

# TODO SE TRANSFORMÓ COMPLETAMENTE: EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN A LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA.

EVERYTHING HAS CHANGED: DEALING  
WITH COVID-19 PANDEMICS INTO PUBLIC  
HEALTHCARE INSTITUTIONS.

*TUDO TRANSFORMOU-SE  
COMPLETAMENTE: EXPERIÊNCIAS DE  
CUIDADOS DURANTE A PANDEMIA  
COVID-19 NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA.*

## Resumen

Se parte de la experiencia de los/as trabajadores/as de la salud pública desde la declaración de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, con el objetivo de analizar las transformaciones que ocurrieron en su trabajo cotidiano e identificar los desafíos y principales problemáticas a abordar desde las políticas públicas. **Métodos:** se trata de una investigación cualitativa que alcanza a 41 trabajadores/as de la salud pública, entrevistados mediante la aplicación de audio telefónico *WhatsApp*. **Resultados y conclusiones:** los/as trabajadores coinciden al señalar una completa transformación en las formas de atención y en su trabajo en particular. Las principales tensiones que emergen son: a) en relación a los espacios de trabajo que en este contexto adquieren nuevos sentidos y significados; b) los tiempos de trabajo-descanso y; c) los nuevos roles y actividades que debieron aprender y adaptar/se. Tales dimensiones constituyen un desafío

Anahí Sy<sup>1</sup>,  
Brenda Moglia<sup>2</sup>,  
Paula Daniela Derossi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Salud Colectiva.  
Universidad Nacional de  
Lanús. CONICET. ORCID:  
<https://orcid.org/0000-0002-1281-5333?lang=es>

<sup>2</sup>Instituto de Salud Colectiva.  
Universidad Nacional de  
Lanús. CONICET.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3640-5232>

<sup>3</sup>Instituto de Salud Colectiva.  
Universidad Nacional de  
Lanús. CONICET.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6770-8220>

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.33077>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 13  
de julio 2021.  
Aprobado: 23 de  
noviembre 2021.

para el acompañamiento a los equipos de salud en la transición hacia nuevos escenarios de la Salud Pública en la Argentina.

**Palabras clave:** COVID-19; pandemia; investigación cualitativa; equipos de salud; políticas de salud.

## Abstract

This article is based on the accounts of public healthcare workers' experiences since the declaration of a public health emergency due to the COVID-19 pandemic. The objective is to analyze the transformations that occurred in their daily work during the pandemic and identify the main challenges and problems to be addressed through public policies. **Methods:** a qualitative research study was carried out to 41 public health workers, interviewed by *WhatsApp* audio telephone. **Results and conclusions:** the informants highlight a total transformation in the forms of care and in their work in particular. The primary tensions that emerge: a) the spaces where work takes place that in this context acquire new sense and meaning; b) the times for work and leisure; and c) the new roles and activities the workers have had to learn and to which they have had to adapt. We highlight these dimensions as crucial to supporting healthcare teams in the transition toward a new reality of public health in Argentina.

**Keywords:** COVID-19; pandemic; qualitative research; healthcare workers; health policy.

## Resumo

Baseia-se na experiência de agentes da saúde pública desde a declaração da emergência sanitária devido à pandemia COVID-19, com o objetivo de analisar as transformações ocorridas em seu cotidiano de trabalho e identificar os desafios e principais problemas a serem defrontados desde as políticas públicas. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa que abrange 41 agentes da saúde pública, entrevistados por meio do aplicativo de áudio telefônico *WhatsApp*. **Resultados e conclusões:** os agentes coincidem em salientar uma transformação completa nas maneiras de cuidar e em seu trabalho em particular. As principais tensões que emergem são: a) em relação aos espaços de trabalho que neste contexto adquirem novos sentidos e significados; b) períodos de trabalho-pausa e; c) os novos papéis e atividades que eles tiveram de aprender e se adaptar. Tais dimensões constituem um desafio para o acompanhamento das equipes de saúde na transição para novos cenários de Saúde Pública na Argentina.

**Palavras-chave:** COVID-19; pandemia; pesquisa qualitativa; equipes de saúde; políticas de saúde.

## Introducción

Desde fines de 2019 y más precisamente a partir de marzo del 2020, con la identificación del SARS CoV-2 y la declaración de la pandemia, se generaron numerosos cambios en la vida cotidiana de todos los grupos sociales. Se vieron transformadas rutinas, dinámicas sociales y el sentido con el que los sujetos interpretaban el mundo. Particularmente en el ámbito de la salud, esto generó la necesidad de adecuar los servicios públicos de salud a las necesidades de esta nueva realidad, con el propósito de garantizar la atención a toda la población.

