobre el uso de elementos de protección, sobre disposiciones nacionales y provinciales sobre medidas de cuidado. En las entrevistas a nuestros interlocutores/as se evidencia la importancia y valoración de la aptitud del agente sanitario para hablar a la población, no solo traduciendo, sino “insistiendo”, conversando, “con paciencia”:

Bueno, mi trabajo es estar acá en la salita y algunas veces, cuando se puede, hacer charlas sobre las enfermedades que existen. Que es lo más importante, hablar con la gente, con todas las comunidades. Ese es mi trabajo. (...) Hacemos reuniones acá en

(menciona localidad) con todos los promotores y siempre charlamos del tema de hablar mucho en las comunidades. (ASSI, Zona Centro Paraná, 25 años, 07-09-2021)

La verdad que me eligieron los miembros de la comunidad... o sea que ellos mismos confiaron en mí... por la forma en que hablo por ejemplo (...) primeramente tenía que venir acá, conversar y conocer a las nuevas compañeras... conocer un poco más cómo hablar con la doctora... solamente eso primeramente... Después ya mis compañeras me dieron otras tareas: hacer un censo nuevo, hacer talla y peso... y esas eran las tareas para empezar. (ASSI, Zona Centro Paraná, 45 años, 23-02-2022)

Al mismo tiempo, eran quienes distribuían los insumos como alcohol en gel y barbijos, especialmente en las consultas médicas, para traslados o a quienes salían de la comunidad a hacer alguna diligencia.

El tratamiento de numerosas cuestiones sanitarias relacionadas a los procesos de salud/enfermedad/atención en las comunidades requiere un trabajo conjunto entre el ASSI y el cacique. El contexto que generó la pandemia requirió que estas interacciones sean más frecuentes y más evidentes, no solo con el agente sanitario, sino con el resto de los miembros del equipo sanitario o representantes de Salud Indígena. El cacique es la máxima dentro de las autoridades elegidas por una comunidad, cuya responsabilidad es mantener su “bienestar”, organización, consenso, el orden y la armonía y, en ocasiones, a conducir las cuestiones e interacciones, entre la comunidad y los no indígenas, ya sean individuos o instituciones (Gorosito Kramer, 2006). En el contexto de la pandemia fueron los caciques quienes tomaron decisiones en cuanto a

los cuidados comunitarios, al aislamiento comunitario, el no permitir ingresar a personas no-indígenas, suspender actividades recreativas, deportivas, sociales.

Primero había personas que pensaron que era yo el que ponía el reglamento dentro de la comunidad (sobre el aislamiento domiciliario) (risas) pero era un decreto nacional, una ley nacional que nosotros teníamos que si o si adaptarnos a esas leyes que hizo el presidente (...) yo como autoridad tenía que hacer aplicar también... y todo eso no fue fácil para mí como autoridad porque hay de diferentes pensamientos de cada persona sobre la pandemia, la enfermedad. (...) Yo tengo que estar sabiendo o entender las dos culturas, donde existen dos visiones, dos maneras de ver el mundo... estar en el medio... como un cacique y tener que llevar esa responsabilidad no era tan sencillo. (Cacique comunidad *mbya*, Zona Noreste, 34 años, 05-11-2021)

Gracias a Dios siempre me aceptaron, tanto los caciques... pero tampoco nunca falte el respeto a los caciques, lo primero que hago, hacía y sigo haciendo, lo mismo viste, es llegar a la aldea y pedirle la autorización al cacique, o sea pedirle, ir a saludar al cacique y decirle, explicarle qué vamos a hacer qué. (Agente Sanitario, Zona Centro Uruguay, 50 años, 20-01-2022)

La comunicación entre los caciques y miembros del equipo de salud tuvo que ser frecuente, ya sea iniciada por este y generalmente con el objetivo de tener novedades sobre la salud de la comunidad, especialmente en momentos de aislamiento, como por el mismo cacique, para consultar sobre una sospecha de COVID, sobre un aislamiento, entre otros asuntos:

También que los caciques se encontraron también con la misma incertidumbre que nosotros ¿qué hacemos ahora en este contexto? Entonces como que hoy unimos fuerzas, fuimos formando alianzas estratégicas, digamos, con los caciques eh... mucho más directamente así entre el ministerio y cacique, el ministerio y, este, autoridad... que entre ministerios con la comunidad. (Personal técnico de Salud Indígena, Zona Capital, 38 años, 14-03-2022)

La vacunación anticovid fue otro escenario de intervención por parte de los caciques. Como fue descrito anteriormente en este texto, las reuniones solicitadas por los caciques tanto individual como grupalmente con representantes jerárquicos de Salud Indígena, más allá de la solicitud de información, se trata de una articulación entre dos sistemas de gestión. En un principio, fue debido a la necesidad de establecer las condiciones en las cuales se iba a comenzar la vacunación. Más adelante para solicitar la vacunación en sus comunidades, o gestionar para que sea accesible. Muchas de estas solicitudes e interacciones son realizadas grupalmente. Es frecuente que haya conversaciones, diálogos, consultas entre caciques acerca de asuntos sanitarios, y si bien no necesariamente hay acuerdo constante en las formas de pensar y proceder, pueden llevar en ocasiones a la toma de estas acciones conjuntas.

Tenía un grupo también de lo mucho... de mucha gente digamos, de Paraguay y de Brasil, yo estaba en un grupo, tenemos un grupo de WhatsApp de los caciques, “y vos como trabajador de salud ¿qué ves el tema de la vacuna?”, me preguntaban a mí. (ASSI/cacique, Zona Centro Paraná, 48 años, 07-04-2022)

Siempre por cada cosa, cuanto más estamos comunicados y nos ayudamos entre los caciques más seguros nos sentimos para cada cosa... siempre sentimos esa fuerza para tomar decisiones... nunca solo, siempre con el acompañamiento de otro cacique... y eso nos hace fuerte, nos fortalece... algunos caciques saben más que otro y entonces compartir las ideas, la experiencia todo eso nos enriquece como autoridad. (Cacique comunidad *mbya*, Zona Noreste, 34 años, 05-11-2021)

Los/as abuelos/as son personas de gran importancia y reconocimiento dentro de las comunidades *mbya*, quienes son consultados en ocasiones por los más jóvenes, muchas veces los mismos ASSI, para recibir consejos sobre formas de actuar ante determinadas situaciones:

Eso también le conté a papá y papá dijo “¿porque mira noticias? Ustedes no tienen que mirar, ¿por qué no se juntan y hacen *tangará* [baile tradicional *mbya*] y los chicos se distrae o se pasa preocupaciones? Para eso tenemos nuestra propia cultura y creencia y nuestro canto, nuestro baile”, decía él, así que... (ASSI/cacique, Zona Centro Paraná, 48 años, 07-04-2022)

Al principio costó mucho la aceptación, hubo mucho rechazo, ellos decían que según sus líderes espirituales tenían una forma de prevenir que no era la vacuna y que no necesitaban la vacuna, entonces medio que al principio la rechazaban, costó la adherencia. (Personal administrativo, Zona Centro Paraná, 31-01-2022)

El (re)conocimiento y consideración de las dinámicas relacionales dentro de las comunidades, de sus autoridades políticas y espirituales, las interacciones de las mismas con los

ASSI y el sistema de salud, es clave para el diseño, aplicación, desarrollo y éxito de las estrategias sanitarias.

REFLEXIONES FINALE

La pandemia generó un contexto en el cual se pudieron evidenciar diversas cuestiones que hacen a los procesos de salud, requiriendo otros soportes, además del enfoque biomédico para el abordaje de problemáticas sanitarias, especialmente en la población originaria (Menéndez, 2018b). Las articulaciones fueron sumamente importantes para fortalecer los procesos de resolución local, lo cual cobró protagonismo ante el aislamiento e impedimento de derivación de pacientes a los centros de atención de mayor complejidad.

Las emociones y vivencias relacionadas con el advenimiento de la pandemia, las nociones de protección, las interpretaciones de los ancianos y sus recomendaciones de reforzar la espiritualidad y las prácticas tradicionales en las comunidades, ejemplifican las implicancias socioculturales que hoy atraviesan las comunidades *mbya guaraní* en el contexto en el cual despliegan su vida cotidiana.

Las narrativas de los trabajadores de salud permitieron explorar diferentes aspectos de la pandemia por COVID-19 en las comunidades *mbya guaraní*. En los testimonios de las/os trabajadoras/es se evidencia que, si bien la coyuntura de la pandemia alteró la dinámica de atención a la salud en las comunidades *mbya guaraní* en Misiones, la trayectoria de los equipos locales cobró relevancia para responder rápidamente a las nuevas condiciones impuestas por el contexto de pandemia. Así, se destacan la adecuación de las medidas de

prevención y su implementación hacia dentro de cada comunidad como una fortaleza de los equipos de salud. Además, la construcción de confianza entre los agentes sanitarios y la comunidad ha servido de base para legitimar los pedidos de aislamientos preventivos y demás indicaciones, así como también contrarrestar la incertidumbre generalizada y contribuir durante el proceso de inmunización con la llegada de la vacuna.

La adecuación de las medidas requirió no solo la traducción y socialización de la información relacionada al virus y las medidas de cuidado provenientes de las fuentes oficiales, sino también el tratamiento y modificación de las estrategias planteadas, de acuerdo a las dinámicas cotidianas y organizacionales de las comunidades. Las mismas fueron realizadas y supervisadas por las autoridades locales, de quienes depende el cuidado, organización y bienestar de una comunidad, en diálogo con sus pares, familiares y ancianos para la toma de decisiones. La consideración de la organización sociocomunitaria es indispensable para la planificación y ejecución de intervenciones de cuidado y el desarrollo de estrategias sanitarias, reconociendo aquellos actores con competencia, garantizando su participación para la generación de estrategias con legitimidad comunitaria. Las condiciones habitacionales y el acceso a recursos indispensables como el agua están presentes en las narrativas de nuestras/os interlocutoras/es y representan los lugares de intersección entre lo sanitario, lo social y lo económico.

Tal como se desprende de los testimonios recogidos, las intervenciones sanitarias, especialmente en los pueblos originarios, requieren de estrategias “respetuosas, sustentables y ajustadas a la realidad de cada territorio” (Bottinelli, 2021, p. 9), comprometidas y con la participación comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeledo, S., et al (2020).
Informe ampliado: efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia COVID-19 y el aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas de la Argentina (segunda etapa), junio de 2020. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Aljanati, L., et al (2020).
Pueblos Indígenas y COVID-19. Principales lineamientos de un informe colaborativo. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Avalos, M. y Schiavoni, L. (2022).
La vacunación como proceso social: experiencias de trabajadoras/es sanitarios en Misiones durante la pandemia de COVID-19. En M. Lorenzetti, M. Avalos y L. Schiavoni (Comp.).
Trabajar, cuidar y curar: experiencias de los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19 en Misiones-Argentina. Edunam.
- Bessone, M., Garcete, D., Saldías, A. (2019).
Estructura demográfica de la población mbya guaraní, provincia de Misiones. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.
- Bottinelli, M. M., Garzón A. C. (2021).
La situación de los pueblos indígenas durante la COVID-19. Reflexiones desde la salud mental comunitaria. *Revista científica de musicoterapia y disciplinas afines*, 6(3). <https://doi.org/10.24215/27186199e014>
- Cantore, A. (2014).
Antropología y la desnaturalización del sistema de salud: sobre la concepción de enfermedad de comunidades Mbya en Misiones. *En Letra*, 1(#E): 142-163. <https://revistaenletra.files.wordpress.com/2020/08/2014.12-e-can.pdf>
- Cebolla Badie, M. (2016).
Cosmología y naturaleza mbya-guaraní. Ed. Biblos. (2012). Territorios mbya. Usos del espacio y movilidad. Autoctonía, poder local y espacio global frente a la noción de ciudadanía. En G. Orobitg Canal (Comp.), *Serie Estudios de Antropología Social y Cultural*. Departamento de Antropología

- Social e Historia de América y África, Universidad de Barcelona.
- Gorosito Kramer, A. M. (2013).
Guaraníes en Misiones. Tierras y Bosques 2011. Nuevos escenarios para viejas cuestiones. *Runa, archivos para las ciencias del hombre*, 34(1), 31-47. <https://doi.org/10.34096/runa.v34i1.558>
- (2006). Liderazgos Guaraníes. Breve revisión histórica y nuevas notas sobre la cuestión. *Avá*, 9, 11-27.
- Hirsch S., Dell'Arciprete A., Cebolla Badie M., Orlando F. (2015). El consumo y significado de los medicamentos en comunidades toba, mbya, pilagá, guaraní y tapieté de la Argentina. En S. Hirsch, M. Lorenzetti, D. Salomón (ed). *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Keller, H. A. (2010).
Nociones de vulnerabilidad y balance biocultural en la relación sociedad guaraní y naturaleza. *Avá*, 18, 25-41. https://www.ava.unam.edu.ar/images/18/pdf/ava18_keller.pdf
- Langdon, E. J. (2014).
Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 19(4), 1019-1029. <https://orcid.org/0000-0002-5883-3000>
- Lorenzetti, M. I. (2009).
La construcción de la “salud intercultural” como campo de intervención. [ponencia]. *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Lorenzetti, M. y Cantore, A. (2021).
Salud y cuidados en las comunidades mbya guaraní de Iguazú (Argentina) durante la pandemia COVID-19. *Revista Albuquerque*, 13(25), 22-45. <https://doi.org/10.46401/ardh.2021.v13.12219>
- Lorenzetti, M. y Lavazza, V. H. (2021).
Relaciones interétnicas y cuidados de salud en comunidades mbya guaraní de Puerto Iguazú (Misiones, Argentina). *Jangwa Pana*, 20(1), 34-51. <https://doi.org/10.21676/16574923.388534>
- Menéndez, E. (2018a).

Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 58, 104-113. <https://doi.org/10.29340/58.1999> (2018b).

Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14(3), 461-481. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>

(1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.

Remorini, C. (2009).

Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades mbya guaraní en Misiones, República Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Ed. Edulp.

Salamanca Villamizar, C. (2021).

Salir de la emergencia. Cumplir la ley (26.160) de relevamiento territorial, un paso urgente para garantizar la propiedad comunitaria indígena. Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR Editora.

Sy, A. y Remorini, C. (2008).

Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños *Mbya*. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión. En *VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales "Oportunidades"*. Universidad del Sur, Bahía Blanca.

APUNTES PARA PENSAR LA CORPORALIDAD
ENTRE OBSTÉTRICAS Y ENFERMERAS/OS EN LA
PANDEMIA COVID-19 EN MISIONES

Ana Carolina Nuñez y Jorge Antonio Godoy

INTRODUCCIÓN

En el contexto sanitario de la pandemia por COVID-19 consideramos pertinente reflexionar acerca de los desafíos y controversias que condicionaron las acciones del cuidado de las/os trabajadoras/es de la salud, particularmente de obstétricas y enfermeras/os en los diferentes niveles de atención de Misiones (hospitales y centros de Atención Primaria de la Salud).

En este trabajo describimos las tareas del cuidado como parte fundamental de estas dos profesiones cuyo campo de actuación ha estado atravesado, preponderantemente, por la mirada biologicista y hegemónica de la medicina. El fenómeno “COVID” permitió visibilizar cuestiones estructurales de los quehaceres disciplinares en tanto espacios sociales reglados donde operan luchas y estrategias de reposicionamiento frente otros agentes e instituciones.

Desde este punto de partida, nos interesa comparar aspectos comunes persistentes y contrapuntos emergentes entre estos dos grupos de profesionales a partir de sus testimonios. En base a una aproximación etnográfica e interdisciplinaria,

el trabajo se apoya en un corpus total de 10 entrevistas realizadas a profesionales de enfermería (dos mujeres y tres varones con un rango de edades de entre 29 y 54 años, pertenecientes a Zona Capital, Zona Centro-Paraná y Zona Alto Uruguay) y obstetricia (cinco mujeres que ejercen en Zona Capital, regiones noreste y sur de la provincia de entre 25 y 28 años). Asimismo, recurrimos a nuestros registros de campo respecto de las experiencias de trabajo en salud que hemos compartido con las y los interlocutores en diversos ámbitos académicos y sociales.

Privilegiamos las impresiones en primera persona sobre los sucesos dados en los espacios de atención primaria y Hospitales de Nivel I, para dar cuenta de la organización de lo percibido-vivido dentro de los diversos servicios de salud. Estos espacios de atención confieren marcos sociales donde es posible observar la *incorporación* de las lógicas y las normatividades que regulan el sistema sanitario y modulan las prácticas concretas. En este sentido, la reconstrucción de las narrativas a partir de los testimonios de las/os trabajadoras nos permite relacionar los aspectos individuales y colectivos, trastocando los límites de la dualidad cuerpo personal-cuerpo social para comprender ambas dimensiones como instancias que se configuran mutuamente.

En clave comparativa, los testimonios de trabajadoras/es de la salud son puestos en diálogo como experiencias corporizadas de la pandemia de COVID-19. La concomitancia cuerpo-mente, sujeto-objeto, individuo-sociedad constituyen dimensiones de un fenómeno ya problematizado por Csordas (Csordas y Olivas, 2021), Bourdieu (1997) y Merleau Ponty (2003), quienes advirtieron la necesidad de superar los análisis dicotómicos.

Para Csordas, estamos sumidos en un incesante oscilar de objetivaciones, reobjetivaciones y desobjetivaciones que nos hacen ser parte del cuerpo social y en cada estación esas objetivaciones modulan nuestra subjetividad. El cuerpo social se constituye a partir de los cuerpos individuales que son percibidos y reconocidos a partir de nuestras experiencias. En esos pasajes vivos de lo preobjetivo a las objetivaciones y a las subjetividades lo particular se torna social.

En Bourdieu, son las disposiciones del mundo social sedimentadas en la base material de los cuerpos lo que les confiere su carácter de “producto social” (Bourdieu, 1986). Es en estas disposiciones materiales y simbólicas donde se inscriben y recrean las relaciones sociales de producción y dominación cultural. Dicha trama de relaciones es el resultado de procesos históricos que conforman la ideación de lo “legítimo” (desde la dominación) y lo “alienado” o “ilegítimo” (desde los dominados) para modelizar a los cuerpos en el espacio social.

Las imágenes de los cuerpos de los trabajadores de enfermería y obstetricia revelan su involucramiento en las actividades del cuidado, se presentan de modos distintos según los ámbitos en los que operan, destacan aspectos diferentes según las acciones que realizan, “indican” quiénes son estas/os trabajadoras/es y expresan el modo en que ellos asumen sus prácticas profesionales.

La perspectiva de Merleau Ponty nos permite recuperar la noción de *agencia* que da sentido a lo que es percibido en cuanto a la experiencia.

El mundo es percibido y, por lo tanto —al menos en algún sentido— constituido en perspectiva. Nunca se tiene delante el objeto

como totalidad, sino una de sus facetas; lo cual no quiere decir que no se esté ante el objeto mismo, ya que esa perspectiva, ese mostrarse desde una cara, le es inherente. La perspectiva no es una distorsión sino una propiedad de las cosas y el mundo. (Belvedere, 2002, p. 16)

La recuperación de los relatos de obstétricas y enfermeras/os sobre su trabajo en pandemia reveló ángulos diferentes a los registrados por otros trabajadores, por los mismos pacientes y por el contexto social. Asumir que la experiencia relatada da cuenta de una de las tantas perspectivas posibles es clave para comprender las vivencias de estos trabajadores.

Este breve recorrido por las discusiones teóricas que enmarcan nuestra interpretación anticipa los aspectos que seleccionamos para este trabajo: cuerpos que expresan vivencias, vivencias que ocurren y se registran en contextos determinados; experiencias que se objetivan en el discurso, las narrativas como núcleo del análisis.

DESAFÍOS DE LAS PROFESIONES DEL CUIDADO EXPUESTOS POR LA PANDEMIA

De manera recurrente, las acciones de obstetras y enfermeras/os tienen como factor común un trabajo que requiere de la atención directa y personalizada de las personas bajo su cuidado. En tanto encargadas/os de estos cuidados en sus testimonios la recurrencia al “estar” y el “hacer” marcó la diferencia durante la pandemia: “poner el cuerpo”, “aguantar”, “levantar banderas”. Estas impresiones recuperadas en sus discursos se enmarcan en un contexto donde debieron moverse a

diario con las presiones de la demanda cotidiana y no sentirse reconocidos.

