

# Expresiones locales de la sindemia COVID-19: estrategias de los trabajadores de salud en Argentina

Local expressions of COVID-19 syndemic: Health Care Workers' Strategies in Argentina

Carolina Remorini<sup>1</sup>

Laura Teves<sup>2</sup>

Lorena Pasarin<sup>3</sup>

Mora Castro<sup>4</sup>

## RESUMEN

---

Las estrategias de los trabajadores de salud (TS) frente a la pandemia de COVID-19 expuso la necesidad de acciones precisas y datos confiables sobre sus múltiples dimensiones en los contextos locales. Este artículo tiene como objetivo presentar un estudio de caso ubicado en la zona sur del Área Metropolitana de la Provincia de Buenos Aires (Argentina) en donde se analizan la implementación de respuestas e impacto en el trabajo cotidiano en los servicios de salud. La metodología se encuadra en la etnografía aplicada. Se recolectó información cualitativa en dos efectores de salud pública de la ciudad de La Plata, la que fue contrastada y complementada con información epidemiológica. Los resultados aportan a la comprensión del manejo local frente a la sindemia, incluyendo las estrategias de preparación y reorganización de los servicios de salud y nuevos mecanismos de colaboración e introducción de innovaciones en la atención pública. Entre las principales conclusiones se destacan la necesidad de enmarcar el análisis de la COVID-19 en el concepto de sindemia, que considera las diversas dimensiones socio-sanitarias implicadas, e indaga sus efectos en poblaciones vulnerables, los que aún son escasamente conocidos. Asimismo, este estudio muestra cómo las experiencias y estrategias organizativas de TS suponen la articulación y adaptación creativa de las políticas públicas sanitarias a las posibilidades y limitaciones de los contextos de actuación local frente a la incertidumbre y el riesgo epidemiológico. Finalmente, la metodología cualitativa aporta datos de valor para comprender la dinámica de cambio durante la pandemia y su proyección hacia la post pandemia.

*Palabras clave: Estrategias de Salud, Salud Pública, Atención Primaria de Salud, Atención Secundaria de Salud, Etnografía, Investigación Aplicada*

---

Recibido el 30 de junio de 2021. Aceptado el 20 de septiembre de 2021.

1 Antropóloga, Doctora en Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Profesora Titular de Etnografía de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP. Miembro del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA)(FCNyM, UNLP-CIC PBA). Correspondencia a: carolina.remorini@gmail.com; linea@fcnym.unlp.edu.ar

2 Antropóloga, Doctora en Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Investigadora de la UNLP. Profesora Titular de Orientaciones en la Teoría Antropológica y Métodos y Técnicas de la Investigación de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP. Directora del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA)(FCNyM, UNLP-CIC PBA).

3 Antropóloga, Doctora en Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Becaria Postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), JTP de Orientaciones en la Teoría Antropológica de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP. Miembro del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA)(FCNyM, UNLP-CIC PBA).

4 Antropóloga. Doctora en Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

## ABSTRACT

---

The strategies of health workers (HCW) in the face of the COVID-19 pandemic exposed the need for precise actions and reliable data about its multiple dimensions in the local contexts. This article aims to present a case study located in the southern zone of the Metropolitan Area of the Buenos Aires Province (Argentina) where we analyze the implementation of responses to COVID-19 and its impact on the daily work in health care services. The methodology is framed in the Applied Ethnography. Qualitative information was collected in two public health providers located in La Plata city, which was further complemented with epidemiological information. The results contribute to the understanding of the management of the syndemic in this local context, including the strategies of preparation and reorganization of healthcare services as well as new mechanisms for collaboration and introduction of innovations in the public healthcare system. Among the main conclusions we highlight the need of analyzing the COVID-19 as a syndemics, considering the several socio-sanitary dimensions involved in, and investigating its effects on vulnerable populations, which are still poorly known. Likewise, the study reveals how the experiences and organizational strategies of HCW entails the articulation and adaptation of public health policies to the possibilities and constraints of local contexts, in a novel and creative way, facing the uncertainty and epidemiological risk. Finally, the qualitative methodology provides valuable data to understand the dynamics of change during the pandemic and its projection towards the post-pandemic scenarios.

*Keywords: Health Strategies, Public Health, Primary Health Care, Secondary Health Care, Ethnography, Applied Research*

## 1. INTRODUCCIÓN

---

La emergencia de la COVID-19 ha dado lugar a una situación sin precedentes en el mundo, afectando la vida de las personas en todas sus dimensiones, y con consecuencias epidemiológicas, sanitarias, sociales, ambientales, políticas y económicas de diferente alcance (Singer y Claire 2003; Irons 2020; Vanderslott y Marks 2020; Vindrola y Johnson 2021). Desde el punto de vista de los estados y organismos internacionales de salud, se ha planteado la necesidad de contar con diagnósticos

precisos de su impacto a nivel global y en los contextos locales.

Este trabajo parte de la consideración del concepto de *syndemia* (Singer y Clair 2003) el cual permite abordar el proceso a través del cual se replica el Sars-Cov-2 en los individuos como un fenómeno social (Singer y Claire 2003; Singer et al. 2017). Dicho concepto evidencia cómo un mismo evento -la infección Sars-Cov-2 y la acción patógena del virus- tiene efectos dispares cuando se desarrolla en contextos socio-ambientales caracterizados por la inequidad que, entre otros factores, aumenta la vulnerabilidad social. Es decir, las características del virus y sus formas de contagio no pueden considerarse de manera independiente del contexto socio-ambiental, por lo que se requiere revisar estrategias preventivas, de atención y cuidado de manera dinámica, debido a la interacción compleja de variables que intervienen en la prevalencia y virulencia, los efectos a nivel clínico y epidemiológico, junto con sus implicancias para la subsistencia y la vida social de diferentes conjuntos humanos.

Explorar problemas complejos como la *syndemia* de COVID-19 reconoce las contribuciones de una *Etnografía Aplicada* en el marco de enfoques multi e interdisciplinarios, para diseñar nuevas estrategias ante la COVID-19, en contextos micro y macroestructurales (Irons 2020, Horton 2020). La escala y perspectiva etnográfica, junto con su énfasis en datos descriptivos, aporta evidencia a escala micro sobre problemas de enfermedad en los que interactúan factores de tipo biológico, social, psicosocial, ambiental y socio-cultural. Asimismo, da cuenta de la interacción de la enfermedad COVID-19 con otra variedad de enfermedades en contextos de pobreza, desnutrición, estrés, escaso control de la calidad del aire y del agua, generando una combinación letal entre las condiciones adversas de salud y desigualdades socioambientales (Ennis-McMillan y Hedges 2020; Team y Manderson 2020; Oliveira et al. 2020, Singer y Rylko-Bauer 2021). En tal sentido, existen aportes desde las ciencias sociales a la comprensión de las diversas dimensiones de la *syndemia* de la COVID-19, realizada en el marco de estudios en el campo de la Salud Pública, la Antropología de la Salud, la Epidemiología y de estudios interdisciplinarios (Araya y Pisani 2020; Cardoso 2020; Lolas Stepke 2020; Ruiz et al. 2020; Teves, Remorini y Morgante 2020; Carabajal et al 2021). La evidencia colectada sobre su impacto en los servicios de salud y en la población en general en diferentes países y contextos socioeconómicos da cuenta de la necesidad de analizar experiencias

locales y a la vez construir un marco de trabajo interdisciplinario que permita comparar datos de diferentes contextos, teniendo en cuenta la escala y las metodologías utilizadas.

La investigación sobre el diseño e implementación de las respuestas ante epidemias a escala mundial pone de relieve la importancia de considerar las percepciones y las experiencias de trabajadores de salud (TS en adelante), no sólo de aquellos que cumplen tareas asistenciales (Imai et al. 2009; Ives et al. 2009; Koh et al. 2011; Maunder et al. 2010). Existe abundante evidencia sobre la sobrecarga que ha significado para el personal sanitario la prestación de acciones de prevención, cuidado y atención de la salud, y su impacto a diferentes niveles, incluyendo el psicosocial (Block 2020; San Juan et al. 2020; Vindrola et al. 2020). Por lo tanto, las preocupaciones, expectativas, experiencias y comportamientos cotidianos de los trabajadores de la salud representan un área importante de investigación (Michie 2020). Ello pone en valor las estrategias organizativas de trabajadores de los servicios de salud y otros actores comunitarios como parte de un único sistema complejo con dinámicas propias para la promoción, prevención y cuidado de la salud.