En Argentina, la emergencia en salud preexistía a la declaración de la emergencia sanitaria: el pluriempleo, las extensas jornadas de trabajo en condiciones precarias han caracterizado al sector salud hace décadas (1). Hacia fines de 2019, los hospitales y las institucio-

nes de salud pública en general mostraban un enorme deterioro; a la escasez de materiales básicos para la atención, se sumaba la reducción de recursos humanos y la decisión de nombrar el Ministerio de Salud como Secretaría (2-4). Si bien en diciembre de ese mismo año, con el cambio de gobierno, se busca revertir esta situación mediante la restitución del Ministerio de Salud como organismo de competencia responsable por la salud de la población (ver Decreto 7/2019), la precariedad en las condiciones de trabajo persisten (5). En marzo de 2020, a partir de la dispersión del brote epidémico del COVID-19 originado en Wuhan, se declara la emergencia sanitaria en Argentina (ver Decreto DNU 260/2020) (6) y la medida de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ver Decreto 297/2020) (7) con el fin de mitigar una potencial crisis sanitaria y social. En ese marco, se tomaron medidas para prevenir el avance del virus, las personas debían permanecer en sus lugares de residencia, a excepción de los/as trabajadores/as que fueron nombrados como “esenciales”, entre ellos: el personal de salud cuya circulación debía limitarse al cumplimiento de sus actividades laborales (7), se suspendió las licencias al personal de salud (6). El teletrabajo se extendió a todos los ámbitos, incluso comenzó a ser utilizado por el personal de salud. Este artículo se orienta a indagar sobre las transformaciones en la organización del trabajo de los/as trabajadores/as de la salud, las interpretaciones y valores asociados a ello. En este sentido, partimos de la hipótesis que la reorganización del espacio y de las tareas desarrolladas por los/as trabajadores/as, generan un proceso de ruptura y de re-configuración de los sentidos y significados asociados a sus prácticas, poniendo en cuestión aquello que había sido naturalizado en su trabajo cotidiano.

En nuestro país, diversos autores (8-12) han destacado las dimensiones de espacio-tiempo como cruciales en la organización simbólica y material en los ámbitos de salud pública, así como respecto al establecimiento de vínculos y jerarquías. El contexto de la pandemia, desde nuestra perspectiva, permite indagar en lo que Ferrero (9) llama “trabajo rutinizado” y las dimensiones de espacio: material, representada y vivida (12). Tanto el trabajo cotidiano como el espacio, en el sentido amplio que le dan García et al.(12), se ven reconfigurados durante la pandemia. Particularmente, las prácticas de cuidado, entendidas no sólo como acciones técnicas sino también como aquellas donde se involucran compromiso y responsabilidad hacia otros (13,14), adquieren relevancia y se amplían en el marco de una pandemia.

Es en ese sentido que retomamos el concepto de acontecimiento disruptivo<sup>(15)</sup> de Reguillo, para describir la actual pandemia como un evento que provoca un proceso de desestructuración de lo cotidiano, a la vez que se trata de una construcción social, donde participan actores que ocupan espacios sociales diferentes con grados de legitimidad diversos. Esto resulta de especial interés en la medida que la pandemia, a la vez que afecta a la salud, afecta a la vida social y cotidianidad de las personas, transformándose en un hecho social y, como tal, definido y construido socialmente, en sus dimensiones, características y gravedad. Reguillo formula su concepto de acontecimiento en el sentido que le da Alain Baidou (16) y, de manera similar a Veena Das (17), se refiere a un evento crítico como aquel que instaura nuevos modos de acción y redefinición de categorías a partir de una ausencia de sentidos adecuados para comprender la nueva situación y de la necesidad de crear nuevos modelos interpretativos.

Según Reguillo (15), un acontecimiento disruptivo implica cambios a partir de dos momentos: uno de caos, de crisis, de un profundo movimiento y otro de reorganización, de institucionalización, de nuevos sentidos que habían entrado en crisis. Esta dinámica social lleva al cuestionamiento de un orden que, al mismo tiempo, engendra otro. Es a partir de este movimiento que se produce un marco espacio-temporal propio, que se define según reglas de juego que están en un continuo rehacerse. Este espacio intermedio consiste en un proceso de tensión que fluctúa entre las estructuras debilitadas y la generación de un nuevo orden. El punto de interés no es el antes o el después, sino el durante, produciéndose tensiones en las condiciones del pasado y lo experimentado a partir del acontecimiento

disruptivo. Situándonos en este espacio intermedio nos preguntamos de qué modo el espacio social y material se han visto involucrados y movilizados a partir de la declaración de la pandemia. En este sentido, nos centramos en las experiencias de atención de quienes se encuentran trabajando en el subsector público de salud, tomamos como objeto de análisis sus relatos, que van desde un momento inicial cuando aún no existía circulación comunitaria del virus, hasta que comienzan a aparecer los primeros casos y muertes en nuestro país, llegando hasta el mes de julio del 2020.

Al revisar los antecedentes de investigaciones sobre la pandemia en Argentina hallamos que el Observatorio de Investigaciones COVID-19 (Ministerio de Salud de la Nación) cuenta con un registro de 459 investigaciones en curso (al 8-08-20), en su mayoría sobre la introducción de nuevas tecnologías y tratamientos del coronavirus. Solo 18 se centran en aspectos que no remiten al carácter patógeno del virus o a sus efectos fisiológicos. La mayoría, doce, se localizan en la Ciudad de Buenos Aires y producen información local; de las seis restantes, cinco se localizan fuera de la Capital Federal, produciendo información sobre otras provincias de la Argentina y una de ellas se trata de un estudio internacional, con otros países latinoamericanos. Diez de estos trabajos refieren a los/as trabajadores/as, principalmente abordan su salud mental y, en menor medida remiten a las intervenciones o acciones durante la pandemia o sobre la aceptación de elementos de protección personal. Como antecedente legal, en Argentina, recientemente se sanciona la ley 27548 (18), conocida como “ley Silvio” para la protección al personal de salud ante la pandemia de coronavirus. De acuerdo con la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA), el Ministerio de Salud informa que la cantidad de trabajadores/as sanitarios infectados en Agosto del 2020 superaba los 15.000 (19), alcanzando los 80.000 infectados en marzo de 2021 con 500 fallecidos (20).