El trabajo de obstetricia y enfermería se caracterizó por haber sido continuo, permanente y asumir el espacio que dejaban libre otros profesionales de la salud (médicos, por ejemplo, como se detalla más adelante), por motivos relacionados con la edad y los factores de riesgo. En este marco diversas fueron las experiencias sociales y laborales que atravesaron ambos grupos profesionales a través de un “esfuerzo organizativo autorreferenciado” (Calvo, 2006, p. 76). Este esfuerzo implicó reacomodamientos de los espacios de trabajo, acciones concretas para evitar las infecciones por coronavirus, proteger al grupo de familias y suplir el trabajo de otros profesionales, como se detalla más adelante a través de diversos testimonios.

En particular, al describir las inequidades de sectores como enfermería, obstetricia y otros trabajadores del cuidado, los organismos internacionales OIT, UNFPA y ONU Mujeres (2020) plantearon la crítica situación de las trabajadoras de la salud en Argentina ante la pandemia.

por su mayor presencia en las ocupaciones de mayor cercanía con pacientes, como es el caso de la enfermería, las mujeres están más expuestas. El riesgo de contagio se puede ver exacerbado ante la insuficiencia de equipos de protección adecuados en las instalaciones sanitarias o las dificultades en el acceso a las pruebas diagnósticas. Esta combinación de un mayor número de personas enfermas con una reducción del personal disponible para su atención contribuye notablemente a poner en peligro la capacidad del sistema sanitario”. (East, Laurence, López Mourelo, 2020, p. 21)

En contextos de alta desigualdad por sobrecarga laboral, los riesgos asociados al tipo de actividad y la falta de acceso a derechos laborales se ubican entre los principales condicionantes de desempeño y bienestar psicofísico.

En el Día Internacional de la Partera celebrado el 5 de mayo de 2020, la directora ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), señaló lo siguiente:

[las obstétricas] brindan apoyo a las mujeres en sus momentos más vulnerables (...) defienden el derecho humano de las mujeres a tener un embarazo y un parto seguros, a pesar de que ellas mismas a menudo enfrentan situaciones de discriminación, acoso sexual y desigualdad salarial. Ahora, estos desafíos se ven exacerbados por el miedo y la incertidumbre que provoca la COVID-19. En aquellos países en los que estos derechos y opciones se cuestionan o se encuentran bajo amenaza, las parteras están levantando la voz para visibilizar las muertes maternas evitables y la falta de acceso a la planificación familiar. También están dando la voz de alarma en relación con la violencia por razón de género y las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. Se han constituido en agentes de cambio en aras de la igualdad de género. (UNFPA, 05-05-2020)

Este reconocimiento a escala global de la entrega y el compromiso que implica el trabajo con las mujeres en salud, y más aún por la lucha de los derechos de las personas, no se trasladó a los escenarios cotidianos en los que actuaban enfermeras y obstetras. En nuestro contexto, los reajustes en el sistema de atención hospitalaria fueron dándose entre tanteos, tropiezos y aciertos, como nos relatan las profesionales consultadas:

en el interior fue donde más contacto tuve con pacientes covid y la pandemia en sí. Las pacientes tenían miedo al covid y no nos decían que eran casos positivos, y pasó muchas veces que he atendido pacientes covid positivo y no lo sabía... no me relataban y no usé el equipo de protección personal por lo cual después transitaba con mucho miedo de haberme contagiado y de traerlo a mi casa sin saberlo... porque no me lo contaban por el miedo a que quizás no vayamos a atenderlas, o por si no dejábamos entrar a su acompañante al parto, motivos particulares de ellas. Fue algo que me marcó, me impactó... para mí darme cuenta que nos guardaban esa información hasta que se protocolizó todo y el único test que se aceptaba era el del hospital, ya no lo podían traer de afuera. Se cambió y ya sabíamos cuáles eran contacto estrecho, casos positivos. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Noreste, 28 años, 27-01-2022)

El testimonio citado evidencia la flexibilidad con la que operaron los propios trabajadores. En contexto de pandemia, el uso del equipo de protección personal en los ámbitos asistenciales no era optativo sino obligatorio, formaba parte de la normativa de protección y cuidado que el sistema generó para sus trabajadoras/es. La situación relatada da cuenta de la dispar apropiación de las normas de seguridad y de los riesgos corridos por esta trabajadora. Los estamentos intermedios, responsables de proveer los recursos necesarios para hacer cumplir las normas actuaron de modos dispares según los efectos. Situaciones de este tipo se reiteran en otros testimonios mostrando que —en las primeras etapas— el desempeño en los servicios estuvo poblado de imprecisiones por la ausencia de orientaciones concluyentes. En consecuencia, trastocaron ritmos y modalidades en la operación habitual generando un

clima de malestar que en muchas ocasiones causó *enojos* e impotencia en el personal de obstetricia y entre los familiares de las gestantes como se describe en el siguiente fragmento:

con esta paciente que no me había dicho que era un caso positivo, y el marido también lo era, después lo publicó en su Facebook, y se volvió viral, allá en el pueblo. Me dio una sensación de enojo porque no me había comunicado...nos expuso a mí y al personal que atendió su parto hasta que se le dio de alta. Primeramente, me dio esa sensación de enojo, primero conmigo misma por traer la enfermedad a mi casa, porque terminaba la guardia y me iba a casa con mi hija, con mi familia y fue como exponerlos a ellos también... recién cuando dijo que era positivo, por haber sido contacto estrecho me hisoparon. (...) después fui entendiendo que ella tuvo miedo de contarnos por temor que no la entendamos o... como te dije era todo nuevo y no se sabía cuáles eran los pasos, simplemente se iban a tomar otras medidas de prevención tanto para el personal como para para el recién nacido. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Noreste, 27-01-2022)

Como nos decía esta profesional, el estado de alerta por el riesgo atenta contra propios y ajenos, la distancia protocolar y las sensaciones internalizadas, fueron sumando al personal otros tantos desasosiegos, tales como recuperamos a continuación:

desde que empezó la pandemia los vecinos estaban con miedo de que vuelva a casa y traiga el virus, “Ah, no, la señora de esta casa trabaja en el hospital”. Estar bajo esa mirada, de verme a mí como si yo fuera un contagio para ellos, fue dura esa parte y no fue mi intención contagiar a nadie y es lo que menos quiero,

pero sí noté eso en la mirada de los vecinos incluso de mi familia que me decía “Che vos saliste de guardia”. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Noreste, 27 años, 27-01-2022)

En un primer momento pensamos, “si nosotros nos contagiamos”... nosotros no podíamos volver a nuestras casas ¿Entendés? Era el pensamiento en común, de todo el personal. ¿A dónde vamos a ir? El hospital o el Parque de la salud o el Ministerio de Salud ¿nos va a habilitar un lugar en donde quedarnos si nos contagiamos para que cumplamos la cuarentena?, ¿a dónde vamos a ir?, ¿cómo íbamos a hacer?, ¿entendés? Todo el mundo tenía muchísimo miedo. Porque la gran mayoría de las personas tenía sus familiares y algunos con patologías de base, otros que eran inmunodeficientes. Gente que necesitaba otro tipo de cuidado. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Paraná, 29 años, 22-09-2021)

Ahora, vino el COVID, y considero que es como cuando fue el brote del HIV: era algo desconocido, donde todos tenían miedo y bueno... Como que la pandemia del COVID trajo eso, o sea, un miedo. El miedo no solamente por vos, sino por tu familia, más que nada. Porque, yo creo que eso fue lo que le jugó más en contra, psicológicamente, al profesional de salud. Porque vos, todos los días salías y no sabías si te llevabas el bicho a tu casa, o no. ¿Entendés? (Enfermero, 36 años CAPS, Zona Sanitaria Capital, 14-09-2021)

Los testimonios de las/os trabajadoras/as de salud dan cuenta de las diversas actitudes sociales que se instalaron como mecanismos de control y los juicios de valor derivados según las distintas instancias interaccionales: cuerpos y mi-

radas esquivas, comentarios despectivos y hasta acusatorios de gran parte de la sociedad que, más allá del temor, no terminaba de entender ni aceptar las condiciones impuestas por la situación sanitaria imperante¹. Tales situaciones sociales fueron percibidas por el personal como un *desborde*, el agotamiento constante ante la demanda en los servicios y una endeble capacitación prepandemia que se expresan en estos testimonios:

a nosotros creo que nos sigue faltando organización, creo que todos nos encontramos desbordados, cansados, somos pocos y quedamos incluso menos personas que, por la edad o por patologías de base, se quedaron en sus casas y no vinieron a trabajar. Nos enfrentamos a que somos poco personal, poco capacitados ya que nunca nos tocó una pandemia de esta magnitud, somos pocos, no estamos capacitados, hay mucha inexperiencia, van surgiendo cosas nuevas todo el tiempo y me cuesta mucho verle el lado bueno a la pandemia, para mí fue un cuco. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

En tiempos de pandemia la situación laboral es sumamente estresante, por el simple hecho de que no se sabía a ciencia cierta cómo manejar la situación de la pandemia. En sí, no estábamos

1. Estos eventos quizás se vinculan con el hecho de que fueron y siguen siendo los sectores populares los más afectados y las capas medias-bajas en una constante inestabilidad económica, debido a las fluctuaciones del mercado y las restricciones sobre algunas actividades que incidieron en el ámbito doméstico. Las consecuencias no tardaron en verse expresadas en reacomodamientos forzosos para cubrir necesidades materiales de diversa índole.

preparados en primer momento. Hablando que, desde los hospitales o desde los CAPS, no teníamos la preparación con los equipos de bioseguridad, en un primer momento. Y bueno, después empezaron a darnos, desde el ministerio y desde el Parque de la salud, también. Y ahí cambió la situación, porque si bien nosotros como enfermeros siempre estuvimos preparados para cualquier situación de éstas en donde haya una pandemia, pero trabajar con las medidas de bioseguridad a ciencia cierta nunca se hizo. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Paraná, 29 años, 22-09-2021)

La falta de preparación específica que plantean las profesionales se asocia con el temor a infectarse como el factor común entre obstétricas y enfermeras/os. En ambas profesiones, el trabajo que realizan requiere la atención directa y un entrenamiento especial por la pandemia que los hizo sentirse “esenciales” pero, paradójicamente, también *prescindibles* y *reemplazables* en la ejecución de sus tareas:

Puede que [la pandemia] nos haya dejado esto del compañerismo... el darnos cuenta que ninguna es esencial y que donde no estuviste vos va a estar otra, van a contratar a otra. Hasta qué punto dejamos la vida por el trabajo, hasta qué punto descuidamos nuestras relaciones personales quizás por ganar un poco más de plata o por cubrir al personal. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

En este relato, no solo se lee la presión por estar en el *frente de batalla* —expresión popularizada por los medios de comunicación y las redes sociales—, sino también que el cansancio por el ritmo que demandan los cuidados visibiliza los *acha-*

ques que trae consigo el ejercicio laboral en condiciones que podrían ser mejores, y que se van acumulando en el cuerpo a lo largo del tiempo:

terminas siendo un grupo pequeño de trabajo, que no estás cobrando del todo bien, y te achaca mucho, siempre digo esto me quita años de vida, me salieron canas desde que comencé a ejercer. (Obstétrica, 28 años, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 27-01-2022)

Debido al estrés acumulado, la necesidad de escuchar, contener al otro y también ser escuchado, resultó una exigencia evidente para quienes involuntariamente suplieron esa función ya que no estaban disciplinariamente preparados para hacerlo. Sin embargo, ante la ausencia de profesionales del área de salud mental, tuvieron que asumir la responsabilidad ético-práctica de escuchar al otro, lo cual puede observarse en las impresiones de las interlocutoras:

Por ahí, lo que faltó y falta es más apoyo en el área de salud mental, también. Porque no tenemos. Ella [enfermera], la pasó mal. Ella estaba sola. Tenía miedo y no tenía ningún espacio, ningún profesional, ni un área donde recurrir. Estábamos trabajando las dos solas en la guardia. Y yo no la podía dejar sola, porque ella se ponía mal, lloraba [enfermera], y eso nadie veía. (Enfermera, 30 años, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 14-09-2021)

No... [asistencia psicológica en la pandemia], imagínate tenemos una sola psicóloga que ahora pidió el pase a Posadas y nos quedamos sin psicóloga... nos pasó que para nuestras propias pacientes no conseguimos turnos. Pacientes víctimas de violación,

de secuestros, cosas horribles que... ni siquiera para ellas logramos conseguir ayuda psicológica. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 27 años, 27-01-2022)

Sí, me pasó que tuve un ataque de ansiedad durmiendo que es algo que nunca me había pasado. (...) hago terapia, ya hacía antes, y me vengo para acá y le digo a mi psicólogo que iba a dejar de hacer porque me sentía plena, divina... excelente... es más le digo, no te digo chau sino hasta luego porque creo que lo voy a volver a necesitar cuando lo esté ejerciendo, y fue así... Al tiempito de mudarme acá, volví a terapia, y no es sólo por la pandemia sino por todo lo que sufrimos y todo lo que dejamos como personal de salud. (Obstétrica, Hospital, 28 años, Zona Sanitaria Sur, 27-01-2022)

En estos relatos se producen y reproducen tensiones entre el llamado ético a ejercer la profesión en pos del bien común y el casi imposible autocuidado en las situaciones sociales más crudas que estas/os trabajadoras/es enfrentan en su cotidiano en este sentido, comparten el ser profesionales altamente capacitadas/os que trabajan en múltiples centros de salud en condiciones de contratación precarias, escasamente remuneradas y poco reconocidas, entre otras similitudes, cuestiones que forman parte del *tiempo de vida* que *se deja* diariamente como personal de salud.

En ese *transcurrir de la vida* en el ámbito laboral, aparecen síntomas de un malestar social que incide en el propio cuerpo; el sufrimiento del cuerpo social por el agregado de los sufrimientos en los cuerpos individuales, donde el límite extremo de ese sufrimiento será la muerte. No obstante, lejos de asumir una postura negacionista, algunos testimonios refieren a la

muerte como una cuestión asumida que puede materializarse en cualquier momento. Tal como se plasma en este relato, constituye uno más de los *gajes del oficio*:

Creo que a todos nos respira la muerte en la nuca siempre y que tenemos que seguir disfrutando y eso es lo que me llevo, o sea... tengo... de disfrutar de mi vida igual porque me puedo morir en una ambulancia trasladando a una paciente en la ruta. Esto de arriesgar nuestra vida hasta qué punto, y ninguno es esencial. (...) que también nos dejó esto de mutar rápidamente lo de acomodarnos a la situación, esto de luchar, en mi caso de sacar banderas que no me acordaba que tenía y luchar, esto da cuenta de cuál es el rol que ejecutas y lo importante que somos, porque los somos, teniendo en cuenta que somos personas y no debemos dejar de vivir nuestras vidas por eso. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

El riesgo generalizado en la situación de pandemia hizo rebrotar la relevante necesidad de hablar sobre los buenos o malos tratos recibidos y percibidos por las/os trabajadoras/es y el haber atravesado diversas situaciones de violencia sensibilizó al personal de salud, sobre todo, a los de mayor proximidad en tareas de cuidado como enfermeros/as y obstetras. Las relaciones con la población usuaria, con los vecinos y con los familiares exigió a estos trabajadores replantear sus prácticas y comprender las respuestas “inexplicables” (no declararse paciente COVID-19, señalar a quienes trabajan en salud, etcétera) porque el miedo al contagio y a la segregación ampliaron su escala. Menéndez lo señala del siguiente modo:

Es precisamente en el marco de esta rutina y repetición, caracterizado por las relaciones constantes de obligado cumplimiento, en el que surgen alegrías y miedos hacia los otros y hacia nosotros mismos; es en el seno de estos procesos cotidianos en los que, durante la pandemia, han surgido xenofobias y agresiones a extraños (...) así como agresiones y homenajes al personal de salud. El confinamiento ha puesto de manifiesto que parte de las relaciones cercanas se caracterizan por ser violentas y no violentas, a veces simultáneamente. (Menéndez, 2020, p. 24)

Tomar conciencia de las violencias de muy diverso tipo a las que se encuentran permanentemente expuestos ha sido una dura revelación para estas/os trabajadoras/es, no solo por el agotamiento físico sino también por la falta de apoyo emocional para poder responder a las demandas de las/os otras/os sin paralizarse. Reconocer sus límites como profesionales de la salud no es gratuito, implica situarse junto a los otros para tratar de comprender lo que ocurre.

LOS LÍMITES DEL SISTEMA Y LAS RESPUESTAS DE USUARIOS Y TRABAJADORES

Las medidas sanitarias adoptadas por el gobierno local, en correspondencia con las normas nacionales, afectaron no solo a la población en general, sino particularmente a las/os trabajadores de la salud. Se redefinieron las prioridades en los servicios según los niveles de atención estableciendo estrategias oportunas a partir de la dotación de personal de cada área y las acciones imprescindibles de mantener; las respuestas de los usuarios no fueron uniformes, sino que según sus necesi-

dades y posibilidades demandaron a los trabajadores un amplio abanico de acciones.

A partir del decreto nacional (297/2020) que estableció el Aislamiento Sanitario Preventivo y Obligatorio (ASPO), en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), las/os enfermeras/os y promotoras/es de salud asumieron la responsabilidad de decidir qué casos atender y cuáles derivar a establecimientos de mayor complejidad. Esta situación no resultaba muy cómoda para las personas que consultaban casi a diario, ya que estaban acostumbradas a ingresar al centro de salud acompañadas de toda la familia y varias mascotas, y esperar allí hasta ser atendidas, al tiempo que entraban y salían con equipos de mate o tereré.

En algunos casos, según nos relataron los enfermeros de Atención Primaria de la Salud (APS), las familias aprovechaban el ASPO para llevar a los hijos en edad escolar y completar el calendario regular de vacunación, o realizar el control y seguimiento de otras patologías de baja complejidad que tienen gran incidencia en el bienestar comunitario. Las madres decían que era el único momento en el que tenían un tiempo libre para acercarse al CAPS, ya que antes de la pandemia estaban sujetas a trabajar durante todo el día, llegando a sus respectivos hogares a última hora de la tarde. En esta ocasión se explicaba la situación de pandemia y se les instaba a que cumplan con las disposiciones decretadas por el Gobierno Nacional y que regresen al CAPS una vez que se flexibilizaran las medidas; en ese momento la barrera más eficaz para evitar la infección era el aislamiento social y el único dispositivo *de seguridad* que disponían los enfermeros era el barbijo.

El nacimiento de los bebés no podía esperar, aun con las medidas de restricción para circular o acceder a los servicios

de salud, las embarazadas debían concurrir a los hospitales. Los controles prenatales se distanciaron, pero la conexión de estas mujeres con el sistema no se interrumpió. En los últimos años, como política institucional, las familias que habían sido convocadas para acompañar el nacimiento de sus bebés no pudieron participar en forma directa, la pandemia exigió modificar las normas y volver a la atención de personas gestantes en soledad:

Creo que nos afectó esto de la familia y la persona gestante, y ya no hablamos de la mujer, sino de una persona gestante y su familia. Que estén [juntos] y que haya abrazos y besos y que pase la persona acompañada al parto y que el trabajo de parto lo transcurra acompañada. Desde mi lugar fue una lucha con el resto de los profesionales para lograr esto, a pesar de la pandemia, algo tan simple como el contacto de la piel de una mamá con su bebé que después le va a dar la teta, que ese bebé va a salir de la vagina de su mamá (...) cuestiones tan mínimas pero que hacen al inicio de la vida de la persona en este mundo que se ve limitado por la pandemia. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

Como señalaba esta trabajadora, las condiciones se modificaron en un marco de crecientes restricciones a la interacción cara a cara y en algunos hospitales comenzaron a promover procesos ambulatorios con asistencia telemática² con objeto de dar continuidad a las acciones encaradas previo al fenó-

2. En redes sociales se promocionó el dictado de clases virtuales en el marco del PIM (Preparación Integral para la Maternidad), puede consul-

meno *covid*. No obstante, para que estos canales de comunicación y atención se efectivicen como derechos, las pacientes requieren de la información y de las tecnologías adecuadas en sus hogares. Más allá de lo atractivo de la propuesta, la otra cara de estas ofertas muestra que, según el ámbito social al que pertenezcan, no todas las mujeres gestantes accederían y que —de plano a pesar de ello— el parto se producirá.