En este trabajo nos proponemos describir y analizar, a partir de un estudio de caso, las formas de organización y reorganización del trabajo cotidiano en instituciones públicas para afrontar la sindemia de COVID-19 en la provincia de Buenos Aires (Argentina), enfocando en las estrategias desarrolladas y las innovaciones introducidas por los TS como resultado del ajuste de protocolos, normativas y prácticas promovidas a nivel nacional e internacional a las realidades locales. Nos interesa destacar las dificultades que enfrentaron los TS en función de condiciones preexistentes del sistema sanitario, las que pueden reconocerse a diferentes niveles, desde aquellas vinculadas a la precarización de los trabajadores de salud, escasez de recursos humanos en áreas clave para la atención de la COVID-19, escasez de insumos, hasta déficit de infraestructura y fragmentación del sistema de salud. Esto permitió observar tensiones emergentes en la organización de la atención que, si bien ya se venían reconociendo, en este contexto se potenciaron o visibilizaron con mayor claridad (Moglia et al, 2020). En tal sentido, nuestro estudio busca mostrar que la sindemia de COVID-19 tensionó las estructuras y los vínculos existentes al interior de las instituciones de salud y en sus posibilidades de atender a la demanda de la población en la emergencia, así como creó vínculos y formas de organización novedosas que analizaremos a

partir de los testimonios de TS de una institución hospitalaria. Es decir, junto con las dificultades propias del sistema sanitario para responder a las demandas de este nuevo escenario, nos interesa destacar los aprendizajes y las transformaciones resultantes de la introducción de nuevas prácticas, conocimientos y formas de colaboración y articulación hacia adentro y hacia afuera de las instituciones de salud. En otro lugar (Remorini et al, 2021) hemos señalado, a partir de un análisis comparativo con los datos de otras localidades del país, cómo estas condiciones preexistentes, junto con las novedades surgidas como resultado de la emergencia sanitaria, implicaron transformaciones cruciales en las rutinas y condiciones de trabajo, algunas de las cuales pueden servir de base para pensar la transición hacia la pos pandemia. En este artículo, nos centraremos en un análisis descriptivo de tales innovaciones en la organización para la preparación, diseñada para afrontar y responder a la atención de la salud a nivel local, junto con el análisis del impacto que tuvieron las medidas sanitarias y de aislamiento social sobre la prevención y atención de problemas de salud de los sectores más vulnerables de la población, algunos de los cuales vieron acrecentadas las barreras de acceso a los servicios públicos. Hacia el final, sintetizamos algunas perspectivas que surgen de este análisis pensando en dicha transición.

Los resultados obtenidos para este trabajo se enmarcan en dos iniciativas de investigación que lleva adelante el equipo. Por un lado, el proyecto de investigación y transferencia *“Redes personales, perspectivas y experiencias de pacientes y trabajadores de salud del Gran La Plata en el contexto de la pandemia de COVID-19. Estudio de asesoría rápida como aporte a las políticas públicas en el territorio bonaerense”* radicado en la Universidad Nacional de La Plata. Por otro lado, el equipo forma parte de una red internacional de cooperación entre investigadores de diferentes disciplinas y nacionalidades en el marco de un estudio en espejo *“A rapid appraisal of healthcare workers’ perceptions of care delivery in the context of the COVID-19 pandemic”*. Dicha red es coordinada por el Rapid Research Evaluation and Appraisal Lab (RREAL) de la University College London en Reino Unido.

## **2. LAS EXPRESIONES LOCALES DE LA SINDEMIA**

El primer caso de COVID-19 en Argentina se confirmó el 3 de marzo de 2020, mientras que el día 7 se registró la primera muerte, siendo también la primera en América Latina. El 20 de marzo

de 2020 se declara la emergencia sanitaria, establecida por el Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020, y se procedió a un aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) estricto, extendiéndose inicialmente al 12 de abril de ese año. En ese marco se tomaron medidas sanitarias para prevenir el avance del virus, que luego se fueron actualizando y/o modificando hasta el presente (Moglia et al., 2020).

Desde el inicio de la sindemia hasta diciembre de 2020, el total de casos positivos en el país fue de 1.613.928 y 43.163 defunciones. Una caracterización general de la población alcanzada por la COVID-19 indica que el 50,1% de los casos fueron masculinos y el 49,9% femeninos. Con una mayoría de adultos (mayores de 19 años) y una mediana de edad de 38 años. Sin embargo, hacia el final del año, los casos de menores de 18 años se incrementaron y alcanzaron 98.496 (6,7% de la población general), de los cuales el 42,2% no reportó síntomas, 323 casos requirieron hospitalización en Unidades de Terapia Intensiva (en adelante UTI) y 89 defunciones.<sup>5</sup>

El manejo de la sindemia en Argentina requiere tomar en consideración sus diversas características territoriales con poblaciones asentadas en espacios rurales, semi-rurales y urbanos y fuertes flujos de movimiento de personas entre distritos. La COVID-19 ha hecho más evidentes los problemas asociados a condiciones estructurales persistentes en las últimas décadas, especialmente con el alto porcentaje de su población que vive en situación de hacinamiento y precariedad habitacional; acentuando tanto el deterioro de sus condiciones económicas, como las desigualdades y la exclusión social (Schettini 2021). Asimismo, se registra un impacto en los sistemas de salud y en el trabajo cotidiano del personal de salud que alcanza diferentes dimensiones, que van desde lo organizacional a lo subjetivo (Ortiz et al. 2020; Vindrola y Johnson 2021; Moglia et al., 2020).

En el territorio de la Provincia de Buenos

Aires, especialmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), el manejo de las respuestas frente a la sindemia de COVID-19 adquiere características diferenciales con respecto a otras regiones del país. Allí reside cerca de un tercio de la población del país y se ubica su cordón urbano más poblado y socioeconómicamente más vulnerable (usualmente referido como el conurbano bonaerense). Asimismo, deben tomarse en consideración las particularidades de la estructura de los servicios de salud y el sistema de salud, cuya organización afecta la coordinación entre niveles de atención (primario, secundario y terciario), moldeando sus mecanismos y dimensiones (gestión clínica, gestión administrativa, flujo de información, relación entre actores, entre otros) (Tricco et al. 2017; Luzuriaga et al. 2021).

Nuestro estudio se focaliza en el municipio de La Plata, la capital de la Provincia de Buenos Aires. Situada a 58 km de la Ciudad de Buenos Aires, cuenta con una población estimada para el año 2020 de 713.947 habitantes.<sup>6</sup> La ciudad se encuentra dentro de la jurisdicción de la Región Sanitaria XI, correspondiente a una sectorización territorial del área de salud dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El subsector público cuenta con 14 establecimientos con internación (todos de dependencia provincial) y 49 establecimientos sin internación (3 de dependencia provincial y 46 de dependencia municipal), abarcando las acciones correspondientes a los niveles prevención primaria, secundaria y terciaria de atención de la salud.

Según un informe elaborado por investigadores de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP),<sup>7</sup> la expansión de la COVID-19 ha sido acompañada en la periferia de la ciudad por la presente desigualdad territorial estructural del partido, manifestada en profundos déficits de infraestructuras, servicios y equipamientos. En este contexto, tanto las problemáticas asociadas a ella como las derivadas por la crisis económica y social por la

5 Ministerio de Salud de la Nación (MSAI) (2020).

-Información Epidemiológica. Sala de Situación de la Pandemia. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sala\\_18\\_12\\_se51.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sala_18_12_se51.pdf)

-Situación Epidemiológica en la Infancia. Nuevo Coronavirus 2019. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/09-12\\_situacion\\_covid-19\\_en\\_la\\_infancia\\_.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/09-12_situacion_covid-19_en_la_infancia_.pdf)

6 Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires (2016). Proyecciones de población por Municipio Provincia de Buenos Aires 2010-2025. Ministerio de Economía | Subsecretaría de Coordinación Económica | Dirección Provincial de Estadística. Disponible en: [http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Proyecciones\\_x\\_municipio\\_2010-2025.pdf](http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Proyecciones_x_municipio_2010-2025.pdf)

7 Comisión de Relevamiento y Monitoreo de la Emergencia Sanitaria en el Gran La Plata de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación para representantes de los Comités de Emergencia Municipal (Ord. Mun. N° 11925) coordinados por el Consejo Social de la Universidad de La Plata (Agosto 2020). Andreani, L., Pinedo, J. (2020). Diagnóstico de situación de los comités populares y comités municipales de La Plata ante la emergencia sanitaria de COVID-19 (Agosto 2020). Informe N°4. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.fahce.unlp.edu.ar/extencion/descargables/informe-n-4-fahce-octubre-2020-covid-19-p-comites>

**Tabla 1. Información epidemiológica de casos y defunciones en Argentina de marzo a diciembre de 2020.**

Totales	Argentina	Prov. Buenos Aires	La Plata
Casos confirmados	1.613.928	680.041	23.411
Muertes	43.163	22.606	814
Tasa de letalidad General <sup>8</sup>	2,67%	3,32%	3,47%
Tasa de mortalidad Específica <sup>9</sup>	9,5 <sup>10</sup>	12,9 <sup>11</sup>	11,4 <sup>12</sup>
Casos de TS	68.516	34.000	2.900
Muertes de TS	419	230	10
Tasa de letalidad de TS	6,11	6,76	3,44

Fuente: elaboración propia en base a: Castro, R et al (2020); Ministerio de Salud de la Nación (2020)

sindemia de COVID-19, agudizan la situación de vulnerabilidad de varios grupos sociales que los habitan, profundizando la crisis alimentaria e incrementando la violencia urbana, con aumentos de delitos y conflictos barriales, y registrando problemas de acceso al hábitat que derivó en tomas de tierras en diversos sectores de la periferia de la ciudad.