Esta información muestra que, en un breve lapso de tiempo, la pandemia ha generado enormes transformaciones en la cotidianidad de los/as trabajadores/as de la salud, no solo en términos epidemiológicos, sino también en los procesos sociales que conlleva ese número de contagios y fallecidos al interior de las instituciones sanitarias.

## Métodos

Nuestra aproximación a las instituciones de salud y a sus trabajadores/as es una línea de investigación que venimos desarrollando hace más de una década en el Instituto de Salud Colectiva (Universidad Nacional de Lanús). En particular, en el año 2018 comenzamos un trabajo etnográfico, en el servicio de emergencia de un hospital público. Desarrollamos observaciones durante un año (2019) y en febrero de 2020 comenzamos la etapa de realización de entrevistas.

Con la declaración de la pandemia, ante la imposibilidad de dar continuidad a ese trabajo de campo, nos planteamos la necesidad de recuperar las experiencias de los/as trabajadores/as de hospitales -que luego se extendió a centros de salud, como veremos más adelante-. La situación impedía el contacto personal y requería de una estrategia que rápidamente permitiera captar el escenario, conocer cómo se desarrollaba la escena a lo largo del tiempo, esto es, recuperar el proceso. Al analizar alternativas metodológicas encontramos que la entrevista telefónica o cualquier otra modalidad -vía Zoom o Meet- se presentaba como algo complejo, por las múltiples demandas a las que se vieron expuestas las personas que trabajan en el ámbito de la salud. Por otra parte, consideramos que la estrategia no podía ser el traslado de la entrevista presencial a una modalidad virtual, sino que debíamos repensar la estrategia para la obtención de datos, en sintonía con aquello que se propone desde el campo de la net-etnografía o ciberetnografía (21,22). En ese sentido, WhatsApp ofrece diversas posibilidades de compartir texto y mensajes de voz, así como también incluir imágenes o videos que remiten al lugar donde se encuentra el narrador o aquello acerca de lo cual se está hablando (23,24).

Se estableció contacto vía WhatsApp con los/as trabajadores/as para que relaten sus experiencias. A través de las redes institucionales se envió un mensaje que invitaba a participar de la investigación, dando cuenta de los objetivos y recaudos éticos a seguir. Cuando nos respondieron manifestando su interés en participar, ampliamos la información mediante audio de WhatsApp o un llamado personal. Estos primeros contactos, a su vez, nos fueron referenciando otros posibles interesados/as en participar, lo que dió lugar a la conformación de la muestra final.

Las primeras invitaciones fueron enviadas el 30 de abril y el primero de mayo tuvimos un amplio número de respuestas. De inmediato advertimos que las personas contactadas tenían la expectativa de recibir una encuesta. El carácter abierto, impreciso y algo ambiguo de la propuesta (se solicitaba una descripción de la experiencia vivida en el contexto de la pandemia) generó cierta incertidumbre. De inmediato decidimos formular tres preguntas abiertas: “¿cuál era tu trabajo cotidiano antes de la declaración de la pandemia?, ¿de qué modo se vio transformado a partir de la pandemia? y ¿cuáles son los sentimientos que aparecen asociados a esta situación?” A esas preguntas luego se fueron sumando otras que surgían del análisis preliminar de los audios, si bien en este trabajo analizamos solamente los datos provenientes de las primeras.

Los audios recibidos iban desde unos pocos minutos hasta los 20 minutos e incluso recibimos de la misma persona, un mismo día, hasta 4 audios de 15-20 minutos cada uno (en algunos casos recibimos también textos o nos enviaban intercambios sostenidos entre colegas o con sus superiores). Estos mensajes eran escuchados y respondidos de inmediato, invitando a continuar con el relato. El carácter abierto de las preguntas enviadas daba lugar a que cada trabajador/a relate su experiencia singular sobre lo que en ese momento le preocupa. Si bien el contacto vía WhatsApp no reemplaza al personal, los relatos recibidos permitieron sumergirnos en el campo, sin estar físicamente ahí y, al mismo tiempo, hacer un seguimiento de la situación de pandemia.

El procesamiento y análisis de los datos fue organizado de la siguiente manera: llega el audio, se escucha y responde (siempre fue la misma persona quien escuchó y respondió cada uno de los audios/textos), esos audios/textos eran subidos a una carpeta compartida con el equipo (en google drive), un equipo de tres investigadoras realizó la transcripción de la totalidad los audios<sup>1</sup>. Se realizó un análisis de contenido de las narrativas en tres momentos (25). Primero, una lectura comprensiva y exhaustiva del texto transcrito orientada a tener una mirada del conjunto de los relatos obtenidos y a la elaboración de categorías y conceptos teóricos, así como la explicitación de presupuestos preliminares que orientan el análisis. Luego, se elaboraron ciertas descripciones e inferencias, se construyeron las categorías emergentes definitivas en articulación con los datos y las categorías teóricas. Por último, se elaboró una síntesis interpretativa de los resultados destacando los principales núcleos de sentido identificados.