No faltaron los discursos, ampliamente difundidos entre los trabajadores de la salud, que asociaban al virus SARS-CoV-2 con un supuesto complot económico mundial, un virus lanzado para controlar el índice demográfico, una “plaga apocalíptica”, una “invasión extraterrestre”, “el fin del mundo”, o simplemente culpaban a los “chinos” y sus “peculiares tradiciones culinarias”. Algunos comentaban, no sin un gesto de solemnidad extrema, que vieron videos en la internet en los que se “comprobaba” que los masones dominarían el mundo e instaurarían un nuevo orden. Todas estas situaciones jocosas —más allá del absurdo— permitían sobrellevar las interminables jornadas laborales cargadas de un profundo desasosiego y una tensa calma signada por un futuro sociosanitario incierto.

A pesar del establecimiento de técnicas y procedimientos de bioseguridad establecidos en las instituciones de salud, su incorporación y familiarización generó una situación de estrés sin parangón que se recupera en los siguientes relatos:

tarse en la página de Facebook del Hospital Materno Neonatal del Parque de la Salud de la provincia.

Cambió el sistema de atención que teníamos antes. O sea, cuando recién empezamos, viste que todas estábamos, así, como que no sabíamos para qué lado correr. ¿Dónde los atendemos? ¿Qué hacemos? Nosotras, empezamos con una carpita, ahí (indica un estacionamiento), donde están los autos, había una carpa (...) Era todo un tema tenerlo al paciente en un gazebo, porque venían muriéndose y vos tenías que tenerlo en esa carpita y ponerle suero y hacerle todo y no teníamos nada, acá. No teníamos boca de oxígeno. Y terminaba el oxígeno y bueno se morían. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Alto Uruguay, 30 años, 14-09-2021)

me palpitaba el corazón, estaba nerviosa. La chica venía del trabajo de parto...era la primera vez que me ponía todo el equipo de ropa en ese caso, nadie me había enseñado cómo ponerme... entonces a leer los cartelitos que estaban por ahí pegados y entonces sola... miedo, preocupación, saber qué... con qué te enfrentas, con el paciente. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 25 años, 17-11-2021)

todo eso me impactó, me quedó dando vueltas: la cuestión social. Porque cuando yo trabajaba en la guardia del hospital veía tipos así: apuñalados, gente con intentos de suicidio, eso no me impacta. No porque sea más fuerte, sino porque ya vi. Ver a un tipo gritando, que no quiere morirse... no. Pero ese que tiene necesidad [económica], que está ahí, así [socialmente indefenso], sí... porque está vivo... No había racionalizado hasta ahora que lo hablo, pero... a lo mejor racionalizar es muy pesado. (Enfermero, 36 años, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

Como se lee en estos fragmentos, el devenir de los días fue oscilante y repleto de incertidumbres, temores, jornadas de actividad desafiantes e intensas, condiciones laborales inestables y una preparación insuficiente ante la apremiante situación. A las luchas por conseguir los equipos de protección personal (EPP), se le sumaba el cansancio que significaba el esfuerzo por poner el cuerpo por compañeras/os que estaban de licencia por ser personal de riesgo, por la edad o por tener alguna patología previa:

Porque nosotros decíamos, falta personal, esto, lo otro, seguimos. Seguimos porque la promesa era que una vez que disminuyeran los contagios nos iban a dar nuestras vacaciones y, sin embargo, perdimos. O sea, hoy por hoy, en el 2021, venimos trabajando, 2019, 2020, 2021, hace 3 años, sin licencia. (Enfermero, 36 años CAPS, Zona Sanitaria Capital, 14-09-2021)

El equipo de enfermería cumplió un rol fundamental, infravalorado y reducido a una idealización *romántica* propia de una serie de superhéroes, en el mantenimiento del sistema sanitario durante toda la pandemia. En el colectivo de obstetricia también aparece con frecuencia el sentirse *en soledad*. Estas vivencias se plasman en los testimonios recuperados:

Porque había salido mucha gente de licencia y se sabía que no iban a volver. Gente que tenía ya la cantidad de años cumplidos, que podía estar haciendo los pasos previos a la jubilación y entonces se sabía que no iban a volver. Y después, los otros que tenían patologías tampoco iban a volver. (...) Y en ese momento, se abrió lo que era consultorio de respiratorio, consultorio de triaje y consultorio de febriles. Tres consultorios más,

que teníamos que cubrir con lo que era la gente de la guardia. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Paraná, 30 años, 22-09-2021)

yo creo que mucho es el compañerismo entre los colegas porque por ahí uno se asustaba o uno no se sentía bien, o el otro tenía miedo porque tuvo contacto con el otro... entonces vos también debés hacer el apoyo para tu compañero. “Bueno, dejá le reviso yo”... por ahí en mi caso hay muchas personas mayores de edad que todavía trabajan y entonces, por ahí, se asustan mucho... que “bueno... no, dejá... yo le atiendo”. “Bueno, voy y le reviso. Yo le veo la paciente, no te preocupes, te informo”... y yo creo que, en ese caso, digamos, fue algo bueno para el equipo porque tenés que contar, saber que está el otro ahí para vos y siempre igual o... por ahí, si pidieron la licencia, se sentía mal, se tenía que quedar. Bueno, entramos a cubrir nosotros (...) de entrar, y el año de no hacer nada, de empezar de a poquito y después una guardia todo otro cubrir esto. (Obstétrica, Hospital, 25 años, Zona Sanitaria Sur, 17-11-2021)

Es así que las dificultades estructurales fueron aflorando bajo la lupa de quienes, en los servicios de maternidad, fueron cobrando protagonismo, pero, como señala esta profesional, sin poder hallar las soluciones inmediatas:

hubiera manejado la situación de otra manera, esto de las habitaciones, preparar todos los servicios porque cualquier persona podría tener COVID y sólo la guardia estaba preparada por ahí... si venían alguno que otro de paso y ellos también antes derivaban todo a Posadas hasta que el hospital se fue a poquito acomodando y haciendo los sectores, pero sí, yo creo que al hos-

pital donde trabajo le faltan varias cosas para poder generar una mejor atención. (Obstétrica, 25 años Hospital, Zona Sanitaria Sur, 17-11-2021)

Las sensaciones corporizadas de agotamiento psicofísico también marcaron el rumbo del agotamiento de las instancias de negociación para conseguir EPP, para lograr licencia por vacaciones o la imposibilidad de dilatar el tratamiento de la problemática salarial, entre otras cuestiones. Se argumentaba que la escasez de personal hacía imposible la rotación y el relevo en los puestos de trabajo, pero nada decían acerca de la escasez de EPP o la problemática salarial. Esto generó que los agentes de salud se organizaran de diferentes maneras para reclamar de manera colectiva, pero nunca dejaron los servicios sin cubrir. Alterar rutinas de trabajo probadas resultó difícil, aceptar los límites que imponía la situación también, adaptarse al uso de los equipos de protección, lo experimentaron en sus cuerpos.

Al enfermero le decían que tenía que usar el equipo. Y al personal de seguridad, no le daban nada. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 40 años, 26-09-2021)

y después cabe resaltar (...) la falta de infraestructura, tener una paciente que tuvo un aborto por covid o un feto muerto por covid y una persona que tuvo su bebé teniendo covid positivo y tener que ponerlas a las dos en una misma habitación. Nos encontramos con una variedad de situaciones completamente distintas que nos afecta, te desanima, te hace plantearte un montón de cuestiones, es realmente triste y es una lucha que no tiene fin. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

Entonces, cuándo le empezamos a exigir los elementos de protección personal, que primero empezaban a mandar todo de tercera calidad, digamos, nos daban a los enfermeros, por ejemplo, pero no les daban los EPP a los administrativos o a la gente de seguridad (...) No sirve de nada que yo me cuide y el otro que estaba en la puerta, que era de seguridad, recibiendo a la gente, no tenga los elementos, ni siquiera una máscara facial. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 32 años 14-09-2021)

En dos o tres meses se tuvieron que reorganizar los servicios, decidir qué actividades se suspendían, cómo se asignaba personal a nuevas tareas ante la apertura de nuevos servicios, cómo se distribuían los insumos, etc. La merma de personal (por edad o por comorbilidades) acentuó aún más las exigencias habituales para las y los trabajadores de enfermería y obstetricia. Poner el cuerpo no fue una expresión metafórica sino real y concreta, allí estuvieron afrontando con sus propias corporalidades los límites del sistema de salud.

PRÁCTICAS RUTINIZADAS Y PRÁCTICAS REVISADAS

Los sucesos de la pandemia fueron moldeando acciones y formas de respuesta ante la incertidumbre, el miedo de contagiar y ser contagiados, la posibilidad constante y cercana de la muerte y la premura con que debieron sobrellevar los imponderables para paliar la situación reinante. En esas *instancias reflexivas*, los/as trabajadores/as advirtieron sobre la necesidad de hacer educación en salud, concientizar y vacunar —a partir de la escalada de fallecimientos en los meses de cierre y reapertura de actividades—, así como también entendi-

ron que el fenómeno covid pasará a ser considerado una afec-
ción común en un futuro próximo:

Creo que vamos a convivir con esto y espero que en algún mo-
mento sea como una gripe más... tenemos que seguir concienti-
zando para que la gente se vacune y debemos seguir, es muy triste
ver como se pierden vidas porque la gente no se vacuna. (Obsté-
trica, Hospital, Zona Sanitaria Nordeste, 27 años, 27-01-2022)

De esta manera, con el desafío de seguir concientizando,
varios de los interlocutores manifestaron que fue y es necesari-
o comunicar con mayor ahínco y proyectar acciones desde
el Estado en cogestión con la ciudadanía para asumir con
responsabilidad social aquello que se “hizo bien”:

continuar desarrollando acciones que nos permitan, evitar la
mortalidad a partir de acciones sanitarias concretas y vuelvo a
decir: insistir que las acciones sanitarias concretas no son sólo
de los estados, las acciones sanitarias concretas son de la ciuda-
danía y del Estado, en su responsabilidad organizar la decisión
de la ciudadanía, mucho daño hizo este tema de la duda sobre
la vacuna. (Médica, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 55 años, 20-
02-2022)

Como señala esta profesional, uno de los desafíos que
deja la emergencia del virus COVID-19 es la urgente toma de
conciencia de cuáles son los elementos que intervienen en la
recurrencia de contagios y muertes, el valor de las vacunas
para proteger a la población y atenuar los efectos del virus
ante posibles contagios. En tanto se incorpore como práctica
habitual, la vacunación permitirá actuar de modo controlable

y preventivo sobre los riesgos y fortalecer factores protectores ante situaciones sanitarias de similares características³.

En el contexto de pandemia emergieron las discusiones por los alcances y limitaciones de la praxis profesional de obstétricas y enfermeras. Sin embargo, comparado con la Enfermería, la Obstetricia sigue aguardando el reconocimiento jurídico de las tareas que ejecuta, muchas de ellas aún bajo la órbita de la complementariedad con la medicina. Las obstétricas la asumen como una “lucha” de larga data dentro del espacio laboral, que aún mantiene un sesgo de género y subordinación:

Quizás es de todo, de principios, de valores... creo que venimos con una bandera de las parteras de luchar por el derecho de las mujeres, digo de las personas gestantes, me vuelvo a corregir porque también nos encontramos con una situación distinta que es el tema de la identidad de género, y vengo con la bandera de la partería por el derecho de la mujer partera y por exigir mi derecho como profesional y es algo que me costó un montón, ya que te señalan que no sos “Doctora”, y toda una discusión, ya que es una lucha en todos los sentidos. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

En las luchas actuales se agregan las diferencias generacionales, obstétricas formadas sin cuestionar la subalternidad con la medicina frente a nuevas profesionales que bregan por los derechos de la población usuaria y por la autonomía de su profesión. También en el colectivo de enfermería las dife-

3. Ver trabajo sobre Vacunación, de Avalos y Schiavoni (2022), en este libro.

rencias generacionales (Danel, Calvo y Daca, 2022), marcan rumbos distintos en el quehacer profesional:

fue una lucha propia contra un sistema de profesionales grandes, yo creí que la diferencia que tengo con los colegas son 30 o 40 años, son todos muy grandes y vienen con esa cabeza con otra formación (...) después ir y confrontar que no, que es un derecho y que hay una ley y no va a cambiar en nada, y que se gaste un hisopado más y se hisope a un familiar y que se pelee para que la paciente no esté sola (...) ¿sabés las veces que tuve que excusarme de que es adolescente, pero tiene muchos bebés, es peligroso y se puede morir de una hemorragia? (...) quizás poniendo estas alertas incluso para luchar con el personal de seguridad, para que ingrese un familiar para que sea un posparto acompañado (...) lo resolví con una lucha que es hasta el día de hoy sigo insistiendo, pero creo que, a nosotros en el ejercicio de la obstetricia, nos afectó esto del tema de la calidez del acompañamiento de que sea un evento familiar. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

Para hacerse un lugar en el equipo de salud, las obstétricas ponen el cuerpo y están de forma permanente en el hospital. La persona gestante toma contacto con ellas, quienes la revisan, contienen y toman decisiones. Pero, aunque su accionar tiene límites (incumbencias de título y preparación técnica), deben suplir la tarea del médico que se encuentra en la casa debido a que las urgencias obstétricas, como el parto, por ejemplo, no pueden aguardar su llegada y se desarrollan de manera espontánea e intempestiva:

nosotros trabajamos (...) con un médico ginecólogo, que es un médico [que está de guardia en modo] pasivo, digamos que él está en su casa y nosotras hacemos guardia activa en el hospital, entonces todo lo que recibimos, todo lo que vivimos, tenemos que informar a nuestro [al médico de guardia pasiva] obviamente. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 25 años, 17-11-2021)

El modelo médico hegemónico⁴ no solo alcanza a la Obstetricia, también se ha impuesto a las demás disciplinas cuyos profesionales integran los equipos de salud. Y aunque la Enfermería sea un campo de mayor profundidad histórica en su reconocimiento profesional, se encuentra también atravesada por esta hegemonía. El testimonio que sigue da cuenta de esta relación de subalternidad:

Y enfermería siempre estuvo en la vanguardia, como te contaba. Nosotras, siempre estuvimos dando la cara con la gente. Sobre todo, porque se daba el caso de que el médico se escondía en su pieza y vos controlabas los signos y síntomas. “Vení acá decime si está bien o si está mal y si está mal yo le voy a mirar de lejitos y lo vamos a derivar”, decía el médico. Aunque los médicos no lo reconozcan... Porque los médicos dicen: “Ay, sí, le hice tal cosa. Sí, le derivé porque estaba así y así”. Y muchas veces ni los

4. “Por *modelo médico hegemónico* entendemos el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención (...) hasta lograr convertirse en la forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, por reglamentaciones del Estado, como por su eficacia comparativa” (Menéndez, 2020, p. 88).

miraban. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Alto Uruguay, 54 años, 29-01-2022)

El cuidado de enfermería, competencia nodal de la profesión, no resultó diferente a lo realizado antes de la pandemia; diariamente se reiteraban los mismos inconvenientes éticos y laborales. En el contacto cuerpo a cuerpo con los pacientes siempre estuvo el personal de enfermería; en la práctica médica se aceptan mediaciones, pero no en la de enfermería. Las diferencias se dieron en el ámbito organizacional y administrativo. Las teorías de cuidado, las técnicas, los métodos y los procedimientos prácticos continuaron el camino trazado con anterioridad. El lavado de manos en cinco momentos diferentes⁵, la utilización de guantes limpios para manipular material biológico, el uso guantes estériles para realizar procedimientos asépticos, la limpieza de instrumentos, la desinfección de dispositivos, esterilización de materiales, la disposición del espacio de trabajo en áreas limpias, áreas sucias, la utilización de medidas de aislamiento respiratorio, el aislamiento de contacto, continuaron siendo los mismos, tal como lo afirma un enfermero:

En realidad, para mí... yo considero que siempre se trabajó de la misma forma. Por ahí, el trabajo siempre fue el mismo, lo que cambió fue la manera en que [se realizaba]. O sea, se volvió a te-

5. Conocido como “los cinco correctos”: Antes del contacto con el sujeto de cuidado. Antes de realizar una tarea aséptica. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales. Después del contacto con el sujeto de cuidado. Después del contacto con el entorno del sujeto de cuidado.

ner en cuenta algunos conceptos que, por ahí, enfermería ya los tenía olvidado. Pero el trabajo en sí siempre fue el mismo. O sea, enfermería siempre estuvo las 24 horas al lado del paciente, siempre tuvo los mismos problemas, pero como que la pandemia vino a sacar a la luz lo que realmente le pasaba al personal de salud. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 36 años, 14-09-2021)

En un primer momento yo considero que fue una cuestión de mezquindad. Porque, para el personal médico, como supuestamente ellos eran los que iban a atender los pacientes tenían todos los elementos de protección personal. Pero, sin embargo, y eso se sabe en cualquier lado, quien recibe al paciente siempre es el enfermero. Quién está haciendo el triaje, es el enfermero. El que controla al paciente, es el enfermero. Entonces, nosotros deberíamos tener todas las protecciones primero, antes que los médicos. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Paraná, 30 años, 22-09-2021)

Tal como se relata en el testimonio anterior la pandemia no significó la adquisición de nuevos conocimientos, sino la utilización intensiva y rutinaria de esos conocimientos en áreas donde usualmente ya no se tomaban en cuenta. Por ejemplo, al ingresar a una habitación no se consideraba necesario usar equipos de protección personal ni medidas de aislamiento respiratorio o de contacto, únicamente se debía cumplir con el lavado de manos y limpieza de dispositivos de uso diario.

Las maratónicas jornadas laborales, el multiempleo, el trato laboral segmentado y jerarquizado fueron temas superficialmente problematizados por las autoridades del sistema público, y no formaron parte de sus agendas de trabajo. El entrenamiento del personal para protegerse del virus no

solo implicó circulación de capacitadores sino también el aprovisionamiento de los equipos básicos y establecer normas precisas y adecuadas a cada contexto; los efectores tienen niveles diferentes de complejidad y en cada establecimiento ocurrieron diferentes sucesos:

Pero, como te dije antes, el aislamiento fue positivo para nosotras, porque nos sirvió para prepararnos. A nosotras sí nos benefició. Fue un tiempo de entrenamiento ya que tuvimos que seguir trabajando. (Enfermera, CAPS, 30 años, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

Me encontré con un sistema que no estaba preparado, yo venía de una Maternidad que era lo último en tecnología, que no se decía nada en el momento del parto y se reflejaban un montón de cuestiones, y [acá] me encontré por ejemplo que (...) el bioquímico que cobra como cobro yo o como cobra la enfermera, no venía a hisopar si entraba una paciente, él quería que juntemos tres o cuatro pacientes, él venía una vez por la tarde e hisopaba a todas. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

El trabajo incesante y las prolongadas jornadas se repartían en la ejecución de tareas rutinarias y emergentes y otras tantas horas eran destinadas a “organizar unidades de internación y de terapia, reformular espacios de circulación, ubicar nuevas camas, distribuir insumos, brindar capacitación a sus compañeros y unificar criterios para utilizar los elementos del equipo de protección de bioseguridad” (Gioberchio, 2020 citado por East, Laurence y López Mourelo, 2020, p. 22).

Las experiencias que narran y entretienen las y los trabajadores de la salud dan cuenta de finas tramas que dejan entrever en sus intersticios la reproducción incesante de constantes disputas laborales en las que se cruzan acciones políticas y prácticas sociales mediadas por el cuidado del sujeto, la familia, el autocuidado de la salud y una fuerte jerarquía interdisciplinaria virtualmente velada por el concepto de “trabajo en equipo”. Esto debe ser observado en particular, tal como lo proponen Ramacciotti y Valobra:

El establecimiento del control, la autonomía y el límite de muchas profesiones respecto de la medicina y otras ocupaciones y profesiones afines es un inacabado proceso histórico que se hace necesario desmenuzar para librar a las profesiones ligadas al cuidado de la pesada carga de la subalternidad y la jerarquía y analizarlas como actividades que demandan energía, tiempo, recursos financieros y en la que intervienen saberes, redes sociales, tecnologías y tareas específicas. (Ramacciotti y Valobra, 2014, p. 6)

La pandemia puso al descubierto situaciones que los trabajadores vivenciaban cotidianamente pero que se hallaban adormecidas; multiplicar horas de trabajo, sentir que no se puede abandonar una guardia, que aún sin insumos básicos se deben prestar los servicios, obedecer a los mandatos médicos, no son temas novedosos, pero al incrementarse en un contexto de riesgo, tensionaron las rutinas y los obligaron a reflexionar sobre su condición de trabajadoras/es, sobre todo al colectivo femenino.