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos analizados en este artículo provienen de un estudio de caso, desarrollado entre agosto y diciembre de 2020 en dos instituciones de salud pública ubicadas cerca del perímetro urbano de la ciudad de La Plata (provincia de Buenos Aires, Argentina). La primera institución corresponde al segundo nivel de atención, denominada aquí “El Hospital”, especializado en enfermedades infecciosas, cardiovasculares y respiratorias agudas y crónicas. Asimismo, recibe pacientes derivados de instituciones de varias ciudades y provincias del país, cuando requieren de un diagnóstico clínico o quirúrgico de mayor complejidad. Está organizado como Hospital Escuela, siendo sede de varios programas de residencia médica de la UNLP. Desde el punto de vista administrativo y político,

depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Como parte del área programática, el Hospital está conectado a una institución de nivel de atención primaria -denominada aquí el “CAP”. Existe un flujo importante de referencia y contrarreferencia de pacientes entre ambos efectores para el seguimiento y derivación.<sup>13</sup>

Este estudio contó con un diseño de tipo mixto cuali-cuantitativo de evaluación rápida (RAP: Rapid Assessment Procedures) desarrollado para recopilar y analizar datos de manera selectiva en plazos limitados (Vindrola y Johnson 2020). Se combinaron encuestas, entrevistas y un análisis de información cuali-cuantitativa proporcionada por la administración gubernamental (sitios y bases de datos oficiales, publicaciones, otros). Los instrumentos de relevamiento y análisis son resultado de la adaptación de aquellos desarrollados y provistos por el RREAL para el estudio en espejo (Vindrola et al. 2020; Vindrola y Johnson 2021) y fueron validados en entrevistas con profesionales médicos que se desempeñan en diferentes instituciones de la ciudad.

La investigación estuvo orientada a reunir información cualitativa sobre las percepciones y experiencias de TS de distintos niveles de atención, así como de servicios involucrados en la atención

8 Tasa de Letalidad: (Número de muertes por una enfermedad en un periodo y área determinados/ Número de casos diagnosticados por la misma enfermedad en el mismo periodo y área)\* 100.

9 Tasa de mortalidad específica: (Número de muertes por una causa en un periodo y área determinadas/Población en el mismo periodo y área) \*10000

10 Sobre una población estimada en 45.376.763 personas en la República Argentina para julio del año 2020, con base en “Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. Total del país”, elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010”, INDEC.

11 Sobre una población estimada en 17.541.141 personas en Provincia de Buenos Aires para el año 2020, con base en “Proyecciones de población por Municipio provincia de Buenos Aires 2010-2025”, Dirección Provincial de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires.

12 Sobre una población estimada en 713.947 personas en la ciudad de La Plata para el año 2020, con base en “Proyecciones de población por Municipio provincia de Buenos Aires 2010-2025”, Dirección Provincial de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires.

13 En base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), en la ciudad de La Plata hasta agosto 2020, la mayor cantidad de casos positivos por COVID-19 ocurren en los barrios de Los Hornos, Villa Elvira, San Carlos, Altos de San Lorenzo (en ese orden y exceptuando los casos positivos del casco urbano). Los mismos se corresponden con parte las áreas programáticas del Hospital y el CAP, donde se ubica un gran porcentaje de la población de la ciudad que se encuentra en situación de vulnerabilidad socioeconómica y sanitaria.

de la salud durante la sindemia de COVID-19. En este sentido, se colectaron datos sobre modalidades de organización de los servicios, formación de los TS, estrategias implementadas en la prevención, monitoreo de los mecanismos de transmisión, y atención de casos; facilitadores y obstáculos del sistema de salud y de los contextos locales para el cumplimiento de los protocolos, guías, recomendaciones u otros instrumentos diseñados, entre otros aspectos.

Para el contacto con los TS fueron informados los términos del estudio a las autoridades de los distintos centros de salud, obteniendo la autorización institucional para realizar la investigación. Posteriormente se realizaron reuniones con jefes de servicios, quienes trasladaron a los trabajadores el interés de la institución sobre el estudio y la posibilidad de su inscripción como voluntarios. Los TS fueron contactados a través de correo electrónico o teléfono personal, para invitarlos a participar en una entrevista, proporcionando una hoja de información y un formulario de consentimiento con el tiempo suficiente (al menos 48 horas) para poder resolver dudas sobre el mismo. Posteriormente fue solicitada la firma de un formulario de consentimiento antes de la entrevista.

Las medidas de aislamiento y restricciones para la circulación imposibilitaron la realización de un trabajo en terreno convencional, por lo que se

implementó una estrategia de trabajo remoto. Se realizaron entrevistas semi estructuradas, siguiendo un protocolo, por vía telefónica o por videollamada (vía Zoom o Whatsapp), cuya duración fue de 50 a 90 minutos en promedio y el entrevistador tomó notas durante la misma. Se privilegió el interés del entrevistado por narrar aspectos de su interés que amplían o profundizan las preguntas del protocolo. Cabe aclarar que muchos de los TS trabajan en más de una institución de salud, situación que alcanza a una gran proporción de TS en el AMBA, por lo que en ocasiones sus relatos no dan cuenta solamente de su experiencia en esta institución en particular, sino que dan cuenta de su labor en un sentido más general.

En ambas instituciones se seleccionó una muestra intencional de un total de 36 TS, que voluntariamente accedieron a formar parte del estudio, siendo 20 mujeres y 16 hombres, con edades que oscilan en el rango de 26 a 65 años de edad. El criterio de la muestra se orientó a poder cubrir diferentes servicios, profesiones y roles entre los cuales se encuentran: profesionales médicos de diversas especialidades (clínica médica, psiquiatría, neumología, ginecología, cardiología), trabajadores sociales, enfermeras, kinesiólogos, farmacéuticos, bioquímicos, obstétricas, personal técnico (radiólogos), administrativo, auxiliares y de limpieza.

**Tabla 2. Características de la muestra**

Profesión	Especialidad/servicio	Subtotal	Total
Médicos/as	Clinica /Guardia, consultorio externos	8	13
	Neumonología /UTI	1	
	Gineco-Obstetricia/Consultorios externos	1	
	Cardiología	2	
	Psiquiatría /salud mental	1	
Trabajadores sociales	Servicio social	3	4
	Epidemiología	1	
Enfermeros	UTI, Guardia		4
Kinesiólogos			1
Farmacéuticos			1
Personal técnico	Técnico de laboratorio	1	2
	Radiólogo	1	
Bioquímicos	Bioquímica/Laboratorio central, Guardia		4
Obstétricas	Atención primaria/CAP		2
Personal administrativo			2
Otro personal	Camillero	1	3
	Personal de limpieza	1	
	Auxiliar de farmacia	1	
<b>Total</b>			<b>36</b>

Fuente: Elaboración propia

Un primer análisis de las mismas fue realizado mediante una grilla (RAPsheet, Vindrola et al. 2020) en la que se volcó información de contexto y contenido. El análisis de los datos se realizó explorando los temas más frecuentes originados de las entrevistas en relación a las preguntas de investigación que guiaron este estudio.<sup>14</sup>

Se procedió según los lineamientos de la Comisión Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología (CECTE) referidos a la Ética de la investigación en el contexto de la pandemia COVID-19.<sup>15</sup> Se han incorporado consideraciones éticas dispuestas en las leyes nacionales N° 25.326 (Ley de Protección de Datos Personales). Asimismo, el estudio fue evaluado desde el punto de vista ético por el Comité de Bioética de la UNLP (Expte 1000-002707/20).

#### 4. RESULTADOS

Las medidas sanitarias implementadas frente a la sindemia de COVID-19 a nivel global y nacional dieron lugar a recomendaciones y protocolos que se perciben como comunes y normativos para todos los servicios de salud. No obstante, los trabajadores y tomadores de decisiones a nivel micro debieron adaptar los mismos a sus contextos específicos, en función de recursos, saberes y valores locales, lo que permitió anticipar acciones, barreras, facilitadores y resultados heterogéneos.

El foco en “El Hospital” y el “CAP”, tomados como caso de estudio, nos permitió identificar aspectos específicos de la reorganización dinámica de roles, tareas y diferentes formas de atender a los pacientes de estas instituciones. Es importante mencionar que, en nuestro relevamiento, planteamos a los entrevistados que refirieran tanto “a los momentos iniciales” (inmediatamente luego

del brote) como “a la situación actual” (en relación al momento de la entrevista). Teniendo en cuenta que el estudio se llevó a cabo entre agosto y diciembre de 2020, algunos TS fueron entrevistados antes, durante y luego del “pico” de la llamada “primera ola” -dado por la aceleración de la velocidad de contagios y el aumento de casos de enfermedad y muerte- que en la República Argentina se registró a mediados de octubre (18 de octubre: 18.326 casos).<sup>16</sup> Coincidentemente, en esas mismas semanas se da un mayor número de casos de enfermedad por COVID-19 y casos de aislamiento preventivo de personal de salud por sospecha o por confirmación de casos positivos en TS<sup>17</sup> o de personas de su entorno familiar o laboral. Esta situación acarreo una sobrecarga del personal y una serie de arreglos internos, ante las limitaciones formales de acceso a licencias, que impactaron en forma significativa a la hora de relatar las situaciones en sus respectivos servicios, comparando con los relatos de otro personal del mismo servicio registrados en otro momento del relevamiento.