Este estudio se encuentra vinculado a una red de equipos internacional que está llevando a cabo investigaciones sobre las experiencias de los/as trabajadores/as de salud durante la pandemia de COVID-19, coordinada por el Rapid Research Evaluation and Appraisal Lab (RREAL), perteneciente a la University College London en Reino Unido (<https://www.rapidresearchandevaluation.com/>).

Se procedió de acuerdo con los recaudos éticos establecidos desde el Ministerio de Salud de la Argentina en su Guía para Investigaciones con Seres Humanos y su resolución en el contexto de la actual situación de emergencia sanitaria (Res. MSAL 1480/201) (26). Asimismo, el proyecto general en el que se enmarca este estudio “Transitar de la pandemia a la pos-pandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as” (Convocatoria PISAC-COVID 19, Agencia I+D+i) ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional

<sup>1</sup> Cabe aclarar que hubo algunas conversaciones personales que los/as trabajadores/as nos hacían llegar como forma de convertirnos en testigos de la situación, decidimos no realizar transcripciones de esos audios puesto que involucraban a terceros, si bien sirvieron para situarnos en el contexto.

de Epidemiología “Juan H. Jara” Registro N°059/2016, FOLIO 107 DEL Libro de Actas N°2, con fecha 02/09/2016 (Código: SY 01/2020). Por último, cabe aclarar que los procedimientos desarrollados en esta investigación respetan las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975, revisada en 1983 y actualizada en 2013).

## Resultados

La composición de la muestra de trabajadores/as que participaron quedó integrada por un total de 41 personas, 34 mujeres y 7 varones (Tabla 1). Esta conformación de la muestra, si bien no fue prevista o planificada, es expresiva de la feminización del sector de atención de la salud donde la mayor parte de las mujeres ocupan los puestos menos calificados y con los más bajos salarios (27,28).

**Tabla N° 1:** Composición de la muestra de trabajadores y trabajadoras que participaron

Trabajo	Identidad de Género			Nivel de atención		Totales
	Fem.	Masc.	Otra	Centro de Salud	Hospital	
Enfermería	7	3	-	2	8	10
Medicina	7	3	-	3	7	10
Residencia médica	4	-	-	2	2	4
Trabajo social	3	-	-	1	2	3
Odontología	2	-	-	2	-	2
Bioquímica	1	1	-	-	2	2
Fonoaudiología	1	-	-	-	1	1
Radiología	1	-	-	-	1	1
Instrumentación quirúrgica	1	-	-	-	1	1
Obstetricia	1	-	-	1	-	1
Psicología	3	-	-	-	3	3
Psicopedagogía	3	-	-	2	1	3
Totales	34	7				41

Asimismo, dichas personas se desempeñan en el sistema público de salud, en diversas localidades del conurbano bonaerense (28), Capital Federal (7) Córdoba (5) y Tierra del Fuego (1) (Tabla 2).



**Tabla N° 2:** Ubicación por localidad de la muestra de trabajadores y trabajadoras que participaron

CABA	AMBA				Interior del País		Totales
	1° Cordón	2° Cordón	3° Cordón	Sin espe- cificar	Córdoba	Tierra del Fuego	
7	14	5	4	5	5	1	41

Respecto a los resultados del análisis, observamos que todas las narrativas remiten, de uno u otro modo, a una transformación en las formas de atención y en su trabajo en particular. Eso involucra una reconfiguración del espacio dentro del hospital o centro de salud, así como también la creación de nuevos ámbitos de trabajo por fuera de estas instituciones. Esto es central para entender cómo la pandemia, como evento disruptivo, posibilita la configuración de nuevos espacios a partir de nuevas prácticas médicas e interacciones que, al mismo tiempo, delinear nuevos procesos de atención y cuidado (12). Estas transformaciones las podemos identificar en el relato de una médica sobre su trabajo en el hospital:

...armamos toda una estructura para mí interesante y que está funcionando, tenemos un equipo de gente que hisopa, un equipo de gente que hace controles domiciliarios, controles telefónicos, bueno es como que nos volvimos a crear desde nuestro trabajo” (Hospital, Ushuaia)

Cada una de esas tareas y modalidad de trabajo resultan inéditas. De manera similar otras narrativas provenientes de Córdoba como del AMBA, remiten a la reorganización de tareas, espacios, tiempos y procedimientos. Además, todo ello ocurre asociado al establecimiento de nuevos protocolos, normativas y reglamentaciones, así como al uso de elementos de protección personal (EPP).

El carácter procesual de los relatos nos permite establecer una cierta cronología entre los eventos sanitarios y la reconfiguración de los diferentes espacios de trabajo que refieren los/as trabajadores/as (cada uno de los eventos que elegimos como fechas puntuales son arbitrarias y no representan cortes tajantes). Un primer momento de organización e incertidumbre sobre el propio trabajo comienza alrededor del 20 de marzo de 2020, con el establecimiento de la cuarentena en nuestro país. Un segundo momento podría establecerse entre el fallecimiento del primer enfermero con diagnóstico de COVID-19 (18 de abril) y la sanción de la llamada Ley Silvio (14 de mayo), que promueve el establecimiento de protocolos de protección y capacitaciones destinadas a la prevención del contagio de quienes desarrollan servicios esenciales. Un tercer momento, vendría dado por la aceleración en el número de contagios y, con éstos, en el número de muertes, que empiezan a ser vividas en primera persona por los/as trabajadores/as, lo que impacta directamente en la reducción de personal en los servicios (por un aumento en el número de licencias por enfermedad y la necesidad de aislar al personal en contacto).