Para el personal de salud materna, sin embargo, las formas de mejorar sus condiciones apremiantes estuvieron apoyadas en la cooperación incipiente que fue construyendo cada agente según se diera la posibilidad, como señala esta interlocutora:

Me uní muchísimo más a lo que era la guardia de emergencia junto con la obstétrica [y enfermeras] entonces la médica de guardia general fue mi aliada durante toda la pandemia, que ella sí se dio cuenta que nos sentíamos solas durante todo ese proceso entonces (...) después de cada nacimiento (...) empezó a entrar con nosotras, nos hacía la recepción con los recién nacidos (...) fue como mi figura en sí para refugiarme en esa pandemia y no sentirme tan sola. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Nordeste, 27 años, 27-01-2022)

me sentí muy sola, porque el resto del personal de salud no quería asistirnos a los partos de pacientes de covid, entonces lo que era recepción del recién nacido o el papel de la pediatra, lo cumplíamos nosotras solas porque no teníamos quien nos quiera asistir, y eso fue lo más duro que me tocó [se le quiebra la voz] porque en sí nosotras fuimos preparadas para asistir al parto... si bien sabemos cómo se recibe un recién nacido y los pasos a seguir, no era nuestro rol como obstétricas. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Noreste, 27 años, 27-01-2022)

Como señalamos antes, en cada efector las respuestas de los equipos fueron singulares, desde cooperación y solidaridad entre compañeros de trabajo hasta ausencias y derivaciones justificadas por el miedo al contagio y la precariedad de las condiciones de trabajo.

La escasez de insumos, los reclamos constantes y la sobrecarga horaria no eran una cuestión voluntaria para conseguir más dinero; era una cuestión de reciprocidad con las/os compañeras/os que se encontraban impedidos y una muestra de solidaridad con la salud pública para evitar el colapso del sistema por escasez de personal.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y CUIDADO DE OTRAS/OS

La protección del cuerpo para evitar el contagio transformó a los equipos de protección personal en los escudos para evitar el virus. Según la calidad, la frecuencia de reemplazos, y el tiempo de permanencia en las guardias, su utilización constituyó efectivamente una barrera protectora. Pero no en todos los servicios y efectores se dispuso del material a tiempo; no se podían suspender las actividades ni todos sabían cómo utilizarlos para que resulten efectivos. Gran parte del autocuidado de estos trabajadores y trabajadoras en contacto directo con los pacientes dependía de estos equipos. A esto se agrega el sostenimiento de rutinas de cuidado básicas como mantener la distancia, ventilar los ambientes y el regular y riguroso lavado de manos.

El cuerpo de las/os trabajadores es un cuerpo entrenado para determinadas tareas según las áreas de acción; manipular ciertos medicamentos o instrumentos, así como maniobrar con el cuerpo de los otros implica un fuerte involucramiento. Es en estas tareas del cuidado donde se pusieron en jaque poder dar cumplimiento a las normas de cuidado, imprescindibles, pero a la vez difíciles de instalar y de mantener. Los relatos acerca del aprovisionamiento de los equipos, así como de la comprensión de la seriedad de la situación revelan que no todos los decisores administrativos y políticos tuvieron en cuenta la seguridad de los trabajadores:

O sea, tenías que, en lugar de cambiar cada cuatro horas el barbijo de triple capa, bancarte toda la guardia y ponerte otro encima, si querías. No te querían dar. Y nosotros elaboramos nota y entregamos en farmacia y no te querían dar. Hubo 10.000 peros

y [supuestamente] nosotros éramos muy problemáticos, siendo que nosotros lo único que queríamos hacer es cuidar nuestra salud. (...) Entonces yo lo único que planteé, en su momento, es que enfermería, y lo dije, no iba a trabajar y que nadie iba a trabajar hasta que no se nos brindarán los elementos de protección personal como deberían ser. Eso ocasionó un quiebre con la dirección. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Paraná, 29 años, 22-09-2021)

contamos con mucha precariedad, que nos es cómodo no es lindo, y si le sumamos a todo esto de la pandemia, los miedos y lo que implica el parto y el posparto un lugar feo poco cómodo que no es agradable y encima el tema de que la paciente se encuentre sola fue mucho peor. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

De estas conversaciones, surge la distinción que establece un primer momento o nivel individual percibido por los trabajadores como el “cuerpo implicado” y una segunda instancia o escala colectiva en el cual las sensaciones de desajuste, de quiebre y padecimiento registrado en modo *queja* —casi como cuestión tan natural como irresuelta— se pasa al plano social con la manifestación política de demandas corporativas que permitió cobrar importancia social, visibilidad política y viabilidad organizativa.

El miedo, las presiones, el tener que “estar”, “aguantar” y “resistir” adquirió distintas formas de expresión, algunas de ellas se pueden observar en la secuencia de relatos que a continuación compartimos:

Y con miedo, más que nada. La presión de que te exigieran que trabajas igual. Tengas o no tengas el equipo para protegerte. Se trabajó con mucha presión (...). Presión emocional y miedo, más que nada. Miedo a lo desconocido. Porque siempre tenemos miedo a lo desconocido. Y esto, es algo desconocido. Más allá de que, en Francia, en Rusia, en España, decían 1500 cosas, pero acá era otra la realidad, o sea... (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 40 años, 26-09-2021)

El problema con los elementos de *autocuidado*, se daba por su escasez en una primera etapa, pero además porque había una distribución desigual entre los trabajadores de la salud. Dependiendo de la profesión que ostentaban, recibían un mameluco tricapa, antiparras y un barbijo que cumplía con los estándares internacionales de máxima calidad (N-95), o una radiografía con una tira elástica (que funcionaba como antiparras) y un tapaboca:

Y ¿si mi cuerpo no aguantaba? Ese también era mi miedo ¿Entendés? Al final, sos vos y nadie más. Nadie que te pueda ayudar, no hay nadie que te puede salvar, ni hacer algo más que ponerte un inyectable y calmarte en el momento (...). Yo creo que ése fue mi miedo, siempre. Porque es así, porque yo lo viví del otro lado. O sea, como personal, trabajando, vos sabés que el paciente viene con covid, que lo tenés que tratar de una manera y que le vas a dar oxígeno, que le vas a dar esto y esto y esto y terminó, no hay nada más que hacer... Podés rezar por él, le vas a orar y bueno, de ahí no tenés mucho más que hacer. ¿Pero cuando te toca a vos? (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Alto Uruguay, 54 años, 29-01-2022)

Estos cuerpos atravesados por situaciones de tensión social fueron mostrando señales de alerta que fueron acumulándose y condicionando tanto el desempeño como las convicciones de los trabajadores, en tanto punto de partida para pensar las externalidades que son parte del “ser enfermero/a” y “ser obstetra”, como vemos en Merleau Ponty (1993):

La posesión de un cuerpo lleva consigo el poder de cambiar de nivel y “comprender” el espacio, como la posesión de la voz y el de cambiar de tono. El campo perceptivo se endereza y, al final de la experiencia, lo identifico sin concepto porque vivo en él, porque me dejo llevar enteramente en el nuevo espectáculo en el que, por así decir, situó mi centro de gravedad. (Merleau Ponty, 1993, p. 266)

Pensarse como trabajadoras/es desde sus cuerpos implicados en la acción exigió un espacio de reflexión y conversación para poner en circulación sensaciones e impresiones. El diálogo con los investigadores constituyó uno de esos momentos en que obstetras y enfermeras/os lograron objetivar sus vivencias. La corporalidad de las/os trabajadoras se puso en primer plano no sólo por las dolencias físicas y el cansancio sino por el registro y la objetivación de lo que les estaba pasando en concertación con otros interlocutores.

Este registro de lo que significa la dimensión corporal se torna contundente en las vivencias de una obstétrica que se traslada a trabajar a una zona de colonización esclava. En el relato siguiente observamos expresiones en tanto diacríticos del cuerpo “físico”, “visible”, “objetivado socialmente” (Bourdieu, 1986); desde la dominación es construido para

posicionar subordinadamente a los “diferentes” como nos contaba esta trabajadora:

yo creí que el racismo se encontraba un poquito erradicado y me encontré en una sociedad de gringos, de mucha gente de tez clara, al punto de estar viajando todos los días por no conseguir alquiler, yendo y viniendo 75 kilómetros, ya que acá te preguntan el apellido, hija de quién sos, teniendo un apellido criollo y una tez muy oscura, no siendo doctora, porque ahí cambia un poco... fueron cosas que no pensé que me pasarían, incluso hubo gente que me alertó, que vivió acá y decía que era un pueblo muy discriminador y muy racista y es verdad. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 285 años, 27-01-2022)

Los cuerpos se invisibilizan cuando no afectan la interacción, pero se tornan materiales y adquieren contundencia cuando “fallan”, o cuando no resisten como se esperaba o cuando establecen marcas fuertes de diferenciación como en el testimonio anterior.

Utilizar medidas de bioseguridad de manera permanente y extremar las medidas de aislamiento sin contar con elementos necesarios y adecuados para el *autocuidado*, en la mayoría de los casos, significó poner el *cuerpo despojado y desprotegido*, en una situación inédita, extrema, peligrosa y de resultado incierto. Por lo que enfermeras/os y obstetras tuvieron que *trabajar a ciegas* contra un virus del cual sabían poco y nada. Estos sentires que se describen, muestran de qué manera las experiencias de atención atravesaron los cuerpos y pusieron a prueba el espíritu de muchas/os trabajadoras/es que debieron y deben abordar el cuidado en medio de una descomunal afección que todavía resuena a escala global.

UNA MIRADA INTEGRAL SOBRE LA SALUD

La intensidad del trabajo en pandemia no aisló a estos profesionales de su contexto de acción, y su mirada sobre la realidad social no se redujo al ámbito asistencial, sino que participaron de las disputas partidarias y mediáticas en torno a la pandemia:

Y eso tiene mucho que ver con esa sensación de que el virus no existe, que es solo una gripecita o un invento para encerrarnos. Y eso es así porque la gente no toma conciencia de que el gobierno anterior fue una mierda, que se metió en deuda con el FMI, que ahora estamos pariendo por eso y que la estamos pasando mal porque la situación económica no está fácil. Entonces, bueno, como siempre, el argentino culpa al gobierno de turno por los desajustes que hicieron otros. Y entonces creen que el encierro estuvo mal y que solamente por eso está mal la economía y no porque tenemos una deuda impagable. (Enfermera, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 29 años, 22-05-2021)

Como este caso que me pasó a mí... de esta paciente que no me relató que era un caso positivo, si hubieran explicado [desde los medios de comunicación masiva] un poco más de qué se trataba la enfermedad y no generar tanto miedo o susto de que no salgan de sus casas. En eso influyeron mucho más los medios de comunicación, en el sentido de que generaron temor y no conocimiento de la enfermedad como se vio mucho en la primera etapa... aunque ahora en la segunda que hubo más rebrotes ya se sabe más de qué se trata, las personas son más conscientes de la información y te dicen si tuvieron un caso o un contacto estrecho. Me hubiese gustado que en la primera etapa cuando vino todo, que

no se entendía qué era, se hubiera generado conciencia desde la información y no desde el temor como lo presentaban los medios que mostraban la situación de otro país. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 27 años, 27-01-2022)

Al movimiento de las personas, la alta rotación del traslado de personas, confirmamos la hipótesis de la cuarentena, el no moverse era la primera instancia para no contagiar porque el vector éramos la humanidad. Ese vector somos nosotros los seres humanos. Es el que establecía justamente la posibilidad de enfermar al otro cuando no teníamos ninguna otra alternativa, porque no había... Se empezaron a desarrollar las vacunas y lo que teníamos que hacer era tratar de no contagiarnos para no enfermar y morir ante la velocidad de contagio y la alta mortalidad que demuestra desde el inicio del SARS-CoV-2. (Médica, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 55 años, 20-02-2022)

Aunque desde sus puestos de trabajo, las personas entrevistadas no generaban medidas decisorias directas sobre el curso de la campaña de protección y cuidados ante el COVID-19, se permitieron reflexionar sobre lo que ocurría y se posicionaron ante los comentarios y la información circundante, ampliando sus perspectivas. La objetivación de sus vivencias en experiencias compartidas con *otros* permitió generar conciencia de lo ocurrido; de este modo, las marcas corporales que les ha dejado la pandemia pueden adquirir otros sentidos: compromiso, resistencia, lucha, etc.

Los profesionales desplegaron activamente el ejercicio del *cuidado* en enfermería y en obstetricia, a lo que sumaron la práctica de escuchar atentamente los diferentes problemas socio-laborales de las personas que consultaban por algunas

dolencias y que no necesariamente estaban relacionadas con una patología biológica preexistente, sino con las múltiples necesidades que hacían mella en sus cuerpos y que con crudeza fueron reconocidas por sus protagonistas:

Me pasó en la pandemia que te cuentan necesidades, miseria... eh... Te piden por favor que les des leche. Así, (...) te piden, por favor. Te piden por favor si hay medicación o si conocés algún laburo. No me tocó atender pacientes con COVID, pero sí (...) personas con mucha necesidad. Hay mucha miseria y después cómo hacés... y después vienen tus compañeros que te cuentan lo que están pasando, y después viene una mamá que te cuenta que está pasando necesidad o que el hijo quedó sin trabajo. (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 36 años, 22-05-2021)

Antes de la pandemia, estos comentarios eran infrecuentes, porque el trabajo informal —fuente de ingreso regular entre los habitantes de los barrios más carenciados— se vio drásticamente cortado por la irrupción de la pandemia:

Y sí... yo siempre me [cruzaba] con un hombre cuando venía a trabajar, que me saludaba contento. Después lo vi con una bolsita... pensaba que iba al laburo y no... cruzaba y veía que se iba al comedor. Le vi, un tipo así: barbudo, abandonado (...). Ese tipo era un laburante, feliz, (...) y después le vi con la bolsita, cabizbajo... A lo mejor siempre había problemas, pero no tanto así. O si tenían un trabajo, le hacía distraerse de eso... (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 36 años, 22-05-2021)

La percepción del enfermero de “la desgracia hecha cuerpo” en la imagen de ese trabajador que perdió su fuente de

ingresos transmite la impotencia que sintió el personal de salud al advertir situaciones de vulnerabilidad que superaban a lo que podían ofrecer desde el sistema. Así sumaron a sus intensas jornadas laborales, la atención de urgencias y emergencias en centros de salud, la ingente necesidad socioeconómica de las familias más vulnerables, las cuales a diario consultaban en los servicios de enfermería de los CAPS y requerían la ayuda directa y activa para paliar la situación:

la guardia que yo hago allí, es particular [24 horas, continuas]. (...) llegan tipos apuñalados, cosas así... Ahí sí que sos psicólogo más que otra cosa, porque la atención de enfermería está limitada... a veces vas para escucharlos... Ahí es como que vas para "hacer patria". Cuando llega un bebé con dificultad respiratoria sabes qué hacer... van cuando ya es extremo... por la misma condición del lugar, también. Por ahí te van a preguntar si hay medicación. Pero la atención es la misma, por alguna dolencia en general, para contarte que se quedaron sin laburo, etcétera, etcétera... Por ejemplo, en ese barrio, va el ejército a entregar comida... eso en otros barrios no vi... o sea que ahí están peor... Están peor, porque si les llevan comida es porque están... es más serio... (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 36 años, 22-05-2021)

En este fragmento se puede entrever una serie de complejidades de la profesión enfermera que pondrían *en jaque* a cualquier otro especialista; podemos observar que en este colectivo se reconoce la situación del paciente desde una perspectiva integral, su mirada trasciende la enfermedad y el contexto de vida de la población se impone con toda su crudeza condicionando el cuidado y la atención de la salud.

Desde otro lugar —pero siempre desde la óptica del cuidado— la emergencia COVID-19 tomó por sorpresa al personal de las maternidades al encontrarse en un escenario epidemiológico y social abrumador, presente en relatos como el siguiente:

me encontré en una situación completamente distinta... seguir trabajando ya que es mucha la necesidad de mano de obra dentro de ese hospital y por considerarme un arma mortal para mi propio padre [por ser trabajadora de salud], a ese punto me llegó a afectar y quizás que si no había el covid, normalmente no trabajo en ambientes sucios, no me enfrento a la enfermedad... lo más grave es una sífilis positiva, pero que no me voy a contagiar porque la paciente me hable... era lo lindo que rescataba en mi trabajo, que no me encontraba con pacientes con enfermedades o cosas así muy feas, porque yo trabajaba en un proceso fisiológico que es la salud del embarazo. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 28 años, 27-01-2022)

El fenómeno resulta inquietante para incautos y ajenos al campo de la salud y conduce a preguntarse sobre cuáles son los mecanismos de afrontamiento que les permiten reponerse de las situaciones descritas. La superposición de problemas y situaciones críticas a escala global impactaron en la cotidianeidad del trabajo asistencial. Y aunque tanto el personal de enfermería como de obstetricia tenían conocimiento de las condiciones de vida de la población a la que cuidaban, fueron sorprendidos por la extrema pobreza, por las limitadas posibilidades de contratar personal extra, por no poder responder a lo que les demandaban: comida, trabajo, etc. Si su perspectiva de la salud no hubiese sido más amplia (Grimberg,

1995), estos fenómenos hubieran pasado desapercibidos, pero también hicieron mella en estos trabajadores. En los párrafos posteriores veremos que es en la gestión de las emociones, en el tratamiento de los vínculos y la disposición personal donde se advierten algunas de esas pistas como así también de las contradicciones que presentan.

LOS CUIDADOS QUE NO ALCANZAN

Con valentía y pesar, los trabajadores de la salud entrevistados se animaron a compartir sus puntos de vista sobre la vida en familia, el acompañamiento escolar y las dinámicas domésticas, cuestiones que muestran el *lado ingrato* de la profesión:

Si vos hace un estudio de cómo es la vida de un enfermero, de una enfermera y de su familia, la mayoría de los enfermeros que conozco, su hijo adolescente tiene problemas... Que es el que se revela, que se va de la casa. Claro, porque el papá está 16 horas trabajando, económicamente no le falta nada al hijo, pero lo afectivo ¿dónde queda? Y estas personas, estas mujeres, cuando llegan sus hijos a los 15 años, a los 16 años, ni siquiera las reconocen como madres, porque se criaron con la niñera. Y eso, nadie ve, del enfermero, del trabajador. Es como que están todo el día trabajando. Pero, tu vida personal ¿dónde queda? (Enfermero, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 29 años, 14-09-2021)

También trae aparejado otros inconvenientes, por ejemplo: cuando tienen hijos, no les va bien en la escuela, tienen que volver a recursar, abandonan los estudios. El embarazo adolescente, en

la vida de hogar, tiene muchísimo que ver. Yo estoy sumamente convencida, que es por esa cuestión, el hecho de que uno tenga que pasar tantas horas fuera de su casa para poder llegar a fin de mes, te lleva a un desequilibrio emocional, dentro del núcleo familiar. (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Paraná, 30 años. 22-09-2021)

No obstante, varias cuestiones coincidentes con profesionales de Enfermería, en el colectivo obstétrico las cosas se dieron de otra manera y notoriamente las formas de respuesta estuvieron mediadas por factores generacionales como, por ejemplo, tomar la decisión de asistir a terapia psicológica:

el psicólogo por ahí pasaba a ver a las pacientes y tal vez algún que otro comentario profesional “Yo necesito ayuda” (...) pero de ahí, a que vayan es otra cosa. Yo por mi parte sí me fui a lo que es el servicio... a una psicóloga, pero, por otro lado, fuera del hospital, pero yo por mi lado sí asistí”. (Obstétrica, Hospital, Zona Sanitaria Sur, 25 años. 17-01-2021)

Las prolongadas horas de ausencia en el hogar, motivadas por el pluriempleo precario de salario exiguo, sumado al *compromiso* por no dejar abandonados los servicios ante la disminución del personal, sea por edad o por comorbilidades, impactó directamente en la dinámica intrafamiliar de las y los trabajadores de la salud (Ramacciotti y Valobra, 2014; Ramacciotti, 2019).