##### 4.1. Estrategias de preparación y reorganización de los servicios

En este apartado enfocamos en las estrategias desplegadas por los TS para afrontar la incertidumbre y la ambigüedad producto de la irrupción del brote de COVID-19, destacando los cambios introducidos para organizarse y dar continuidad a la tarea asistencial conforme avanzaba la sindemia y se redefinían criterios clínicos y epidemiológicos, normativas y protocolos sanitarios, así como las decisiones políticas a nivel local y nacional. Asimismo, estas estrategias de reorganización se apoyan en el conocimiento que los TS y

14 A partir del gran volumen de datos obtenidos de las entrevistas se planea una segunda etapa de análisis con una perspectiva mixta que incluya metodologías cuali-cuantitativas, apuntando a generar un modelado estadístico y reticular, que explore los tópicos y conceptos más frecuentes emergentes de las entrevistas.

15 Comisión Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología-CECTE (2020). Ética de la investigación en el contexto de la pandemia COVID-19. Documento accesible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/covid\\_19\\_ectte.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/covid_19_ectte.pdf)

16 Para más información, ver Sala de Situación (INDEP Salud) disponible en: <http://idepsalud.org/sala-de-situacion-covid-19-idep-salud/>. En cuanto a la población de la localidad de La Plata, los casos comienzan a aparecer a finales del mes de marzo, alcanzando un total de 23.411 casos positivos hacia finales del 2020. El pico más alto de casos se registra durante los primeros días de septiembre, un mes antes del pico promedio de Argentina (Alzugaray, L., Peiró, M.L., Santa María, J. (2020). Tercer reporte: evolución de la pandemia de COVID-19 en el Gran La Plata a nueve meses de su inicio. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <http://www.fahce.unlp.edu.ar/extension/descargables/tercer-report-de-casos-covid-19-evolucion-de-la-pandemia-en-el-gran-la-plata-a-nueve-meses-de-su-inicio>) La cantidad de fallecidos por COVID-19 alcanza un total de 814 personas. En cuanto a la letalidad, presenta casi 1 punto por encima de la tasa provincial y 8 puntos por encima del total nacional. En cuanto a la tasa de mortalidad específica se comporta de forma similar a la tasa correspondiente a la Provincia de Buenos Aires. (Ver Tabla 1).

17 En cuanto a los TS, a nivel nacional y de acuerdo con registros oficiales, ocurrieron 68.516 casos de COVID-19 (66,5% fueron mujeres, mientras que los casos dentro de la población general fue 49,9%) y la edad promedio fue de 39 años. La cantidad de muertes en TS alcanzó a 419 personas en el año 2020 (Ver Tabla 1).

tomadores de decisiones tienen de la población objetivo y fueron establecidas para facilitar el acceso de la población a otras prestaciones de salud.

Incertidumbre y ambigüedad son términos que condensan múltiples formas en las que los TS expresan sus experiencias al inicio de la sindemia. La incertidumbre y los eventos imprevistos son parte de la práctica diaria de los trabajadores de la salud en Argentina. Sin embargo, el brote de COVID-19 irrumpió en la cotidianeidad de la labor en los servicios de salud generando un mayor nivel de estrés, ansiedad e incertidumbre, especialmente al inicio del curso pandémico, dando lugar a cambios dramáticos en casi todos los ámbitos de su vida laboral y personal, y a la sobrecarga de tareas. A pesar de ello, la narrativa también da cuenta de estos cambios como propiciadores de nuevos aprendizajes e innovaciones con proyecciones al trabajo futuro (Remorini et al. 2021).

En Argentina, como en casi todos los países, la definición de caso y contacto fue actualizándose a medida que se iba conociendo más sobre el virus y sus formas de transmisión, al tiempo que se iban adoptando las recomendaciones de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud. Con relación a ello, una de las primeras medidas fue determinar qué servicios y personal iban a estar específicamente orientados a la atención de pacientes con COVID-19 y en consecuencia, qué TS y servicios serían “la primera línea”. Los sucesivos cambios en los criterios clínicos y epidemiológicos sobre el tratamiento de casos de COVID-19, modificaron esta definición inicial

Así, algunos espacios y servicios hospitalarios (como terapia intensiva, servicio de cardiología) fueron adaptados y convertidos en servicios COVID-19. Otros, fueron cerrados y los TS se vieron obligados a interrumpir mayormente sus tareas habituales y realizar tareas relacionadas con la atención de los pacientes COVID-19, independientemente de su rol, tarea y experiencia previa. Estas definiciones impactaron en la atención en consultorios externos, cancelándose o limitando el número de turnos así como posponiendo intervenciones quirúrgicas consideradas “no urgentes”, aspecto sobre el que volveremos más adelante.

En las primeras entrevistas, los trabajadores destacan la importancia de las medidas de aislamiento obligatorio que el gobierno nacional impuso, en tanto consideraron que -al bajar la demanda en los servicios y la circulación en la vía pública- dio tiempo necesario para preparar estrategias para

hacer frente a un eventual “pico”, hacer cambios y descubrir cómo lidiar con las múltiples limitaciones que enfrentan en sus servicios y capacitarse en diversos temas necesarios para afrontar el virus. No obstante, veremos que estas cuestiones, que inicialmente fueron consideradas positivas, luego serán evaluadas en términos del impacto a mediano y largo plazo sobre la salud de la población con carácter negativo, dado que contribuyeron a retrasar o suspender controles y acciones de vigilancia epidemiológica de otras patologías con gran incidencia en la población local.

En el centro de las estrategias de prevención y control de la expansión del virus SARS-CoV-2 se encuentra el problema del acceso, distribución, calidad y uso adecuado de los insumos y equipos de protección personal (EPP) con mayor énfasis en las personas que se encuentran en mayor riesgo de exposición al virus. De manera que las estrategias de preparación estuvieron en gran medida orientadas, al inicio, a la protección de los TS con el objetivo de asegurar la continuidad de la atención a los pacientes. De la narrativa emerge la constante preocupación de los TS por contagiarse y convertirse en vector de la transmisión del virus a su entorno familiar, en especial aquellos que estaban a cargo del cuidado de otras personas de la familia o convivían con otros trabajadores esenciales, lo que generó diversos efectos en su desempeño e interacción con los pacientes, y en su salud mental.

El EPP fue al inicio un recurso escaso, lo que generó esfuerzos para garantizar su stock de EPP, introduciendo algunos cambios en la organización de las tareas y en la calidad de las interacciones con los pacientes. La escasez de EPP, o bien la incertidumbre frente al ritmo de su reposición y distribución, dio lugar a innovaciones en los espacios de atención médica, ya que los TS intentaron encontrar formas creativas de preservarlo y limitar la exposición. Por ejemplo, mediante la creación de nuevos roles como “el circulante” (persona designada para circular entre o dentro de los servicios, brindando asistencia o facilitando tareas) o bien mediante el uso de videollamadas, mensajería o teléfono para comunicarse con los pacientes y entre servicios, evitando la circulación y presencia física.

De acuerdo a los relatos de TS, los insumos enviados por el Estado en los primeros meses eran escasos y/o de mala calidad, es decir, inadecuados para la atención por tener un bajo grado de protección. Algunos refieren que “no había qué ponerse” o bien que “el riesgo es muy alto para el tipo de material

que nos están proveyendo”. Quienes trabajan en sectores privados de la salud, mencionaron diferencias en la calidad y formas de utilización de EPP en estos servicios por comparación con el sector público.

Ante este panorama, la obtención de EPP (máscaras plásticas, barbijos quirúrgicos, camisolines, antiparras, guantes, entre otros) se realizaba a través de mecanismos no sistemáticos, como por ejemplo donaciones particulares (impresiones 3D de máscaras, confección de barbijos), donaciones de laboratorios privados a través de visitantes médicos (camisolines, barbijos), donaciones de colegios profesionales o sindicatos, o bien, se gestionaba de manera individual a través de la compra por parte de TS. Si bien se valoraron estos aportes, el mayor problema con la utilización de los insumos “caseros” eran los problemas de descontaminación, asociados a su tamaño, materiales y forma.

Muchos profesionales aludieron a que las recomendaciones sobre el uso de EPP fueron cambiando en el transcurrir de los meses, por ejemplo, cuando se menciona que *“los protocolos están, la OMS lo larga. El Ministerio (de salud) largó todas las semanas un protocolo distinto, pero faltaban en un principio los insumos”*. En este sentido, el uso de EPP depende del servicio y tipo de tarea. Por ejemplo, en el servicio de Salud Mental y Farmacia solo se utilizaba equipo mínimo (barbijo, camisolín y/o ambo); en Odontología se fue reduciendo la cantidad de elementos con el transcurso de los meses; en el servicio de Laboratorio ya utilizaban algunos EPP pre-pandemia pero se incorporaron barbijo y gafas; el personal de limpieza usa EPP completo mientras que para las salidas a territorio, en cambio, se utiliza un equipo mínimo agregando el uso de máscara. También plantean diferencias de uso de acuerdo a los síntomas del paciente, especialmente en contextos de atención primaria de la salud: EPP completo sólo si el paciente tiene síntomas o para realizar hisopados (doble guante, camisolín hemorrepeleante, barbijo N95, barbijo quirúrgico, máscara de acrílico, gorro en la cabeza y cubrebotas), si el paciente no presenta síntomas tiene un equipo mínimo.