En relación al primer momento, se prioriza la mejora y atención de determinados servicios, como terapia intensiva y urgencias. Con respecto a la atención en consultorios externos, se cancelan los turnos de clínica médica, cirugías programadas y otras intervenciones quirúrgicas. Este aspecto, en palabras de las/os trabajadores, constituye un “parate”, la suspensión de la atención en muchos servicios fue criticada por la falta de un abordaje integral de la salud, considerando que la salud no puede medirse solamente en términos de “síntomas y signos biológicos”. Esto se identifica en los relatos de profesionales de trabajo social y psicología, principalmente:

Digo esa cuestión de que durante la pandemia no hay otros padeceres ¿no? también porque

hay gente que necesita la continuidad de su tratamiento son situaciones de riesgo que no han tenido una cosita sencillita en Salud Mental (Hospital, AMBA).

Muchos/as trabajadores/as de servicios como odontología, salud mental o trabajo social, interrumpieron sus tareas habituales. Ante la ausencia de protocolos o normativas específicas sobre el desempeño de sus tareas cotidianas, algunas/os profesionales adoptan nuevos roles para responder a necesidades emergentes, tal es el caso de quienes trabajan en odontología, salud mental o fonoaudiología, entre otras:

En el caso mío que yo no podía atender a nadie estaba solamente como de intermediario para avisarle a los doctores que estaban, entonces los doctores me decían a mí: ‘no, eso no tienen que verlo acá lo tienen que ver en otro lado’. Entonces yo tenía que ir y dar la cara a la gente (Odontóloga, Centro de salud, Córdoba).

Este nuevo rol generaba situaciones conflictivas al interior del equipo ya que las personas que asistían al centro de salud veían a los médicos y demandaban su atención. Otro caso fue relatado por una médica:

...en realidad en este momento no estoy haciendo consultorio de adolescencia, antes, porque por esto de la pandemia se cerraron los consultorios y estoy ahora cumpliendo una tarea nueva para mí, algo que aprendí en este último tiempo, y estoy trabajando en el 107 que vendría a ser como 911... (Hospital, Ushuaia).

En este contexto, emergen reclamos respecto de los elementos de protección personal (EPP). En este sentido, los/as trabajadores/as señalan que se encuentran desprotegidos debido a que “te dan un camisolín de estos descartable o de estos hidrófugos, impermeables, para compartir” (Médico, Hospital, AMBA) y que el acceso a dichos recursos se logra, en este momento, a través de donaciones o por la compra directa por parte de los/as trabajadores/as. Este punto es central dentro de los equipos de trabajo ya que se identifica en los relatos fricciones, entre quienes deciden usarlos, que son vistos por sus colegas como “exagerados” ante los ojos de sus compañeros/as y aquellos que los omiten. Tal como relata un enfermero que trabaja en un hospital en AMBA:

hay muchos médicos que todavía no, pasean por el shockroom sin barbijo, (...) y después viene el choque porque se meten en nuestro office y a nosotros nos molesta y nos fastidia mucho, hay mucho que todavía no entienden que esto es letal.

Asimismo, estos elementos son vistos como “barreras” para la relación con los pacientes e “incómodos” para el trabajo mismo:

trabajar con un barbijo puesto todo el día y cuando atendés sumarle las gafas... si bien lo hago y lo tengo que hacer, es bastante...no la paso bien, de hecho, siempre termino con dolor de cabeza después de atender (Residente médica, Centro de salud, AMBA).

Luego de este momento inicial, se fueron implementando distintos protocolos y lineamientos que se iban generando desde el Ministerio de Salud de la Nación (29). Es así que se establecieron turnos rotativos de trabajo, los equipos se dividieron a fin de reducir los contactos. Asimismo, se establecieron cambios en la organización del espacio, diferenciándose los llamados “sectores sucios” y “limpios”, en palabras de los/as trabajadores/as, para distinguir donde circulan personas con síntomas o diagnóstico de COVID positivo, de aquellos donde no debería haber riesgo de contagio y, por lo tanto, “limpios”. Tal como señala una residente en medicina general: “Se definió cuál iba a ser el área limpia, cual el área sucia, el circuito que teníamos que hacer todos los empleados al llegar al centro de salud” (Centro de salud, AMBA). Estos cambios del espacio buscan cumplir o adaptarse a las normativas y protocolos, nacionales y provinciales. Todo ello no ocurre libre de conflicto, por el contrario, muchas veces aparece la dificultad de contar con los espacios necesarios para establecer esa disposición, o con el personal que requiere esas divisiones o la ausencia en cantidad y/o calidad de EPP necesarios para cumplir lo establecido nor-



mativamente. Un médico de terapia intensiva relata: "...hoy se nota en el Hospital (...) no existe diferencia entre el sector limpio y el sector sucio, el sector sucio es al que le llaman COVID, si entra un COVID nos contagia a todos" (Hospital, AMBA).

En todos los casos se busca desarrollar estrategias que permitan de alguna manera, aunque sea de forma parcial o precaria, cumplir con las normativas y protocolos nacionales y provinciales. También hay diferencias al interior de los equipos:

que no se cumplan los protocolos, genera un malestar inigualable en los trabajadores y mucho desgaste, el tener que luchar contra la institución o contra ciertas personas que a pesar de que el protocolo dice una cosa hacen cualquier cosa (Trabajadora Social, Hospital, AMBA).