REFLEXIONES FINALES

Como señalaron las/os entrevistadas/os, la condición de transición epidemiológica (Frenk, et al, 1991) que se da en Misiones complejiza la actuación de los servicios y abre el debate sobre la robustez de los algoritmos de atención como así también de los modos de cuidado emergentes con que enfrentan sus desafíos y labores cotidianas al operar en el sistema público de salud.

Las y los trabajadores de la salud entrevistados, manifestaron un creciente deterioro personal en la salud psicofísica percibido a partir del comienzo de la pandemia, manifestándose en desórdenes alimenticios, aumento del peso corporal, cansancio crónico, irritabilidad frecuente, escasa concentración, caída del cabello, dolores articulares y desgano. En un contexto de constante presión y exigencias asociadas al tipo de actividad desempeñada, así como la necesidad de luchar por mejoras y reconocimiento de sus labores, los profesionales de ambos colectivos mencionaron de forma reiterada la importancia de acceder a ofertas y modalidades formativas que les permitan seguir afianzándose en la carrera profesional dentro del campo de la salud y con ello obtener mejores remuneraciones que permitan acotar las jornadas laborales, revincularse con la familia, brindar tiempo de calidad a los hijos y cónyuges, mantener un estado mental saludable y optimizar la atención en los servicios.

En este recorrido hemos visto desde las voces conjugadas, la concomitante necesidad de abordar tanto las particularidades como las complejidades de los sujetos, los equipos de trabajo de quienes asisten y los espacios donde se desenvuelven, para comprender dinámicas institucionales, estilos, condiciones

y compromisos asumidos en el desempeño laboral. Las trayectorias y circunstancias atravesadas producen marcas específicas en los cuerpos y en las prácticas. En un intento reflexivo junto a las/os trabajadoras hemos intentado orientar los acontecimientos experimentados para que resulten en acciones de salud pública con impacto en el bienestar social.

Las formas de afrontamiento de situaciones de presión psicofísica relacionadas con las funciones y condiciones de trabajo plantean distinciones en ambos colectivos profesionales: la organización, resistencia y manifestación política colectiva han sido las vías elegidas por enfermeros y enfermeras, en tanto que las obstetras, de generaciones más jóvenes, optaron por el autocuidado, apoyo mutuo y asistencia psicológica autogestionada. Las primeras respuestas son de orden colectivo y las segundas de carácter individual. Estas diferencias pueden deberse a las distintas trayectorias históricas de cada profesión.

La enfermería ha logrado posicionarse en el campo de la salud, especificando su objeto de intervención —los sujetos de cuidado y sus entornos— y, en cambio, el personal de obstetricia, se encuentra aun construyendo su autonomía de acción frente a los requerimientos técnicos en relación con otros agentes de cuidado. Es así que, en perspectiva comparada con la Enfermería, la disciplina obstétrica sigue aguardando el reconocimiento jurídico, social y económico de las tareas que ejecuta, muchas de ellas aún bajo la órbita de las actividades complementarias a la medicina, asumida por las obstétricas como una “lucha” de larga data que aún mantiene un profundo sesgo de género.

Las sensaciones percibidas que se describen en este trabajo muestran de qué manera las experiencias de atención atrave-

saron los cuerpos y pusieron a prueba a muchos trabajadores y trabajadoras que debieron y deben abordar el cuidado en medio de una descomunal afección que todavía resuena a escala global. En un contexto epidemiológico de superposición y coexistencia de eventos sanitarios, la persistencia de algunos cuadros sintomatológicos complicó aún más el desempeño laboral en los servicios, sumando desafíos crecientes a los modos de atención en una eco-región de características marcadamente diferentes al resto del país por su condición social de frontera (trinacional y multiétnica).

Desde estas incipientes aproximaciones, se intentó la escucha atenta disponiendo a los testimoniantes a compartir —tal vez con cierta crudeza— muchas de las cuestiones recurrentes y emergentes de las realidades en las que operan a diario. Sus experiencias, percepciones y alocuciones fueron comunicando en palabras y gestos la inscripción en sus cuerpos de las contiendas atravesadas por regulaciones del sistema de salud, tradiciones disciplinares, moralidades institucionales y segmentaciones sociales que los constituyen como “naturaleza cultivada” (Bourdieu, 1986). Sus cuerpos son el “producto social” de las condiciones del trabajo que realizan, arremetiendo, moldeando, impregnando subjetividades y poniendo a prueba la capacidad de cohesión colectiva en tiempos de COVID-19.

La celeridad del envejecimiento, el andar cansino, la expresión de tristeza en algunos rostros son parte de la *historia hecha cuerpo* que condensan estos trabajadores de la salud: historias de escaso reconocimiento de sus saberes profesionales, de su autonomía para atender y cuidar a las personas, de su compromiso con la gente y con el sistema público en el que se desempeñan. La pandemia como escenario total solo

intensificó las inequidades y exigió un poco más a cada uno de ellos, pero también posibilitó asumir capacidad de lucha para defender sus derechos.

Es así que el fenómeno COVID en sus diferentes facetas, expresiones e impactos nos permitió hacer visibles las contrariedades a las que el sistema de salud sometió al personal de cuidado pero, a su vez, hizo posible conocer y reunir expresiones individuales y sociales para colaborar con el reconocimiento de competencias y virtudes de la formación profesional de los colectivos de Enfermería y Obstetricia; estos están a la espera de necesarias mejoras y en el transcurso de seguir disputando espacios y conquistando derechos.

BIBLIOGRAFÍA

Avalos, M. y Schiavoni, L. (2022).

La vacunación como proceso social: experiencias de trabajadoras/es sanitarios en Misiones durante la pandemia de COVID-19. En M. Lorenzetti, M. Avalos y L. Schiavoni (Comp.).

Trabajar, cuidar y curar: experiencias de los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19 en Misiones-Argentina. Edunam.

Belvedere, Carlos (2002).

El desarrollo de la noción de mundo en el período fenomenológico de la obra de Merleau-Ponty: de la subjetividad a la intersubjetividad. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/568>.

Bourdieu, P. (1986).

Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En *Materiales de Sociología Crítica*. La Piqueta. <https://idoc.pub/documents/bourdieu-notas-provisionales-sobre-la-percepcion-social-del-cuerpo-pd49ky3qw819>

- Bourdieu, P. (1997).
Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Editorial Anagrama.
- Calvo, D. (2006).
Exclusión y Política. Estudio sociológico sobre la experiencia de la Federación de trabajadores por la Tierra, la Vivienda y el Hábitat (1998-2002). Editorial Miño y Dávila.
- Csordas, T. J. Olivas, O. (2021).
Una mirada retrospectiva y nuevas reflexiones sobre los procesos de embodiment como paradigma y orientación metodológica para la Antropología, *Encartes*, 4(7), 337-356.
<https://doi.org/10.29340/en.v4n7.233>
- Danel, P. M. Calvo, M y Daca, C. (2022).
Cuidados y prácticas de enfermería en pandemia: aportes desde un enfoque generacional. *Identidades*. 23, (12), 26-45.
- East, S. L. T y López Mourelo, E. (2020).
COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la *salud en Argentina*. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754614/lang-es/index.htm
- Frenk, J y otros. (1991).
La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS)*. 111(6), 485-496. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16560>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020).
Las parteras: las heroínas anónimas en la primera línea de respuesta a la crisis de la COVID-19. <https://lac.unfpa.org/es/news/las-parteras-las-hero%C3%ADnas-an%C3%B3nimas-en-la-primera-l%C3%ADnea-de-respuesta-la-crisis-de-la-covid-19>
- Grimberg, M. (1995).
Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teórico-metodológicos en Antropología de la Salud. En M. Alvarez y V. Barreda (Comp.). *Cultura, Salud y Medio Ambiente*. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Sec. de Cultura de la Nación, Buenos Aires, pp. 31-50.

Menéndez, E. L. (2020a).

La pandemia de coronavirus como delatora de contradicciones, deseos y negaciones. En S. Evangelidou y A. Martínez-Hernández (Ed.), *RESET. Reflexiones de antropología médica*, pp. 17-26. Publicacions Universitat Rovira i Virgili. https://www.academia.edu/82268025/Reset_Reflexiones_antropol%C3%B3gicas_ante_la_pandemia_de_COVID_19

Menéndez, E. L. (2020b).

Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Universidad Nacional de Lanús. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/8>

Merleau Ponty, M. (1993).

Fenomenología de la Percepción. Planeta.

Ramacciotti, K. I y Valobra, A. M. (2014).

Seminario Reflexiones sobre la historia de la profesionalización y especialización sanitaria en América Latina XIX y XX. Feminización y profesionalización de la enfermería, 1940-1955. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/111536/Documento_completo.6544.pdfPDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20consultado%20el%2021/03/20

Ramacciotti, K. I. (2019).

La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones*, 49. <https://doi.org/10.24215/23468971e081>

AUTOETNOGRAFÍA DE UN TRABAJADOR: TRAYECTORIA POLÍTICA Y FORMATIVA DE UN ENFERMERO PERONISTA

Jorge Antonio Godoy

INTRODUCCIÓN

La autoetnografía nos presenta la posibilidad del relato en primera persona como un esfuerzo reflexivo de narrar, desde la instancia particular, aquello que se inscribe en procesos colectivos históricamente situados. Es decir,

una manera de ver a la autoetnografía es ubicándola en la perspectiva epistemológica que sostiene que una vida individual puede dar cuenta de los contextos en los que le toca vivir a esa persona, así como de las épocas históricas que recorre a lo largo de su existencia. (Blanco, 2012, p. 54)

La emergencia sanitaria suscitada por la pandemia generó un escenario propicio para reflatar antiguas tensiones entre las/os trabajadoras/es de la salud y el sistema sanitario. Las organizaciones que surgían al calor de la pandemia estaban conformadas por agentes de salud que ya tenían un posicionamiento específico frente a las diversas problemáticas del sector. En este marco, y a partir de las posibilidades narra-

tivas de la autoetnografía, presento a continuación un breve recorrido por mi trayectoria política y laboral, a modo de contextualizar los procesos colectivos de reivindicación en el campo de la salud pública.

La trayectoria política-laboral será recuperada a través de diferentes relatos que se relacionan entre sí configurando una experiencia colectiva única; esta, da cuenta de la capacidad organizativa de los/as enfermeros/as, uno de los pocos cuadros profesionales que se movilizaron en el espacio público para manifestarse por la situación laboral y económica en contexto de pandemia. Esto dio como resultado la escucha atenta del gobierno provincial que cumplió con una parte de los reclamos laborales de los manifestantes, comprometiéndose a mejorar la situación en el mediano plazo, lo cual marcaría un hito en la historia de las/os trabajadoras/es de la salud de la provincia de Misiones.

UN LEGADO POLÍTICO FAMILIAR Y UNA OPORTUNIDAD SOCIAL

Soy Licenciado en Enfermería. Actualmente, resido en la ciudad de Posadas y trabajo en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Anteriormente, trabajé en varios servicios de un hospital público, de dicha ciudad y en la unidad de terapia intensiva (UTI), de un sanatorio privado, de la ciudad de Oberá. Me formé en el seno de una familia peronista, donde aprendí a cultivar y comprender los ideales de *lealtad y justicia social* que luego serían los elementos centrales del pensamiento y la acción política que desarrollaría en la universidad y el hospital.

Durante mucho tiempo, estudiar en la universidad pública no fue una posibilidad cotidiana y accesible para los hijos de trabajadores independientes, asalariados o desocupados. Al enfrentar la inestabilidad laboral permanente, el acceso universal y gratuito no parecía ser una opción viable. Sobre todo, si tenemos en cuenta que las familias con ingresos económicos inestables solamente podían comprometerse a sostener con sumo esfuerzo la educación primaria y eventualmente la formación secundaria de sus hijos. Lo que pudiera suceder después, sería exclusiva responsabilidad del joven, quien generalmente terminaba ejerciendo el oficio paterno, trabajando en algún local de atención al público o, si tenía mejor suerte, ingresaba en alguna fuerza de seguridad que garantizara alguna estabilidad laboral.

Sin embargo, debido a los cambios sociales que se daban en el ámbito nacional, a partir del año 2003, se abrió un pequeño intersticio de posibilidad real para que los jóvenes de familias postergadas económicamente pudieran animarse a imaginar la posibilidad de ser profesionales:

Bueno fue así, un día (...) mi papá se jubiló y mejoró su situación económica. Podía retirar mercadería del PAMI, entonces mejoró aún más. Entonces me preguntó si yo quería seguir estudiando. Porque fue así, mi mamá tiene un problema de salud, una discapacidad. Mi viejo jubilado. Y en ese entonces PAMI no funcionaba bien. Entonces mi papá le escribió a Néstor Kirchner y él le respondió. Le mandó una trabajadora social a mi casa. Así fue... y le dijo “mi hijo quiere estudiar, quiere una oportunidad en la Universidad”. Así fue, tal cual, me acuerdo bien. Yo en ese momento había dicho cualquier pavada, tenía 18... sí porque a los 20 años me vine. Bueno ahí seguí hablando y mi mamá me

preguntó “qué te gustaría hacer”. Y ahí me acordé, cuando me interné, que me trataron bien las enfermeras... un poco romántico... no es tan así, pero me acuerdo. Y mi mamá siempre hablaba de una enfermera que trabajaba en una salita y que esta enfermera la veía a mi mamá y le hablaba... era muy buena. (Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

Producto de las políticas de inclusión social implementadas durante la *década ganada*¹, he podido ser el primer universitario de la familia. Las políticas sociales de inclusión, entonces, fueron el marco de posibilidad concreta para acceder a la educación superior. Por lo que la elección de la carrera no estuvo motivada por revelaciones místicas de tipo vocacional que enfatizan un supuesto amor por la profesión, que de fondo no hacen más que romantizar y minusvalorar la formación de enfermería; tampoco estuvo motivada por una elección racional que calculaba meticulosamente los años de estudio y el rédito económico posterior. Lejos de haber sido una experiencia de este tipo, fue una condición política y social determinada, en un tiempo y un espacio, la que me permitió optar por estudiar la carrera de enfermería.

La acción política presente de un gobierno justicialista, de corte nacional y popular, me abrió las puertas para ilusionarse con una *oportunidad social* de llegar a la universidad y torcer el rumbo que la vida me tenía preparado, al igual que a la gran mayoría de los hijos de trabajadores independientes

1. Periodo político comprendido entre el 2003 y el 2013, denominado de este modo por el matrimonio Kirchner, en el que gobernaron la República Argentina por tres periodos consecutivos.

y amas casa, que por mucho tiempo debieron conformarse con seguir el oficio del padre y aguantar como pudieran los golpes económicos y sociales que siempre afectan a los más desposeídos. Aun así, muchos jóvenes de mi generación no pudieron torcer el rumbo, como si fuera una pesada condena, ni pudieron revertir el destino que la condición social de origen les tenía preparado.

Una época, un estilo de gobierno y políticas públicas de fortalecimiento social se imbrican en esta idea de *oportunidad social*. Cuando el Estado está presente ante una solicitud ciudadana, se torna determinante en el devenir de la vida universitaria y laboral, de la mano del compromiso, que en este caso se hace presente en una *actitud militante* ante la vida:

Caracterizado por la intensa fluctuación y volatilidad de las identidades políticas (...) es factible destacar la influencia de los gobiernos “kirchneristas”. Principalmente en los procesos de recomposición de la vida institucional con estrategias de integración estatal de aquellas organizaciones y movimientos sociales de matiz nacional popular [e] interpelación hacia la juventud como actor político central, vemos (...) la formación de nuevas agrupaciones dentro de sus fuerzas generando nuevos grupos al interior o por fuera del Estado de gran protagonismo juvenil. (Campusano, 2019, p. 113)

La temprana incorporación de los conceptos de *lealtad*, *justicia social*, *soberanía política e independencia económica*, apprehendidos en el seno familiar, fueron moldeándose lentamente en el proceso de aprendizaje de la enfermería, objetivados en forma de militancia en un movimiento universitario con intensa participación política que defendía los intereses

del claustro estudiantil, en un primer momento, y en una organización de enfermería que denunciaba la precarización laboral y pretendía conformarse como sindicato, en una segunda etapa.

MILITANCIA ESTUDIANTIL Y ORGANIZACIÓN LABORAL

En el campo académico, durante mis primeros años de cursada, se manifestaba la necesidad de mantenimiento de la infraestructura edilicia y la seguridad de los albergues universitarios, en el que vivían muchos estudiantes, compartiendo una casa entre siete u ocho personas:

“Hace varios meses quisieron entrar a robar, forzaron la ventana y rompieron el vidrio. Ya le notificamos al secretario General de Albergues (...) pero nunca lo arreglaron”, (...) “muchos compañeros tienen miedo” de que el hecho de reclamar arreglos sea el pasaporte a quedarse sin beca (...). (*Primera edición*, 2012. Reclaman arreglos urgentes para el albergue del Campus)

Junto a un grupo de estudiantes de la carrera de enfermería, organizamos las bases políticas del *movimiento universitario Mary Seacole*, del cual fui presidente. En el año 2012 protagonicé un encadenamiento y toma pacífica de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones (UNaM), en protesta por las constantes y decisivas injerencias del claustro docente en la política estudiantil:

[El] presidente del Movimiento Universitario *Mary Seacole*, quien desde las 8.30 permanece encadenado al portón de la casa

de estudios para denunciar la injerencia docente en las elecciones estudiantiles (...). “El cuestionamiento no es el resultado de las elecciones, sino la injerencia docente en las elecciones estudiantiles”, señaló el enfermero rodeado de estudiantes absortos, mientras decide si levanta la medida de fuerza o permanece encadenado. (*El Territorio*, 2012. Estudiante de enfermería se encadenó frente a la facultad)

En los primeros pasos por el campo laboral organizamos, junto con otros colegas, la defensa a los trabajadores de la salud ante el continuo destrato ejercido por las autoridades del hospital público. Intentamos, de este modo, conformar un sindicato de enfermería, que fue duramente deslegitimado. El derecho a organizarse libremente no fue visto como un ejercicio colectivo garantizado por la Constitución Nacional, sino como un acto de desobediencia a las nuevas políticas laborales desregularizadas e implementadas en el hospital público.

Producto del intento de sindicalización, en diciembre del año 2015 y coincidentemente con el cambio de gestión a nivel nacional, fuimos despedidos. Las autoridades del hospital consideraban que el despido sería suficiente escarmiento para aleccionar a los trabajadores de la salud respecto de lo que les podía suceder si en un futuro decidían organizarse de manera colectiva para reclamar por sus derechos. Al ser despedido declaré lo siguiente en un diario de tirada provincial:

Nosotros esperamos que haya un telegrama de despido o algo por el estilo, pero la institución no trabaja de esa manera. Queremos dejar en claro que estamos bajo un régimen de contratación que raya la ilegalidad, porque tenemos un contrato por un año

en el cual la institución nos puede despedir sin motivo alguno, no tenemos derecho a sindicalización, no tenemos ART, no se cobra asignaciones familiares y no tenemos licencia para estudiar o por casamiento. (*Primera edición, 2016. Enfermeros despedidos se encadenaron frente al hospital Madariaga*)

Tampoco obtuve respuesta institucional respecto de las causas objetivas que motivaron la separación arbitraria del nosocomio. Esto se tradujo en acciones tales como no dejarme entrar a la institución para hablar con los demás colegas, no recibir notificaciones personales en mesa de entrada, entre otras cuestiones. Tal era la sugestión interna, que las/os trabajadoras/es evitaban hablarme por temor a ser vistos y castigados con el despido arbitrario. Esto motivó que, junto a otro colega, decidiéramos encadenarnos por tiempo indeterminado frente a las instalaciones del hospital:

Previamente hicimos todos los pasos legales, presentamos telegramas pidiendo explicaciones. Hemos intentado hablar con el ministro de salud (...), con el vicegobernador (...), con el nuevo director del hospital (...), quien nos atendió, pero nos dijo que no sabía de qué se trataba esto. Como no tuvimos respuesta de ningún tipo llegamos a esta medida. Nuestro plan es continuar aquí hasta que alguien nos reciba y nos dé una respuesta. (*Primera edición, 2016. Enfermeros despedidos se encadenaron frente al hospital Madariaga*)

Tras pasar más de una semana encadenados en el acceso al nosocomio (del 7 al 16 de enero de 2016), desde el Ministerio de Trabajo de la Provincia de Misiones se dictó la Conciliación Obligatoria entre la Fundación Parque de la Salud Dr. Ramón

Madariaga² y los *enfermeros encadenados*. Lo que constituyó un primer hito en la lucha por el trabajo digno del personal de enfermería, encarada en el primer Hospital de Alta Complejidad de la Región. Este hito marcó una impronta para futuras protestas que se llevarían a cabo por las mismas cuestiones, en tiempos de pandemia por COVID-19.

Reunirse, protestar y obligar a negociar fue una conquista y un derecho ejercido de toma del espacio público como arena de expresión política y sindical:

El derecho a ejercer la libertad de reunión está bien documentado en el derecho internacional. La Organización Internacional del Trabajo reconoce explícitamente que el derecho de reunión (o, como en ella se dice, de asociación) está ligado al derecho de negociación colectiva. Es decir, que las personas se reúnen para negociar sus condiciones de trabajo, entre las cuales se incluirían medidas de seguridad y salud en el trabajo y la protección contra la explotación, pero también el derecho mismo a la negociación colectiva (Butler, 2017, p. 160).

No obstante, como en toda lucha siempre hay pérdidas simbólicas más o menos importantes, no se nos permitió volver a nuestros respectivos lugares de trabajo. Hacerlo significaba correr el riesgo de que conformemos un grupo fortalecido anímicamente y que se difunda como ejemplo a todos los hospitales de la provincia. Entonces, el Ministerio de Trabajo conjuntamente con el Ministerio de Salud dispusieron que trabajásemos en diferentes Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). De este modo, lo que se buscó fue aplicar

2. Ente autárquico descentralizado que maneja los contratos de los trabajadores del Hospital Madariaga.

una medida correctiva que infundiera dudas en el colectivo de enfermería, acerca de la efectividad de las medidas de acción directa y del costo político, moral y económico que implicaba ser despedido.

En cada escenario de lucha relatado, ya sea como respuesta a una situación de vulnerabilidad del claustro estudiantil o de resistencia ante las medidas de precarización laboral impuestas sobre los profesionales de enfermería, se hacía carne todo el capital político heredado en el seno familiar. Y en todos los casos, las acciones siempre fueron colectivas. Esa fue la principal fortaleza política que tuvieron cada uno de esos actos: la unidad del colectivo de enfermería. De este modo, toda acción subjetiva e individual tiene raigambre e influencia en el colectivo, en la medida en que la socialización dada en espacios dinámicos y dialógicos produce el desarrollo de capacidades personales que se potencian cuando se trabaja en equipo, y se resguarda a cada uno de los miembros del agrupamiento.

Sin embargo, a pesar de los reclamos y las manifestaciones colectivas, la preocupante situación laboral de enfermería permaneció constante y se intensificó hasta visibilizarse completamente en el periodo de pandemia por COVID-19.

LA PANDEMIA Y EL RECLAMO COLECTIVO HECHO CUERPO

En el centro de salud donde pasé a desempeñarme luego de haber trabajado en el hospital, continué comprometiéndome con demandas sociales que involucran al colectivo de trabajadoras/es de la salud. Los reclamos eran siempre los mismos: salario, condiciones de contratación, carga horaria, ambiente laboral, insumos, formación, capacitación, etc.

De manera recurrente, solían invitarme a diferentes reuniones de camaradería para que narre mi experiencia y exprese mi opinión respecto de la situación de los trabajadores y trabajadoras de la salud pública. En cada reunión, los trabajadores de salud, manifestaban la necesidad de organizarse como colectivo autoconvocado, ya que no se sentían representados por los sindicatos tradicionales; estos habían perdido el prestigio político y social que gozaban en otros tiempos. Algunos agentes acusaban a estos sindicatos de estar manejados por las mismas personas desde hace años, de negociar oportunidades de trabajo para los familiares y amigos, de perder cada vez más derechos y desentenderse de los problemas del colectivo.

En el marco del decreto de necesidad y urgencia 297/2020, que declaraba el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y que obligó a la población a permanecer más tiempo en sus hogares y dejar de hacer las actividades habituales, las/os trabajadoras/es de la salud fueron considerados *esenciales*. Las reuniones y charlas de camaradería fueron suspendidas y las comunicaciones por las redes sociales pasaron a jugar un rol fundamental, sobre todo porque visibilizaron ampliamente la incertidumbre y el malestar del personal de salud. Cabe destacar que esta no era una cuestión aislada que se conversaba en un micro grupo, sino que era un problema transversal, de vieja data y presente en toda la Provincia.

Algunas/os enfermeras/os aprovecharon la situación de pandemia para expresar sus opiniones políticas en consonancia con algunos discursos televisivos bien conocidos. Afirmaban con mucha convicción, los discursos mediáticos que responsabilizaba al gobierno nacional de deteriorar y matar a todos con el encierro, aduciendo que era una nueva *dictadura K*, que el virus no existía o que el barbijo era un

invento para silenciar al pueblo. En esos casos se armaban debates cargados de pasión y entusiasmo, entre quienes apoyaban el modelo nacional y popular y quienes añoraban la vuelta de un gobierno de corte conservador. Se refutaban y comprobaban tales o cuales afirmaciones y, aunque generalmente no se llegaba a ningún acuerdo, todo terminaba con un comentario divertido o con una broma a una/un compañera/o desprevenida/o, después de todo, había que seguir trabajando en un ambiente de cordialidad y respeto. Esta situación fue cambiando lentamente a medida que el espacio laboral se cargaba de tensión política y social, alimentándose de continuos reclamos, personales y en redes sociales, por episodios de percances laborales que se sucedían a lo largo y a lo ancho de la provincia, por situaciones relacionadas a la organización del trabajo en pandemia.

Conforme la pandemia se agudizaba y el miedo a la muerte de algún familiar aumentaba, las charlas políticas apasionadas y entretenidas fueron tomando otro tinte, y se transformaron en más solemnes y preocupantes. El espacio de trabajo se convirtió en un espacio de reflexión colectiva en el que se conversaba exclusivamente sobre la situación laboral, pasando de analizar el camino de la política nacional a discutir la política de salud provincial, que en última instancia marcaba el rumbo de trabajo de los agentes de la salud pública.

A partir de la emergencia sanitaria, los antecedentes de militancia política de las/os trabajadoras/es de la salud fueron cobrando sentido social y relevancia colectiva, conforme se manifestaba la necesidad de autoorganizarse y peticionar de manera colectiva ante las autoridades de Salud Pública, sin depender de los sindicatos tradicionales. Cada experiencia compartida hacía emerger de las profundidades de los recuerdos

todo el malestar social y laboral del grupo. De este modo, los trabajadores reflexionaban a partir de las trayectorias laborales, contando los sueños, alegrías, esperanzas, tristezas y dolores que acarreaban desde que ingresaron al campo de la salud:

Todos tenemos el mismo reclamo. El reclamo es que el sueldo no alcanza y las condiciones de trabajo, los materiales, el maltrato laboral... o sea que eran tres cosas muy importantes. Y siempre lo más importante es el sueldo porque con eso vos comés... esos son los reclamos que uno escucha. (Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

Fue a partir de esta etapa de reflexión grupal que las/os trabajadoras/es tomaron distancia respecto de un discurso institucional tecnocrático que reducía todos los problemas laborales al plano de la responsabilidad individual y comenzaron a compartir grupalmente los principales problemas laborales que percibían, sin temor a ser sancionados o perseguidos:

Después me di cuenta que lo que me cuentan es lo que para ellas es muy importante en sus vidas. Ahora escucho mucho más. Antes me pesaba escuchar a mis compañeras, pero después me di cuenta que para ellas era muy importante. Volvían a sus casas y hacían las tareas del señor y de esposa (...) En realidad, lo que más cuentan es el reclamo. Porque en pandemia lo que pasa es que las reventaron laburando a estas tipas y hasta el final del año pasado eran (...) algunas trabajaban en negro. Entonces para ellas, sábado, domingo, feriado, días de semana, para ellas era todo lo mismo, trabajaron en las campañas vectoriales, para repartir folletos, para todo. Entonces vi que me usaban de psicólogo, pero yo no me sentí usado en ese caso. Lo que no podía

hacer es mucho, casi nada, solo escuchar (...). (Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

Poner el oído constituyó una forma de acercamiento a los pares y también —residuo impensado quizás—, una resistencia a la presión del sistema que segmenta e individualiza los padecimientos del ritmo laboral incesante, insuficientemente remunerado y parcialmente invisibilizado, ante los ojos de los ejecutores de políticas públicas de salud. Escuchar, implicaba ser el depositario de los miedos y esperanzas de compañeras y compañeros que, poco a poco se visibilizaban a sí mismos como parte del grupo, al tiempo que adquirían herramientas de pensamiento más complejas que surgían al calor de las charlas y debates internos.

Con la irrupción intempestiva de la pandemia, todas las trayectorias militantes aportaron la experiencia necesaria para dar forma a un sentimiento colectivo que germinó al calor del aumento de la demanda de atención y la insuficiente cantidad de insumos. Esto decantó en múltiples luchas y resistencias en hospitales y centros de salud que buscaban desprender el problema de los trabajadores de salud del tradicional trasfondo doméstico al que estaban relegados y catapultarlo al ámbito de la opinión pública.

En este contexto, la reflexividad del colectivo de enfermería fue germinando hasta que, a mediados del año 2020, la administración de salud provincial se vio ampliamente cuestionada a raíz de las precarias condiciones laborales y económicas en las que se desempeñaban estos trabajadores:

Teníamos pocos elementos de protección personal [EPP], que teníamos que pasarnos de uno a otro y nosotros como profesio-

nales sabíamos que eso no se podía hacer, que no se cumplían las normas de bioseguridad. Y bueno, empezamos una lucha, quejándonos de [la falta de equipos de protección personal]... En realidad, no debería ser una lucha, debería ser algo que se cumpla, pero... (Enfermera, Hospital, Zona Sanitaria Centro Paraná, 22-09-2021)

En distintos hospitales de la provincia, las solicitudes del sector de enfermería comenzaron con peticiones formales a las autoridades de cada institución, que fueron desestimadas sin mediar respuesta alguna. Esto motivó a que comenzaran a organizarse para protestar por la falta de insumos, en el primer año de inicio de la pandemia.

Producto de organizarse y reclamar de manera colectiva, conseguimos Equipos de Protección Personal (EPP) de muy baja calidad y, como era de suponer, nos sometimos a altísimos niveles de estrés, por no saber si los EPP serían efectivos ante los casos de infección por COVID-19. Algunos enfermeros comentaban que:

Te negaban todo tipo de insumos. Primero, no querían que uses. Después, querían que uses, pero no había para usar. O sea, querían que uses N-95 y no te traían. Te traían un barbijo, que no sé ni qué era. Era una tela transparente, que ni te servía. Y con eso tenías que “cuidarte”, entre comillas. Muchos de mis compañeros lo padecieron. Más, los que estaban en triaje. (Licenciado en Enfermería, Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26-09-2021)

No importaba demasiado si los insumos eran de la peor calidad, lo que importaba es que los enfermeros estuviesen trabajando en el sector asignado, sin reclamar. Después de

todo, según los medios de comunicación y una parte de la opinión pública, eran “héroes” sin capa ni superpoderes, pero “héroes” al fin. El problema con estos “héroes” es que tampoco contaban con los materiales necesarios para trabajar de manera adecuada, no recibían un salario extraordinario por la labor que prestaban ni tampoco se les trataba de manera diferente al tiempo anterior a la pandemia:

A mí, también, me obligaron a que haga triaje, yo me negué, siempre. Porque no tenía los elementos, mínimamente [necesarios], para protegerme. Siempre discutí esa cuestión. Y me negué a hacer, porque yo les decía que si no me daban los elementos no lo iba hacer. (Licenciado en Enfermería. Hospital. Zona Sanitaria Capital, 26-09-2021)

Cumplir con el rol asignado era sumamente importante, más importante que estar protegido. Sobre todo, cuando se trataba de un/a enfermero/a. No sucedía lo mismo cuando a quien había que proteger era a otro profesional a quien sí se le brindaba los EPP adecuados. Esto, sin lugar a dudas, constata relaciones jerárquicas y asimetrías en relación a la importancia que tienen algunos trabajadores de la salud por sobre otros.

La imagen de tener un profesional de enfermería que atiende a personas con síntomas de posible COVID-19 era la más buscada y deseada. Porque, hacia afuera, reflejaba un trabajo institucional impecable. Sin embargo, hacia adentro estas/os trabajadoras/es de la salud debían asumir una situación de constante alerta, lo cual resultaba muy estresante, no solo porque había que evitar infectarse con el virus, sino también porque constantemente se confrontaba con las autoridades

institucionales que exigían esfuerzos sobrehumanos con el único fin de mostrar que el director o la directora de la institución de salud estaba realizando una *buena gestión*, lo cual significaría un futuro ascenso ministerial o un cargo de mayor jerarquía en otra institución pública.

En plena pandemia, y a pesar de lo extraordinario de la emergencia sanitaria, a los supuestos “héroes” del cuidado, a los que al principio se les hacía trabajar con EPP de baja calidad, les negaban la posibilidad de recibir una alimentación saludable dentro del horario laboral. De hecho, si es que recibían alguna vianda institucional era a causa de las gestiones personales de la coordinación de enfermería. En tanto que la institución hospitalaria les negaba sistemáticamente la posibilidad aduciendo un sinfín de excusas. La argumentación más recurrente consistía en afirmar que no trabajaban doce horas corridas dentro de la institución, lo cual demostró un total desconocimiento de la situación teniendo en cuenta que por falta de personal (ya que muchos de ellos tenían licencia extraordinaria por ser personas de riesgo), las/os enfermera/os trabajaban 16 o 24 horas, o trabajaban varios días sin descanso por no tener relevo. En este caso, para los directivos de los hospitales, la palabra “héroe” implicaba que se podía sobrevivir sin alimentarse por un largo periodo de tiempo. Por lo tanto, esta categoría lejos de resaltar la labor de enfermeros y enfermeras, la deshumanizaba por completo:

La comida, nunca hubo. Nosotros comíamos porque, en ese momento, teníamos una jefa que peleaba por nosotros. Entonces, la cocina nos mandaba comida. Pero, llegó un tiempo y a esa jefa la bajaron porque daba muchos beneficios al personal [de enfermería] yendo en contra de como la jefa del sistema quería

que se trabaje, entonces la bajaron. Ahí empezó. Nos cortaron el almuerzo que antes nos daban. (Licenciado en Enfermería. Hospital, Zona Sanitaria Capital, 26-09-2021)

La pandemia por SARS-CoV-2, lejos de incorporar “nuevas prácticas” de cuidado de carácter institucional, que de por sí suenan ambiguas, reivindicó y profundizó la reproducción sistemática de antiguas prácticas laborales, sectarias, elitistas y profundamente discriminatorias.

En paralelo, bajo este poco auspicioso panorama laboral, muchos trabajadores de la salud se revelaron ante la organización del trabajo que desconocía los derechos laborales en salud. Reviviendo las antiguas tensiones denunciadas por los *enfermeros encadenados*, en los hospitales se continuaba con la misma política de contratar por el periodo de un año a enfermeros/as, bajo un régimen de trabajo (pseudo) privado, siendo pasibles de ser despedidos en cualquier momento del año y sin recibir indemnización alguna. Al mismo tiempo, la Fundación Parque de la Salud absorbía bajo su égida a los principales hospitales públicos de la Provincia de Misiones.

Al traspasarse algunos hospitales dependientes del Ministerio de Salud a la dependencia del Parque de la Salud las/os enfermeras/os contratados debían optar por permanecer allí y adaptarse a las nuevas reglas de trabajo o ser despedidos sin justa causa. En caso de que fueran enfermeros de carrera (planta permanente), podían optar por ser trasladados a un CAPS:

Quando el hospital pasa a formar parte del [Parque de la Salud] es como que empieza esa persecución “Te adaptás y trabajás de la misma forma que en el hospital”. Y había enfermeros que trabajaban desde hace 10 años, 12 años, que estaban trabajando así

y se revelaron. Nos revelamos un montón. (Licenciado en Enfermería. Hospital. Zona Sanitaria Capital, 26-09-2021)

El Parque de la Salud de la Provincia de Misiones Dr. Ramón Madariaga es un ente público descentralizado creado a partir de la Ley Provincial XXVII-N° 70, que se administra a través de una fundación que contrata trabajadores bajo un régimen laboral totalmente diferente al de los agentes dependientes del Ministerio de Salud Pública de Misiones. Puntualmente en el artículo 5 inciso D, establece lo siguiente:

Facúltase al Poder Ejecutivo a fijar el régimen de contrataciones del Ente Público y Descentralizado Parque de la Salud de la Provincia de Misiones Dr. Ramón Madariaga y, a aplicar supletoriamente lo fijado en las Leyes VII -N° 11 (Antes Ley 2303) y X -N° 4 (Antes Ley 83).

Estas contrataciones son temporales y los trabajadores de la salud no gozan de estabilidad laboral ni están incluidos en la Ley de carrera sanitaria, que en el artículo 2 establece la siguiente normativa:

Comprende al personal que presta servicios en todo el ámbito del Ministerio de Salud Pública y en los Servicios de Atención Médica Integral de la Comunidad (SAMIC), con excepción del Ministro, Subsecretarios, sus Secretarios Privados, Asesores, Directores Generales, Directores de Zona de Salud, Jefes de Áreas Programáticas y personal que cumple tareas administrativas, salvo aquellos que se desempeñen en los establecimientos asistenciales y los Programas Sanitarios Permanentes, según lo determine la reglamentación. (Ley I -N°80, antes Ley 2693)

Estas diferencias legales entre trabajadoras/es del Parque de la Salud y trabajadoras/es de Salud Pública, eran causa de continuos desencuentros y discusiones en torno a quienes gozaban de mejores condiciones de trabajo y quienes perciben mejores salarios. Puntualmente, el salario de las/os trabajadoras/es de Salud Pública es significativamente inferior al de las/os trabajadoras/es del Parque de la Salud. A su vez, dentro del Parque de la Salud, quienes trabajan en el Hospital Escuela Dr. Ramón Madariaga perciben una remuneración superior a quienes dependen del Parque, pero trabajan en otros hospitales. Sin embargo, las/os trabajadoras/es del Parque son contratados únicamente por tiempo determinado y no gozan de beneficios laborales permanentes.

A pesar de las supuestas diferencias tanto en el Parque de la Salud como en Salud Pública las prácticas laborales se tornaban cada vez más ruinosas cuanto más se reducía a las/os trabajadoras/es de la salud a la categoría de “héroes” y se acentuaban los discursos mediáticos. En dichos discursos se los representaba como soldados de élite luchando en una guerra sin cuartel, en la que debían ofrendar sus vidas si fuera necesario a cambio de unos cuantos aplausos y alusiones mediáticas, siempre fantasiosas y totalmente desentendidas de la realidad económica y laboral de estos trabajadores.

Continuando con la analogía, los altos mandos se limitaban a salir en cuanto medio público hubiera para hablar de la “buena gestión” que estaban llevando adelante, asegurándose resaltar especialmente la labor de un solo grupo de profesionales, pertenecientes a la misma disciplina que las autoridades de salud, es decir, preferentemente destacaban al cuerpo médico. Al mismo tiempo reducían a la categoría de “héroes” a todos los agentes que no pertenecían a esa profesión, de modo tal

que la labor diaria de la gran mayoría de las/os trabajadoras/es de la salud quedaba completamente invisibilizada bajo esa categoría. A esto, se le sumaba la habitual y crítica situación económica de enfermeras/os:

Y sigo haciendo hincapié en el hecho de la cuestión económica, porque el personal de enfermería no llega a fin de mes con lo que gana. Entonces, trabaja en dos o tres lugares y está el hambre por cobrar un poquito más, por llegar a fin de mes y poder acceder a lo que comúnmente el resto de la población puede llegar a tener. (Enfermera, CAPS, Zona Sanitaria Centro Paraná, 22-09-2021)

Toda la historia que acarreaban sobre sus espaldas las enfermeras y los enfermeros, se hizo sentir en las medidas de aislamiento social que mantuvieron en vilo a la población en todos los espacios del país y con más énfasis en Misiones, por ser área de tránsito de frontera internacional. Esto implicó que las/os trabajadoras/es de la salud estuvieran en un estado de alerta y desasosiego permanente, colapsando la paciencia de quienes sufrían una constante injusticia laboral, ejercida a través de contratos precarios y permanente amenazas de despidos, en la que estaban sumidos desde hacía muchos años.

En ese contexto fui invitado a participar de una marcha de *trabajadores de la salud autoconvocados*, que se difundió ampliamente por las redes sociales y tenía varios promotores en toda la provincia, aunque en ese momento se presentaban como *autoconvocados de la salud*.

La principal característica de la convocatoria fue que no la organizaron los sindicatos tradicionales, sino que fueron los mismos trabajadores quienes sintieron la necesidad

de manifestarse. La convocatoria fue amplia y generó no pocos debates: algunos dudaban de la legitimidad de la convocatoria, otros cuestionaban el rol de los convocantes acusándolos de ser parte de algún gremio. Asimismo, los trabajadores sindicalizados cuestionaban el hecho de que no hayan invitado a los sindicatos, las organizaciones proto-sindicales de enfermería intentaban reunir a la mayor cantidad de adherentes para el día de la convocatoria, las/os trabajadoras/es de la salud subcontratados manifestaban miedo a ser individualizados y perseguidos por adherir a la convocatoria, los agentes de *planta permanente* arengaban a superar el miedo y apoyar la movilización, etc. Así, los discursos en redes sociales a favor y en contra se replicaban en toda la Provincia. Lo cierto es que el debate respecto de la convocatoria a manifestarse como trabajadoras/es autoconvocadas/os estaba profundamente instalado en hospitales y centros de salud.

EL ACAMPE

Entre los meses de septiembre y octubre de 2020, cientos de trabajadoras/es de la salud pública de toda la provincia de Misiones (promotores de salud, agentes sanitarios, choferes de ambulancia, personal administrativo, pero mayoritariamente enfermeras y enfermeros), se autoconvocaron y acamparon por más de 30 días frente al Ministerio de Salud Pública de Misiones con el fin de ser atendidos por el Ministro Secretario de Salud Pública, para presentar reclamos históricos y proponer soluciones coherentes a la crítica situación laboral del sector, agravada por la pandemia.

El colectivo de agentes de la salud, que se autodenominó *trabajadores de la salud autoconvocados*, tenía en claro que sostenerse en la lucha era la única vía capaz de subvertir la situación sociolaboral por la que estaban atravesando como personal de salud, en un contexto de alta demanda impuesta por la pandemia, desde los primeros meses de 2020:

Fui contratado siempre y lo mismo les pasaba a mis compañeras. Cada año te jodían con el traslado, con tu conducta... siempre el trabajador era el malo... Y me sumé a un grupo... yo no sé si era septiembre u octubre (de 2020)... de enfermeros, también promotores y administrativos que acampó durante 35 días frente al Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones, el año pasado, 35 días pidiendo el pase a planta y el gobierno no quería el pase a planta porque éramos muchos. Yo no organicé, pero participé... por eso me siento parte... Los promotores porque tenían una beca de 10.000 pesos... o sea, eso no existe... es una cosa simbólica y que trabajaban a destajo. Yo tenía compañeras que trabajaban así. Se pedía pasar a contrato y que se cambie la ley... la ley que se cambió ahora. (Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

El acampe, tal como se conoció posteriormente a esa gesta, al principio comenzó como una multitudinaria manifestación que pretendía finalizar el mismo día con un acto de entrega formal de un petitorio —en mano— al Ministro Secretario de Salud Pública, quien se negó a recibir al colectivo de trabajadoras/es aduciendo que no tenían representatividad sindical. De este modo, el acampe, se transformó en un acto colectivo que implicó poner el cuerpo y, en definitiva, la vida, durante 35 días.

El miércoles 9 de septiembre del año 2020, tras haber fracasado una posible reunión con el ministro de salud, *trabajadores de la salud autoconvocados* provenientes de toda la provincia se dispusieron a colocar carpas en la veredas y calles colindantes al Ministerio de Salud, esperanzados con la idea de que el ministro se dispusiera a recibirlos en los días siguientes. Al mismo tiempo, a través de diferentes redes sociales, convocaban a todas/os las/os trabajadoras/es de la salud y medios de comunicación a sumarse a esa lucha histórica.

La presencia de enfermeras y enfermeros fue constante y permanente, aunque no la única, ya que adoptaron un novedoso sistema de protesta que sorteaba el obstáculo que implicaba ser trabajador esencial: diariamente, al salir del trabajo, se dirigían al acampe y permanecían allí hasta altas horas de la madrugada o hasta que llegara el momento de volver a trabajar. De esta manera, cumplían con la jornada laboral y reafirmaban el compromiso y apoyo a la protesta.

Quienes viajaban desde el interior de la Provincia, permanecían varios días en *el acampe* y luego volvían a sus respectivos trabajos y realizaban varias guardias seguidas para acumular días libres —francos— y volver al acampe. Algunos trabajadores de la salud, ponían a disposición sus casas para que los acampantes pudieran higienizarse diariamente, organizándose para trasladarse una vez al día a las viviendas más cercanas.

Pese a que el acampe se realizaba de manera pacífica y que supuestamente no representaba un daño político a la imagen de la salud pública de la Provincia, los intentos por boicotear la manifestación no tardaron en hacerse presentes: las enfermeras del interior relataban minuciosamente cómo los directivos y responsables zonales “visitaban” los hospitales

para recabar datos personales de las/os trabajadoras/as de la salud que adherían al acampe. Enseñaban mensajes de grupos de trabajo de WhatsApp en los que las autoridades convocaban a supuestas reuniones con carácter “urgente”, presencial y obligatorio con el único fin de evitar que estas enfermeras/os asistieran al acampe, o bien, para que su ausencia en la reunión sea visible y motive una sanción disciplinaria.

Lo extraordinariamente único e irrepetible de esta situación es que aún aquellas/os enfermeras/os que se destacaban por mantener una postura reaccionaria y conservadora respecto de las huelgas y manifestaciones, estaban de acuerdo con esta lucha. Y eso se comprobaba cuando accedían a cubrir los días de trabajo de otros colegas o cuando continuaban trabajando en el siguiente turno, para que las/os compañeras/os pudieran asistir al acampe.

Ante lo inesperado de la situación relatada, las autoridades tomaron medidas para ir socavando la manifestación pública: comenzaron a prohibir, siempre de manera verbal, el cambio de días de trabajo entre colegas, aduciendo un alto riesgo de infectarse de COVID-19. Algunos directores, organizaban personalmente las planillas de guardia y las jornadas de trabajo de las/os enfermeras/os y las amenazaban con hacerlas cumplir cinco días de aislamiento para evitar el riesgo de infección, descontarles días de trabajo e iniciarle un sumario administrativo, si asistían al acampe. De igual manera, de una u otra forma, las/os enfermeras/os se las arreglaban para asistir a la manifestación.

Con el argumento de tener mayor fuerza física, a los enfermeros se los destinaba a lugares donde había escasez de personal y por lo tanto el trabajo era extremadamente tedioso y las jornadas de trabajo eran sumamente agotadoras. Con

esta estrategia, se buscaba impedir que acumulen días libres para asistir a la manifestación. Contrariamente al cansancio físico que buscaban las autoridades, los enfermeros asistían a la manifestación viajando en el momento en que salían del trabajo y regresaban para retomar la jornada laboral, el mismo día. Es decir que no se retiraban a sus casas a descansar, sino que decidían asistir al acampe. Estos hechos les resultaban totalmente insondables a las autoridades teniendo en cuenta que, hasta antes de la pandemia, el colectivo de enfermería siempre se caracterizó por ser sumiso y obediente. Asimismo, en este período se transformó en uno de los pocos colectivos de profesionales que salió a reclamar sus derechos en tiempos de COVID-19.

Sostener una manifestación pacífica durante 35 días, con un grupo heterogéneo pero cohesionado, implicaba la necesaria existencia de normas de convivencia, relacionadas a la organización de los espacios de cocina, higiene y descanso: había una organización interna que permitía que mujeres y varones se dediquen a preparar el desayuno, almuerzo, merienda, cena y limpieza de los baños químicos. Inclusive, se organizó una comisión que dio vida a un emotivo acto por el día del trabajador de la sanidad, celebrado el 21 de septiembre.

Era tal la cohesión del grupo, que buscaron quebrantarla a través del uso de la prensa radial y gráfica, buscando generar una opinión social contraria a la manifestación:

Hubo gente que fue a romper las carpas, a amedrentar a las mujeres. Las mujeres son de fierro, porque ellas acampaban todo el día... Y en los medios de comunicación, el tipo éste, charlatán (menciona a un periodista, no se entiende bien el audio), no sé si escuchaste... miente, no te perdés de nada... Decían que éramos

unos vagos y así. Todos los medios de comunicación oficialistas, hablaban muy mal de los que estábamos ahí. Así que fue una lucha dura y con esfuerzo... Y después están los sindicatos que dicen que lo consiguieron ellos. Pero no... Esa es la historia grupal que yo cuento. No se cuenta, porque queda acá, de boca en boca... En los medios de comunicación aparece que es el gobierno [provincial el] que defiende a los trabajadores, te hablan de misionerismo como una cuestión histórica y así, como que ellos son los herederos y los héroes enfermeros y demás... No cuentan que hubo 35 días de acampe con sol, con lluvia, con frío... Hasta nos sacaron los baños químicos. (Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

El evento descrito tiene vinculación con algunos improprios vertidos por un reconocido comunicador radial que, en la provincia es conocido por hacer comentarios sumamente deslegitimadores de toda organización que no comulgue con su ideología, supo tener entre sus filas a un reconocido periodista condenado por delito de lesa humanidad³. Desde las instalaciones de la operadora de su propiedad, sin tapujos señaló lo siguiente:

Una enfermera que no tiene ninguna preparación, que no tiene ni siquiera la primaria terminada y que son muchas “¿Quiénes son los que cortan las rutas? Los troskos, los kirchneristas, los que están a favor de convulsionar el país, los que realmente creen

3. Para más información puede consultarse en los medios de comunicación el caso de Carlos Carvallo y el listado de informantes del Batallón 601 durante la última dictadura cívico militar.

que se puede salir de la grieta, únicamente cuando se cumpla con lo que ellos quieren. (*La Izquierda Diario*, 2020)

No conformes con el intento de linchamiento mediático, *anónimos* que intentaban desacreditar *el acampe* realizaron una nueva incursión, amedrentando a quienes se encontraban allí:

Hoy a la mañana, trabajadores de Salud que acampan frente al Ministerio denunciaron que “entre las dos de la mañana aproximadamente, escuchamos muchos ruidos de autos que aceleraban y cuando salimos, vimos que se llevaban toda nuestra cartelería y las gomas que estaban cortando las calles”, dijo a *Primera Edición* uno de los autoconvocados. Además, aseguró que “cuando se bajaron para llevarse las cosas, vimos que tenían armas” (...). Debido a esta situación, hoy temprano fueron a hacer la denuncia correspondiente a la Seccional Primera. “Se sorprendieron por lo que pasó y nos dijo que van a intentar que haya más seguridad en el acampe ahora”, señaló. (*Primera Edición*, 2020. Salud: autoconvocados denunciaron irrupción de civiles armados en su acampe)

Para las personas que estuvieron en el acampe, mayoritariamente mujeres, la violencia que representó el acto relatado generó un clima de malestar interno que duró varios días. Algunas de las mujeres que estuvieron esa fatídica madrugada decidieron no volver a acampar e inclusive se ausentaron por varios días. Lo llamativo del asunto es que, a pesar de haber una cámara de seguridad justo en la esquina de la calle donde se montó el acampe, no se pudo identificar a ninguno de los móviles implicados en el acto intimidatorio. Desde ese momento, los enfermeros realizaban guardias nocturnas

para evitar futuros actos vandálicos y sobre todo hechos de violencia física que pudieran costar la vida de alguno de las/os trabajadoras/es de la salud allí presentes. Después de ese evento, cualquier persona ajena al acampe era vista como posible sospechosa o espía. No obstante, se mantuvo la paz y no hubo actos de represalia ante las/os autoconvocadas/os.

Unos días después del incidente, la justicia ordenó que se liberara la vía pública para normalizar el tránsito vehicular; el personal policial se acercó a notificar dicha orden. Entonces, se solicitó unas horas para esperar a las/os manifestantes y organizar una asamblea; en ella, se decidió acatar la orden, pero manteniendo las carpas sobre las veredas ya que solo pedía que se libere la calzada. Unos días más tarde, por orden de las autoridades municipales, se retiraron los baños químicos que se encontraban en la acera ya que, según aducían desde el municipio, las/os vecinos reclamaban porque no podían manejarse por la vereda. Lo cierto es que, las/os vecinas/os que supuestamente reclamaban eran, en la práctica, los que más se solidarizaron con las/os trabajadoras/es de la salud autoconvocados:

Ahí fueron buenos los posadeños, porque los lugares cercanos le prestaron los baños a las mujeres y a la vuelta había un maxi kiosco que la municipalidad le apuró para que no prestaran más los baños. Y les daban botellas de agua (...) porque hasta eso pasó (...) para las mujeres, que saquen los baños químicos es como que te saquen el derecho al agua. Bueno, esa es mi visión del por qué pasamos a planta. Que no fue una cosa del gobierno, gratis. (Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

El acto más violento y despreciable se dio con la prohibición del consumo del agua potable del Ministerio de Salud. Sucedió que el personal policial y de seguridad del Ministerio (algunos, no todos), al ver lo que hacían con las/os trabajadoras/es de la salud que estaban acampando, se solidarizaron y les permitían que carguen bidones de agua, durante la tarde o la noche, de una canilla que se encontraba en el estacionamiento de Ministerio de Salud. Por esas cuestiones de la vida, alguien vio esa escena y rápidamente comunicó a las autoridades ministeriales quienes, aún más rápido, prohibieron que se utilicen las canillas de la institución. Nuevamente, las/os dueñas/os o trabajadoras/es de los negocios de cercanía se solidarizaron con la situación y prestaron las canillas de sus comercios para cargar los bidones de las/os acampantes; incluso les regalaban algunos packs de agua mineral. Algunas de las panaderías más reconocidas de la ciudad, por la noche, traían los panificados dulces o salados que no fueron vendidos durante el día. Por lo tanto, ni todo el odio mediático vertido por los radios oficialistas ni todas las medidas de presión ejercida por las instituciones públicas pudieron detener la solidaridad de una parte de la comunidad posadeña.

No obstante, tanto discurso mediático cobró sus *víctimas*: un grupo de enfermeros y enfermeras pertenecientes al hospital Madariaga, contratados por el Parque de la Salud de la Provincia de Misiones, decidieron apartarse de los manifestantes que estaban en el acampe y tomar sus propias medidas frente al hospital, tendientes a lograr un aumento salarial y la contratación permanente de enfermeros y enfermeras. Finalmente, a ese grupo no se le concedió el derecho solicitado, e incluso despidieron a dos de los representantes que

más se expusieron. Uno de los enfermeros despedidos “viajó al sur” del país, en busca de otros horizontes. El otro, optó por militar en las filas de un partido de derecha aduciendo que, no sin un cierto dejo de tristeza, después de haber sido despedido no pudo conseguir trabajo en ninguna institución de salud de la ciudad. Esta situación generó una conmoción hacia dentro del grupo que terminó por dividirse en sectores —identificados como “los de terapia”; “los de internación”; “los de la guardia”, etcétera—, exactamente como antes de la pandemia.

Lo paradójico de esta situación es que estaba en vigencia el DNU 891/2020 que prohibía explícitamente el despido de trabajadores durante la pandemia y las autoridades del hospital Madariaga desoyeron dicha normativa, y ejercieron ese acto prohibido con un trabajador del grupo, supuestamente esencial, al que ellos mismos aplaudían semanas atrás y los llamaban héroes.

La situación referida forma parte del precio a pagar cuando se confrontan abiertamente los discursos hegemónicos en el campo de la salud: el despido y el escarnio —precio muy alto, por cierto—. Por eso, en toda manifestación política lo único certero es el comienzo, pero el cómo y el cuándo del final es siempre incierto. Por las razones expuestas, es que se hace sumamente necesario contar las historias políticas colectivas que se encuentran veladas detrás de los discursos heroicos cargados de alusiones al amor, la vocación, el sacrificio y la abnegación. Porque, en definitiva, los discursos cuasi místicos-vocacionales, por las limitaciones de su propia condición de individualidad meritocrática, terminan siendo sumamente funcionales a la idea de una enfermería práctica, servil, abnegada y poco formada. Tal es así que en algunas

provincias se la reduce a la categoría *administrativa*, por decisión política gubernamental.

Continuando con el relato de lo sucedido en el acampe, para combatir el cansancio y el tedio propio de estar tantos días, se organizaban karaokes y bailes entre los presentes. Cada día que pasaba resultaba un poco más dificultoso sostener en alto los estados de ánimo, en tanto las autoridades del Ministerio de Salud Pública mantenían su postura de no recibir a los autoconvocados aduciendo que, entre otras cuestiones, ya habían negociado con un grupo de enfermeros y enfermeras que, supuestamente, representaban a todos los trabajadores autoconvocados. Incluso sacaron una nota en un periódico oficialista en el que “festejaban” un supuesto acuerdo alcanzado con los *trabajadores de la salud autoconvocados*. Este tipo de situaciones desmoralizaba al grupo, pero no lograba quebrarlo completamente, por lo que diariamente se intentaba levantar el ánimo con mensajes esperanzadores de estilo bíblicos. Incluso miembros de distintas congregaciones evangélicas y católicas se acercaban a realizar donativos y orar o rezar, según el credo que predicaban, por el logro de los objetivos de las/os trabajadoras/es.

Por unos días, la desazón, el desconcierto y la desesperación fueron tales que un enfermero decidió iniciar una huelga de hambre, que duró aproximadamente once días. Y luego quiso iniciar una huelga hídrica, pero fue disuadido de hacerlo por los propios familiares.

Algunos diputados y candidatos a diputados oficialistas, se ofrecían mediar, con la condición previa de levantar *el acampe* y cesar con las publicaciones contrarias al discurso oficial del Ministerio de Salud provincial, pero no ofrecían

garantías de lograr que se cumplan los pedidos solicitados por las/os trabajadoras/es.

Cuando los ánimos parecían estar por el suelo y las autoridades vaticinaban una derrota histórica, seguida de una persecución laboral sin precedentes, se organizaron varias marchas multitudinarias en forma de caravana, los días miércoles por la mañana y con la colaboración de organizaciones sociales. Partían desde el epicentro del acampe hasta la plazoleta central ubicada frente a la casa de gobierno. Se usaban parlantes, megáfonos y todo lo que sirviera para hacer algún tipo de ruido, pero que no causara daños. En la plaza, cada una/o de las/os integrantes se convertía en orador, expresando todo su sentir. Algunas veces, colmados de llanto y pesar. Estas marchas se sucedieron dos o tres veces, hasta que finalmente un diputado oficialista convocó a los trabajadores de la salud y les propuso un acuerdo, con el cual él mismo se comprometió a dar cumplimiento.

Fueron varias las reuniones que se mantuvieron con el diputado. Al finalizar cada una de ellas, se explicaba en asamblea lo ocurrido: discursos, propuestas, contrapropuestas, discusiones y desacuerdos. Hasta que finalmente, después de 35 largos días, se logró un acuerdo: levantar el acampe, pasar a planta permanente a las/os trabajadoras/es contratados anualmente, contratar a las agentes que trabajaban por una beca mensual e incorporarlas a la Ley de Carrera Sanitaria, cesar con las persecuciones laborales (esto, nunca se cumplió), mejorar la infraestructura de los centro de salud, dotar de EPP de calidad a los centros de salud, contratar bajo el régimen del Ministerio de Salud Pública a las/os enfermeras/os que trabajan bajo el contrato de la Fundación Parque de la

salud Dr. Ramón Madariaga y se propuso organizar reuniones periódicas para evaluar el avance de las propuestas.

A través de las redes sociales se comunicó a las/os trabajadoras/es de la salud que se había alcanzado un acuerdo con el Gobierno provincial. Lo cierto es que entre quienes participaban del acampe, el discurso generaba ciertas dudas, pero no era menos cierto, que para el mes de octubre, la pandemia aceleraba los contagios en todo el país; que las infecciones seguidas de complicaciones comenzaba a cobrar sus primeras vidas; que aún no había vacunas; que a los trabajadores de la salud era mejor tenerlos en un centro de salud cumpliendo una función esencial y no en la calle protestando; que ninguno de los integrantes del acampe contrajo el virus en ese periodo, lo que habla de la efectividad del cuidado y autocuidado entre las/os trabajadoras/es. A diferencia de las/os trabajadoras/es del Parque de la Salud, las/os trabajadoras/es del Ministerio de Salud tenían la experiencia suficiente para organizarse y realizar medidas de acción directa de largo plazo; en este sentido, la participación en el acampe fue significando para todas/os un proceso de aprendizaje y socialización importante. En ese entonces, la imagen de la salud provincial no era de las más adecuadas, teniendo en cuenta la repercusión social que se logró con la manifestación. Por lo tanto, había motivos para suponer que el Gobierno sería consecuente con los acuerdos prometidos al colectivo de trabajadoras/es.

Ese mismo año, un candidato a diputado por el oficialismo, presentó una propuesta para reformar la Ley de Agentes Sanitarios, de modo tal de incorporar a los *promotores de la salud* a esa Ley. Y ese el primer y más grande logro del acampe:

La Ley de Carrera Sanitaria, que eso existe en Salud Pública, pero los promotores no están dentro de esa ley porque trabajan cuatro horas, pero es un negro... por eso pedían la ley para ellos. Y para entrar en la ley, tenés que tener treinta horas semanales, o sea seis horas por día, que es el mínimo. Eso es lo que me toca a mí, que es mínimo. Ellos tenían cuatro horas por día, pero le pagaban muy poco, no tenían jubilación, ni obra social, ni recibo de sueldo, no tenían la oportunidad de ascenso social nunca. (Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

Las promotoras de salud que trabajaban cuatro horas, desde hacía 15 años o más con una beca de trabajo, por la que no tenían ningún derecho laboral, trabajando a destajo de lunes a lunes, obligadas a asistir a las diversas campañas políticas-sanitarias con la promesa de ser contratadas, o amenazadas de ser despedidas, decidieron formar parte del acampe y escribir su propia historia, que terminó por reconocerlas formalmente como trabajadoras de salud.

Los enfermeros y enfermeras que trabajaban bajo el régimen contractual del Parque de la Salud de la Provincia de Misiones, a partir del acampe, podían optar por pasarse al régimen laboral del Ministerio de Salud de la Provincia. Y así lo hicieron muchos:

Era fundamental, lo que a nosotras ahora nos tranquiliza, el tema de los contratos, porque no se trabajaba bien. Imaginate esa diferencia de sueldo entre enfermeras del Parque de la Salud del Ministerio de Salud y de enfermeros comunitarios que ganaban \$6000. Y eso generaba malestar en el grupo de trabajo.(Enfermería, Hospital, Zona Sanitaria Centro Uruguay, 29-01-2021)

Es así que a lo largo de los 35 días que duró el acampe, las acciones, disputas, dichos y omisiones al respecto de la lucha por hacer valer el derecho a tener condiciones dignas de trabajo hicieron mella en el colectivo de trabajadoras/es y la materialidad de su existencia *hecha cuerpo*, marcando de esta manera sus trayectorias. Los sujetos involucrados fueron presencias objetivadas de las disputas de sentido y de la contienda simbólica que implicó, en su manifestación empírica, tomar el espacio público de manera organizada y de adquirir un *habitus* en la lucha colectiva:

A partir de que se hizo el acampe y que se consiguieron los contratos de ella y mío, que pasé del Parque de la Salud al Ministerio de Salud, y que ahora ganamos todas más o menos lo mismo, esa estabilidad laboral le dio tranquilidad al equipo y le permitió trabajar en unión. Porque, por ejemplo, se enfermaba ella y vos no tenías ganas de ir a cubrirla por el mísero sueldo que te pagaban. Pero te ibas igual porque estabas comprometida con tu trabajo. Entonces, el hecho de contratarnos por el Ministerio de Salud, fue bueno. (Enfermería, Hospital, Zona Sanitaria Centro Uruguay, 29-01-2021)

Cabe señalar que en la mayoría de los casos —y a partir del acontecimiento relatado—, enfermeras y enfermeros pudieron constituirse como trabajadores formales de planta permanente al servicio del Estado, lo cual significa estabilidad laboral y derecho a recibir prestaciones sociales como garantía de resguardo a las funciones ejercidas en el seno de la salud pública en la provincia de Misiones. Una gesta que sin lugar a dudas no será fácil olvidar:

Para mí fue la mejor experiencia... una de las mejores... Y para mí también fue lo más pesado, porque ahí escuchaba la situación social de la pandemia. Compañeras de Iguazú... mirá... nunca me voy a olvidar. Ellas contaban que limpiaban el centro de salud y que iban a buscar agua en un pocito y que la luz la prestaba un vecino... o sea una situación de mierda... yo pensé que en Posadas era jodido... pero en el interior es más jodido (...). Y una mujer de Iguazú, cómo puede defenderse... nunca, nunca tienen oportunidad... oportunidad de reclamar por nada. Y ellas se vinieron de tan lejos... ¿y yo que estoy acá no voy a hacer nada?... para mí eso fue... después de lo que le conté... eso de mucha gente pidiendo por necesidad... lo más importante fue esto del acampe. Para mí fue lo mejor.(Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

Recordar lo emocionante y emotivo que resultó para muchas/os enfermeras/os notar que, a partir del mes de octubre del año 2020, en sus recibos de sueldo y frente al tipo de contrato, figuraba la leyenda “permanente”, fue el hecho más impensado, pero seguramente el más anhelado. Habida cuenta que ya nadie recordaba cuándo fue la última vez que la Provincia realizó un pase a *planta permanente* tan masivo como en esta ocasión:

Y después de eso, cuando nos pidieron que levantemos, aparecieron los contratos y los pases a planta permanente de todos los que estuvimos ahí, en definitiva y del interior también. Pero yo personalmente pienso... que la maquinaria del gobierno habrá quedado como los buenos. Pero no es así... fueron 35 días. (Licenciado en Enfermería, CAPS, Zona Sanitaria Capital, 22-05-2021)

El *acampe* finalizó el 14 de octubre, por la mañana. Cada trabajador retiraba sus pertenencias del lugar: carpas, ollas, utensilios, sillones, mesas, bancos, ropa de cama, carteles, pancartas y todo lo que se fue acumulando durante 35 días. En pocas horas la vereda estaba completamente libre y apta para el tránsito peatonal. Las puertas del Ministerio de Salud volvieron a abrirse y la guardia de infantería de la policía se retiró del predio, quedando solo la custodia privada. Los abrazos entre compañeros y compañeras se hacían eternos y las promesas de seguir en la lucha se multiplicaban decenas de veces. Todos querían saber los detalles exactos del momento en que se cumplirían las promesas del gobierno provincial. Algunos más o menos ansiosos, se preguntaban cuándo sería “el pase a planta”, como sería la *nueva* Ley de Agentes Sanitarios que a la sazón ya existía y solamente había que incorporar algunas cuestiones técnicas. Los más pesimistas pensaban como volverían al trabajo al día siguiente sin ningún resultado real hasta el momento; algunos solicitaban una copia del acuerdo en el cual se garantizaba que no habría persecución laboral posterior; otros pensaban cómo sería pasarse del *Parque* al *Ministerio* y hacían cuentas del porcentaje de sueldo que cobrarían a partir del nuevo contrato. Pero en lo que todas/os coincidían era en conocer quiénes pasarían al contrato del Ministerio de Salud y quiénes serían nombrados personal permanente del Ministerio. Con el pasar de las semanas, las respuestas fueron llegando y con ellas las alegrías se renovaron y todo lo que sucedió en el acampe fue reivindicado y se habló de escribir un libro.

Con los meses, las divisiones internas hicieron mella en el grupo de autoconvocadas/os y las lealtades se volvieron rivalidades, se tejieron acusaciones cruzadas y se rememoraron

viejas discusiones internas vividas durante el proceso de lucha, que rondaban en torno al liderazgo grupal. Así, hubo quienes decidieron erigirse a sí mismos como únicos y legítimos organizadores del acampe, olvidando que en todas las movilizaciones y discursos siempre se hablaba en términos colectivos y no en términos individuales. Otro grupo organizó las bases de un sindicato que gira en torno a la imagen de un solo integrante, desconociendo total o parcialmente a los demás trabajadores. Sin embargo, los logros no hubieran sido posibles sin la necesaria participación colectiva de las/os trabajadoras/es de la salud. Hubiera sido imposible que un solo agente o un grupo reducido de ellos, logre convencer a un gobierno de reconocer el derecho de todas/os las/os trabajadoras/es. La gesta fue colectiva y fue necesario que muchos pusieran en riesgo la estabilidad laboral y familiar que habían construido con más o menos esfuerzo para garantizar la presencia colectiva en el acampe. Y esa virtud mediada por la lealtad a una causa, fue la que sostuvo la lucha durante tantos días con semejante muestra de estoicismo grupal. El trabajo colectivo tuvo su resultado. Y sin duda quedará en la retina de cientos de trabajadoras/es de la salud de Misiones, lo que fue una de las resistencias de trabajadores de la salud más prolongada y consistente en la historia de la Salud Pública de la Provincia de Misiones.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este trabajo se ha querido resaltar la relevancia de recuperar las trayectorias personales que permiten analizar —desde la constitución de la subjetividad de la persona individual— las diferentes dimensiones de la vida social. En este caso

en particular, se intentó retratar la configuración política del colectivo de enfermería desde mi experiencia como trabajador en la salud pública, tomando como punto de partida el legado político familiar que fui volcando en la militancia estudiantil, en la participación y organización de un movimiento político universitario y en el intento de creación de un sindicato de enfermería. Estas experiencias previas me permitieron comprender los reclamos grupales de carácter estructural objetivados en las palabras y los cuerpos individuales que adquirieron dimensión social a medida que se agudizaba la pandemia.

En este sentido la gesta política del *acampe* constituyó un acontecimiento que, atravesado por la emergencia sanitaria, suscitó encuentros y desencuentros hacia adentro del colectivo de trabajadoras/es de la salud en general y de enfermería en particular. No obstante, las presiones del *establishment* político provincial, dicho colectivo del acampe logró sobreponerse a las diferencias internas y externas culminando 35 días de presencia continua frente al edificio ministerial con el cumplimiento de demandas históricas: pase a *planta permanente*, contratación de trabajadoras *becadas*, modificación de la Ley de Agente Sanitario y traspaso de trabajadores del Parque de la Salud al Ministerio de Salud provincial, como principales conquistas.

Es así que, pensar y escribir de manera situada, en y a través de una perspectiva política y laboral, es el camino para que las/os trabajadoras/es de la salud no sean utilizadas/os como sujetos exóticos limitados a la figura de *informantes* o *entrevistadas/os*. Considerarlas/os agentes partícipes, es el primer paso para garantizar las condiciones que les permitan hablar de sí mismas/os y ser visibilizadas/os como protagonistas de su propio accionar. Mi apuesta en el proceso de escritura de este capítulo, fue partir de la propia experiencia y participación

en las dinámicas organizativas colectivas para dar cuenta de la realidad sociolaboral de las/os trabajadoras/es de la salud, quienes diariamente traman diversas estrategias políticas que les permiten mantenerse en sus funciones. En suma, se intentó describir y comprender los procesos reivindicativos abiertos que, si bien no han podido consolidarse en una organización propia, buscan canalizar las demandas en el campo de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

Blanco, M. (2012).

Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimiento. *Andamios*. 9(19), 49-74. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632012000200004

Butler, J. (2017).

Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea. Editorial Paidós.

Campusano, M. (2019).

La experiencia de formación militante. El entrenamiento y aprendizaje político al inicio de la militancia juvenil en organizaciones político partidarios de Resistencia, Chaco (Argentina). *Espacio abierto: cuaderno venezolano de sociología*. 28(2), 111-136. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6998553>

El territorio. (2012).

Estudiante de enfermería se encadenó frente a la facultad. <https://www.eltterritorio.com.ar/noticias/2012/12/04/327599-estudiante-de-enfermeria-se-encadeno-frente-a-la-facultad>

Primera Edición. (2012).

Reclaman arreglos urgentes para el albergue del Campus. <https://www.primeraedicion.com.ar/nota/84053/reclaman-arreglos-urgentes-para-el-albergue-del-campus/>

- Primera Edición. (2016).
Enfermeros despedidos se encadenaron frente al hospital Madariaga.
<https://www.primeraedicion.com.ar/nota/211581/enfermeros-despedidos-se-encadenaron-en-el-hospital-madariaga/>
- Primera Edición. (2020).
Salud: autoconvocados denunciaron irrupción de civiles armados en su acampe. <https://www.primeraedicion.com.ar/nota/100346396/salud-autoconvocados-denunciaron-irrupcion-de-civiles-armados-en-su-acampe/>
- La Izquierda Diario. (2020).
Misiones. Abrazian: mercenario del periodismo que ataca a las enfermeras que lo atienden. <https://www.laizquierdadiario.com/Abrazian-mercenario-del-periodismo-que-ataca-a-las-enfermeras-que-lo-atienden>
- Ley XVII-70 Poder Legislativo Provincial (P.L.P.). Declaración de la salud de la población como un bien social de interés público. Creación del Parque de la Salud de la Provincia de Misiones. <http://digestomisiones.gob.ar/buscador?rama=22&numero=70&ley-anterior=&q=>
- Ley I-80 Poder Legislativo Provincial (P.L.P.). *Instituye la Carrera Sanitaria Provincial.* <http://digestomisiones.gob.ar/buscador?rama=6&numero=80&ley-anterior=&q=>
- Misiones Online. (2014).
Les a humanidad: piden la captura del periodista Carlos Carvallo de FM Show, radio vinculada al grupo Clarín. <https://misionesonline.net/2014/11/21/lesa-humanidad-piden-la-captura-de-carlos-carvallo-periodista-de-fm-show-emisora-vinculada-al-grupo-clarin/>
- Revista Superficie. (2012).
Conocido periodista misionero también fue espía en la dictadura.
<https://www.alai.info/160249-2/>

SOBRE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES

Jorge Almada. Lic. en Antropología Social. FHyCS-UNaM. Maestrando en Salud Pública y Enfermedades Transmisibles. FCEQyN-UNaM. Docente e Investigador de la Universidad Nacional de Misiones (UNaM) en las unidades académicas de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (FHyCS-UNaM) y de Ciencias Exactas Químicas y Naturales (FCEQyN). Actualmente dedicado a estudios sobre salud humana, pedagogía y teoría social. Integra el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Miguel Avalos. Lic. y Prof. en Antropología Social (UNaM). Especialista superior en docencia (UNSE). Becario doctoral del CONICET. Docente-Investigador de la Universidad Nacional de Misiones (UNaM), en las unidades académicas de Humanidades y Ciencias Sociales (FHyCS), y de Ciencias Exactas Químicas y Naturales (FCEQyN). Dedicado actualmente al estudio de la salud humana en contextos de pobreza urbana, y de las relaciones entre formación universitaria e

investigación. Integra el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Luciana Ayala. Tesista de la Lic. en Antropología Social (FHyCS-UNaM). Sus líneas de indagación se centran en las experiencias de atención sanitaria en comunidades mbya guaraní (Misiones). Integra el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Carlos Bottex. Tesista Lic. en Antropología Social (UNaM). Investigación sobre la Modalidad Educativa Domiciliaria-Hospitalaria, análisis de la interrelación entre Salud y Educación. Integra el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Mauro Figueredo. Mgter. en Semiótica Discursiva (FHyCS-UNaM). Prof. y Lic. en Letras (FHyCS-UNaM). Becario doctoral del CONICET. Docente investigador en la UNaM en el marco del proyecto “Metamorfosis del contar” bajo la dirección del Dr. Marcelino García. Docente en la UCAMI. Miembro del proyecto de Educación disruptiva perteneciente al Consejo General de Educación de Misiones. Dedicado actualmente al estudio de las series audiovisuales de la provincia de Misiones.

Ricardo Ferreyra. Lic. en Enfermería (FCEQyN-UNaM), Maestrando en el Programa de Postgrado en Antropología Social de la Universidad Nacimiento de Misiones (PPAS-

UNaM). Enfermero de un Centro de Atención Primaria de la Salud de Posadas. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

Lucía Genzone. Lic. en Antropología Social por la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones (FHyCS-UNaM). Becaria Doctoral del CONICET. Docente del Departamento de Antropología Social (FHyCS-UNaM). Miembro del Comité editorial de la revista La Rivada (Secretaría de Investigación de la FHyCS-UNaM). Actualmente se dedica a estudiar temas vinculados a la atención y el cuidado de enfermedades crónicas no transmisibles. Integra el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Jorge Antonio Godoy. Magter. en Antropología Social (PPAS-UNaM). Lic. en Enfermería (FCEQyN-UNaM). Agente de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

Mariana Lorenzetti. Dra. en Antropología por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Buenos Aires (FFyL-UBA). Lic. y Prof. en Ciencias Antropológicas (FFyL-UBA). Investigadora Asistente (CIC-CONICET). Sus trabajos de investigación se centran en las prácticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en contextos interétnicos (Misiones, Argentina). Es docente de la carrera de Antropología Social (FHyCS-UNaM). Integra la Comisión Coordinadora de la Red de Antropología y Salud de Argentina (RedASA). Forma parte del Comité Académico y

del cuerpo docente del PPAS-UNaM. Coordinadora del Nodo Misiones del proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Sybil Mac Lean. Lic. en Psicología (UNC), Esp. en Salud Comunitaria y Social (UNNE). Profesora Adjunta de Psicología Social en el Depto. de Trabajo Social de la FHyCS-UNaM. Integrante del Equipo Técnico de la Subsecretaría de Relaciones con la Comunidad y Violencias, Ministerio de Gobierno de la Provincia de Misiones. Integra el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

María Laura Mondelo. Tesista Lic. en Antropología Social (UNaM). Sus líneas de investigación abordan las vinculaciones entre cuidado, género, trabajo y salud. Participa actualmente como investigadora auxiliar en el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Ana Nuñez. Lic. en Antropología Social (FHyCs-UNaM). Maestranda en PPAS-UNaM. Docente, extensionista e investigadora de la Universidad Católica de las Misiones (UCAMI) y la Universidad Nacional de Misiones.

Mercedes Pallazo Fabre. Médica especialista en Medicina Familiar y General (UBA) Maestranda del Programa en Antropología Social (PPAS-UNAM). Actualmente trabaja en una

zona rural del Alto Uruguay en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. Integra el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Nicolás Pintos. Prof. en Ciencias Económicas (FHyCS-UNaM). Docente de la asignatura Métodos y técnicas de la investigación social perteneciente al Departamento de Antropología Social (DAS-FHyCS-UNaM). Su trabajo de investigación se enfoca en el estudio de la desigualdad social, salud y soberanía alimentaria. Integra el proyecto PICTO Género “Los efectos de la Pandemia de COVID-19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”.

Roxana Rejala. Lic. en enfermería (FCEQyN-UNaM). Docente de la Escuela de Enfermería de la UNaM y Maestranda en Antropología Social del Programa de Postgrado en Antropología Social (PPAS-UNaM).

Lidia Schiavoni. Lic. en Antropología Social (FHyCS-UNaM) y Mgter. en Metodología de la Investigación Científica (UNER). Ex Profesora Titular Regular del Depto. de Antropología Social y de Comunicación Social (FHyCS-UNaM); ex integrante del cuerpo docente del Programa de Postgrado de Antropología Social (PPAS-UNaM) y de las Maestrías de Políticas Sociales y de Abordaje Familiar en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la UNaM. Investigadora Categoría I del PROINCE. Actualmente desarrolla investigaciones en temas de salud, género y familia.