Son recurrentes las menciones sobre el desconocimiento previo sobre el uso de EPP en muchos TS que no estaban habituados a su uso (*“Hay compañeros que no tienen el hábito”*), junto con la complejidad de la colocación y retiro del EPP y sus riesgos potenciales, tales como el desconocimiento del tiempo de uso de barbijo. También se destaca que los profesionales con mayor experiencia

en su utilización eran quienes trabajaban en quirófanos o con pacientes con tuberculosis (TBC).

La incertidumbre frente al manejo de EPP fue disminuyendo a medida que se implementaron y sostuvieron espacios formales e informales (iniciativas de los TS) de capacitación y entrenamiento, junto con la actualización de información, frente a la ambigüedad de las normativas y guías nacionales, lo que generó al inicio, inestabilidad y ansiedad. Específicamente, las preocupaciones se vincularon con el carácter dinámico y fragmentario de la información, junto con la inadecuación de los espacios físicos y las condiciones laborales en los servicios a los parámetros a cumplir desde los protocolos sanitarios (por ejemplo: tamaño y posibilidades de ventilación, adecuación de los espacios para colocación de EPP, etc.) La apelación a múltiples fuentes de información, recurriendo a sociedades científicas, grupos de mensajería instantánea liderados por referentes de servicios para compartir bibliografía o protocolos se volvió una práctica generalizada.

#### **4.2. Colaborar e innovar: acuerdos, tensiones en el manejo diario de los servicios de salud**

Las nuevas exigencias de organización para dar cumplimiento a los protocolos y evitar los contagios al interior de las instituciones dieron lugar a nuevos acuerdos internos, reformas en los espacios, nuevas colaboraciones entre trabajadores y servicios. Algunos de estos acuerdos se canalizaron a través de los “Comités de crisis” en ambas instituciones, en los que participaban el personal, las autoridades y representantes de los sindicatos, con el objetivo de definir esquemas de trabajo y resolver problemas emergentes: flujo de pacientes, cantidad de trabajadores por sector, organización de un área específica para atención de pacientes con síntomas compatibles con COVID-19, protocolos de higiene y seguridad, entre otros.

Como sucedió en la mayoría de las instituciones hospitalarias, los espacios se dividieron, generando sectores y circuitos diferenciados. La decisión de dividir los edificios -tanto el Hospital como el CAP- en áreas COVID-19 y no COVID-19 (áreas “sucias” como unidades de cuidados intensivos o áreas de pruebas y “limpias” respectivamente) generó algunas modificaciones arquitectónicas, la redistribución espacial de TS y servicios, e introdujo la necesidad de una nueva señalización para orientar al personal y los pacientes durante su circulación en el hospital e información actualizada

de las áreas restringidas.

Varios servicios evaluaron la posibilidad de reducir al mínimo las internaciones de pacientes no-COVID, siempre que su seguimiento de manera ambulatoria estuviera garantizado, teniendo en cuenta las condiciones de vida de los pacientes y su grado de compromiso con el tratamiento. Es por ello que se privilegiaron aquellos pacientes cuyo estado era más delicado (*“pacientes descompensados o que se están por descompensar”* y *“los que necesitan que se tomen medidas con mayor premura”*). En caso de internación, se aplicaron protocolos de bioseguridad y uso de EPP como si fueran casos confirmados de COVID-19. La organización de la internación supuso, asimismo, la distribución en espacios exclusivos, separados de los pacientes COVID-19 positivos, reorganizando personal y recursos materiales. Por ejemplo, los espacios de internación se graduaron según la gravedad del cuadro clínico, estableciendo áreas separadas con protocolos específicos.

Las decisiones sobre los criterios a priorizar para la derivación de pacientes de otras salas de internación a unidades de terapia intensiva (UTI), se basaron en la necesidad de gestionar los recursos escasos como las camas, siempre que los pacientes no necesitaran asistencia respiratoria mecánica. De esta forma, se controló la ocupación de la UTI y se evitó la saturación de la capacidad de cuidados críticos. El mismo mecanismo se utilizó cuando los pacientes abandonaban la UTI: los médicos debían garantizar una cama en los servicios de neumonología o clínica antes de ser derivados.

Así como la ocupación de camas no-COVID bajó en los primeros meses, como resultado de estas decisiones, tanto en guardia como en consultorios externos se registró una disminución de consultas por patologías no relacionadas con COVID-19 (cirugías, controles de laboratorio) o controles de tratamientos por patologías crónicas, en ambos niveles de atención. Al respecto, los TS plantearon que esta focalización de las estrategias en función de la demanda derivada de los casos de COVID-19, hizo que otras patologías se dejaran de atender o se pospusieran tratamientos con consecuencias disímiles a corto y mediano plazo, como por ejemplo HIV, TBC, pacientes con enfermedades del corazón, diabetes. Al respecto, algunos TS ironizaron sobre los efectos de esta focalización: *“hoy por hoy, todos los pacientes son COVID-19, son todos sospechosos hasta que se demuestre lo contrario”*; *“Me pregunto dónde están todos los pacientes que solíamos ver aquí”*. Al mismo tiempo, los TS

*reconocieron que las personas tienen temor de consultar o acudir al hospital (“la consulta se redujo drásticamente, supongo que la gente tiene miedo (de infectarse) y prefiere quedarse en casa, intentan mejorar por otra vía que no sea la hospitalización, supongo”).*

En el caso del Hospital, fue clave garantizar la continuidad en el acceso a medicación, ya que opera como centro de distribución de medicamentos, que se reciben desde el gobierno provincial, para diversos programas de tratamiento de enfermedades crónicas e infecto-contagiosas como TBC, VIH u otras. Ello exigió replantear las modalidades de atención y comunicación con los pacientes, así como la organización de la forma de entrega teniendo en cuenta las restricciones en la circulación debidas al ASPO. Esto requirió la introducción de tecnología en las comunicaciones junto con la coordinación con otros TS y servicios del hospital, por ejemplo, con Servicio Social, que maneja información indispensable para identificar a los pacientes y sus problemáticas.

En varios servicios (farmacia, laboratorio) se definió un nuevo rol, el de personal “circulante”, es decir, aquel que se le asignaba la función de circular garantizando la distribución de información o recursos que no se pudieran realizar de modo digital. En el caso de enfermería, esto se aplicó a la persona a cargo de distribuir EPP, medicación u otros insumos a los pares que estaban realizando tareas asistenciales, a fin de disminuir la entrada y salida de salas y así evitar la contaminación y el recambio de EPP.

Otro cambio significativo en ambas instituciones implicó la reducción de turnos en un intento de agrupar a los TS para alternar guardias en diferentes días o semanas, para facilitar el aislamiento de un pequeño grupo en caso de que uno de ellos esté infectado. (*“dividir [en turno] es también una forma de no exponernos todos al mismo tiempo, siempre y cuando el número de casos diarios lo permita, porque si uno cae, caemos todos”*). La organización de los turnos y la distribución del personal fue revisada y cambió varias veces durante la pandemia -principalmente durante el “pico”, entre septiembre y octubre-, de acuerdo con los cambios en la demanda y el tipo de servicio involucrado. Así, algunos TS fueron relevados de sus deberes normales, por lo que pudieron evitar estar en contacto directo con pacientes de COVID-19 o circular en las áreas llamadas “sucias” del edificio lo que originó algunos conflictos con quienes debían asumir “nuevas” funciones o aumentar su dedicación a medida que aumentaba el número de pacientes con COVID-19. Un TS reflexiona al respecto: *“En los primeros meses,*

sobre todo, el resto de servicios se han quedado un poco aislados, sin demasiada demanda (...) por eso estamos sobrecargados en los servicios de neumonología e infectología”.

La reorganización de tareas también se reflejó en parte en la implementación de interconsultas con profesionales externos al Hospital en el caso de pacientes no-COVID, donde se apeló a contactos personales para efectivizar y agilizar su coordinación, por fuera de los mecanismos formales de referencia y contra-referencia. Este mecanismo (bastante frecuente previo a la pandemia), se potenció en función de las limitaciones formales que obstaculizan el acceso a la atención de pacientes de conjuntos vulnerables de la población. La generalización de esta estrategia se encuentra naturalizada en cierto modo, y en este contexto, resultó crucial para optimizar la circulación de las personas y el manejo de recursos críticos.