Cuando la infraestructura edilicia lo permitió, se conformaron nuevos espacios de atención y nuevos roles, como el *triage* realizado a la entrada del establecimiento, en una estructura improvisada o la reconfiguración de espacios para que el trabajador/a se cambie o higienice.

Cuando no hay consenso, algunos diseñan e implementan medidas de cuidado hacia el interior de su subgrupo de trabajo. Por ejemplo, en un hospital de AMBA una médica relata que: "...muy localmente, un grupo de compañeros trabajó en las recomendaciones locales del hospital para el manejo de las pacientes"; una enfermera agrega: "Tuvimos que actualizarnos en el uso de elementos de protección personal, estar más atentos en cuanto a la atención de los pacientes". Esta forma de organizarse para el trabajo es valorada positivamente por los/as trabajadores/as; desarrollar prácticas de cuidado y reorganizar el espacio implica el cuidado de sí mismos/as, de los otros/as compañeros/as de trabajo y de los/as usuarios/as del sistema público de salud.

Aquellos/as trabajadores/as de la salud pública que habían visto interrumpido su trabajo cotidiano (trabajadoras sociales, psicólogas, psicopedagogas y odontólogas) van retomando sus actividades por vía telefónica: acordando asistir al hospital o centro de salud para usar el intercomunicador del Same o el teléfono del lugar (si se contaba con este recurso) o habilitando el propio teléfono para el trabajo. Una psicopedagoga que trabaja en un centro de salud en el AMBA señala:

...teníamos dos consultorios y una oficinita y en un momento nos vimos en una oficina alrededor de 10 personas, con lo cual el gobierno nacional tenía un discurso y un protocolo, que en la práctica no lo podíamos llevar adelante. Nos decían que teníamos que atender telefónicamente pero no tenemos teléfono.

En este contexto, se hacen evidentes problemáticas pre-existentes, como la escasez de teléfonos, computadoras y acceso a internet, en suma, recursos necesarios para garantizar una adecuada atención y mínimas condiciones de trabajo. Esta situación, lejos de quedar en la imposibilidad movilizó a los/as trabajadores/as para desarrollar iniciativas de trabajo que implican otras vías de comunicación: *Facebook*, *WhatsApp* y la habilitación de celulares personales para la atención de consultas. Con respecto a esto, una médica relató: ...y decidimos usar la herramienta de la entrevista domiciliaria, visita domiciliaria, y un número de WhatsApp a donde la gente, las personas, los pobladores, recurrían a través de un mensaje de WhatsApp solicitando nuestra intervención (Centro de salud, Córdoba).

Se observa una ampliación en las estrategias de atención en territorio, con visitas domiciliarias a fin de garantizar, a quienes lo necesitan, el control de enfermedades crónicas, el acceso a medicación psiquiátrica o la atención a la salud sexual y reproductiva:

Y así comenzamos a hacer controles de embarazo a domicilio desde hace un mes y medio, desde el 20 de marzo, vacunas a domicilio, llevar métodos anticonceptivos a domicilio, tratamientos de patologías crónicas no transmisibles, la diabetes, hipertensión... (Centro

de salud, Córdoba).

Estas actividades también generan dilemas respecto de la necesidad de “poner el cuerpo”, lo que significaba la “gratitud de la gente” aunque también el “miedo” de ellas al exponerse, no sólo al contagio, sino también a situaciones de violencia o inseguridad. Según el relato de una médica en el trabajo territorial:

...la gente empezó a pedirnos que interviniéramos, que interviniéramos con la persona mayor sola, con la víctima de violencia, en 7 años nunca nos habían llegado esas demandas, y fue necesario que nos volviéramos a atrincherar, que nos volviéramos al centro de salud y que hiciéramos durante toda una tarde un taller de corporalidad para ver qué le pasaba a nuestros cuerpos cuando sentíamos todos esos dolores que desconocíamos que existieran (Centro de salud, Córdoba).

Ante estas nuevas experiencias priorizaron revisar qué les pasaba a las propias trabajadoras, señalando que la mayoría de las necesidades de los/as usuarios/as son urgentes y los equipos no siempre alcanzan a contener esas demandas. Estas experiencias, si bien aparecen en los relatos de otras trabajadoras de los centros de salud del conurbano, no ocurren entre varones y tampoco entre los/as trabajadores/as de hospitales.

Otro tipo de espacio vinculado a un trabajo en los territorios son los comités de crisis en los cuales se agruparon distintas instituciones de un barrio o localidad para hacer frente a las demandas y necesidades. Los mismos (si bien son escasos) han sido valorados como “una forma de acompañar al barrio” y, también como “un lugar de participación” para los/as trabajadores/as.

En cuanto al trabajo desde el propio hogar, aparece en el relato de una psicopedagoga del conurbano bonaerense:

Intente poner días y horarios en los que podíamos mantener un ida y vuelta fluido, pero esto no duró demasiado y las demandas llegan en cualquier momento recibiendo a toda hora diversas consultas, familias, niños, profesionales, equipos etc., online las 24 hs de los siete días de la semana.

El trabajo fuera de la institución significó una ampliación de las horas laborales con horarios y días de trabajo aleatorios, generando superposiciones con aquellas actividades y tareas domésticas. Esto se observó, principalmente, en las mujeres quienes expresaron una doble exigencia de sostener el propio hogar, la familia y el trabajo. Por otro lado, el trabajo desde el hogar, también significó para los/as trabajadores/as un obstáculo en comparación con la atención presencial ya que “te perdés el vivo, el juego real, espontáneo”, en este sentido, es un “parche” pero no una alternativa a la atención personal, cara a cara.

En esta instancia, los/as trabajadores/as coinciden en el valor que adquiere el trabajo en equipo, para sostener y sostenerse en esta situación que describen como “de incertidumbre” y que genera “ansiedad” y “temor”. También señalan la necesidad de recibir información, capacitaciones y entrenamiento para las nuevas tareas que se encuentran desarrollando.

El tercer momento propuesto permitió identificar como punto crítico, la reducción de personal, cuando el número de muertes y casos de enfermedad comienzan a multiplicarse entre los/as trabajadores/as de la salud. Hemos tenido algunos contactos breves con algunas/os de nuestros informantes y de manera acotada remiten al “agotamiento”, “cansancio”, “angustia” y “ansiedad” ante un futuro plagado de incertidumbres, señalan: “no somos superhéroes, somos personas”, “nos dimos cuenta que podemos morirnos”. En alguna medida, estas circunstancias del todo extraordinarias han conducido a una desnaturalización del propio trabajo como trabajadores/as de la salud, así como también sobre su ser en relación a cómo aparecen representados.

## Conclusiones

A partir del análisis de los relatos de los/as trabajadores/as podemos señalar que la pandemia afectó la cotidianidad en los servicios de salud, provocando tensiones y rupturas con las formas de organización y atención previas. Es en este sentido que podemos hablar de la pandemia como *evento disruptivo*. Nuestro trabajo, aunque de manera fragmentaria y parcial, busca dar cuenta del *espacio intermedio* (15) acontecido en los servicios de salud pública en la Argentina, es decir, la atención durante la crisis. Esto nos permitió observar distintas tensiones respecto a los modos de atención que, tal vez ya se venían dando, aunque en este contexto de pandemia, se potenciaron o visibilizan con mayor claridad. En palabras de Reguillo, el acontecimiento disruptivo genera "...la aceleración y el acrecentamiento del conflicto al alterar las reglas del juego"<sup>b</sup>(15). Esto tiene que ver con la forma en que los/as trabajadores/as ven transformado el vínculo con su trabajo cotidiano y, en este caso, en relación a la organización de los espacios de trabajo y a los modos de atención. Aparecen expresados sentimientos de "pánico", "amenaza", "riesgo" o "incertidumbre" que gradualmente fueron cediendo conforme se dispusiera de información, protocolos y EPP. Además, en algunos casos se ha identificado la pandemia como una "oportunidad" para establecer nuevas formas de organizar la atención. Si en algo coincidieron los/as trabajadores/as, es en la percepción de completa transformación de la cotidianidad de su trabajo, coordinadas fundamentales que organizan el mundo, como el espacio-tiempo se vieron trastocados, tal como lo hemos descrito, y con ello se despliegan nuevas formas de trabajo, roles y rutinas.

A partir del análisis podemos identificar ciertas tensiones a considerar en la transición de la pandemia a la post-pandemia. Destacamos:

- La diversificación de los espacios de atención a la salud, que pone en cuestión aquel espacio formal del hospital o centro de salud como institución de referencia. Ante el desarrollo de abordajes que van desde el territorio hasta el propio hogar de los/as trabajadores/as. Esto hace necesario repensar los tiempos de trabajo/ocio, conforme existían horarios de trabajo asistencial.
- La reorganización del trabajo y de las tareas al interior de los equipos de salud, sus integrantes muestran gran capacidad de adaptarse y adecuarse a nuevas realidades, si bien los interrogantes que emergen son: durante cuánto tiempo o hasta cuándo pueden sostenerse estas alternativas de trabajo.
- Las condiciones de trabajo, la infraestructura y los insumos disponibles, que en este contexto se tornan centrales para los/as trabajadores/as: disponer de barbijos y batas o de ciertos espacios acondicionados, son aspectos ineludibles para sentirse protegidos y garantizar el cuidado de los/as otros/as.
- La incorporación de nuevas tecnologías, plataformas y redes sociales (*WhatsApp, Facebook*, entre otras) como forma de sostenimiento del vínculo y acercamiento a sus usuarios/as en este contexto y en la transición hacia una nueva normalidad; problematizando las formas de comunicación convencionales entre el sector salud y las/os usuarias/os; promoviendo alternativas complementarias.

Las dimensiones identificadas en los relatos de los/as trabajadores/as de los servicios públicos de salud muestran que la pandemia propicia la discusión, el cuestionamiento y la reflexión en torno al propio trabajo, las condiciones de trabajo, las rutinas y el cuidado de sí y de los/as otros/as. En particular, estas tensiones se convierten en un insumo para el trabajo cotidiano y la organización de la atención. Potencialmente invitan a especular sobre la posibilidad que se establezca un nuevo orden en los espacios y en los modos de atención a la salud-enfermedad. Una dimensión adicional es aquella que conduce a la reflexión de los propios trabajadores/as sobre la forma en que aparecen representados/as: como superhéroes, ante lo cual plantean su carácter humano de su ser mortales. Estas expresiones, que los colocan de nuestro lado, nos invitan a ponernos en su lugar.