En la institución de primer nivel (el CAP) la preocupación por la continuidad en el acceso a tratamiento y control de salud por parte de la población objetivo, profundizó las estrategias de trabajo territorial: “(se) *decidió salir al barrio a dar algún tipo de respuesta a la comunidad*” atendiendo especialmente al rango etario de mayor riesgo (adultos mayores de 60 años) y pacientes con enfermedades prevalentes, en conjunto con el voluntariado universitario de la UNLP. Comenzaron acercando los medicamentos para pacientes crónicos (diabetes, hipertensión) que no acudían a la institución o al Hospital por temor al riesgo de contagio, o por las limitaciones derivadas del ASPO. También se trabajó en aumentar las vacunaciones de adultos mayores durante los meses de abril-mayo-junio de 2020 para prevención de enfermedades como gripe y neumonía, con la intención de prevenir ingresos hospitalarios. También sumaron un espacio de atención telefónica exclusivo para solicitar la vacunación y resolver las consultas vinculadas al acceso a la medicación u otras demandas de atención, en colaboración con los voluntarios de la UNLP.

Las problemáticas vinculadas al control de procesos reproductivos fue un aspecto crucial durante todo el período. Por un lado, se registró un aumento de la demanda en la atención de la salud de la mujer y personas gestantes, debido a la suspensión o interrupción de estas actividades en centros de salud aledaños, lo que generó mayor demanda al CAP, llegando a duplicar el promedio de consultas. Junto a esta situación, algunos efectores del sector privado y obras sociales dejaron de cubrir prestaciones y protocolos, aunque estuvieran obligados por ley, como la entrega de

anticonceptivos o el cumplimiento de protocolos de parto respetado. Un TS plantea, aportando una mirada crítica sobre este hecho: “*En cuarentena las embarazadas siguen el curso de su embarazo, siguen pariendo, siguen teniendo dudas, siguen teniendo pérdidas, siguen teniendo todo*”. Es así que los TS diseñaron una estrategia de abordaje en virtualidad: armaron grupos de WhatsApp con pacientes separadas según su período de gestación (primer, segundo y tercer trimestre) y postparto/puerperio, y a través de ello, resolvieron consultas, se otorgaron turnos bajo un esquema que contemplaba los nuevos protocolos de bioseguridad y distanciamiento social.

Finalmente, se realizaron acuerdos interinstitucionales para el manejo de la atención en los CAP y sus derivaciones a los servicios de maternidades de la ciudad, modificando los plazos y estableciendo criterios para retrasar la hospitalización en casos posibles, y sin mediar complicaciones. También se decidió suspender algunos procedimientos antes considerados “de rutina” y sólo realizar procedimientos de alta complejidad cuando corresponde, evaluando riesgos en función de la situación del paciente y de la dinámica epidemiológica. Todas estas decisiones se tomaron y se revisaron múltiples veces, en función de la incertidumbre inicial y de la complejidad de situaciones que iban afectando a los servicios de salud. En tal sentido, muchos plantearon una mirada crítica y reflexiva de sus propias acciones, reconociendo en retrospectiva, lo inédito de la situación y la falta de criterios claros, que dejaron expuestos a los TS y autoridades de las instituciones

Al interior de ambas instituciones, las nuevas dinámicas de trabajo incluyeron formas de comunicación entre compañeros de un mismo servicio a través de grupos de Whatsapp o reuniones vía Zoom, que sirvieron a múltiples propósitos: compartir trabajos académicos y estudios, pero también comunicar aspectos organizativos de su trabajo diario. Además, es importante resaltar que WhatsApp se convirtió en una plataforma fundamental para casi todas las comunicaciones para evitar el contacto personal. En este sentido, a través de esta aplicación se re canalizaron muchos procesos: toma de decisiones institucionales, prescripción médica para estudios o medicamentos, cesión o cancelación de citas médicas, consultas breves, comunicación con la familia del paciente, derivación de pacientes, su seguimiento. Tanto a nivel de las interacciones por objetivos laborales como los espacios de sociabilidad se vieron reducidos y/ transformados, así como los espacios

para descanso e higiene debieron relocalizarse o adaptarse.

Otro aspecto crucial fue la relocalización del personal, con la consecuente redefinición de roles, tareas y responsabilidades. Como ejemplo, podemos citar el servicio de consultorios para la atención permanente de casos de COVID-19. Al inicio, las consultas se recibían durante el día, pero con el transcurrir de la pandemia la frecuencia aumentó tanto en las jornadas diurnas como nocturnas. Esta situación se agudizó en el momento en que los TS también se contagiaban de COVID-19. Ante esta situación, se dispuso que el personal de otros servicios realizara apoyo a dicho consultorio, lo que introdujo la necesidad de coordinación y relocalización temporaria de médicos de diferentes especialidades.

Por último, las tareas vinculadas a la vigilancia epidemiológica requirieron también redefinir la estrategia del personal afectado a las tareas de testeo, relevamiento de información sobre casos y contactos y notificación en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Nuevas colaboraciones emergieron para dar respuesta en tiempo acotado a la demanda asistencial y la tarea de informar con datos confiables y precisos a las autoridades sanitarias. La apertura de nuevos mecanismos de comunicación entre el personal y entre éste y los pacientes, generó una demanda y mayor disponibilidad que excedió notablemente las horas de la jornada de trabajo y se extendió a otros espacios más allá de los institucionales

Las situaciones descritas hasta aquí dan cuenta de que más allá de acuerdos y tensiones iniciales que se registraron entre algunos servicios, como consecuencia lógica del planteo de nuevas reglas y condiciones de trabajo inéditas, paulatinamente se generaron acuerdos para priorizar los aspectos clave como los vinculados a la protección de TS y pacientes, a la reducción de su circulación y estadía en el hospital y en la garantía de acceso a prestaciones impostergables.

## **5. DISCUSIÓN**

La importancia de analizar las formas de reorganización de los servicios de atención y de los trabajadores de la salud para el manejo de la pandemia de COVID-19, así como las estrategias implementadas para asegurar la continuidad de áreas y servicios de salud no vinculados a la COVID-19 (la atención primaria, o el tratamiento de enfermedades crónicas y no transmisibles, entre otros) radica en la necesidad de comprender las

características específicas que ha tomado la pandemia en Argentina como parte de una dinámica social y de gestión política de la salud.

En coincidencia con Singer y Rylko-Bauer (2021), el concepto de *sindemia* nos permite vincular un fenómeno epidemiológico de escala global, como es la transmisión del virus Sars-CoV-2, con sus expresiones locales, reconociendo que su dispersión, lejos de igualarnos frente a la adversidad, radicalizó las desigualdades socioeconómicas previas. Asimismo, ha puesto al sistema de salud local en una de las mayores tensiones de su historia, de forma que las inequidades existentes al interior de los países moldearán dramáticamente la experiencia de las personas frente a la pandemia. Dan muestra de esto investigaciones como la de Schettini (2021), quien además del impacto sanitario y económico de la COVID-19, señala un tercero que denomina *tragedia social*, vinculado a los sectores más vulnerables de la población en los cuales se han agudizado las desigualdades, transformando sus prácticas cotidianas y sus trayectorias de vida. Estos sectores vulnerables incluyen, desde luego, gran parte del personal de salud y otros trabajadores esenciales, que durante todo este tiempo han visto suspendidos y postergados derechos y cuidado propio, y han debido sostener rutinas laborales, domésticas y de cuidado de otros, a la par de las transformaciones y la exposición a riesgos en sus espacios de trabajo (Sy, et al, 2021).

Investigaciones realizadas sobre COVID-19 y otras epidemias en distintos países muestran algunos factores que se repiten al analizar la conducta de TS en tiempos de crisis. Estos afectan el desempeño y la organización de TS de manera significativa, como por ejemplo: el miedo al contagio, la preocupación por la salud familiar, el aislamiento interpersonal, la extensión y características de la cuarentena, la confianza y apoyo de su organización, la implementación organizacional de medidas de control de prevención de infecciones, el cumplimiento de las medidas de protección, la información sobre los riesgos y lo que se espera de ellos, el estigma u otras formas de discriminación (Koh et al. 2011; Ives et al. 2009; Maunder et al. 2010; Imai y col. 2009). Un punto a destacar en la información relevada refiere a las barreras a nivel institucional y comunitario que encuentran los TS para cumplir con las medidas y poner en práctica protocolos y normativas, generando impacto negativo en su salud mental, sumado a diferentes dificultades derivadas del multiempleo, responsabilidades domésticas, composición familiar y

apoyo social. Nuestros resultados se alinean con estudios como el de Vindrola et al. (2020) que focaliza en el impacto de la sobrecarga de trabajo junto con las medidas de distanciamiento y aislamiento social sobre la salud mental y bienestar de los trabajadores.

Las situaciones descritas en este trabajo, relacionadas con la reorganización de espacios, tareas, roles y articulaciones entre trabajadores y servicios como parte de las estrategias de organización frente a la pandemia, suponen una ruptura con respecto a rutinas de trabajo naturalizadas. Junto con el impacto en la salud, bienestar y vida cotidiana de los TS, nuestro estudio da cuenta fundamentalmente de soluciones creativas y modalidades colectivas de organización, de la capacidad de los TS para adaptarse a las situaciones cambiantes, adecuar normas y protocolos, entre otros, innovando ante infraestructuras de salud dispares, dando cuenta de inequidades del sistema de salud previas que se vieron acentuadas durante la emergencia. Por ejemplo, el cambio en la dinámica institucional que requiere la organización de personal, recursos e infraestructura de movilidad para salir a buscar activamente y contactar -de manera presencial o mediante el uso de mensajería y telemedicina- a las personas que no estaban asistiendo tanto al Hospital como al CAP, garantizando el acceso a la salud, desafiando los obstáculos propios de la estrategia de focalización excesiva en la COVID-19, cuyos límites se advirtieron prontamente. En este cambio de estrategia se observa la puesta en práctica de un diagnóstico de situación complejo, que reúne múltiples dimensiones que preocupó al personal y autoridades de las instituciones: el empeoramiento de salud general de la población local frente a la suspensión de turnos de control monitoreo de embarazadas y calendario de vacunación en niños, niñas, jóvenes y adultos, entre otros.

Como se desprende de nuestros resultados, cada uno de los cambios introducidos en la organización del Hospital y del CAP debió hacerse sobre la base de las condiciones materiales y problemáticas preexistentes que, en muchos casos, limitaron las opciones. Parte de las estrategias de preparación y afrontamiento de lo desconocido, lo incierto y lo ambiguo implicó colaborar e innovar tanto a nivel de la formación, del compartir la evidencia e información disponible sobre las novedades del virus y la disponibilidad de recursos materiales, muchas veces escasos. También implicó relocalizar personas, ampliar mecanismos para acceder a información y recursos a nivel

institucional, reorganizar una y otra vez el tiempo y el espacio además del inestimable compromiso de actores y recursos por fuera de la institución o los organismos de salud. En estas circunstancias, desde organizaciones de la comunidad, sindicatos e instituciones universitarias colaboraron con recursos materiales, edificios y humanos para apoyar tareas de promoción, testeo y atención hacia adentro y hacia afuera de las instituciones (Tauber 2020).

Los datos relevados hasta el momento indican la necesidad de profundizar en acciones, vinculadas a las estrategias de los TS para afrontar la pandemia, visibilizar y evaluar la eficacia de las estrategias desplegadas por ellos y tomadores de decisión en función de recursos, saberes y valores locales y a la vez, dar cuenta de las consecuencias sobre el trabajo cotidiano, su salud y bienestar. Asimismo, los resultados dan cuenta del impacto de la COVID-19 y el ASPO en la atención de otros problemas de salud y cuidado, incrementando la vulnerabilidad de ciertos sectores de la población bonaerense. Dan muestra de esto los datos epidemiológicos que indican una mayor cantidad de casos confirmados y de número de muertes en los barrios de mayor vulnerabilidad tanto en la zona la ciudad de La Plata como en otras áreas del AMBA (Yacobitti et al 2021). De manera que estos resultados están en línea con los planteos de Ennis-McMillan y Hedges (2020) cuando afirman que las desigualdades en las estructuras sociales producen una exposición y un tratamiento desigual frente a las enfermedades, especialmente durante un brote, cuando todos los recursos se ven limitados. Asimismo, la información relevada sobre la dinámica sanitaria desplegada en el territorio revaloriza la articulación entre los niveles de atención, revelando un modelo “hospitalocéntrico” ya obsoleto para las necesidades poblacionales actuales (Remorini et al. 2021), siendo la mirada antropológica de gran apoyo a una gestión territorial (Ruiz et al. 2020).

## **6. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS**

Tal como señalan Ennis-McMillan y Hedges (2020), durante una epidemia ocasionada por una nueva enfermedad, los investigadores detectarán inevitablemente las pandemias, que consisten en el aumento del daño debido a la interacción del nuevo patógeno con otras condiciones de salud y desigualdades sociales. Es decir, la COVID-19 interacciona con otras condiciones de salud adversas en el marco de un conjunto de condiciones

sociales que también amenazan la salud, por ejemplo, condiciones nocivas de vida, laborales o ambientales, o desigualdades en las relaciones de poder. En este contexto, la antropología contribuye a preparar respuestas, anticipando los impactos en la coexistencia con VIH, asma, diabetes, inseguridad alimentaria y de agua, mala calidad del aire y otras condiciones que son comunes entre los grupos más vulnerables (Ennis-McMillan y Hedges 2020).

Desde marzo de 2020 en adelante, los organismos públicos en Argentina formularon una serie de recomendaciones que fueron adquiriendo mayor focalización, prevaleciendo una visión homogénea de los conjuntos sociales a los que se dirige, desconociendo la interseccionalidad de variables a escala local. Los datos sobre procesos a microescala contribuyen a generar perspectivas que den cuenta de las conexiones a escalas meso y macro en la estructura social (Teves, Remorini y Morgante 2020).

Las condiciones particulares que caracterizan este estudio hacen difícil su generalización a otros contextos. Sin embargo, hemos podido reconocer puntos en común con las experiencias relevadas por otros equipos de investigación tanto de nuestro país como de otros países con quienes avanzamos en un estudio comparativo internacional, que resulta en una producción conjunta, de próxima publicación en formato de libro, titulado “Healthcare workers and the COVID-19 pandemic: A global picture” (Vindrola & Johnson, Eds).

Es importante resaltar el valor que agrega la metodología cualitativa en el planteo de estas problemáticas y en la obtención e interpretación de información específica sobre lógicas locales de trabajo y factores contextuales a partir de las cuales los TS generaron las estrategias necesarias para hacer frente a este proceso incierto. En palabras de Ennis-McMillan y Hedges (2020) hemos contribuido en el proceso de generar conocimiento sobre la vulnerabilidad interna dentro de los sistemas.

En particular, la perspectiva etnográfica implementada en esta investigación permitió la recolección de información siguiendo el desarrollo de la sindemia, acompañando momentos críticos, transiciones y puntos de quiebre, lo que tiene ventajas y desventajas, como señalan Sy et al. (2021). Frente a la emergencia del tema y la necesidad de contar con datos que den cuenta de la actualidad, la investigación se desarrolla mientras aquello que nos interesa estudiar está ocurriendo, lo que permite acceder a relatos que ofrecen descripciones

muy vívidas y ancladas en momentos específicos, atravesados por eventos que se van sucediendo de manera a veces abrupta e inesperada, otros más previsibles, marcadas por el desgaste de los TS entrevistados, entre otros factores. Por otra parte, tuvo la desventaja de no poder realizarse un trabajo de campo que incluyera el contacto directo, la observación in situ, debido al ASPO.

El enfoque de la etnografía aplicada, a través de la descripción de prácticas de cuidado y rutinas diarias, aporta al entendimiento situado de mecanismos de *abajo-hacia-arriba* que permiten, por ejemplo, ajustar nuevos protocolos y criterios innovadores a las realidades inciertas producidas en este contexto. Asimismo, permite dar cuenta de los parámetros locales de incertidumbre y riesgo percibido que afecta al trabajo de profesionales sanitarios, las interacciones micro-sociales, las prácticas de cuidado y las reglas emergentes. Es un enfoque que permite la identificación de variables como un insumo fundamental para señalar problemáticas estructurales y funcionales del sistema de salud durante la pandemia así como actores sociales clave para transferir información que, a su vez, devenga en cambios de la toma de decisiones en las políticas de salud y la organización de los servicios de atención.

Los datos acerca de las realidades diversas y desiguales de los TS basada en su reflexión y experiencia personal y colectiva, son fundamentales para discutir los procesos de salud desde una perspectiva multidimensional, integrando conceptos y metodologías que den consistencia a los hallazgos.

Finalmente, nuestro estudio aporta al entendimiento de las expresiones locales de una sindemia, cuyos impactos sólo han comenzado a desentrañarse. Desde las narrativas y experiencias se desprende que gran parte del resultado actual está moldeado por las condiciones preexistentes estructurales que fueron exacerbadas por la pandemia, en función de las características del sistema sanitario y del contexto socioeconómico y político más amplio. En otras palabras, la dinámica de las sindemias nos permite reconocer cómo los factores políticos y sociales generan instancias de condicionamiento que impulsan, perpetúan o agravan la aparición y agrupación de enfermedades (Mendenhall 2020). Ante la crisis, la etnografía aporta evidencias de las dinámicas que describen y explican los entornos comunitarios e institucionales en los que se despliegan las estrategias de los trabajadores y las instituciones de salud. La crisis de la COVID-19 y el regreso a

nuevas normalidades nos desafían a ofrecer contribuciones antropológicas que articulen con las políticas públicas nacionales y el interés de los diversos sectores sociales y culturales de Argentina.

### AGRADECIMIENTOS

Este estudio no contó con financiamiento específico. Agradecemos a las autoridades de la Universidad Nacional de La Plata por su aval académico y la facilitación de gestiones indispensables para su desarrollo. Deseamos agradecer a Laura Palermo, Victoria Salsa Cortizo, Joaquín Zucol, Santiago Cisternas y Tatiana Furiase por el apoyo en la realización de tareas de relevamiento y de análisis del material. Asimismo, a los profesionales que participaron en la instancia de validación de los instrumentos. Muy especialmente, a las autoridades y referentes de las instituciones donde se realizó el estudio y a los trabajadores de la salud voluntarios en el estudio, reconociendo su labor incansable y su compromiso con la salud pública.

### REFERENCIAS

1. Araya, C. M., & Pisani, A. M. O. (2020). Pandemia por COVID-19: un hecho social total. Sus efectos sobre la salud mental de los chilenos. *Revista Chilena de Salud Pública*, 13-29. Disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/60371/63865>
2. Block, E. (2020). Exposed intimacies: Clinicians on the frontlines of the COVID-19 pandemic. *Anthropology in Action*, 27 (2): 63–67.
3. Cardoso, T. (2020). La utilidad de los enfoques biosociales como marco para una Antropología Médica de la pandemia por SARS-CoV-2 / Covid-19. *Revista española de antropología física*, (42): 44-69. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7942822>
4. Carvajal, K. V., Arluciaga, F. V., Olate, V. S., & Salazar, C. S. (2021). Violencia hacia la mujer durante la pandemia por COVID-19: escenario de América del Sur. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 61 (1): 19-3261(1), 19-32. Disponible en: [https://cms.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/04/CMS\\_1\\_2021-1.pdf](https://cms.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/04/CMS_1_2021-1.pdf)
5. Castro, Rodrigo et al (2020). Análisis y Control basado en Datos - COVID-19 en Argentina. Instituto UBA-CONICET de Ciencias de la Computación. Available at <http://sedcovid.exp.dc.uba.ar/dash/>
6. Ennis-McMillan, M., Hedges, K. (2020). Pandemic Perspectives: Responding to COVID-19. *Open Anthropology*, 8 (1). Disponible en: <https://www.americananthro.org/StayInformed/OAArticleDetail.aspx?ItemNumber=25631>
7. Horton R. (2020). Offine: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*, 396: 874.
8. Imai, H., Matsuishi, K., Ito, A., Mouri, K., Kitamura, N., Akimoto, K., Mino, K., Kawazoe, A., Isobe, M., Takamiya, S., y Mita, T. (2010). Factors associated with motivation and hesitation to work among health professionals during a public crisis: a cross sectional study of hospital workers in Japan during the pandemic (H1N1) 2009. *BMC public health*, 10, 672. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-672>
9. Irons, R. (2020). Pandemic... or Syndemic?. Re-framing COVID-19 disease burden and underlying health conditions. *Anthropology EASA*, 0. 1-2.
10. Ives, J., Greenfield, S., Parry, J. M., Draper, H., Gratus, C., Petts, J. I., Sorell, T., y Wilson, S. (2009). Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. *BMC public health*, 9, 56. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-56>
11. Koh, Y., Hegney, D. G., & Drury, V. (2011). Comprehensive systematic review of healthcare workers' perceptions of risk and use of coping strategies towards emerging respiratory infectious diseases. *International journal of evidence-based healthcare*, 9(4), 403–419. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00242.x>
12. Lolas Stepke, F. (2020). Perspectivas bioéticas en un mundo en sindemia. *Acta bioethica*, 26(1), 7-8. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000100007>
13. Luzuriaga MJ, Zunino MG, Venturini IJ, Gaiano A. (2021). *Integración del sistema de salud. Nuevos desafíos para la política argentina. Informe RAIIS* (5).
14. Maunder, R. G., Lancee, W. J., Mac, R., Vincent, L., Peladeau, N., Beduz, M. A., Hunter, J. J., y Leszcz, M. (2010). Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: a randomized trial of the optimal dose of training. *BMC health services research*, 10, 72.

- <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-72>
15. Mendenhall, E. (2020). The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *The Lancet*, 396 (10264), 1731.
  16. Michie, S. (2020). Behavioural science must be at the heart of the public health response to covid-19. *Blog The BMJ Opinion*. Disponible en <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/02/28/behavioural-science-must-be-at-the-heart-of-the-public-health-response-to-covid-19/>
  17. Moglia B, Derossi PD, Aragunde GE, Sy A. (2020). Transformaciones en los espacios de atención a la salud durante la emergencia sanitaria. Un análisis exploratorio de las narrativas de los trabajadores. *XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario de Salud y Población "Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes"*. 2, 3 y 4 de septiembre de 2020. Buenos Aires: Argentina. Disponible en: <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/108/2020/10/Mesa4.zip>
  18. Oliveira, T. L., Matos, L. O., Ghirotto Santos, M., Laurino, B. van S. M., Oliveira, A. F., & Regitano, A. (2020). Para que serve a antropologia (em tempos de Covid-19)? *Cadernos De Campo (São Paulo - 1991)*, 29(supl), 1-15. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v29isupl1-15>
  19. Ortiz, Z., Antonietti, L., Capriati, A., Ramos, S., Romero, M., Mariani, J., Ortiz, F. y M. Pecheny (2020). Preocupaciones y demandas frente a COVID19. Encuesta al personal de Salud. *Medicina*, 80. Buenos Aires.
  20. Remorini, C., Sy, A., Teves, L., Moglia, B. y M. Castro (2021). "Dealing with the COVID-19 Pandemic in Buenos Aires: Lessons Learned and Challenges from Healthcare Workers' Experiences and Perspectives". *Virtual Annual Meeting Society for applied anthropology*, realizado en marzo. Disponible en [https://whova.com/embedded/session/saac\\_202103/1500491/](https://whova.com/embedded/session/saac_202103/1500491/)
  21. Ruiz, M. E., Carimoney, A. Á., Vidal, M. S. A., & Pisani, A. M. O. (2020). Desigualdades sociales y procesos de salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19: un análisis en clave antropológica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 68-78. Disponible en: <https://revistaidiem.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/60387/63869>
  22. San Juan, V., Accituno, D., Djellouli, N., Sumray, K., Regenold, N., Syversen, A., Symmons, S., Dowrick, A., Mitchinson, L., Singleton, G. y Vindrola-Padros, C. (2020). Healthcare Workers' Mental Health and Wellbeing During 26 the COVID-19 Pandemic in the UK: Contrasting Guidelines with Experiences in Practice. *medRxiv* 2020.07.21.20156711. <https://doi.org/10.1101/2020.07.21.20156711>
  23. Schettini, P. (2021). "Los mundos de la cuarentena. Condiciones de vida y acciones de estado en sectores vulnerables de La Plata y Gran La Plata en Argentina". En: Del Campo Tejedor, A (Ed). *Pensar la pandemia: Más allá de la sanidad y la economía*. Ed. Dykinson S.L, Madrid. pp. 205-222. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0d5x>
  24. Singer, M., Clair, S. (2003). Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*, 17(4), 423-441. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>
  25. Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
  26. Singer, M., Rylko-Bauer, B. (2021). The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. *Open Anthropological Research*, 1 (1): 7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>
  27. Sy, A.; Moglia, B. y Derossi, P. (2021). "Todo se transformó completamente" atención a la pandemia de COVID-19 desde la perspectiva de los trabajadores de la salud. (Manuscrito inédito)
  28. Tauber, F. (2020). La UNLP frente al COVID-19: acciones, articulaciones y estrategias desplegadas para la prevención, monitoreo y control de la pandemia, y el fortalecimiento del sistema público de salud. En: Saintout, F. *Las universidades no se distancian: solidaridad, conocimiento y políticas públicas*. La Plata: EDULP. Disponible en: <http://seduci.unlp.edu.ar/handle/10915/112649>
  29. Team, V., Manderson, L.(2020) How COVID-19 Reveals Structures of Vulnerability, *Medical Anthropology*, 39:8, 671-674. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1830281>
  30. Teves, L., Remorini, C., & Morgante, M. G. (2020). Estrategias etnográficas para

- un encuadre innovador del COVID-19. *Innovación y Desarrollo Tecnológico y Social*, 2(2), 306-335. <https://doi.org/10.24215/26838559e026>
31. Tricco, A., Langlois, E. y S. Straus (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide*. World Health Organization, Alliance for Health Policy and Systems Research. Disponible en: <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/>
  32. Vanderslott, S. y Marks, T. (2020). Travel restrictions as a disease control measure: Lessons from yellow fever. *Global Public Health*, 16(3), 340-353. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1805786>
  33. Vindrola-Padros, C., Chisnall, G., Cooper, S., Dowrick, A., Djellouli, N., Symmons, S. M., Martin, S., Singleton, G., Vanderslott, S., Vera, N., y Johnson, G. A. (2020). Carrying Out Rapid Qualitative Research During a Pandemic: Emerging Lessons From COVID19. *Qualitative health research*, 30(14), 2192–2204. <https://doi.org/10.1177/104973232095152>
  34. Vindrola-Padros, C., & Johnson, G. A. (2020). Rapid techniques in qualitative research: A critical review of the literature. *Qualitative Health Research*, 30(10), 1596-1604.
  35. Vindrola-Padros, C. y G. Johnson (eds.) (2021 en prensa). *Healthcare workers and the COVID-19 pandemic: A global picture*. Pelgrave MacMillan Publishers. Londres, Reino Unido.
  36. Yacobitti, A., Arruabarrena, V. S. D., Arano, J., Lage, S., Silberman, M., Zubieta, M., ... & Kochen, S. (2021). Población hospitalizada con diagnóstico de Covid-19 en los centros de salud públicos de la región sudeste del Gran Buenos Aires. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(1), 17-24. <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n1.31146>