Así como es posible que todo se transforme para que nada cambie, también está la posibilidad de una transformación y cambios que puedan sostenerse en el tiempo. El hecho que los procesos de trabajo rutinizados hayan sido problematizados y que lo conocido se vuelva incierto, que los/as trabajadores/as manifiesten distancia respecto del lugar que le otorga la sociedad, involucra la puesta en juego de nuevas moralidades y normas sociales que podrían gestar organizaciones novedosas en las instituciones de salud, configurando de esta forma una atención y cuidado más atenta a las necesidades que emergen en estos contextos particulares, cuidando el carácter humano de sus trabajadores/as. La consideración y abordaje de estas cuestiones resultan centrales para transitar hacia el establecimiento de una nueva realidad en el ámbito de la salud. En este sentido creemos fundamental como política de estado acompañar estos procesos de discusión y trabajo en los territorios.

### Agradecimientos

A las y los trabajadores que desde diferentes puntos del país confiaron en nosotras, compartiendo su experiencia de trabajo en este contexto. Sabemos que nuestro análisis sólo refleja una parte del enorme desafío que seguiremos acompañando.

Al CONICET y al Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, instituciones que nos respaldan en el desarrollo de nuestro trabajo.

### Referencias bibliográficas

1. Spinelli H, Trotta A, Guevel C, Santoro A, García S, Negrin G, Morales Y. Los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina 2010-2012. Buenos Aires: OPS/OMS; 2012.
2. Aspiazú E. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. Trabajo y sociedad. 2017; (28):11-35.
3. Molina CA, Roslan-Angeloni YN, Correa AG, Varela VE. Condiciones laborales de trabajadores sociales en hospitales públicos en la provincia de Mendoza, Argentina. La trastienda de investigación. PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social. 2020; (1):197-219.
4. Bordalejo MP, Napoli ML, Artigas MV. Condiciones de trabajo en el sector de la salud en Argentina: Los riesgos asociados a las reformas. En: XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. 2019.
5. República Argentina, Poder Ejecutivo de la Nación. Decreto 7/2019. 10 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/223623/20191211>
6. República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Decreto 260/2020. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335423/norma.htm>
7. República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Decreto 297/2020. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335741/norma.htm>
8. Crivos M. Estudio antropológico en una sala de hospital. Medicina y Sociedad. 1988; 11(5/6):127-137.
9. Ferrero L. Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. Cuadernos de Antropología Social. 2003; 18:165-183.
10. Visacovsky S. Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino. Antípoda. 2008; 6:91-112.

11. Auyero J. Patients of the State: The politics of waiting in Argentina. Londres: Duke University Press; 2012.
12. García MG, Recoder ML, Margulies S. Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud colectiva*. 2017; 13:391-409.
13. Kleinman A, van der Geest S. 'Care' in health care. Remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie*. 2009; 21 (1): 159-168.
14. Ayres JRCM. El cuidado. Los modos de ser (del) humano y las prácticas de salud. En: Paiva V, Ayres JRCM, Capriati A, Amuchástegui A, Pecheny M. (Ed.). *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Temperley: TesseoPress; 2018. 111-140.
15. Reguillo RR. La construcción simbólica de la ciudad: sociedad, desastre y comunicación. México: Ed. Iteso; 2005.
16. Baidou A. El ser y el acontecimiento. Buenos Aires: Manantial; 2003.
17. Das V. *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. Oxford University Press: Nueva Delhi; 1995.
18. República Argentina. Ley 27548 Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/338400/norma.htm>
19. FESPROSA. 2020 Equipos de salud diezados: los infectados superan los 15.000 y otros tantos están aislados. Agosto 2020. <https://fesprosa.org.ar/portal/equipos-de-salud-diezados/>
20. FESPROSA. 2021 Salud: Hay 80.000 trabajadores infectados y 500 fallecidos. Boletín Abril 2021. Disponible en: <https://fesprosa.org.ar/portal/salud-hay-80-000-trabajadores-infectados-y-500-fallecidos/>
21. Hine C. *Virtual Ethnography*. Barcelona: UOC; 2004.
22. Vázquez Atochero A. *Ciberantropología : cultura 2.0*. Barcelona: UOC; 2012.
23. O'Hara KP et al. Everyday dwelling with WhatsApp. En *Proceedings of the 17th ACM conference on Computer supported cooperative work & social computing*. 2014. p. 1131-1143.
24. Staudacher S, Kaiser-Grolimund A. WhatsApp in Ethnographic Research: Methodological Reflections on New Edges of the Field. In: *Mobilities – In and Out of Africa*. Chappatte, A., A. Kaiser-Grolimund and S. Staudacher comp. Institute of Social Anthropology. University of Basel. 2016: 29-44.
25. Gomes R. Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa. En: Souza Minayo MC (organizadora). *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. 2ª ed. revisada y ampliada. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 85-114.
26. República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1480/2011. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/187206/norma.htm>
27. Aspiazu EL. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Pilquen. Sección Ciencias Sociales*. 2016; 19(1):55-66.
28. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género. En: *El Sector Salud: Feminización Y Brechas Laborales*. Buenos Aires: PNUD; 2018. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/PNUDAgent-APORTES9-InfomededeGenero.pdf>
29. República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para equipos de salud. 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud>