



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**

COHORTE 20a 2017- 2019

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO DE TESIS

**Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19
en la voz del personal de enfermería**

MAESTRANDA

Lic. Paula Daniela Derossi

DIRECTORA

Dra. Anahí Sy

FECHA DE ENTREGA

Diciembre 2023

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COHORTE 20a 2017- 2019

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO DE LA TESIS

**Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19
en la voz del personal de enfermería**

MAESTRANDA

Lic. Paula Daniela Derossi

DIRECTORA

Dra. Anahí Sy

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primera instancia a esa energía que me funde y me expande con el todo y con cada uno, a mi familia por caminar conmigo en cada viaje que decidí encarar y quienes han sido los impulsores de cada paso que di. A mi directora por su paciencia y su capacidad de acompañamiento constantes y a todas/os los docentes que me han hecho llegar hasta aquí. Finalmente, a mis colegas, compañeras/os y amigas/os por esas insoportables horas de escucha afectiva de mis dudas, dilaciones, marchas y contramarchas.

RESUMEN

Durante la pandemia de COVID-19 en Argentina, el trabajo del sector salud se vio transformado. Se produce un aumento de la demanda de personal, se intensifica el trabajo y se despliegan nuevas estrategias, protocolos y normativas de cuidado. La pregunta de investigación se orienta a reconocer cuáles son las principales dificultades y problemas identificados por las/os trabajadoras/es de enfermería de hospitales públicos del conurbano bonaerense ante las nuevas normas y protocolos que regulan la atención y el cuidado de la salud en el contexto de la pandemia por COVID-19 ¿De qué manera intervienen las condiciones de trabajo, la trayectoria de estos profesionales, así como la subjetividad, las emociones y los afectos, en la resolución de estos problemas? El diseño metodológico es de tipo cualitativo, con entrevistas en profundidad realizadas a trabajadoras/es de enfermería del sector público del conurbano bonaerense, para analizar y describir sus experiencias de atención y cuidado de la salud, narradas en el contexto de la pandemia por COVID-19. Estas entrevistas fueron registradas en audio, luego transcritas, realizando un análisis de contenido. Entre los resultados se destaca en las narrativas una tensión entre lo exigido y lo posible; lo normado y lo que efectivamente puede realizarse en las condiciones de trabajo del sector. En ese marco, prevalece el cuidado a los/as otros/as usuarios/as, familia, colegas, por sobre el autocuidado, con una significativa percepción de deterioro de la propia salud y desamparo institucional. El miedo, la angustia, el agotamiento y el enojo son emociones que emergen de forma recurrente. En tal sentido, muchas enfermeras/os reconocen que ser protagonistas y no espectadores de lo que les pasa es el camino para modificar el imaginario social de abnegación, sometimiento y sacrificio que acompaña a la historia de esta profesión.

Palabras clave: Pandemia –Covid-19- hospitales- enfermería.

ABSTRACT

During the COVID-19 pandemic in Argentina, the work of the healthcare sector underwent a transformation. There was an increase in the demand for personnel, an intensification of work, and the implementation of new strategies, protocols, and care regulations. The research question aims to acknowledge the main difficulties and problems identified by nursing professionals in public hospitals in Buenos Aires suburban areas regarding the new norms and protocols regulating health care in the context of the COVID-19 pandemic. How do working conditions, the professional trajectory of these individuals, as well as subjectivity, emotions, and affections, intervene in the resolution of these problems? The methodological design is qualitative, involving in-depth interviews with nursing professionals from the public sector in Buenos Aires suburban areas to analyze and describe their experiences in health care, narrated in the context of the COVID-19 pandemic. These interviews were recorded in audio, transcribed, and subjected to content analysis. Among the results, the narratives highlight a tension between what is required and what is possible; between what is regulated and what can effectively be done given the working conditions in the sector. In this context, the care of other users, family, and colleagues takes precedence over self-care, with an increased perception of personal health deterioration and institutional abandonment. Fear, anguish, exhaustion, and anger are emotions that recurrently emerge. In this regard, many nurses recognize that being protagonists and not spectators of what happens to them is the way to change the social imaginary of selflessness, subjugation, and sacrifice that accompanies the history of this profession.

Keywords: Pandemic –Covid-19– hospitals – nursing.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Personas entrevistadas por género y edad.....	58
---	----

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Hospitales Zonales e Interzonales de la Región Sanitaria VI.....	52
---	----

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AGN	- Archivo General de la Nación
AMBA	– Área metropolitana de Buenos Aires
ASPO	– Aislamiento social preventivo y obligatorio
ATE	– Asociación de Trabajadores del Estado
BVS	– Biblioteca Virtual en Salud
CABA	– Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAFO	– Cánula nasal de alto flujo de oxigenoterapia
CAPS	– Centros de atención primaria de la salud
CeTeC	– Centro de Telemedicina bonaerense
CFE	– Consejo Federal de Educación
CIE	– Consejo Internacional de Enfermería
CODE	– Consultorio de demanda espontánea
DiSPO	– Distanciamiento social preventivo y obligatorio
Enfa.	– Enfermera
Enfo.	– Enfermero
EPP	- Elementos de protección personal
FeSProSa	- Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina.
IRAB	– Infecciones respiratorias agudas bajas
ISCo	– Instituto de Salud Colectiva
LILACS	- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
MMH	– Modelo médico hegemónico
Neo.	- Neonatología
OFerHuS	– Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud
OMS	– Organización Mundial de la Salud
PISAC	- Programa de Investigación sobre la Sociedad Argentina Contemporánea
PNUD	- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
ProNaFE	– Programa Nacional de Formación de Enfermería
ReFePS	– Registro Federal de Profesionales de la Salud
SaDoFe	– Sábados, domingos y feriados
SciELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i> (Biblioteca Científica Electrónica en Línea)
Superv.	– Supervisora

UNLa – Universidad Nacional de Lanús

UTI – Unidad de terapia intensiva

UTIP – Unidad de terapia intensiva pediátrica

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	12
1.1. <i>Delimitación del problema.....</i>	<i>12</i>
1.2. <i>Hipótesis de trabajo.....</i>	<i>17</i>
1.3. <i>Justificaciones</i>	<i>17</i>
1.3.1. Personal	18
1.3.2. Social.....	20
1.3.3. Académica	22
2. ESTADO DEL ARTE.....	25
2.1. <i>Trayectoria del personal de Enfermería.....</i>	<i>31</i>
3. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	36
3.1. <i>Organización de los servicios de salud</i>	<i>36</i>
3.2. <i>La organización desde la planific-acción y las comunicaciones .</i>	<i>38</i>
3.3. <i>Gestión del trabajo en salud: normas, estrategias y desafíos</i>	<i>40</i>
3.4. <i>Condiciones de trabajo: el personal de enfermería en particular</i>	<i>42</i>
3.5. <i>El cuidado.....</i>	<i>44</i>
3.6. <i>Subjetividad relaciones y significados</i>	<i>46</i>
3.7. <i>Emociones</i>	<i>48</i>
3.8. <i>Diseño Metodológico</i>	<i>48</i>
I. Escenarios de trabajo:	54
I.I Condiciones de Trabajo:.....	54
I.II Vínculos y Relaciones:	54
II. Transformaciones:.....	54
III. Modos de producción del cuidado:.....	54
IV. Emociones:	54

V. Desafíos:.....	55
4. OBJETIVOS	57
4.1. <i>Objetivo general</i>	57
4.2. <i>Objetivos específicos</i>	57
5. RESULTADOS.....	58
I. <i>Escenarios de Trabajo</i>	59
I.I Condiciones de trabajo:	59
I.II Vínculos y relaciones:	64
II. <i>Transformaciones</i>	69
II.I Espacios,.....	69
II.II Prácticas:.....	72
III. <i>Modos de producción del cuidado</i>	76
III.I Cuidado de las/os otras/os: usuarias/os.	77
III.II Cuidado de sí: autocuidado	79
III.III Cuidado doméstico: hacia familiares y afectos.....	80
III.IV Cuidado colectivo: entre compañeros/colegas	81
III.V Cuidado institucional:	82
IV. <i>Emociones</i>	84
IV.I Miedo	84
IV.II Angustia	86
V. <i>Aprendizajes y Desafíos</i>	87
6. CONSIDERACIONES FINALES.....	91
7. RECOMENDACIONES.....	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
APÉNDICES.....	121
ANEXOS.....	125

1. INTRODUCCIÓN

1.1.Delimitación del problema

El trabajo humano, no puede inscribirse en sí mismo, sino en la conformación social de los sujetos desde su origen, con su historia y en el contexto en el que se desarrollan, conforman y dan sentido a su tarea.

Los trabajadores de la salud son el producto de una red de relaciones sociales en las que están sumergidos y al mismo tiempo constructores de esa misma red (Campos, 2009).

El caso de las y los trabajadoras/es de enfermería en nuestro país también presenta sus particularidades y heterogeneidad, se trata de un campo de formación y trabajo que ha cambiado mucho en el último tiempo, que se ha tornado visible con la pandemia y que exige una escucha y abordaje singulares.

Esta disciplina conforma el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el 59% de las profesiones sanitarias (East, Laurence & Mourelo, 2020). Asimismo, tiene la particularidad de ser la actividad con mayor nivel de feminización, el 74% de quienes trabajan en el área de enfermería son mujeres¹ es en este sentido que podemos encontrar en diversos textos o artículos referencias a este sector con el genérico femenino “las enfermeras” el cual incluye también a los varones enfermeros.

Las formas de empleo del sector se organizan en ocupaciones profesionales, técnicas y operativas; y está caracterizado por una gran heterogeneidad. La fuerza de trabajo con menor calificación representa un porcentaje elevado en la profesión; específicamente el 34,7% son auxiliares en enfermería, el 49% tiene formación técnica y el 16,2% posee licenciatura en Enfermería (East, Laurence & Mourelo, 2020).

De acuerdo al Registro Federal de Profesionales de Salud (ReFePS) de la República Argentina, las/os trabajadoras/es de Enfermería alcanzan un total de 234.527. Y su relación con la población del país representa 52,19 del personal de enfermería cada diez mil habitantes, contabilizando los tres niveles de formación; mientras que, si consideramos enfermeras/os y licenciadas/os, la tasa desciende a 35,57 cada 10.000 habitantes (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (OFeRHuS, 2021.p.1).

Si consideramos el período (2016-2019) la categoría de técnicas/os tiene un incremento del 21%, la categoría de licenciadas/os un aumento del 37,5%, con un descenso del 7,5 % de la

¹ <https://www.osinsa.org/2018/11/08/informe-anual-osinsa-2018/>

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

categoría de auxiliares. Estas mejoras pueden ser atribuibles a la implementación del Programa Nacional de Formación en Enfermería (ProNaFE)² en todo el país, junto con la decisión del Ministerio de Salud, de no expedir matrículas nacionales a las/os auxiliares a partir de 2015 y promoviendo desde el Ministerio de Educación, a través de la Resolución CFE 2083 (2011), la adecuación gradual de las/os auxiliares de enfermería hacia trayectorias formativas que promuevan a la obtención del título de técnicos superiores (OFeRHuS, 2021).

Sin embargo, es importante continuar prestando atención a esta evolución ya que este esfuerzo intersectorial que combina políticas públicas y normativas se dirige explícitamente a la formación de la disciplina en términos técnicos y no profesionales.

En noviembre del año 2022, luego de incansables reclamos y movilizaciones por parte de las/os trabajadoras/es, se logró el fallo de la justicia porteña en favor de las enfermeras y enfermeros. Por orden de la magistrada interviniente se instó a las autoridades de la gobernación de la Ciudad autónoma de Buenos Aires al reconocimiento e integración dentro de la carrera profesional, determinando que la licenciatura en Enfermería constituye una profesión universitaria que «cumple con los requisitos exigidos en el Artículo 5 de la Ley N° 6.035³.

La distribución geográfica se muestra como un condicionante de relevancia en Argentina. Datos oficiales del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (OFeRHuS) del 2019, indican una tasa de enfermeras/os profesionales (licenciadas/os y técnicas/os) de 3,55 por cada mil habitantes con notables disparidades dentro del ámbito nacional, dado que 13 provincias se sitúan por debajo de ese valor. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se encuentra muy por encima del resto de las jurisdicciones, existiendo 6,44 enfermeras/os cada mil habitantes. Mientras que provincias como Formosa, Catamarca y Santiago del Estero registran los números más bajos, con 1.86, 0.96 y 0.51 enfermeras/os cada mil habitantes respectivamente (OFeRHuS, 2020).

A la distribución dispar de enfermeras/os en el país, la precariedad estructural y coyuntural de enfermería, se suma el hecho, que el sector se caracteriza por tener vacíos normativos y heterogeneidad en cuanto a calificación, categorización salarial, representación

² Mediante la resolución N°290/16 del Consejo Federal de Educación se crea El Programa Nacional de Enfermería (ProNaFE) con el objetivo de “aumentar la cantidad y calidad de los técnicos superiores en enfermería en Argentina a través del fortalecimiento institucional y académico de instituciones superiores de gestión pública y privada con oferta en enfermería”. La vigencia de programa fue renovada por la Res. N° 385/20 del CFE.

³ El 8-11-2022, La Justicia ordenó al gobierno porteño que reconozca a los enfermeros y enfermeras como profesionales de la salud: <https://actualidadjuridicaonline.com/la-justicia-ordeno-al-gobierno-porteno-que-reconozca-a-los-enfermeros-y-enfermeras-como-profesionales-de-la-salud>

sindical y jurisdicción de pertenencia, lo cual afecta el efectivo cumplimiento de sus derechos (PNUD, 2018).

El trabajo en salud es un acto de cuidado, la falta de personal para algunas áreas, extensas jornadas de trabajo, pluriempleo, escasez de recursos materiales y bajos salarios de algunas ocupaciones tal como se describe anteriormente, en particular en enfermería, no sería inocuo. El cuidado implica también un intercambio de subjetividades⁴ portadoras, de un alto grado de angustia por parte del usuario, tensiones, cansancio, largas horas de espera para la atención, malestar, dolor, entre otras, (Gilardi, Guglielmetti & Pravettoni, 2014; Hilligoss, 2014; Iedema & Merrick, 2016; Person, Spiva & Hart, 2013). Contextos en los cuales, además, las/os trabajadoras/es tienen la percepción de riesgo personal y hacia la familia, como durante catástrofes o epidemias, se observa una mayor resistencia o disminución de la voluntad para presentarse a trabajar. A propósito de la pandemia aludida, Ramírez-Ortiz *et al.* (2020), señalan que la posibilidad de enfrentar dilemas éticos relacionados a la escasa disponibilidad de recursos en proporción a la cantidad de casos clínicos genera altos niveles de estrés, angustia, insomnio, así como también miedo, asociado a la incertidumbre de volver a casa y no saber en qué momento se transforman en silenciosos *contagadores* de sus familias. En ese contexto, la percepción de los propios trabajadores acerca de su entorno físico de trabajo también se muestra como un factor que incide en el proceso de atención, la falta de espacios adecuados, la atención de pasillo, la falta de insumos y de bienes de uso que entorpecen la calidad de atención sumado al clima de tensión de la demanda por parte de los usuarios inciden de manera directa en la atención (Kelley *et al.*, 2011). Un estudio llevado adelante en el sistema de salud de Argentina en los tres subsectores señala, que la dimensión percibida con mayor frecuencia como inadecuada fue la de recursos institucionales, y la disponibilidad de equipos de protección personal, identificada como una de las principales preocupaciones. Además, surgieron demandas de estrategias de contención para el personal de salud y de comunicación institucional clara y uniforme (Ortiz *et al.*, 2020).

Estas particularidades del trabajo en el cuidado de la salud, como el dolor, el malestar y la angustia anteriormente mencionados, por un lado y las condiciones de trabajo, el espacio disponible, la escasez de insumos, la disponibilidad de los equipos de tareas adecuados e insuficientes por otro; se conjugan de manera sinérgica en el acontecer epidemiológico por COVID-19.

⁴ De acuerdo a la conceptualización de la autora entendemos como subjetividad: “la reflexión del propio sujeto sobre la realidad que vivencia” (Sousa Minayo, 2018: p.216).

Todas estas situaciones y sentimientos que forman parte de los procesos de atención y cuidado, en el marco de la pandemia de COVID-19, se han tornado más evidentes, potenciando y magnificando problemáticas preexistentes en los sistemas y servicios de salud (Sy, Moglia, & Derossi, 2021).

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, cuando el número de personas infectadas por COVID-19 a nivel global ascendía a ciento dieciocho mil quinientos cincuenta y cuatro (118.554) y el número de muertes a cuatro mil doscientos ochenta y uno (4.281), afectando hasta ese momento a ciento diez (110) países.

En Argentina, el 19 de marzo de 2020 se declara la medida de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Al 31 de marzo del 2020, sumaban 1.054 casos positivos en todo el país. De ese total de casos, 529 (50.2%) aún se lo consideraba “importados”, 295 (28%) eran contactos estrechos de casos confirmados, y los restantes estaban en seguimiento epidemiológico⁵.

En concordancia a la situación epidemiológica, el estado argentino puso en marcha numerosas intervenciones para acometer lo que se anticipó en países de oriente como China donde se señala su origen.

La Red Interuniversitaria de Posgrados en Políticas Sociales, confeccionó una base de datos que logró registrar un total de 804 intervenciones por parte del estado nacional en diversas áreas y de diversa índole, 111 correspondientes a nación y 693 de jurisdicción provincial. Las más representativas pertenecen a las áreas de salud, condiciones de trabajo, seguridad, higiene, ingresos/empleo y alimentos. Más del 80% de las intervenciones fueron dirigidas a la población en general. Después de la CABA, Buenos Aires es una de las provincias que recibió mayor número de intervenciones.

Específicamente en el área salud, encontramos intervenciones como el Programa Bonaerense “Solidarios y Solidarias” es un programa de la Dirección de Juventudes, de la Subsecretaría de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad, que en mayo de 2020 convoca a jóvenes que voluntariamente deciden colaborar en las acciones del estado; Convocatoria a Profesionales y voluntarios para reforzar el sistema de salud la provincia ofrecía 3.780 contratos temporales para enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, médicos/as generalistas, kinesiólogos, clínicos, terapistas, bioquímicos/as, pediatras e

⁵ Ministerio de salud de la nación -reportes diarios Covid-19. file:///C:/Users/Paula%20Derossi/Downloads/31-03-20-reporte-vespertino-covid-19.pdf.

infectólogos/as; Se habilita la Línea telefónica gratuita de atención inmediata (línea 148); se crea el Cetec-19 (Centro de telemedicina bonaerense) donde los profesionales están conectados a una plataforma informática que les indica los datos de las personas a las que deben llamar y son personas que han llamado al 148 o que se realizó el auto test con la aplicación digital del ministerio y que, por sus síntomas, pueden tener la infección por COVID-19⁶; se equipan e inauguran Centros de diagnóstico exclusivo para la atención de COVID; Se pone en marcha la red de diagnóstico bonaerense con apertura de laboratorios para testeo; se impulsa el operativo Detectar en villas y asentamientos con el fin de la detección temprana de síntomas en barrios vulnerables; Inicia el “Programa de atención de emergencias en zonas de alta circulación” según el (Decreto N° 434/2020)⁷ que implica además, la creación del “Fondo de asistencia municipal para la atención no hospitalaria de paciente (Decreto N° 495/2020)⁸; se logra la Reglamentación para la implementación de la medida del "Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio" (DiSPO) y para el desarrollo de las Actividades y Servicios Exceptuados del “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio" (ASPO) con el Decreto N° (498/2020)⁹ en conformidad con los decretos nacionales, entre muchas otras intercesiones.

Para abril del 2020 la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en una investigación conjunta informan que la enfermería a nivel mundial presenta un déficit de 5,9 millones de profesionales de acuerdo a las necesidades de los distintos sistemas de salud (OMS, 2020b). Hacia agosto del 2020 en Argentina, según datos informados por el Ministerio de Salud de la Nación, hay más de 15.000 trabajadores sanitarios infectados y 40 fallecidos, lo que representa cerca de un siete por ciento de los contagiados. Si bien aún no hay datos oficiales se estima que 750.000 trabajadores/as tiene o han padecido COVID (FeSProSa, 2020).

En lo personal, me incorporo a trabajar en el tema con una trayectoria previa de trabajo en salud; como enfermera desde el año 2012. Como investigadora, en el año 2017 me sumo como integrante en el proyecto *Salud Pública en y desde el Hospital. Una aproximación Etno-epidemiológica a los Servicios de Salud* (Convocatoria Oscar Varsavsky, 2017) desarrollado desde el Instituto de Salud Colectiva (ISCo) de la UNLa, con la dirección de mi actual directora de tesis. En ese marco, desarrollamos trabajo de campo (mediante observaciones,

⁶ <https://www.telam.com.ar/notas/202005/462855-telemedicina-buenos-aires-atencion.html>.

⁷ Normas dictadas por el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/decreto/2020/434/212906>.

⁸ Normas dictadas por el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/decreto/2020/495/213042>.

⁹ Normas dictadas por el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/decreto/2020/498/213045>.

principalmente) en un hospital público de la zona sur del conurbano bonaerense. Con la emergencia sanitaria por COVID-19 esta tarea se vio interrumpida, por lo que decidimos reorientar nuestra investigación para conocer las experiencias de las/os trabajadoras/es en torno a las prácticas desplegadas durante la pandemia. En este marco pudimos identificar cómo se reconfigura el espacio dentro del hospital buscando responder a los protocolos y normativas nacionales, las cuales no siempre pueden ser cumplidas y deben adecuarse a las realidades locales. Además, se reorganiza el propio trabajo de las y los trabajadores, así como los tiempos destinados al mismo (Sy *et al.*, 2021).

En ese contexto resultó ineludible preguntarnos sobre aquello que se identifica como problemas centrales desde la perspectiva de las y los trabajadoras/es, así como las estrategias desplegadas para su abordaje. En tal sentido, la pregunta que orienta la elaboración de esta tesis es: ¿Cuáles son las principales dificultades y problemas identificados por las/os trabajadoras/es de enfermería de hospitales públicos del conurbano bonaerense ante las nuevas normas y protocolos que regulan la atención y el cuidado de la salud en el contexto de la pandemia por COVID-19? ¿De qué manera intervienen las condiciones de trabajo, la trayectoria de estos profesionales, así como la subjetividad, las emociones y los afectos, en la resolución de estos problemas?

1.2. *Hipótesis de trabajo*

En los servicios de salud, si bien existen normas y protocolos institucionales establecidos, así como leyes que regulan el ejercicio profesional, los procesos de atención y cuidado se articulan entre trabajadoras/es de diversas disciplinas con intervenciones en algunos casos por fuera de estas normas; y se encuentran mediados por iniciativas autogestivas, roles estereotipados y la reproducción de relaciones de poder preestablecidas.

En el contexto de la pandemia por coronavirus ante la necesidad de dar respuesta a la demanda emergente, se establecen nuevas formas de organizar el trabajo, de distribución del espacio, de vínculos entre trabajadores, modos de producción de cuidados, normas y protocolos para la atención. Estas formas organizativas generan nuevas condiciones de trabajo donde se develan problemáticas preexistentes, se establecen dilemas y desafíos en la transición a la pospandemia. Muchas veces lo normado no es posible de ser cumplido en las condiciones de trabajo de cada institución particular: debido a estructuras edilicias que no permiten garantizar ciertas formas de distribuir espacios para diferentes usos y así garantizar una circulación adecuada de las/os usuarias/os y del personal; la disponibilidad intermitente o insuficiente en

muchos casos de los elementos de protección personal (EPP); la escasez de personal, sumada a la reducción por licencias y que continúa mermando por contagios y enfermedad. Para el caso de enfermería en particular, se agrega un liderazgo desdibujado, estereotipos vinculados a la feminización del sector, tensiones en las relaciones interpersonales de acuerdo a las jerarquías o de reconocimiento profesional entre licenciados y técnicos. En este contexto, los espacios y las prácticas de atención y cuidado, no siempre ocurren de acuerdo a la norma, sino que se desarrollan adecuando la norma a las posibilidades y recursos locales reales.

Autoras como María Crojethovic (2012) plantean que, dentro de estas organizaciones de salud, son las y los trabajadoras/es con y sin jerarquía quienes logran mantener el flujo de trabajo, dando una respuesta temporaria a los obstáculos generados por los factores determinantes mediante el desarrollo de iniciativas de corto plazo.

Estas respuestas son un parche que precarizan más aún la atención de la salud de las personas y las condiciones laborales de las/los trabajadoras/es (Ortega, 2019; Silva, 2020). En el caso de las y los trabajadoras/es de enfermería, es una precarización de condiciones de trabajo que ya eran precarias, lo que genera diversas respuestas que expresan la situación de malestar.

Esta combinación de necesidades insatisfechas y respuestas insuficientes es la condición convocante/predisponente para cuestionar lo establecido de forma “(...) intensa, vívida y percibida” (Merhy, Camargo & Ceccim, 2006, p.153) por los trabajadores de la salud del colectivo de enfermería que hoy se visibiliza como el sector más vulnerable, menos reconocido profesionalmente y peor remunerado dentro del sector salud (Cassiani *et al.*, 2020; Aspiazu, 2016b; PNUD, 2018).

1.3. Justificaciones

1.3.1. Personal

Mi primer ejercicio profesional como enfermera se desarrolló en el hospital público, en un muy corto plazo tuve la oportunidad de tener un segundo empleo en un sanatorio privado. En el hospital trabajaba de lunes a viernes de 7 a 15 horas en la posta IRAB¹⁰ de refuerzo para niños menores de 2 años y los fines de semana en el régimen SaDoFe¹¹ en el sector de neonatología, en turnos diurnos de 14 horas. A partir de allí, como la gran mayoría de los profesionales de enfermería, mi rol de trabajadora siempre estuvo compuesto por dos o más

¹⁰ Guardias reforzadas para la atención de niños menores de 2 años con Insuficiencia Respiratoria Aguda Baja.

¹¹ Régimen laboral de sábados, domingos y feriados.

empleos. El hospital era mi trabajo y el resto de los puestos eran más experiencia, otros modos de hacer, nuevos aprendizajes, otras vivencias.

El sector privado ofrecía una mejor organización con insumos de trabajo disponibles, protocolos informados y accesibles, además de una mejor remuneración, aunque menor libertad de acción creativa, mucha rendición de cuentas y la percepción de que era: solo trabajo.

El sector público, presentaba más caos, un menor salario, ningún reconocimiento como profesional (solo el cargo de técnico) y modos de hacer la tarea que se transmitían verbalmente de los más antiguos a los más nuevos, o bien una nueva técnica más efectiva que algún par comentaba haber leído en algún lado y por alguna extraña razón, una sensación de pertenencia.

Por otra parte, una de las caracterizaciones comunes que se le atribuye al sistema público de salud -que también pude vivenciar personalmente- es que, en ocasiones, brinda un cuidado selectivo o diferencial que descuida a sus propias/os trabajadoras/es. Los deja morir por desgaste laboral producto de extensas e inhumanas guardias de 24, 48 o 72 horas. O bien por una regla matemática directamente proporcional, donde si trabaja bien y con dedicación según lo requiere el sistema, pierde su vida personal, sus relaciones afectivas o su propia salud física, mental, emocional (Sy, 2018).

Estas sensaciones inexplicables desde el pensamiento formal, el no comprender ¿por qué todo es disfuncional?, pero avanza igual, ¿por qué nadie lo repara? ¿por qué la gran mayoría se queja de “cómo el hospital te mata de a poco” y se dejan? Estos y muchos interrogantes más me impulsaron a tratar de entender ampliando mi formación profesional.

En medio de estos interrogantes comencé la Maestría en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud, y como estudiante me incorporé en un proyecto de investigación *Lo urgente y lo emergente de Guardia: una aproximación al trabajo cotidiano del personal médico-asistencial de Hospitales públicos del conurbano bonaerense* dirigido por Anahí Sy del Instituto de Salud Colectiva (ISCo) de la Universidad de Lanús. Esta propuesta plantea la necesidad de ir más allá de las lógicas normalizadoras que intentan limitar la dimensión subjetiva de la producción de cuidado. Esta sería la base y el marco para la formulación de mi proyecto de tesis de maestría.

Durante el año 2020, dada la situación de aislamiento por la pandemia del COVID-19, la posibilidad de llevar a cabo la investigación de campo en hospitales públicos se encuentra interrumpida. En ese sentido consideramos reorientar la tesis hacia la exploración de la situación durante la pandemia.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

El trabajo del personal de salud se ha incrementado e intensificado bajo condiciones de mayor tensión tanto física como emocional (Dosil Santamaría *et al.*, 2020; Moorthy & Sankar, 2020; Neto *et al.*, 2020; Shanafelt, Ripp & Trockel, 2020; Ramírez Pereira, 2020; Ferreira do Nascimento, Yuri Hattori & Pereira Terças-Trettel, 2020).

Este nuevo escenario presenta la necesidad de registrar de alguna manera la complejidad del trabajo en salud, en esta situación peculiar.

En el transcurso de la maestría tome la decisión más difícil, dejar el hospital mi trabajo, para dedicarme a la docencia y la investigación.

Como enfermera y por tanto agente de salud que no está actualmente en la asistencia directa a personas, en el *frente de batalla* como se describe habitualmente, refuerzo mi compromiso para con el cuidado de la salud de la población desde la tarea de investigación, considerando la experiencia del personal de salud como crucial para comprender los procesos de atención y cuidado en el contexto de una emergencia sanitaria.

Construir narrativas, desde la voz de las/os enfermeras/os, que trasciendan el nivel singular de estos procesos es una tarea que nos interpela para pensar la atención a la salud colectiva en la pospandemia.

1.3.2. Social

La atención a la salud en la pre pandemia se pensaba y practicaba en presencia de síntomas anatómofisiológicos medibles y caracterizables como enfermedad, en procesos agudos o crónicos de desequilibrio.

La medicina de la enfermedad conformaba el objeto principal de trabajo de la atención sanitaria, situada en las instituciones de atención médica, como centros de atención primaria de la salud, hospitales y centros de tercer nivel o rehabilitación.

En la actual situación sanitaria mundial causada por el coronavirus los procesos de atención y cuidado de la salud presentan dos caras. Por un lado, nos conduce al autocuidado, por la alta transmisibilidad entre seres humanos que presenta el virus en sí. Esto nos confronta con una solución que es de participación y compromiso del colectivo de la población. Y, en paralelo, refuerza la necesidad de la atención de la emergente enfermedad y sus secuelas físicas en los servicios de atención médica que en muchos casos requiere atención intensiva y especializada.

Tanto en la prepandemia como en la actualidad, los procesos agudos de desequilibrio son los que despiertan mayor interés a la práctica curativa, no así la atención integral de los factores contextuales tanto sociales culturales y económicos que favorecen o agudizan los

desequilibrios en el proceso vital salud-enfermedad. Tampoco el proceso afectivo relacional, psicológico y espiritual que median los procesos de recuperación y rehabilitación de la salud, subsiguientes al proceso anatómofisiológico agudo.

Antes de la declaración de la pandemia por COVID-19 ya algunos autores observan, la alienación de los trabajadores de la salud en el ámbito público en pos de los objetivos de producción a alcanzar, la burocratización en los distintos modelos de organización y gerenciamiento que abonan con una consecuente deshumanización o desapego al sufrimiento del otro en el proceso de atención (Campos, 2009).

Esta situación se recrudecía cuando los recursos financieros no permitían la cantidad de personal suficiente dentro de la organización para cubrir la demanda de atención de la población. Por otra parte, esta demanda también se sometía a criterios de selección no siempre tan efectivos que podrían sobrecargar los servicios de urgencias y emergencias cuando la dolencia no lo ameritaba (O’Cathain *et al.*, 2016). La categorización de los criterios de atención por prioridad o pertinencia, está mediada por sujetos contextuados en este nudo de tensiones sociales políticas, organizacionales y económico financieras. Estos criterios pueden modificarse en el marco actual priorizando la atención y los cuidados en personas con COVID-19 positivos y pueden modificarse también los componentes que tensionan, social, política y organizacionalmente (Velazquez & Benitez, 2020).

Lo que se evidencia común, es la tensión, el desafío y la necesidad de superar estas dificultades en pos de preservar de la mejor manera posible la salud de las/os usuarias/os y las/os trabajadoras/es de la salud.

Desde el gobierno nacional con el objetivo de facilitar la respuesta sanitaria, se elaboraron documentos técnicos con recomendaciones para los equipos de salud, que contemplan los procesos asistenciales y de coordinación para la gestión, los cuales se actualizan permanentemente de acuerdo a los nuevos hallazgos que se producen respecto al COVID-19. Las recomendaciones se basan en la mejor evidencia disponible al momento, con las adaptaciones que requiere nuestra realidad nacional. Los dos objetivos principales son la protección del personal de salud y la identificación, diagnóstico, prevención, notificación y asistencia precoz de pacientes en el contexto de COVID-19 (MINSAL, 2020).

La actual pandemia en un marco de incertidumbres que requieren decisiones y soluciones según se presenta el día a día, trae consigo una oportunidad estratégica para disparar nuevos procesos de producción de salud; este es un desafío a las prácticas basadas en conceptos dominantes, y las nuevas relaciones de poder. Es la gran posibilidad de quebrar la lógica

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

predominante en salud en un sentido de deconstrucción en el espacio de las micropolíticas (Merhy, 2006).

Desde esta perspectiva podemos tomar la pandemia como un punto de inflexión que nos permita repensar la pospandemia como una oportunidad para reparar estas deficiencias que preexistían ya en el sistema sanitario y singularmente en el colectivo de enfermería (Lara Jaque, 2020).

Recoger y reconstruir la palabra desde la perspectiva de las y los trabajadoras/es de la salud de la disciplina de enfermería, representa un aporte importante para visibilizar estas deficiencias y amenazas (Martínez Estalella, Zabalegui & Sevilla Guerra, 2020; Ipanaqué *et al.*, 2020).

Ante este evento macro social disruptivo (Reguillo, 2005) de emergencia sanitaria por pandemia, que moviliza las estructuras del quehacer cotidiano, es necesario identificar fortalezas dentro de nuestro sistema de salud y de sus trabajadoras/es. Podemos considerar este evento como una oportunidad para la reconstrucción de un sistema sanitario que dé respuesta a sus actores principales, usuarios/os y trabajadoras/es (Pío, Pío & Sanchez, 2020).

La experiencia subjetiva de cada una/o de las/os trabajadoras/es es parte de un sentir y una experiencia colectiva. En este nuevo escenario que moviliza al cambio y la adaptación es un deber como sujetos colectivos participar activamente en la producción de conocimientos que contribuyan a repensar la salud en la pospandemia.

1.3.3. Académica

Desde el año 2013, la Licenciatura en Enfermería está incluida en el régimen de Educación Superior, antes de esto la heterogeneidad de los planes de estudio conformaban una diversidad de niveles y características singulares en los cuerpos de conocimiento que abonaban significativamente a las diferencias entre los perfiles de egresados, según su nivel técnico, de educación terciaria o universitaria, y de grado según sea pública o privada. Su inclusión significó la homogeneización de las currículas de formación académica, excluyendo los ciclos complementarios para la formación de grado. Para alcanzar esta unidad de criterios en los planes de estudio las instituciones educativas de los diferentes sectores público, privado, terciario o universitario se vieron obligados a revisar los contenidos y las necesarias actualizaciones para la disciplina.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

A nivel nacional bajo la ley N°24.004/91¹² de ejercicio profesional de enfermería, el artículo 1° de su modificatorio, N° 2330, con fecha el 4 de diciembre de 1992, incorpora a los y las licenciadas de Enfermería a la Carrera de Profesionales de la Salud de la Nación; sin embargo, continúan vigentes ciertos estereotipos sobre sus capacidades y/o habilidades para el trabajo. La sobrecarga laboral, la falta de equipamiento, los riesgos laborales, los bajos salarios y la falta de acceso a derechos laborales de las trabajadoras de la salud son condiciones que forman parte de su día a día en todo el país.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el ejercicio de la profesión de enfermería está regulada desde el año 1999, por la Ley N° 298¹³.

En noviembre de 2018, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó la Ley 6035¹⁴, que establece un marco normativo para profesionales de la salud en el sector público que abarca más de treinta profesiones, en la cual continúa sin incluir entre estos profesionales de la salud a las personas licenciadas en enfermería, bioimágenes e instrumentación quirúrgica.

Esta exclusión significa categorizar al personal de enfermería de los hospitales públicos de CABA junto al personal administrativo, bloqueando su capacidad de concursar por cargos, participar de capacitaciones internas al sector y acceder a salarios acorde a su profesión (East, Laurence & Mourelo, 2020).

Estos obstáculos legales y políticos como la no inclusión del personal de enfermería del sector público en la Ley de Profesionales de la Salud, es una cuestión especialmente relevante si se tiene en cuenta el elevado número enfermeras/os que se desempeña en CABA y su área metropolitana.

Este nivel de precariedad que enfrenta el personal sanitario se ve notablemente incrementado ante la crisis sanitaria del COVID-19 en Argentina, al igual que en el resto de países afectados por la pandemia, una carga de trabajo sin precedentes en sistemas sanitarios llevados a sus límites, y donde la perspectiva acerca del final de la crisis es todavía incierta.

¹² Ley Enfermería - Normas para su ejercicio N°24.004 (1991) Derogación de los arts. 58 a 61 de la ley 17.132. Sanción: 26/09/1991; Promulgación: 23/10/1991; Boletín Oficial 28/10/1991 <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5281>

¹³ Ley de ejercicio de la enfermería. Sanción: 25/11/1999; Promulgación: 05/01/2000 (Aplicación art. 86, C. de la C. de Bs. As.); Boletín Oficial 10/03/2000. <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=9725>

¹⁴ Ley N°6035, Cap. II, Del ámbito de aplicación, artículo 6, Profesionales incluidos, 1 de noviembre de 2018, Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Núm. 5508 – 28 de noviembre de 2018.

Además, el perfil sociodemográfico, caracterizado por una alta presencia de mujeres jefas de hogar de bajos ingresos con niñas, niños y adolescentes a cargo, hace que el impacto social sobre las trabajadoras de la salud y sus convivientes sea también notable.

Recopilar y documentar las experiencias, sentimientos, reflexiones y emociones de actores clave como las y los enfermeras/os nos permite pensar y producir conocimiento científico que pueda aportar al reconocimiento del trabajo efectivo de estas/os trabajadoras/es que debieron reinventarse en este contexto y que es necesario sean reconocidos a nivel social, político y económico. De algún modo, contribuir en la formación de futuros profesionales con nuevas miradas, ideas y esperanzas para el desempeño de sus prácticas.

Una nueva *normalidad* se establecerá también con estos *nuevos* trabajadores y trabajadoras. Es necesario encontrar un lugar donde objetivar su sobrevivencia a situaciones límites o extremas a las que se encuentran expuestos, otorgar un sentido a su experiencia. Recoger estas experiencias de manera espontánea para luego analizarlas, y capitalizarlas con un propósito definido como es re-pensar y re-construir nuestro sistema de asistencia sanitaria en la transición hacia una realidad pospandémica. En definitiva, es a partir de la empiria, desde la perspectiva de las y los trabajadoras/es, sus experiencias, sus sentimientos, sus decisiones en el encuentro del “trabajo vivo en acto” (Merhy, 2006, p.33) la manera de producir nuevos conocimientos científicos para formar a las nuevas/os trabajadoras/es que darán significado a los cuidados en el proceso salud-enfermedad-atención de la población en la pospandemia.

2. ESTADO DEL ARTE

Para analizar la bibliografía disponible en torno a las características de los servicios públicos de salud en la pandemia, a principios del año 2020, realizamos una búsqueda sistemática en bases de datos indexadas (BVS, PubMed y SciELO), utilizando términos libres: *Covid-19 – Pandemics - Health Workers- health-service - health-personnel - hospital*. A partir de allí pudimos identificar una vasta bibliografía referida a la problemática del COVID-19 a nivel mundial¹⁵. Cabe destacar que la producción latinoamericana más representativa es la de Brasil, seguida de Colombia.

En esta primer indagación, se recuperaron principalmente, artículos de revisión que indagaron en las recomendaciones para la atención en distintos servicios de salud, utilizando bases de datos y protocolos elaborados por la OMS u organismo estatal correspondiente, haciendo hincapié en el uso de elementos de protección personal (EPP) como barbijo, camisolín, gafas o máscaras, guantes de examinación y diversas medidas que apuntan a la prevención y protección tanto del personal como de las usuarias/os, basadas en protocolos específicos implementados y/o adaptados por cada especialidad médica, o por grupos de pacientes según riesgos por patologías y tipos de servicios (Alabi *et al.*, 2020; Alcocer-Gamba *et al.*, 2020; Arabi, Murthy & Webb, 2020; Baldotto *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2020; Carvalho *et al.*, 2020; Chen *et al.*, 2020; Cobo, Espinosa-Reyes & Heredia-Combariza, 2020; Franzini *et al.*, 2020; Freitas, Alves & Gaíva, 2020; González-Quintanilla & Santos-López, 2020; Kowalski *et al.*, 2020; Martínez-Camus & Yévenes-Huaiquinao, 2020; Parreira *et al.*, 2020; Pichi *et al.*, 2020; Pinilla *et al.*, 2020; Prieto *et al.*, 2020; Rizo-Patron, Padilla & Tantalean, 2020; San-Juan *et al.*, 2020; Tang *et al.*, 2020).

Asimismo, se destacan aquellas investigaciones referidas a los cambios en los modos de atención, primordialmente las transformaciones acontecidas en los servicios de salud.

Aquí se pudo observar, por un lado, la incorporación de recursos tecnológicos tales como la telemedicina para consultas e interconsultas por videoconferencia (Casella *et al.*, 2020; Feng *et al.*, 2020; Mahajan, Singh & Azad, 2020; Schinköthe *et al.*, 2020) o la valoración corporal visual con barreras físicas y utilización de intercomunicadores para la evaluación y diagnóstico con pacientes sospechados de COVID-19 en los servicios de urgencias (Chou *et al.*, 2020; Lin *et al.*, 2020) así como la creación de aplicaciones móviles para tele consultas y seguimiento de casos (Bassi *et al.*, 2020; Caetano *et al.*, 2020; Xu *et al.*, 2020), con la

¹⁵ Principalmente en países como China, Italia, Estados Unidos, Inglaterra etc.

incorporación de registros de historial clínico mediante la asignación de códigos QR (Ntshalintshali & Mnqwazi, 2020).

En otro aspecto, se observa la reestructuración de los espacios físicos para aumentar la disponibilidad de camas y optimización de los recursos para lo emergente, infecciones por COVID-19, como prioridad por sobre otras especialidades o procedimientos de la atención de la salud, ya sea de enfermedades preexistentes a la pandemia, o de afecciones que no se consideren urgentes, es decir que la postergación no implique un riesgo mayor que la atención o bien que ponga en juego la vida del paciente. (Figueroa-Gutiérrez, 2020; Król *et al.*, 2020; Liu, Li & Feng, 2020; Meneghini, 2020; Mureddu *et al.*, 2020; Omarini *et al.*, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Rajan & Joshi, 2020; Tan *et al.*, 2020; Viale *et al.*, 2020; Wee *et al.*, 2020).

También se presentaron re-organizaciones de los equipos de salud, en cuanto a reasignación de profesionales especialistas de distintas áreas para atención en servicios de guardia y terapias intensivas. (Black *et al.*, 2020; Chersich *et al.*, 2020; Dunn *et al.*, 2020; Shariati, Eftekhar Ardebil & Shalbafan, 2020), consecuentemente se armaron equipos fijos que trabajaban en rotación, por turnos establecidos de 12 hs., manteniendo los equipos constantes sin superposición ni escalonamientos, reduciendo los pases de guardia al menor tiempo posible (Chua *et al.*, 2020).

En este sentido, se distinguieron estudios acerca de la ética médica y los dilemas que enfrentan en las prácticas el personal de salud a cargo de la asistencia directa de personas (Dunn *et al.*, 2020; Menon & Padhy, 2020; Nacoti, 2020; Shah & Aacharya, 2020; Singh & Moodley, 2020).

Las investigaciones que se enfocan en las/os trabajadoras/es de la salud (mayoritariamente de hospitales) abordan diferentes temas teniendo en común un enfoque cuantitativo. Se encontraron estimaciones en torno a la prevalencia de COVID-19 (Baker, Peckham & Seixas, 2020; Garzaro *et al.*, 2020; Hunter *et al.*, 2020; Lai *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020) ; se identificaron los principales factores de transmisión del virus (Greffé *et al.*, 2020; Huff & Singh, 2020; Jin *et al.*, 2020; Porru *et al.*, 2020; Rivera-Izquierdo *et al.*, 2020) y solo algunos indagaron acerca de las actitudes y conocimientos de los trabajadores sobre distintos aspectos vinculados a la protección y prevención del COVID-19 (Moro *et al.*, 2020; Schmidt *et al.*, 2020; Tran *et al.*, 2020) tales como el cumplimiento o no de los protocolos (Haq, Shafiq & Sheikh, 2020) y, sobre el uso de los EPP (Houghton *et al.*, 2020; Mandrola, 2020; Omura *et al.*, 2020; Soares *et al.*, 2020).

Dentro de estas indagaciones se incluyeron la evaluación y efectividad de los programas educativos y prácticas de simulación previas (Díaz-Guio *et al.*, 2020; Núñez Herrera *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2020) y, a su vez, de qué manera estas capacitaciones prácticas previas y recomendaciones tuvieron efectos físicos, psicológicos en el personal de salud y en los procesos de atención (Lin *et al.*, 2020a; Khan & Kiani, 2020).

En relación a estos efectos, un gran número de artículos describieron los impactos y las consecuencias en la salud mental de los trabajadores en el contexto de pandemia (Chersich *et al.*, 2020; Dal’Bosco *et al.*, 2020; El-Hage *et al.*, 2020; García-Iglesias *et al.*, 2020; Huang *et al.*, 2020; Nochaiwong *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2020; Roy *et al.*, 2020; Wu, Styra & Gold, 2020; Wu & Wei, 2020; Zhang *et al.*, 2020) y, algunos de estos profundizaron en las estrategias de control y manejo de estas situaciones (Albott *et al.*, 2020; Almaguer, Alvarez & Santos, 2020; Armitage & Nellums, 2020; Greenberg *et al.*, 2020; Huff *et al.*, 2020; López-Atanes, Recio-Barbero & Sáenz-Herrero, 2020; Munawar & Choudhry, 2020; Nahandi *et al.*, 2020; Otu, Charles & Yaya, 2020; Qiu *et al.*, 2020; Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020; Rangachari & Woods, 2020; Wu & Wei, 2020).

Por último, se hallaron un conjunto de investigaciones minoritarias, en relación con los temas recuperados previamente que estuvieron orientadas describir las percepciones y experiencias de los/as trabajadoras/es en torno a las transformaciones en los modos de atención (Albano *et al.*, 2020; Albitres-Flores *et al.*, 2020; Becerra-Canales & Ybaseta-Medina, 2020; Ben Abdelaziz *et al.*, 2020; Díaz-Castrillón *et al.*, 2020; Góes *et al.*, 2020; Gonzales, 2020; He *et al.*, 2020; Iqbal & Chaudhuri, 2020; Lozano *et al.*, 2020; Ortiz *et al.*, 2020; Prescott *et al.*, 2020; Sarpong, Forrester & Levine, 2020; Semaan *et al.*, 2020; Shinnars & Cosme, 2020).

A partir de esta primera pesquisa, podemos decir que, por un lado, el interés principal de las investigaciones se centra en aspectos normativos y de implementación de protocolos de atención al COVID-19 que en muchos casos presentan la especificidad de cada servicio o especialidad médica. Por otro lado, se observó que los enfoques metodológicos cualitativos, en general, son menos frecuentes al igual que los estudios que aborden la mirada de las/os trabajadoras/es.

Dada la precipitada evolución de los acontecimientos y las numerosas publicaciones en torno a la pandemia, a principios del año 2023, surgió la necesidad de actualizar nuestra búsqueda. En este segundo momento y habiendo ya procesado gran parte de los resultados, consideramos pertinente abocarnos a la actualización de la información disponible colocando el foco en las dimensiones que no interesaba analizar, particularmente aquellas que resultaban

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023

emergentes del trabajo de campo, orientando nuestro recorte hacia las/os trabajadoras/es de enfermería.

Realizamos una búsqueda en bases de datos indexadas como BVS (enfermería) intencionalmente, BVS portal regional, SciELO y PubMed. Consultamos trabajos del Sistema Nacional de Repositorios Digitales del Ministerio de Ciencia, Tecnología en Innovación y revistas electrónicas como HIdeas y Zona Franca (con monográficos que abordaban la pandemia y enfermería). Los términos utilizados para la búsqueda son; pandemia- hospitales- enfermería. Es pertinente aclarar que muchas de las publicaciones referenciadas a la Biblioteca virtual en Salud se encontraron repetidas también en SciELO, Lilac's, PubMed. Las bases seleccionadas guardan la intención de indagar principalmente en investigaciones de Latinoamérica, pero no se aplican filtros ni restricciones a otros países del mundo, ni de idioma.

Por un lado, aparecen como relevantes las emociones de las/os trabajadoras/es de enfermería y cómo éstas intervienen en las prácticas de atención y cuidados. Revelan como preponderante el aumento del estrés, la depresión, la ansiedad asociados al miedo de contagiar, enfermar y morir (Bolcatto, Rubinzal & Sedrán, 2022; Cardoso *et al.*, 2021; Fhon *et al.*, 2022; Galehdar *et al.*, 2020; Haussl *et al.*, 2021; Heesakkers *et al.* 2021; Kovner, 2021; McKeaveney *et al.*, 2021; Naranjo-Hidalgo & Poveda-Ríos, 2021; Ribeiro *et al.*, 2021; Sol *et al.*, 2021) con una proporción significativa de enfermeras mujeres (57,6% de las entrevistadas) que padecía de duelo complicado¹⁶ (Rahmani, Hosseinzadeh & Gholizadeh, 2023). En este sentido, una menor experiencia laboral se correlaciona directamente con un mayor aumento de la angustia (Nielsen *et al.*, 2022).

Las alteraciones en la salud mental de las/os trabajadoras/es de enfermería se presenta como una clave común durante la pandemia (Centenaro *et al.*, 2022; Hong *et al.*, 2021; Melchor *et al.*, 2022).

Las percepciones del personal de enfermería sobre los riesgos psicosociales en su trabajo marcados por la intensidad y la extensión de las jornadas muestran un alto nivel de agotamiento (síndrome de Burnout) junto con una sobre exigencia emocional y en sus relaciones sociales (Al Sabei *et al.*, 2022; Aloweni *et al.*, 2022; Foster, 2021; Sanchez Raverta, 2022). Este síndrome de Burnout, coloca al COVID-19 bajo la percepción de amenaza dentro

¹⁶ Según Meza, es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Meza DEG, García S, Torres GA, et al. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Rev Esp Med Quir. 2008;13(1):28-31.

del espacio laboral de este colectivo de trabajadoras/es (Brockopp *et al.*, 2021; Manzano García & Ayala Calvo, 2021; Zhang *et al.*, 2021).

A nivel de las instituciones de salud, las re-organizaciones de los equipos de salud de manera constante y vertiginosa, el armado de equipos de trabajo fijos, las rotaciones, los turnos prolongados, y la redistribución de los espacios físicos producidas al comienzo de la pandemia, en investigaciones posteriores se traducen en algunas de las razones que confrontan a las enfermeras para abandonar o seguir trabajando durante la pandemia, ya que las dimensiones más visibles incluyen factores tanto personales como organizacionales (Kantorski *et al.*, 2022; Özkan Sat, Akbas & Yaman Sözbir, 2021; Varasteh, Esmaeili & Mazaheri, 2022). En el estudio de Fronda & Labrague (2022), aparece el término coronafobia (miedo excesivo al virus) que según expresan los autores, más de la mitad de las enfermeras lo padecen. Seguido de la intención de dejar su lugar de trabajo debido al aumento del estrés laboral y la rotación profesional (Chu *et al.*, 2021; Ekingen *et al.*, 2023; Schug *et al.*, 2022; Varner, 2021).

Según la investigación llevada a cabo entre enfermeras de primera línea que trabajaban en Québec, Canadá, de Lavoie *et al.* (2022) cuanto menor es la preparación de las enfermeras mayor es el nivel de desgaste y la disposición para dejar la organización donde trabajan. La acumulación de experiencias negativas, las largas horas de trabajo por turno y la falta de capacitación propiciaron que las enfermeras fueran más propensas a la interrupción del trabajo (Zhou *et al.*, 2021).

Algunos estudios asocian la resiliencia, el compromiso y satisfacción laboral de las enfermeras durante la pandemia a la contención y el apoyo por parte de las/os supervisoras/es, coordinadoras/es y políticas organizacionales comprometidas con sus trabajadoras/es (Butera *et al.*, 2021; Cadge *et al.*, 2021; Goldfarb *et al.*, 2021; Huang *et al.*, 2021; Thude *et al.*, 2021).

En otra línea hay investigaciones que coinciden en la necesidad expresa de las/os trabajadoras/es de enfermería de recibir apoyo psicológico, sin embargo, no lo aceptan por parte de sus empleadores u organizaciones a las que pertenecen por temor a perder la intimidad, la confidencialidad y quedar expuestos ante sus pares (Tena-Gonzalez *et al.*, 2022). O bien, como se manifestó en una investigación realizada en el Área Metropolitana de Buenos Aires que por no contar con ninguna oferta institucional en el 64 % de los casos estudiados respondieron “nunca” y “ocasionalmente” el 23% de las personas participantes (Ramacciotti & Fernández, 2022 p.12). En investigaciones similares llevadas a cabo en Chaco el 90 % de los participantes expresó que “nunca” se habilitaron espacios de contención en el lugar de trabajo, así como en

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Corrientes, la misma respuesta corresponde al 55% de los entrevistados, continúa siendo un índice no menos significativo (Campusano, Castelo & Gutniski, 2022, p.12).

En consonancia con la gran cantidad de estudios que revelan el agotamiento, el sufrimiento emocional y las implicancias en la salud mental de las/os trabajadoras/es de enfermería; los nuevos desafíos para la salud pública y las diferentes organizaciones de salud se ubican en la evaluación oportuna y las estrategias de apoyo emocional y de tratamiento efectivas para las/os enfermeras/os que están en atención directa a personas (Chegini *et al.*, 2021; Ghassemi, 2022; Li *et al.*, 2021a).

Si bien las/os enfermeras/os perciben la pandemia como un momento destacado y de valorización de la profesión reconocen la sobrecarga y el agotamiento con fuertes repercusiones en su vida profesional y personal (Bitencourt *et al.*, 2022; Oh & Lee, 2021).

Las condiciones laborales, del sector de enfermería se encontraba en una situación desfavorable desde antes de la pandemia. La emergencia sanitaria solo profundizó y expuso las desigualdades y condiciones de precariedad debido a que el contexto lo colocó en el centro de atención (Johnson, Saletti-Cuesta & Aizenberg, 2022). Los discursos de vocación y altruismo se reinventaron en términos de heroísmo y de batalla. Según la investigación de Bergman *et al.*, (2021) los cuidados de enfermería no fueron priorizados durante la pandemia.

Los entornos laborales de la pandemia contribuyeron a cambios en la distribución de la fuerza laboral y exacerbó las crecientes brechas de escasez de enfermeras (Billourou & Norverto, 2022; Hansen & Tuttas, 2022; Ramacciotti & Fernández, 2022).

Particularmente la carga de trabajo en hospitales se correlacionó significativamente con una evaluación más baja de las condiciones de trabajo (Malinowska-Lipien *et al.*, 2022).

Según la investigación de Rodríguez & Pereyra (2022) consideran que desde la gestión cordobesa “la superexplotación de la enfermería fue un mecanismo fundamental para hacer frente a la crisis pandémica” (p.88).

Tanto en las ciudades de La Plata, y Mar del Plata de la provincia de Buenos Aires, las provincias de Chaco, Córdoba, Corrientes, La Pampa y Santa Fe, se registran la agudización de las falencias en las condiciones laborales del colectivo de enfermería (Alonso *et al.*, 2022; Billourou & Norverto, 2022; Bolcatto, Rubinza & Sedrán, 2022; Campusano, Castelo & Gutniski, 2022; Johnson, Saletti-Cuesta & Aizenberg, 2022; Malleville & Beliera, 2022) y como fueron solapadas las demandas laborales, del sector enfermería, dentro del colectivo de los trabajadores de la salud (Iglesias *et al.*, 2022; Ledesma & Queirolo, 2022).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

En una carta abierta publicada en redes sociales por enfermeras autoconvocadas que realizaban un reclamo salarial y demandaban ser escuchadas manifestaban que los “esenciales” tan renombrados durante la pandemia eran en simultáneo “descartables” para las autoridades de la ciudad de la Plata [...] “somos esenciales, aunque ellos nos traten como descartables queremos que nadie negocie en nuestro nombre sin consultarnos” (Diario El Día de La Plata, 2020 apud Malleville & Beliera, 2022, p.23).

2.1. Trayectoria del personal de Enfermería

En referencia a la evolución histórica del ámbito de la medicina cabe mencionar que ha representado un terreno de dificultades para las mujeres hasta la institucionalización de la enfermería.

Algunas consideraciones sobre la llamada “naturaleza femenina del cuidado” alcanzaron mayor aceptación de la actividad asistencial a los enfermos, con la consiguiente admisión ideológica de la inclusión de las mujeres en la enfermería. En las grandes epidemias y catástrofes de la historia argentina (Ramacciotti & Testa, 2021) en los cuidados primarios en el hogar, las enfermedades de los hijos, son eventos que reconocen a las mujeres como principales cuidadoras.

El proceso de feminización de la enfermería en Argentina se fue consolidando entre 1880 y 1916 con el fortalecimiento de la representación social de la mujer con el cuidado hacia el otro, en sus aptitudes materno-naturales del cuidado, de abnegación y de amor. Este reconocimiento de capacidades para realizar las actividades vinculadas al ámbito doméstico, encontraron también en el ámbito público de la salud y la comunidad un lugar donde podían aplicarse (Wainerman & Binstock, 1992).

En las primeras salas de hospital, el cuidado estaba a cargo de las religiosas como actos de devoción y sacrificio, y las mujeres que colaboraban se enmarcaban en esas acciones de servicio y caridad.

Considerando estas intervenciones como naturales y propias de la mujer relacionadas al sacrificio estas tareas siempre estuvieron desvalorizadas, a nivel laboral tanto monetariamente, como en sus derechos y condiciones, con un consecuente menosprecio a su capacitación y desarrollo.

No obstante, los avances de la medicina y la institucionalización de la enfermedad comenzaron a requerir espacios formativos orientados exclusivamente a una educación

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

práctica, focalizada en las tareas de limpieza, cuidado, atención de los primeros auxilios y el estricto acatamiento de las prescripciones médicas.

Algunos hospitales de las comunidades inmigratorias o religiosas, como la Escuela de Enfermería del Hospital Británico (1890) o la Escuela de Enfermeras de las Obras de Conservación de la Fe (1914), comenzaron a dictar cursos que conformaron un conjunto de espacios formativos en los cuales las mujeres ganaron un espacio de capacitación y de trabajo (Ramacciotti & Valobra, 2014; Ramacciotti, 2020).

Este incipiente desarrollo del ámbito sanitario concita la necesidad de formación sistemática del personal bajo un cuerpo de conocimientos. La precursora del primer modelo conceptual de enfermería fue Florence Nightingale en Inglaterra, quien diseñó un dispositivo de capacitación profesional para poder quebrar la larga tradición ligada al empirismo y al fuerte sesgo religioso y Cecilia Grierson (primera médica argentina) incorpora este modelo en la Escuela de Enfermeras del Círculo Médico fundada por ella en el año 1886 cuando aún cursaba sus estudios de medicina en la Universidad de Buenos Aires.

Sin embargo, es en la década del '40 y '50 que se produce una ampliación de puestos laborales vinculados a la enfermería como consecuencia de la expansión hospitalaria, el incremento de las campañas sanitarias y la modernización en las técnicas médicas, todos estos eventos se suceden bajo la tutela de Ramón Carrillo como ministro de salud del gobierno de J.D. Perón (Ramacciotti & Valobra, 2014).

Entre los procesos de reforma sanitaria y los avances políticos del peronismo se crean dos nuevas escuelas de enfermería, las cuales tienen visiones superadoras respecto a la antigua Sociedad de Beneficencia atendida por las señoras de la alta sociedad y la Escuela de Enfermeras iniciada por Cecilia Grierson (Martin, 2020).

La escuela del Ministerio de Salud incorpora a su carga horaria de formación teórica la materia *Salud Pública*. Los aspectos vinculados a las campañas de vacunación, la colaboración de la enfermera en las campañas de erradicación de epidemias y endemias las ponía en otro rol que el de simplemente cuidar, asistir, asear o alimentar a los internados que tradicionalmente ocupaba en los hospitales. Las acciones en el espacio público demandaban saberes específicos que deberían ser aprendidos.

Por su parte la otra escuela, la de la Fundación Eva Perón, no sólo se abocó a preparar el personal técnico auxiliar necesario para proveer la gran demanda de los servicios hospitalarios, sino que sus propósitos eran más abarcativos. Además de la formación para la

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

práctica hospitalaria se esperaba que alcanzaran una formación política, ciudadana, con capacidad de intervención en eventos sociales y catástrofes (Ramacciotti & Valobra, 2014).

Estas escuelas tenían en común dos regímenes de organización educativa. Uno externo, para las alumnas con mayores recursos económicos y que vivieran en zonas cercanas y el internado (reproducido a partir de la propuesta de Florence Nightingale) para las que no contaban con recursos suficientes para trasladarse. Las internas recibían alimentación, habitación, vestido y estudio gratuito hasta su graduación donde además se intentaba atender la formación integral de las alumnas a fin de que se adaptaran a los nuevos destinos de la Patria (Morrone, 2012).

Por su historia social y educativa la enfermería es un entramado de clases sociales, oportunidad de ascenso social, reconocimiento y empleo público, reubicación del género femenino en el contexto social patriarcal y masculinizado de la salud. Una nueva alteridad de formación académica además de la ocupación de maestra.

Aunque es antigua la discusión dada en el campo de la sociología de las profesiones en torno a si la enfermería debe ser catalogada como tal o como una ocupación paramédica (Freidson, 1978), en la actualidad esa discusión continúa y se visibiliza en el ámbito de no reconocimiento legal de los profesionales de enfermería, sino que son contemplados como personal de la administración pública el caso de CABA¹⁷ y la provincia de Buenos Aires¹⁸.

Los que sostienen esta postura consideran que la enfermería no pudo acumular y usar sus conocimientos bajo sus propios estándares y tampoco puede estar sin el control de actores externos ya que actúa bajo la tutela y la supervisión del médico (Ramacciotti & Valobra, 2014).

La contradicción se agudiza frente al reconocimiento en el ámbito académico con la formación y título de grado de Licenciado por parte de las Universidades tanto privadas como públicas y el desconocimiento de este valor en los puestos laborales del subsector público.

La profesionalización de enfermería está representada por la consolidación de los logros educativos de las mujeres. En la actualidad, la mayoría tiene estudios terciarios o universitarios completos –casi el doble que en la población ocupada– y la brecha en relación a los varones (PNUD, 2018).

¹⁷ Ley de Relaciones Laborales en la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 471 (2000) <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley471.html>

¹⁸ Ley de Estatuto y Escalafón para el Personal de la Administración Pública Provincia de Buenos Aires N°10430 (1986) <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/1986/10430/6400#>

A pesar de estos avances los estereotipos de género y la masculinización de los entornos laborales en el sector salud se manifiestan en cuestionamientos hacia las capacidades de las mujeres y sus desempeños.

El cargo formal de un puesto de gestión o coordinación y la validación institucional para ocuparlo no suelen ser legitimadores suficientes de sus capacidades y trayectorias, sino que tienen que ser reforzados en su labor cotidiana.

El hospital es la institución central del sistema de salud. El modelo hospitalocéntrico y biomédico se relaciona profundamente con el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2005). Este ha consolidado el hospital como un ámbito de poder masculino: es el ámbito donde se dirime ese saber-poder médico, donde se imponen discursos y prácticas, se logra prestigio y, por todo esto, donde la mujer tiende a estar subordinada, donde se las suele caracterizar, tanto a médicas como enfermeras, como más “emocionales” y permeadas por problemas del ámbito del hogar; en la toma de decisiones, se las suele percibir como más “blandas” e inseguras. Por el contrario, los estilos y mecanismos de toma de decisión de los varones se consideran más lineales, frontales y expeditivos (PNUD, 2018).

Estas creencias, reforzadas a través de diferentes generaciones, impregnan estos entornos institucionales y aún ofrecen obstáculos a las mujeres que desean especializarse en determinadas áreas consideradas más masculinas en cuanto a la disciplina médica, no tanto así en la disciplina enfermera.

Aunque la maternidad representa una afectación significativa en las trayectorias, las experiencias y las orientaciones de las carreras laborales de las mujeres, suele asociarse con un menor compromiso con el trabajo por parte de las trabajadoras madres, y se vive como una amenaza a sus posibilidades de crecimiento.

Las trabajadoras de la salud están expuestas a múltiples formas de violencias, por ejemplo, acoso moral, hostigamiento y/o maltrato psicológico, entre otras (PNUD, 2018) sumado a este contexto de pandemia.

Esta se reproduce tanto en los lugares de trabajo, como en la vía pública, pero también en sus hogares, como consecuencia de la estigmatización y reacciones poco solidarias ante el temor a sufrir un contagio por parte de la vecindad (East, Laurence & Mourelo, 2020).

A la luz de la información disponible consideramos necesario ampliar las líneas de investigación de forma tal que sea posible recuperar a partir de los relatos de las/os trabajadoras/es de la salud, las experiencias, las significaciones y proyecciones, en este contexto

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

de pandemia, siendo estos actores indiscutibles de las transformaciones actuales y futuras de los servicios de salud.

3. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1. Organización de los servicios de salud

Los servicios de salud son un tipo de organización singular. El sociólogo Edgar Morin (1993) define a una organización como:

[...] la disposición de relaciones entre componentes o individuos que produce una unidad compleja o sistema, dotado de cualidades desconocidas en el nivel de los componentes o individuos. La organización une de forma interrelacional elementos o eventos o individuos diversos que a partir de ahí se convierten en componentes de un todo (p.103).

La organización del trabajo en un servicio de salud está concebida a partir de macropolíticas (Merhy, 2006) traducidas en leyes que regulan el ejercicio profesional, normas y protocolos institucionales. Las leyes, las normas, los planes a nivel ministerial, los proyectos institucionales pretenden ordenar y articular un proceso de trabajo interdisciplinar - proceso de atención en salud; que de por sí está desarticulado en su concepción (Campos, 2009). Estos procesos de trabajo están divididos en jefaturas, en especialidades, en jerarquías, en complejidades tecnológicas, en espacios físicos, así como en las subjetividades de los trabajadores, que presentan potenciales intervenciones en el proceso de producción y cuidado de la salud (Merhy, 2006).

En el caso de los servicios de salud, la organización remite a los equipos de salud, con actores que tienen intencionalidades distintas en sus acciones y que disputan el sentido de ese trabajo. Estas acciones son una mezcla, a veces poco evidente, entre sus territorios privados de acción y el proceso público de trabajo. El cotidiano, por lo tanto, tiene dos caras: la de las normas y roles institucionales y la de las prácticas privadas de cada trabajador (Merhy, Camargo & Ceccim, 2006).

Estas intervenciones están mediadas por relaciones interpersonales entre los trabajadores donde cada uno es portador de un rol y de una tarea y construyen o constituyen las micropolíticas propias en cada servicio.

Para Matus (1992) la verdadera organización es definida por el conjunto de acciones gubernamentales que todos realizan en el cotidiano. Es decir, gobiernan quienes hacen.

Investigaciones como las de Nugus *et al.*, (2014) y Collin *et al.*, (2012) describen y sustentan la dimensión relacional entre los trabajadores como un factor que influye de manera significativa y modeliza los procesos de atención y cuidados de la salud al interior de cada institución.

Desde la perspectiva de la planificación, las organizaciones de salud accionan bajo diversas lógicas dependiendo del ángulo observador, aunque conservando elementos comunes como: espacios de poder, líneas de mando, ciertas prácticas y reglas de funcionamiento que representan estructuras operativas para alcanzar una determinada producción. Sin embargo, si ampliamos ese ángulo, la producción de cuidados está mediada por actores-sujetos que muestran unos flujos-conectivos de intensidades que superponen estos escenarios y otorgan sentidos propios a sus prácticas de salud (Franco & Merhy, 2009).

En tal sentido, las actitudes y percepciones de las/os trabajadoras/es pueden influir en la forma en que se lleva a cabo las prácticas de atención y cuidados en una organización de salud como el hospital.

Soto Roy (2015), plantea que los procesos de trabajo ubican en cierto tipo de tareas a las personas, donde difiere la autonomía ofrecida y las posibilidades de control que se ejercen sobre ese trabajo; la situación de empleo, en tanto formas específicas de contratación, salarios y la gestión de personas ya instituidas dentro de la organización, en cuanto a discursos y dispositivos concretos de gestión. Estas múltiples posibles combinaciones ofrecen diversos escenarios de trabajo que darán anclaje a nuestro análisis.

Dentro de estos escenarios posibles no podemos soslayar la complejidad involucrada en el trabajo en salud, que incluye luchas de poder, lógicas corporativas, problemas, en la mayoría de los casos poco estructurados, con baja gobernabilidad para su resolución por parte de algunas/os trabajadoras/es, que demandan un enfoque desde la planificación estratégica desarrollada por Matus (1992).

Las organizaciones de salud argentinas se encuentran insertas en un entorno poco estable debido a la segmentación del sistema de salud en el que se desenvuelven. En este sentido Crojethovic (2012), afirma que: “son los trabajadores del Estado con y sin jerarquía quienes logran mantener el flujo de trabajo, dando una respuesta temporaria a los obstáculos generados por los factores determinantes” (p.4) o, como en el caso de la pandemia por COVID-19, los emergentes (Sy, *et al.*, 2023) mediante el desarrollo de iniciativas de corto, mediano y largo plazo.

En el contexto de la pandemia por COVID- 19, la descripción sobre las narrativas de la experiencia de trabajadores de la salud realizada por Sy *et al.* (2023) da cuenta del rol preponderante que adquieren las/os trabajadoras/es para la resolución de problemas emergentes e imponderables.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Iriart y Merhy, ya señalaban en 2017 que en el ámbito de la salud la organización del trabajo implica acatar normativas para el tratamiento a las/os usuarias/os de los servicios de salud mediante protocolos clínicos particulares, en contextos donde no siempre está la disponibilidad de recursos, la capacidad de cubrir la demanda o el personal suficiente para cada turno y servicio. Lo mismo podría plantearse para nuestro país en la pre pandemia, recrudecido en la pandemia (Moglia *et al.*, 2022; Sy *et al.*, 2021; Sy *et al.* 2023).

Estos viejos-nuevos problemas son parte de los escenarios de trabajo del sistema de salud que se recrudecen ante una crisis sanitaria como la que impone la pandemia por COVID-19.

3.2.La organización desde la planific-acción y las comunicaciones

En el contexto de la pandemia de COVID-19, se evidencia un significativo aumento en la demanda de atención médica, comprometiendo la capacidad de respuesta del sistema asistencial.

Desde el gobierno de la provincia de Buenos Aires la preocupación y las acciones se centraron en la resolución de disponibilidad de camas, respiradores, equipos de protección personal, normas y protocolos para reorganizar los procesos de trabajo¹⁹.

Para afrontar esta demanda y asegurar la funcionalidad de los mecanismos de coordinación, el manejo oportuno y completo de la información, las capacidades logísticas, y los recursos necesarios para su ejecución, así como para una respuesta integral a la población, resguardando la salud y las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, las autoridades en el tema proponen planificar la organización de los servicios de salud.

Ahora bien, por otra parte, el Ministerio de Salud de nuestro país reconoce que son los equipos de salud quienes tienen un papel relevante en la identificación, notificación y asistencia de casos, así como también en la planificación, ejecución y organización de las acciones más adecuadas (MINSAL, 2020).

Es decir que de alguna manera las acciones reales y posibles solo están en mano de los trabajadores. Siguiendo a Matus (1992) todos los actores sociales planifican sus acciones estratégicas desde diferentes niveles de formalidad y sistematicidad.

¹⁹ Las medidas de la Pandemia: LA PROVINCIA INVIRTIÓ EN RESPIRADORES, BOMBAS Y MONITORES QUE TRIPLICARON LA CAPACIDAD DE INTERNACIÓN-
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_invirti%C3%B3_en_respiradores_bombas_y_monitores_que_triplicaron_la

La sistematicidad da cuenta de cuerpos ideológicos, teóricos y metodológicos. La improvisación sería el opuesto a la sistematización de las acciones, cualidad que a veces, parece caracterizar a los procesos de cuidado y atención a la salud en los hospitales públicos, aunque no es así. Las acciones que parecen improvisadas son una agrupación sistematizada de los recursos, saberes y aprendizajes realizados por cada trabajador/a en su trayectoria de formación y laboral que se pone en marcha ante la aparición de eventos que no pueden ser resueltos de acuerdo al protocolo o a lo normado (Matus, 1992).

En este sentido, Emerson Merhy identifica tres campos de tensión que operan dentro de las organizaciones de salud: el territorio de las prácticas de salud como un espacio de múltiples disputas y de constitución de políticas; la producción de actos de salud como el terreno del trabajo vivo, en el cual predominan las tecnologías blandas y; el terreno de las organizaciones de salud, como el espacio de convergencia de diferentes actores con capacidad de autogobierno, que disputan la orientación del cotidiano con las normas y reglas instituidas, siempre bajo tensión por la polaridad entre autonomía y control (Merhy, Camargo & Ceccim, 2006). Introducirnos en esos campos nos muestra dos componentes principales: el de las normas de las macropolíticas y los roles establecidos según los estereotipos aceptados socialmente y el de las prácticas privadas de cada trabajador en el uso de sus conocimientos, experiencias e intereses (Merhy, Camargo & Ceccim, 2006; Campos, 2009).

Ante el surgimiento de un problema o conflicto cada trabajador puede desarrollar casi simultáneamente una alternativa situada que le represente una solución a ese problema (Matus, 1992), ahora bien, ese flujo de soluciones no puede desarrollarse sin la cooperación de algunos otros, con lo cual rápidamente aparece la necesidad de negociar y establecer consensos.

Para Reguillo (2015) las situaciones de conflicto, que ella denomina acontecimiento disruptivo, implican diferentes etapas, la emergencia, la organización, la negociación y la desactivación. Estas etapas no implican un orden cronológico, la aparición de cada una va a estar mediada por la interacción/acción de cada uno de los actores y sus capitales acumulados para la negociación.

Estos procesos de negociación se ejecutan mediante procesos comunicacionales. Para Flores: “La conversación representa la unidad mínima de interacción social orientada hacia la ejecución con éxito de acciones” (Flores, 1994a, p.24).

Y es a partir de estas conversaciones, que se traducen en redes de conversaciones, mediante las cuales se establecen compromisos de acción para la consecución de una tarea. La competencia comunicativa es la capacidad de expresar las propias intenciones y de

responsabilizarse de la red de compromisos de las expresiones y sus interpretaciones (Flores, 1994b).

En los equipos de trabajo en salud las actividades comunicativas conforman el propio proceso de trabajo y en muchos casos la siguiente tarea depende de decisiones y acciones colectivas que están sujetas a diferentes tipos de incertidumbres (Flores, 1994b).

Además, para que estas conversaciones sean efectivas debe existir un lenguaje compartido, es decir que la relación significativa – significado, debe ser más o menos percibida de la misma manera por los trabajadores de una misma organización o servicio de salud.

En muchos casos la palabra es acompañada de un lenguaje corporal y gestual que refuerza ese significativo para reducir estas posibles confusiones interpretativas. Este conjunto comunicacional es lo que hace necesario el intercambio con el otro, ya sea para asegurar el éxito de una negociación o para la obtención del consenso del otro.

3.3. Gestión del trabajo en salud: normas, estrategias y desafíos

Como cualquier otra organización, los servicios de salud no se movilizan solo por las leyes que intentan regir su funcionamiento, al observar detenidamente en estos espacios de producción del cuidado, podemos visualizar que los procesos de trabajo no operan solo en una plataforma estructuralmente organizada, sino que los sujetos y sus flujos de conexión funcionan en plataformas que se superponen a las estructuras, expandiendo aquello que es organizado a priori para su práctica como lo instituido (Franco & Merhy, 2009).

La comprensión de las particularidades del trabajo en salud empieza por reconocer el hecho de que “la salud se produce en acto”. Es decir, el producto del trabajo en salud únicamente existe durante su misma producción y para las personas involucradas en el proceso, esto es entre trabajadores de la salud y usuarios (Merhy, Camargo & Ceccim, 2006, p.151).

Lo que confiere vida al trabajo en salud son las tecnologías "blandas", que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías "duras" y "blanda-duras" como una referencia. Cuanto menos creativo es el trabajo y con menor flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone, se torna en un trabajo menos vivo y más muerto. Es en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud (Merhy, Camargo & Ceccim, 2006).

Lo que hace que un/a trabajador/a tenga actitudes hospitalarias, tiene que ver con la forma en que su subjetividad resignifica el mundo y las personas con las cuales se relaciona en su modo de actuar en el cotidiano (Franco & Merhy, 2009).

Para Campos, la gestión de los servicios en general se despliega en funciones ejercidas con un importante grado de distancia entre los ejecutores de las funciones de gestión y los operadores de actividades finales (Campos, 2005).

Cuando se pierde el sentido del ¿para qué se trabaja?, cuando ocurre una alienación en el trabajo, se tiende a una automatización de procedimientos y burocracias que empobrece la interacción creativa de las y los trabajadoras/es de la salud, así como de la participación activa del sujeto de atención en su propio proceso de cuidado.

La distancia que produce la burocratización del deber hacer del protocolo, hasta llegar al trabajo vivo habilita una cantidad de remodelaciones en base a interpretaciones subjetivas de los sujetos que deben operacionalizarlo con adecuaciones a la realidad de cada servicio de salud, de acuerdo a las posibilidades desiguales de cada organización, que si bien, el protocolo es una raíz común, el fruto no siempre parece del mismo árbol. Este es el aporte creativo de cada trabajador/a; el desafío es que esa creatividad no obstaculice la continuidad del proceso de atención y cuidados.

Según Campos (2009), todo trabajo tiene tres objetivos con diferentes efectos y sentidos que caracteriza a cada uno de ellos. El primero, objetiva e interfiere con la producción de bienes o servicios para personas externas a la organización, es decir se trabaja para otro que no es el equipo operativo. El segundo, es el que asegura la reproducción ampliada de la propia organización; y el tercero, termina interfiriendo en la producción social y subjetiva de los propios trabajadores y de los sujetos de atención.

Desde la perspectiva del autor, la constitución de los sujetos, de las necesidades sociales y de las instituciones son el producto de relaciones de poder, del uso de conocimientos y de modos de circulación de los afectos. Reconoce que somos producidos de esa forma, pero como consecuencia, también, tiene la convicción de que cada sujeto, cada colectivo, puede valerse de esas líneas constitutivas para reconstruir nuevas instituciones, nuevas necesidades sociales y nuevas personas (Campos, 2013). Es un modo interactivo que reconoce la diferencia de roles, de poder y de conocimiento, pero que busca establecer relaciones constructivas entre los distintos actores sociales. La supervisión y evaluación deberían comprometer a los propios evaluados tanto, en la construcción de los diagnósticos como en la elaboración de nuevas

formas de accionar; o sea, formas democráticas para coordinar y planificar el trabajo considerando, la experiencia, el deseo y el interés de los sujetos (Campos, 2013).

Partimos de la premisa que no existe neutralidad: el mejor remedio para atenuar los conflictos con este tipo de factores es explicitándolos, dejar claro desde dónde se está hablando, con qué objetivo, qué se busca, en tanto, se debe actuar según el concepto de triple objetivo: buscar valores de uso –controlar la pandemia–, asegurar la participación de los sujetos comprometidos con el proyecto y con la práctica. Para esto, es fundamental construir el proyecto –diagnóstico de situación y definición de tareas– según la opinión del equipo de trabajo y los usuarios. Lo que significa, en alguna medida, que siempre se podrá crear algún tipo de compromiso o de contrato entre las distintas perspectivas.

Las/os trabajadoras/es que se desempeñan en espacios de gestión deben explotar ese poder constituido para presentar las modalidades de acción, aportar informaciones sobre las presiones políticas, analizar los procesos de trabajo que implican una cercanía cotidiana al sufrimiento y la muerte. Pero también, abrir espacios colocando en análisis los afectos y las relaciones de poder, dar tiempo al encuentro, la reunión y la reflexión, lo otro es *el hacer*.

3.4. Condiciones de trabajo: el personal de enfermería en particular

Desde la década de los '90 aproximadamente, los procesos de cuidados en salud están siendo reestructurados paulatinamente cada vez más hacia un modelo de biomedicina tecnológica con una fuerte inserción del mercado en las decisiones y los avances curativos. Según Spinelli (2010) estas modificaciones pueden operar como alienantes en cuanto a pérdida de vínculos del trabajador con la organización, con sus compañeros, con los sujetos de atención, y con el trabajo mismo. El COVID-19 ha fortalecido este tipo de desarrollos, en particular la telemedicina, especialmente adecuada para limitar contactos y contagios.

En otro plano de observación cabe mencionar que, en el año 2002, según datos de la Encuesta de Mercado de Trabajo, se muestra una notable heterogeneidad en los ingresos, tanto por género, en este caso el más desfavorecido era el femenino, como por categoría de ocupación, personal operativo y técnicos (entre ellos el personal de enfermería). Estas diferencias se reproducen entre los trabajadores del conurbano respecto a los de CABA (Novick & Galin, 2003).

Asimismo, Marta Novick y Pedro Galin muestran en el estudio mencionado que existe además un paulatino deterioro de las condiciones de empleo y trabajo en el campo de la salud, desde finales del siglo pasado. Esto se pone de manifiesto en el aumento del pluriempleo, así

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

como también en la extensión de la jornada laboral, la flexibilización de los modos de contratación (contratos temporales, pasantías y trabajo ad honorem) y de la organización del trabajo (subcontratación y tercerización), procesos que forman parte de políticas de reformas que desatienden su impacto en la fuerza de trabajo.

Según el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2018):

En Argentina, el campo de los recursos humanos en salud presenta un escenario de feminización sostenida. De tradición histórica en enfermería, la nutrición, partería, fonoaudiología y psicología, la proporción de mujeres ha aumentado de manera sustancial entre los profesionales de la medicina, y aún más evidente si se analiza el estudiantado actual (p.27).

La feminización del sector salud aumenta, pero la brecha de desigualdad respecto a los ingresos en las categorías profesionales entre hombres y mujeres aún persiste ya sea por cantidad de horas semanales traducidas a ingresos totales o bien por jerarquización de los puestos alcanzados por cada uno. En cambio, estas diferencias son significativamente menores entre el personal técnico y operativo, resguardados por estructuras sindicales más sólidas (PNUD, 2018).

La disciplina de enfermería como parte importante del complejo entramado del sector salud, tiene la particularidad de ser la actividad con más alto nivel de feminización y mayor carga de asistencia directa a las personas entre sus tareas.

Por otra parte, se reconoce a la enfermería con una estructuración heterogénea en términos de ámbitos de inserción, regulaciones, representación gremial y calificaciones, que se traducen en diferentes condiciones laborales dentro de la propia ocupación. (Aspiazu, 2016a).

Acordamos con Aspiazu (2016b) cuando expresa que:

[...] “Las problemáticas que afectan a las y los enfermeros en Argentina son diversas e impactan negativamente tanto en sus condiciones laborales como en la calidad de la atención en salud. La sobrecarga laboral, el pluriempleo, las deficiencias en infraestructura e insumos y los bajos salarios de las/os enfermera/os son correlato de la situación general del sector” (p.11).

En este sentido, el colectivo de enfermería enfrenta deficiencias como la multiplicidad de normas que regulan la ocupación, una estructura sindical inespecífica, amplia y compleja que fragmenta la representación de las y los trabajadoras/es de enfermería, limitando la posibilidad de llevar a cabo demandas y negociaciones paritarias. En este sentido, el déficit en la cantidad de enfermeras/os, su representación social como una profesión de menor calificación, y por lo tanto una situación de desventaja y desvalorización dentro de los equipos de salud, suman escollos y complejidad a las condiciones laborales de esta ocupación

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

propiciando un escenario de mayor precarización respecto de los demás trabajadores/as del sector salud (Aspiazu, 2016a).

Incluso desde el marco legal para el ejercicio profesional de enfermería – Ley N° 24.004 (1991)²⁰ continúan pendientes artículos sin especificidad y/o reglamentaciones pertinentes. Además, solo se reconocen dos niveles en el ejercicio de la enfermería: auxiliar (formado a nivel preuniversitario) y profesional (éstos últimos pueden tener formación de tecnicatura o licenciatura universitaria). El artículo 3 define el ejercicio profesional como “consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud- enfermedad sometidas al ámbito de su competencia”, y el Auxiliar como “consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión”.

Gran parte del colectivo de enfermería se desempeña en el subsector público de salud al cual se le suman las falencias estructurales e históricas de infraestructura y de insumos, que afecta tanto la calidad de atención como las condiciones de trabajo del sector. Las malas condiciones edilicias, la falta de higiene adecuada, insuficiencia de recursos, falta de insumos, equipos obsoletos, son algunas de las descripciones que se repiten en los testimonios de los y las trabajadores/as de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires (Aspiazu, 2016a; Aspiazu, 2016b).

3.5.El cuidado

El cuidado es definido en su sentido ampliado como todas aquellas tareas necesarias para el sostenimiento de la vida cotidiana y de su reproducción intergeneracional (Molinier & Legarreta, 2016).

Pensar el cuidado es problematizar la reproducción de la vida cotidiana y social de las personas (Aguilar, 2019).

El objeto de estudio del cuidado en salud abarca los afectos, las prácticas y las consecuencias subjetivas del cuidado de personas con padecimientos y dependientes en el ámbito de la salud. Las prácticas de cuidado profesional de enfermería implican la atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que

²⁰ Ley Enfermería - Normas para su ejercicio N°24.004 (1991) Derogación de los arts. 58 a 61 de la ley 17.132. Sanción: 26/09/1991; Promulgación: 23/10/1991; Boletín Oficial 28/10/1991 <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5281>.

afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado (Daza & Medina, 2006).

En el devenir de la práctica de enfermería algunas investigaciones observan que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico (Medina, 1999). Sin embargo, el cuidado profesional implica la participación activa en las acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud asegurando la continuidad del cuidado en base a la mejor evidencia científica disponible.

El cuidado debe impulsar el proceso de aprendizaje que permita a la persona participar en su rehabilitación o la promoción de su propia salud, mediante cambios en sus hábitos o transformando las condicionantes socio-ambientales que le afectan.

Desde la salud colectiva, tomamos la categoría de modos de producción de cuidado, la cual Ayres (2018) desarrolla en vinculación con la humanización de la atención. El autor plantea al cuidado como un encuentro terapéutico humanizado donde la intervención apunta ir más allá de lo técnico y busca permeabilizar/flexibilizar la denominada normatividad morfofuncional (Ayres, 2018). En sus palabras el cuidado refiere a “...esa conformación humanizada del acto asistencial...” (Ayres, 2018, p.124). Este encuentro tiene una dimensión dialógica donde el profesional intenta salirse de su discurso tecnocientífico y escucha a la usuaria/o bajo un auténtico interés y deseo en dicha acción, es decir, el cuidado se asocia a un poder escuchar y un hacerse escuchar (Ayres, 2018). Esto deriva en que el cuidado es un modo de acogimiento del otro y, además, una responsabilidad en la relación con el otro (Ayres, 2018).

En relación con ello, Merhy, Camargo & Ceccim (2006) plantean el cuidado como un encuentro entre un/a trabajador/a de la salud o equipo y un usuario/a o grupo de usuarios/as de su servicio, es decir, entre actores sociales, de los cuales unos expresan o portan una necesidad de salud (demanda) y otros se encuentran como portadores de un cierto saber-hacer tecnológico, productor de cuidado en salud. Este encuentro se dirige a “la recuperación de su “modo de andar la vida” (p.152). En este caso, hacemos referencia a una parte de la propuesta conceptual del autor centrada en el cuidado como acontecimiento que involucra múltiples maletines tecnológicos, los cuales se representan como “cajas de herramientas”. Merhy, Camargo & Ceccim (2006) refieren a tres maletines: el de las tecnologías leves, vinculadas a las relaciones que se dan entre los sujetos; el de las tecnologías leves-duras, correspondientes a los saberes científicos y, el de las tecnologías duras, que constituyen los remedios, los aparatos manuales y equipos físicos. Cada uno de estos maletines expresa un producto singular y, dependiendo de

cómo se relacionan entre sí, definirá el sentido social del acto en salud, es decir, si se da en términos de construcción de acogimientos, vínculos y responsabilidades o no (Merhy, 2006).

Teniendo en cuenta este marco teórico nos proponemos describir las particularidades que los modos de producción de cuidado adquieren durante la emergencia sanitaria y de qué manera quienes trabajan en los hospitales pudieron dar o no respuestas en ese contexto laboral (Rico & Pautassi, 2021; Sy, Moglia & Derossi, 2021).

3.6.Subjetividad relaciones y significados

En la producción de cuidados abordado por Franco y Merhy postulan que los trabajadores de un mismo equipo de salud pueden actuar de manera singular al brindar los cuidados, es decir, de formas diferentes, aunque estén bajo la misma directriz normativa (2009).

El modo de operar de cada trabajador en su acción cotidiana es dinámico y complejo, tanto en la producción subjetiva, en el acto de cuidar la salud, como la reproducción del propio/a trabajador/a en tanto sujeto en el mundo (Franco & Merhy, 2009).

La creación del medio en que se vive y se trabaja está marcada por una constante deconstrucción y construcción de territorios existenciales, basados en criterios que son dados por el saber y la dimensión sensible de percepción de la vida y de sí mismo (Franco & Merhy, 2009; Franco, 2011).

La condición indispensable para que una organización cambie o incorpore nuevos elementos a su práctica y a sus conceptos, es la percepción de que la manera vigente de hacer o de pensar es insuficiente o insatisfactoria. La complejidad radica en el consenso de la percepción de esa insatisfacción (Merhy, 2006).

En la producción y reproducción de la realidad intervienen diversas subjetividades y deseos que interconectan, se retroalimentan o confrontan en cúmulos de intensidades, conformando nuevas realidades que se van constituyendo en su proceso (Franco & Merhy, 2009).

Para Lusnich (2011) la configuración del trabajo de enfermería ofrece dos caras: la programación de rutinas con cuidados continuos e ininterrumpidos en tanto que las necesidades del sujeto de atención se producen las 24 hs. y cuando se produce un alta, rápidamente le sucede un ingreso.

Y la otra cara: como instancias de incertidumbre, de la contingencia; de eventos y momentos que se constituyen como hechos disruptivos dentro de la organización del trabajo.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

[...] La incertidumbre que acompaña a tales sucesos pone en cuestión lo rutinario, las normas institucionales o las consensuadas al interior del colectivo de trabajo, los lugares de cada actor, las definiciones que se elaboran acerca de la propia situación en base a la experiencia cotidiana y al bagaje de conocimientos que se porta, el saber-hacer (Lusnich, 2011 p.4).

Los modos en que se organizan y significan estas acciones del saber hacer; de qué manera afectan la salud del trabajador en cuanto a su energía psíquica, emocional y el impacto subjetivo; cómo influyen en los principios de la organización del trabajo y sus quiebres; los modos de dar respuesta a las contingencias e imprevistos habilitan espacios posibles de cooperación horizontal y de solidaridad grupal, de una cierta autonomía y creatividad cuando se trata de “improvisar”, de movilización y elaboración de saberes y de conocimientos propios de cada trabajador (Lusnich, 2011).

El trabajador posee representaciones, saberes y prácticas acerca de su propio proceso de salud-enfermedad-autoatención ²¹ en el aspecto psíquico y el desgaste laboral. Estos procesos de significación abarcan el desgaste físico y psicológico descrito por el autor como:

[...] pérdida gradual de la “fuerza”, la “energía”, la “voluntad”, fatiga, apatía, depresión, estrés, pérdida de la creatividad, desmotivación, ansiedad, desesperanza, miedo, impotencia, sentimientos de frustración y de insatisfacción (Lusnich, 2011 p.6).

La vivencia subjetiva de estos signos conlleva a una pérdida de motivación en el desempeño de su trabajo.

En cambio, la enfermedad percibida como una afectación puntual y específica, es el resultado de un determinado aspecto de la organización y de las condiciones de trabajo en una relación lineal, de causa-efecto. A diferencia del desgaste que abre camino a la complejidad, articulando daños, síntomas, malestares, enfermedades, tanto físicas como psicológicas, dentro de un proceso global, a largo plazo (Lusnich, 2011).

La situación mundial, nacional y regional producida por la transmisión e infección por COVID-19 entre las personas, nos lleva la mirada hacia atrás, sobre nuestros pasos, nos interpela a recalcular acerca de lo conocido, de lo establecido, de lo normado, impone reconstruir nuestro modo de ser, de hacer, de conocer y nos desafía a repensar-nos como sujetos, como colectivo y como organización.

²¹ Autoatención de la salud como personal de salud y sujeto participe de su propia recuperación.

3.7.Emociones

Si bien, no se ha logrado aún un consenso interdisciplinar para definir el concepto de emociones, los autores Paul y Anne Kleinginna (1981) realizaron una ardua recopilación intentando reconstruir una definición que se constituyera con la mayor cantidad de aspectos posibles expresan que:

La emoción es un conjunto complejo de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediados por sistemas neurales-hormonales, que pueden (a) dar lugar a experiencias afectivas tales como sentimientos de excitación, placer/displacer; (b) generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales emocionalmente relevantes, valoraciones, procesos de etiquetado; (c) activar ajustes fisiológicos generalizados a las condiciones de activación; y (d) conducir a un comportamiento que es a menudo, pero no siempre, expresivo, dirigido a un objetivo y adaptativo (p.355).

En este sentido las emociones son experiencia en el propio cuerpo-mente y expresión mediante este cuerpo-mente. Desde una perspectiva más ampliada y en un sentido más histórico y performativo de la evolución y los procesos sociales autores como Monique Scheer (2020), consideran la emoción como un acto situado y a su vez compuesto por procesos cognitivos, somáticos y sociales interdependientes que además existen en un espacio, un tiempo, una cultura bajo ciertos paradigmas ideológicos que las nombran, las facilitan, las aceptan, o las rechazan, las condicionan o las reprimen.

Siguiendo a Scheer, el cuerpo mismo es moldeado por contextos sociales y relaciones de poder con capacidad de movilizar, nombrar, comunicar y regular una emoción.

En un contexto específico como los procesos de atención y cuidados las emociones son las expresiones de lo sentido con respecto a un evento relacional, son significadas y significantes, entre quien las expresa y quien las recibe. Para comprender su sentido y significado tienen que ser analizadas en vinculación a las prácticas y/o discursos ²².

En este mismo sentido Marcel Mauss (1979) plantea que las emociones se expresan socialmente de forma reglada, con esto se quiere significar que no son fenómenos exclusivamente psicológicos o fisiológicos, sino que son sociales que varían de acuerdo al tiempo, las condiciones y los agentes de expresión.

3.8.Diseño Metodológico

En cuanto al diseño de la presente investigación es de tipo cualitativo, en tal sentido trabajamos en torno a creencias significados y valores que conforman la realidad social (Sousa

²² Rosaldo, M. Toward an Anthropology of self and feeling. In: Shweder, R.A, Levine, R.A. Eds. Culture Theory: Essays on Minf, Self and Emotions. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. p. 127-157.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Minayo, 2012). Este tipo de abordaje facilita la comprensión de la lógica interna de un determinado grupo, sus percepciones como producto de sus propias interpretaciones; de sí mismos y de las relaciones y procesos sociales en los que están inmersos (Sousa Minayo, 2018) mediante la descripción interpretada de sus propias experiencias narradas de atención y cuidado de la salud.

Para Sousa Minayo (2018)

[...] la vida social constituye una especie de consenso que propicia procesos de interrelaciones y de interpretaciones de significados compartidos por un grupo comunidad que puede al mismo tiempo manipular, redefinir y modificar sus sentidos (p.125).

Estos símbolos, significados y valores son reconstruidos por los propios actores sociales en el momento en que narran sus historias.

En tal sentido, el abordaje cualitativo es pertinente en tanto permite obtener información mediante las estructuras inscriptas en los relatos. Según la propuesta de Amanda Coffey y Paul Atkinson (2003), identificar la estructura en la que se organizan los relatos, cómo se desarrolla cada historia, dónde comienza y termina, cómo cuentan las personas sus historias, el modo en que lo hacen, cómo dan forma a los acontecimientos, cómo expresan su idea, cómo “empacan” los eventos narrados representa un punto de partida para avanzar hacia el centro de nuestro análisis recuperando los significados y sentimientos asociados que producen estas experiencias.

Este trabajo se inicia en el año 2018, con una investigación etnográfica titulada “*Lo urgente y lo emergente de Guardia: una aproximación al trabajo cotidiano del personal médico-asistencial de Hospitales públicos del conurbano bonaerense*” (Convocatoria Oscar Varsavsky de la UNLa., 2019) desarrollada en la guardia de un hospital público del sur del conurbano bonaerense con observaciones realizadas entre 2018 y 2019; desarrollando en paralelo una revisión de la literatura desde la perspectiva metaetnográfica. En ese marco publicamos en la revista *Cadernos de Saúde Pública de Brasil* el trabajo *La urgencia bajo la lupa* (Sy, et al.,2021). En febrero del 2020 cuando comenzamos la etapa de realización de entrevistas, ante la declaración de la pandemia, con la imposibilidad de dar continuidad a ese trabajo de campo, nos planteamos la necesidad de recuperar las experiencias de las/os trabajadoras/es de hospitales de segundo nivel de complejidad. 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 mensajería WhatsApp nos ofrecía los recursos

necesarios para la obtención de datos, considerando que la estrategia no podía ser el traslado de la entrevista presencial a una modalidad virtual. Mediante redes institucionales se envió un primer 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. Las primeras invitaciones fueron enviadas el 30 de abril y el primero de mayo obtuvimos un amplio número de respuestas. De inmediato advertimos que las personas contactadas albergaban 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. En virtud de ello, 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. Las respuestas recibidas 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 permitieron sumergirnos en el campo, sin estar físicamente ahí y, al mismo tiempo, hacer un seguimiento de la situación de pandemia.

Durante el año 2020 continuamos esta investigación en el marco del proyecto *Transitar de la pandemia a la post-pandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as* (convocatoria PISAC-COVID-19 de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación)²³ la cual se propone abordar las narrativas del personal de salud sobre los procesos de atención desarrollados durante este tiempo, los problemas que identifican como emergentes de la pandemia y los desafíos que implica pensar la transición, a una etapa de post-pandemia, con una nueva “normalidad” que se establecerá también con unos “nuevos” trabajadores y trabajadoras.

Es desde ese espacio de investigación más amplio que, para la elaboración de mi tesis de maestría, me propuse recuperar desde las narrativas de las y los enfermeras/os, el sentido

²³ RESOL-2020-131-APN-DANPIDTYI#ANPIDTYI del 19-11-20. (Agencia I+D+I)

que los propios actores le dan a su trabajo cotidiano en el contexto de pandemia por COVID-19. En el escenario sanitario singular en el que se encuentran las y los trabajadoras/es, afrontando una situación inédita, es especialmente relevante darle un lugar a sus vivencias, que habiliten su resignificación y proyección a futuro. Estos relatos, que hablan del trabajo, son nuestra forma de acceder a lo que ocurre en los servicios de salud en un entorno donde el acceso a las instituciones sanitarias se vio restringido.

Los datos analizados, son un recorte intencional dentro de la base de datos desarrollada en el marco del proyecto general antes citado (Convocatoria PISAC-COVID-19) la cual contiene un total de 260 entrevistas realizadas en diferentes provincias de Argentina (Jujuy, Salta, Catamarca, Sgo. Del Estero, Misiones, Santa Fé, Córdoba, Buenos Aires, Neuquén, Chubut) a trabajadoras y trabajadores de la salud de diferentes disciplinas y ocupaciones. Donde se refleja una relación que respalda el concepto de feminización del trabajo en salud. Nuestro recorte es, dentro de la provincia de Buenos Aires, conurbano bonaerense, personal de enfermería. Eso da un total de 13 entrevistas cualitativas en profundidad que se extienden entre 40 minutos y una hora y media cada una.

El proyecto general ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional 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) (Ver anexo B) el mismo contempla la posibilidad de disponer de las entrevistas que se realicen en ese marco para investigaciones de tesis de grado y posgrado de sus integrantes.

En todas las entrevistas, inicialmente, se firmó un consentimiento informado garantizando la confidencialidad y anonimato de los datos de las/os entrevistadas/os en el que las y los trabajadoras/es aceptan participar de este estudio (Ver anexo A. Modelo de consentimiento aprobado por el comité de ética).

En la investigación del proyecto PISAC-COVID 19 la propuesta fue entrevistar al personal de salud que se desempeña en hospitales públicos del conurbano bonaerense. En este sentido, para delimitar el universo de trabajadores/as recurrimos a los sitios web públicos de la provincia de Buenos Aires²⁴ lo que nos permitió conocer el número total de hospitales por región sanitaria y la población total de cada una.

A partir de ello delimitamos como área de estudio el sur del conurbano bonaerense que técnicamente se corresponde con la región sanitaria VI. Esta región concentra la mayor

²⁴ Página Web de Salud/Regiones Sanitarias: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias

densidad poblacional, con 3.747.486 habitantes (de acuerdo con el censo nacional de población y vivienda (2010) y cuenta con 12 (doce) hospitales zonales e interzonales. De este modo, la muestra de personas a entrevistar estará constituida por enfermeras/os que trabajen o hayan trabajado durante el periodo de la pandemia por coronavirus en hospitales públicos generales (zonales o interzonales) del área sur del conurbano bonaerense (Ver tabla 1).

Tabla 1. Hospitales Zonales e Interzonales de la Región Sanitaria VI

Hospitales	Región Sanitaria VI
Zonales	-Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Lucio Meléndez” (Adrogué)
	-Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado “Evita Pueblo”(Berazategui)
	-Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Eurnekian” (Ezeiza)
	-Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Narciso López” (Lanús)
	-Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte” (Quilmes)
	-Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Arturo Oñativia” (Rafael Calzada)
	-Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo” (Villa Vatteone)
	-Hospital Zonal General de Agudos “Dr. E. Wilde” (Avellaneda)
Interzonales	-Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Pedro Fiorito” (Avellaneda)
	-Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” (Lanús)
	-Hospital Interzonal General de Agudos “Luisa C. Gandulfo” (Lomas de Zamora)
	-Hospital Interzonal General de Agudos “presidente Perón” (Sarandí)

Fuente: Tabla de elaboración propia (2021) a partir de datos disponibles en: https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias

Se trata de un muestreo intencional, por conveniencia, los criterios de inclusión a aplicar serán:

- Que desarrolle su trabajo (o al menos uno de ellos en caso de pluriempleo) en un hospital general de los antes mencionados.
- Que haya trabajado y/o se encuentre trabajando durante el periodo de la pandemia por coronavirus en la institución.

Para esta tesis se excluyen aquellas entrevistas que no pertenecieran a enfermeras/os que desarrollen su trabajo en hospitales de los antes mencionados.

Se buscó que la muestra incluya diversidad de género, de grupos etarios y de relación/contratación laboral, de antigüedad en la institución, así como de cargos y jerarquías. Para realizar los primeros contactos recurrimos al trabajo exploratorio previo (Sy *et al.*, 2021) en cuyo marco realizamos una aproximación a trabajadores de la salud, para conocer sobre su experiencia a partir de la declaración de la pandemia.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Se entrevistaron a trabajadores/as de enfermería de diferentes servicios (guardia, clínica médica, terapias etc.) quienes atienden en el segundo nivel de atención y que realizan cuidados y atención a la salud, hayan intervenido directamente en la atención de pacientes con coronavirus o no.

Se realizaron entrevistas en profundidad de manera virtual, por las plataformas Zoom o Meet dadas las posibilidades de la coyuntura durante el primer año y algunas se lograron de manera presencial hacia fines del 2021. La entrevista incorpora algunas dimensiones generales del proyecto marco y otras singulares a los intereses y pregunta de investigación formulada en el marco de esta tesis (ver apéndice A. Instrumento de recolección de datos).

La cantidad de entrevistas realizadas fue de 13 trabajadoras/es de las cuales, 9 son enfermeras y 4 son enfermeros. El número fue delimitado por el criterio de saturación teórica, esto es, cuando nuevos datos no produjeron información adicional o novedosa (Morse, 1995).

Para el procesamiento de los datos se utilizaron seudónimos tanto para los establecimientos de salud como para nombrar a las personas entrevistadas en pos de proteger la identidad de las personas. Se trabajó, con análisis de contenido respetando los criterios fundantes que le dan validez, esto es, trabajo con muestras reunidas sistemáticamente, cuestionando y replanteando la validez procedimental de la recolección de la información, poniendo énfasis en el análisis de frecuencia de las experiencias con el objetivo de traducir los hechos sociales de modo que cobren significación para la investigación (Sousa Minayo, 2012).

En el marco del proyecto PISAC-COVID 19 elaboramos una base de datos cualitativa²⁵ que tomamos como punto de partida para el análisis. En la misma se puede acceder a fragmentos de las narrativas de diversas profesiones y ocupaciones de trabajadoras y trabajadores de la salud y a sus representaciones gráficas de acuerdo a distintas categorías, dimensiones o variables de interés. Esta base contiene un total de 1296 fragmentos de relatos correspondientes a la provincia de Bs. As. (excluyendo el partido de General Pueyrredón perteneciente a la ciudad de Mar del Plata) De los cuales 567 corresponden a la profesión de enfermería. Para este análisis particular recuperamos 528 citas de los relatos de enfermería vinculados a las dimensiones de análisis, las cuales se encontraron predefinidas y luego redefinidas de acuerdo a los resultados de las entrevistas, emergiendo nuevas.

A continuación, presentamos las dimensiones y subdimensiones finales con sus definiciones conceptuales.

²⁵ Esta base de datos cualitativa próximamente será de acceso libre y gratuito en la página del Archivo General de La Nación (AGN), como fondo documental de la pandemia, en convenio con la Agencia Nacional I+D+i.

I. Escenarios de trabajo: Muestra las configuraciones laborales donde se desenvuelven e interactúan las/os trabajadoras/as y sobre los cuales se desarrollan prácticas, relaciones y comunicación, siendo los contextos para la construcción de subjetividades en el trabajo. En estos escenarios se [...] “posicionan a los actores sociales en un espacio particular de recursos para obtener reconocimiento dentro del sistema social, desde el cual dar sentido a su experiencia de trabajo” (Soto Roy, 2015, p. 202). Asimismo, dicho concepto es planteado como punto de partida para la sistematización de procesos sociales y subjetivos vinculados al trabajo y constituye un marco de análisis de las condiciones concretas de trabajo.

I.I Condiciones de Trabajo: Son las que hacen referencia a las condiciones materiales, edilicias, de disponibilidad/escasez de espacio y recursos, higiene, insumos de trabajo y cualquier vínculo laboral o modo de contratación.

I.II Vínculos y Relaciones: Que aparecen en las narrativas sobre las interacciones en los espacios de trabajo, en los diferentes aspectos relacionales entre actores sociales como usuarias/os/trabajadoras/es, autoridades/trabajadores, enfermeras/os médicas/os etc.

II. Transformaciones: Implican los cambios y las modificaciones identificadas por las/os trabajadoras/es. Es aquello que cambia durante la pandemia en la gestión del trabajo diario, ya sea en los espacios (esto es la distribución edilicia, la creación de nuevos ámbitos de trabajo) o en las prácticas (el modo en que se realizan las tareas y las nuevas acciones o intervenciones que se instalan con la pandemia). Cosas que ocurren o se acentúan en el contexto de la pandemia (ej. quién decide). Además, incluye rutinas que se establecen como el proceso de toma de decisiones o el modo de organización del trabajo.

III. Modos de producción del cuidado: Son las acciones que constituyen a las personas trabajadoras, así como también a su relación con las personas usuarias de los servicios de salud y con los procesos de la institución (Túlio & Merhy, 2016). Involucra la implementación de nuevas formas de producción de cuidados en el marco de la pandemia: condiciones que favorecen/facilitan y aquellas que las dificultan u obstaculizan. Refiere al cuidado de sí misma/o, el autocuidado personal; el cuidado colectivo al interior del equipo de trabajo; el cuidado de las/os otras/os como las/os usuarias/os, o hacia el ámbito doméstico, la familia y los afectos.

IV. Emociones: Partimos de no separar mente/cuerpo, como suele hacerse desde la biomedicina. En ese sentido las emociones son fenómenos psíquicos que involucran el cuerpo, se trata de pensamientos corporizados/encarnados. Para comprender su sentido y significado

tienen que ser analizadas en vinculación a prácticas y/o discursos²⁶. Vinculado a esto último Marcel Mauss (1979) explica un aspecto clave, ya que plantea que las emociones se expresan socialmente de forma reglada, con esto se quiere significar que no son fenómenos exclusivamente psicológicos o fisiológicos, sino que son sociales que varían de acuerdo al tiempo, las condiciones y los agentes de expresión. Por último, las emociones vehiculizan distintos modos de relacionarse, siendo aquellas emergentes de los vínculos y de las interacciones (Lutz & Abu-Lughod, 1990 apud Sirimarco & Spivak L'Hoste, 2019), en estos nuevos contextos/espacios/modalidades de trabajo. Incluye miedo, angustia, ansiedad y cuál es su objeto, por ejemplo, a contagiarse o contagiar a otros, a la muerte, etc. Además, incluye dolor, cansancio físico, euforia (sentimientos de exaltación), entre otros.

V. Desafíos: Son los problemas, obstáculos, dificultades y que se presentan durante la pandemia y se traducen en aprendizajes hacia la postpandemia o la nueva realidad de la salud colectiva. La nueva normalidad. Comprenden aquellas estrategias de atención que se reconocen como novedosas y los desafíos que deja la pandemia para enfermería.

Estas dimensiones son las emergentes construidas a partir del análisis de las narrativas con el fin de interpretarlas en la reconstrucción de sentidos.

A partir de este análisis no se busca absolutizar la perspectiva del actor sino comprenderla para luego analizar esa perspectiva a la luz de la trayectoria personal y laboral de las/os trabajadoras/es, en el actual contexto.

Respecto a mi lugar como investigadora, habiendo sido además enfermera en los servicios que ahora me propongo analizar, es necesario desarrollar un ejercicio de reflexividad. Pierre Bourdieu es quien problematiza el lugar del científico como “productor de conocimiento”, pone al relieve las influencias sobre su producción, desde el campo académico y, consecuentemente, desde un lugar de poder. Bourdieu, incorpora la reflexividad epistémica en la tarea del que investiga exponiendo a la ciencia como un espacio donde se efectúan luchas desde diversas posiciones sociales, las que no deben neutralizarse sino hacerse visibles. El autor utiliza la expresión “objetivación del sujeto objetivante”, encauzando la posibilidad del científico de objetivar su propia práctica mediante una vigilancia epistemológica constante sobre su trabajo como investigador, controlando especialmente los saberes previos adquiridos, esas determinaciones invisibles, en las categorías del entendimiento del científico (Bourdieu & Wacquant, 2005).

²⁶ Rosaldo, M. Toward an Anthropology of self and feeling. In: Shweder, R.A, Levine, R.A. Eds. Culture Theory: Essays on Minf, Self and Emotions. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. p. 127-157.

Considerando que soy una trabajadora de la salud de la profesión de enfermería, es decir que mi identidad profesional coincide con la de aquellos/as sujetos de estudio; es necesario un ejercicio constante de reflexividad. Esta reflexividad es entendida también como la necesidad de un retorno sobre la propia investigadora y su universo de producción, siendo esta reflexión un proceso indispensable para la creación de conocimiento dentro de las ciencias sociales y de la salud.

En lo personal, inicialmente, pretendo lograr un cierto ejercicio de extrañamiento antropológico con el fin de alcanzar una distancia que habilite a indagar y acercarse a las/os colegas poniendo en suspenso mis propios valores y creencias. Al mismo tiempo, entendemos que la identidad profesional favorece cierto ejercicio de empatía y reconocimiento que enriquece el vínculo con las personas entrevistadas. Al momento del análisis, la propia experiencia, juicios y valores también debieron ser reconocidos y puestos en suspenso para favorecer un análisis que reconozca de qué manera esa experiencia se ve involucrada en el análisis e interpretación de los datos.

4. OBJETIVOS

4.1.Objetivo general

Analizar y describir las experiencias narradas del personal de enfermería del sector público del conurbano bonaerense, en la atención y cuidados a la salud en el contexto de pandemia por COVID-19.

4.2.Objetivos específicos

Describir las condiciones de trabajo del sector de enfermería durante la pandemia (preexistente y emergentes).

Indagar los cambios y las transformaciones identificadas por el personal de enfermería en los modos y estrategias de atención durante la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19.

Identificar las principales dificultades para la atención y cuidados en el contexto de la pandemia.

Delimitar las condiciones de trabajo que favorecen y facilitan o dificultan la implementación de protocolos y normativas en el marco de la pandemia.

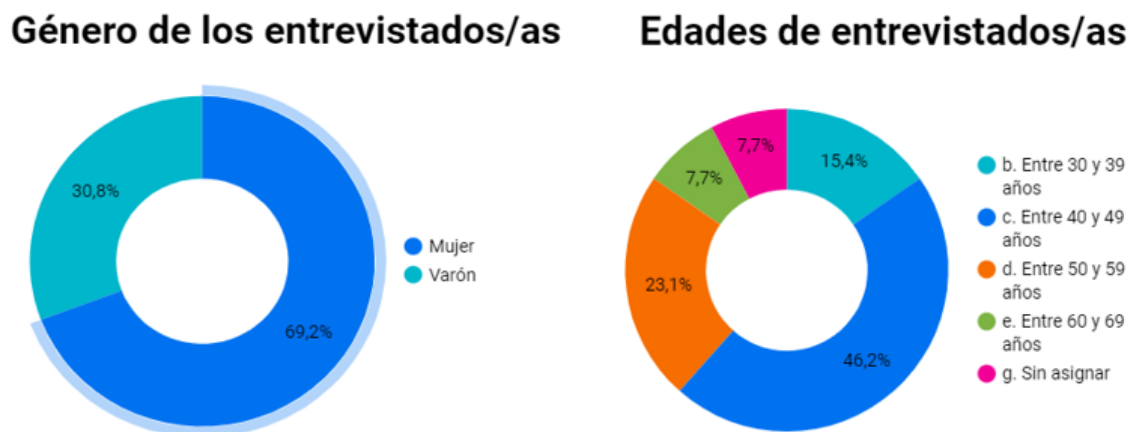
Describir de qué manera intervienen, la subjetividad y los afectos en los modos de producción de cuidados y en la forma que adquiere la adecuación de lo normado a lo posible.

5. RESULTADOS

Las características generales de las/os entrevistados/as muestra que las mujeres representan el 69,2% de la población entrevistada y los varones el 30,8%. Estas cifras son expresivas de la feminización del sector en concordancia con las estadísticas presentadas por la OMS (2020) en su informe de situación acerca de la Enfermería en el mundo. A nivel mundial continúa siendo una profesión con gran predominio de mujeres (90%) a pesar de ese alto porcentaje muy pocos puestos directivos están ocupados por profesionales de la enfermería o por mujeres.

Además, existe una brecha salarial entre hombres y mujeres y discriminaciones por género en el entorno laboral (OMS, 2020b).

Figura 1. Personas entrevistadas por género y edad



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo.

El rango etario predominante se ubica entre los 40 y 49 años de edad (Ver figura 1), el espacio de trabajo de toda la población entrevistada se ubica en hospitales públicos, en el segundo nivel de atención y el 100% tiene un modo de contratación de planta permanente.

Las áreas de trabajo dentro de las instituciones a las que pertenecen las/os entrevistadas/os que predominan son: gestión, emergencias/guardia y terapia intensiva (UTI). Seguidas en orden por infectología, estadística y maternidad. Los cargos que ocupan dentro de la institución corresponden a la formación de grado de licenciada o profesional que en las mujeres son un total de 6 y 3 responden al cargo de técnicas. En el caso de los varones 3 son licenciados y solo 1 como técnico.

A continuación, presentamos el análisis de los resultados agrupados en dimensiones, emergentes a partir de la exploración los relatos de las experiencias de las/os enfermeras/os,

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

con sus definiciones operacionales en diálogo con la bibliografía consultada en el estado del arte y su marco conceptual de referencia. Elegimos traer a este apartado el diálogo y la discusión con investigaciones previas, tanto a nivel nacional como internacional, puesto que esto enriquece y fortalece la interpretación de nuestros resultados.

I. Escenarios de Trabajo

Remite a los espacios donde se desempeñan las/os trabajadoras/es, las condiciones materiales de infraestructura edilicia, las interacciones subjetivas y afectivas en que efectivamente se despliega el trabajo.

I.I Condiciones de trabajo:

Incluye las condiciones materiales, edilicias, de disponibilidad/escasez de espacios y recursos, la higiene, los insumos de trabajo y cualquier vínculo laboral referido a los modos de contratación.

En cuanto a las condiciones edilicias se muestran como inadecuadas o son calificadas como “*primitivas*”,

O sea, mío el problema no es, porque de repente voy de 7 am a 13 pm. Pero yo tengo compañeros que trabajan 24 hs. Chicas jóvenes, imaginate de tener una habitación donde no hay donde lavarse las manos, menstruando, descompuestas, con diarrea... lo que te imagines, todo ahí. Que tenés dos pasillos hasta llegar a un baño público. Un baño público es que usan entre todos los consultorios. Yo llego a las 7 am, capaz que si puedo me aguanto de no ir a hacer pis. Paso por algún lado: me lavo las manos cada vez que puedo (Enfa. Estadística).

[...] es un cuarto, tenemos una mesa, un escritorio grande amurado con dos computadoras, una cama, un fichero, 5 sillas, 4 personas. Debe ser de 3x3 mts. Tenemos un dispenser de agua, no tenemos pileta para lavarnos las manos, no tenemos baño, no tenemos calefacción, no tenemos ventilación al exterior. Atendemos al público con una ventanilla pero que la tenemos que tener cerrada porque estamos al lado de la guardia de psiquiatría y si no, nos rompen todo, nos tiran cosas, nos roban. No nos quieren dar otro espacio físico para mejorar un poco la situación (Enfa. Estadística).

Dichas condiciones deficientes preexisten a la pandemia. Antes de declararse el primer caso de COVID en la ciudad de La Plata, el gremio de ATE (Asociación de Trabajadores del Estado) representando a los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) de esta ciudad, reclamaba ante la intendencia por las condiciones de precariedad edilicias, la falta de recolección de residuos y el suministro de agua, además de otros insumos básicos como guantes y medicamentos (Malleville & Beliera, 2022).

En relación a los insumos, durante la pandemia referían que los entregaban muy acotadamente y de manera insuficiente, al menos en el primer período. La provisión de insumos

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

y los criterios de distribución estaban a cargo del personal que es idóneo en compras y almacenamiento, pero que no puede dimensionar la pertinencia de los requerimientos en relación a la atención directa de personas.

En las narrativas también aparece la necesidad de autoabastecerse de los elementos de protección personal recurriendo a la buena voluntad y colaboración entre compañeras/os. Se trata de autoabastecerse y, en algunos casos, también comprar para las/os colegas.

Le pedíamos a limpieza que nos prestara una bolsita de residuos de las más fuertes porque Elena nos va a hacer los equipos para poder asistir a los pacientes y era así. Era ponernos viste los camisolines que le ponían a los pacientes para quirófano y las botas de quirófano y después nos poníamos ese equipo arriba que Elenita nos hacía. Después íbamos comprando máscaras, antiparras, lo único que teníamos en el hospital eran los barbijos nada más comunes y después los camisolines y botas sí. Lo que es antiparras y esas cuestiones cada uno nos fuimos implementando. Todo casero fue el equipo de protección personal (Enfa. Maternidad).

Material al principio nos faltó, pero después bueno apareció y lo que no aparecía, tratábamos de gestionarlo nosotros de manera personal [...] Al principio tuve que salir a comprar porque, de hecho, a la tarde soy la referente, así que, cómo madre también, no quería que ninguno de mis compañeros se contagie. Más allá de que yo tampoco me quería contagiar, tampoco soy un ser egoísta, entonces tuve que comprar material al principio, gasté plata (Enfa. UTIP).

Estas iniciativas personales, colectivizadas en muchos casos, como señala Matus (1992) son recursos, saberes y aprendizajes realizados por cada trabajador/a en su trayectoria de formación y laboral, que se pone en marcha ante la aparición de eventos que no pueden ser resueltos de acuerdo a los procesos de trabajo ya normados. La pandemia trajo todo tipo de eventos no resueltos de manera constante.

La falta de insumos o la escasez de EPP, aparece como un denominador común entre el personal de enfermería, no particularmente de Argentina, ni de Latinoamérica, sino como un problema que se refleja a nivel internacional, tal como se observa en la investigación llevada a cabo en Irán (Varasteh, Esmaili & Mazaheri, 2022) que muestra problemáticas similares, incluso que conllevan a la decisión de algunas trabajadoras/e a contemplar la posibilidad de abandonar su profesión. En otros países como México, donde en abril del 2020 las autoridades decidieron contratar 12.300 enfermeras(os), asegurándoles capacitación y equipamientos para una efectiva atención hospitalaria, esta seguridad, rápidamente se diluyó enfrentando una profunda desorganización, demora en los pagos y en la firma de contratos en diferentes hospitales de la Ciudad de México, Sinaloa y Oaxaca, así como la falta de equipos de protección personal (Agostini, 2021).

En este contexto, las narrativas muestran que se refuerza el imaginario de que enfermería es una profesión que se visibiliza por “*arreglarse con lo que hay*”:

Ir corriendo de un área a otra para conseguir un flumiter de dos ramas para que una boca de oxígeno sea para dos pacientes y entonces tratar de hacer esas conexiones, digamos, que a veces enfermería hace cuando no encuentra el elemento. Cortar una guía de suero y añadirla, pegarla con cinta para que una rama de oxígeno se convierta en dos. Así hemos hecho en varias ocasiones, cuando se pudo y el paciente podía también estar en un pasillo con el oxígeno sentado (Enfa. Guardia-UTI).

El enfermero lo tiene adquirido desde hace años ese tema de la improvisación ir arreglándose con lo que tiene, hemos hecho un montón de cosas y en el aspecto personal y de recursos humanos yo estoy a cargo de toda la zona Covid, llámese terapia, llámese guardia, llámese intermedia, llámese internación general (Enfo. Emergentología).

La improvisación se traduce en el despliegue de saberes propios de la profesión. En él enfermería puede organizar estratégicamente sus acciones desde diferentes niveles de formalidad y sistematicidad (Matus,1992), en pos de garantizar una atención, aunque esas garantías solo pasen a engrosar los procedimientos de baja calidad y eficiencia dudosa.

Al respecto, las narrativas también traen el reclamo de las/os trabajadoras/es de enfermería de ser reconocidas/os, se denota una exigencia que no es compatible con la dotación de personal o los insumos disponibles para una práctica adecuada.

Muy difícil, nos toca cubrir servicios, terminamos siendo farmacéuticos, terminamos trabajando, cubriendo servicios por falta de personal. Terminamos siendo morgueros, porque hay momentos en donde no hay morgueros entonces entregamos cuerpos también. La verdad, muy difícil. Para ser lo que vendría a ser el rol de supervisor (Superv. enfa.).

Estas condiciones cambiantes y angustiantes son similares a las que muestra el trabajo de Johnson, Saletti-Cuesta & Aizenberg (2022) donde destaca las tensiones que producen las constantes adaptaciones a los diferentes roles que debe afrontar el personal de enfermería en la provincia de Córdoba, en tanto se producen nuevas directivas y protocolos vinculadas a la atención donde no solo aumenta el volumen de trabajo, sino que se agregan nuevas tareas que anteriormente realizaban otras/os trabajadoras/es, como por ejemplo alimentación (mucamas) o higiene (auxiliares, asistentes) y en pandemia se restringe la circulación, los ingresos a los espacios COVID, provocando una redistribución y sobrecarga de tareas entre unos/as pocos trabajadores/as. Las tareas que se desarrollan no están bajo la lógica de las competencias de las disciplinas profesionales u ocupaciones sino simplemente ordenadas bajo la necesidad emergente del momento.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Otro tema destacado en las narrativas es la escasez de personal. Este problema antecede a la pandemia, la falta de dotación de personal acorde a las necesidades organizacionales que permitan dar respuesta a las demandas de la población es *endémica* de nuestro sistema público de salud ²⁷ (OMS, 2020a; OMS, 2020b).

Las formas de contratación denominadas becas, que abonan a precarizar a las/os trabajadoras/es, son una modalidad que precede y se agudiza en la pandemia.

Pero pudimos traer gente nueva. Sí, sí pudimos incorporar gente que en estos momentos están por becas o están por un sueldo municipal, qué es fortaleza en la parte de internación digamos (Enfo. Emergentología).

Becas de contingencia se denominaron el ingreso. Por ahora están en el hospital, pero así como entraban, ante la demanda la necesidad de trabajo y demás se tornaban insuficientes (Jefa Enfermería).

Así como en el conurbano bonaerense, el estudio de Billourou & Norverto (2022), señala que, en provincias como La Pampa, se priorizó la atención de la pandemia con una significativa inversión en equipamiento e infraestructura; sin embargo, la escasez de recursos humanos, al interior de la provincia y cuanto más se alejan de los principales centros urbanos más se agudiza. La escasez de personal profesional de enfermería constituyó un obstáculo reiterado en los procesos de atención profundizando y precarizando las condiciones laborales ya preexistentes.

Una gran proporción del personal de enfermería que se incorporó a trabajar en efectores provinciales en Argentina, fue mediante contratos eventuales o becas de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB). La singularidad de la pandemia, provocó un adelanto en las asignaciones de estos contratos para abril del 2020, con promesas de renovación que luego se vieron socavadas durante el verano del 2021 ante una disminución de la ola de contagios a principio de ese año (Malleville & Beliera, 2022). Esto contribuyó a un mayor desánimo, más angustia e incertidumbre por parte de trabajadoras/es agotadas/os en medio de una pandemia que aún no avizoraba un futuro próximo que marcara el final.

La pandemia solo fue el lente que mostró con más nitidez esta falencia y ante el evento crítico que representó una mayor demanda de personal de la habitual, las licencias y las vacaciones se vieron postergadas o suspendidas. Incluso, quienes debieron apartarse de las

²⁷ Informes del 2017 - La enfermería en Argentina: la falta de profesionales se agudizará hacia 2020 <https://www.infobae.com/salud/2017/10/17/la-enfermeria-en-argentina-la-falta-de-profesionales-se-agudizara-hacia-2020/>

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

instituciones con carpeta médica por complicaciones del COVID, continuaban realizando tareas remotas desde sus casas.

El año pasado no, era hacer guardias, doble guardia, cubrir otros turnos y así todo el tiempo (Enfa. Maternidad).

[...] estamos trabajando sin vacaciones 2 años, estamos trabajando recargados de horas porque nosotros jamás nos pudimos organizar. Viste que había burbujas: una semana trabajaban unos, otra semana... bueno, nosotros no. Nosotros tuvimos que trabajar el doble, porque en lugar de 24 hs hacíamos 36 hs. De lunes a sábado. Y si se enfermaba una compañera, teníamos que cubrir a esa compañera. Era todo recargado, recargado, recargado y recargado. Quedamos.... yo me hago cargo, quedé re quemada. Ahora se me fue la tristeza. Hasta hace un... porque bueno, ves que fulano ya no sufre más, mengano ya no sufre más, sultano ya no sufre más. Uno que se está recuperando, que está haciendo los tratamientos y que Dios quiera que quede mejor. Se me fue la tristeza (Enfa. Estadística).

Las vías de comunicación y difusión de conocimientos sobre los protocolos, las normativas y los procedimientos de trabajo adquirieron dinámicas diversas en las diferentes instituciones, el rasgo común es que no todos accedían de manera sencilla a la información y a su vez esos protocolos no parecían aplicables en las realidades locales ya sean de carácter institucional o en la realidad micro de cada servicio.

Hay un grupo de WhatsApp por donde nos enviaban protocolos, pero así pegados donde vos de un vistazo mires algo y leas lo que dice, ¿no? [...] No, no, no. En el área no hay ningún, nada pegado, nada. El que lo sabe, lo sabe porque es curioso y busca y por ahí, si sos un poco más generoso, lo compartís al grupo de trabajo con el que estás día a día (Enfa. Guardia-UTI).

[...] los protocolos vienen del Comité de Infectología, de la Dirección bajaron, pero a lo que uno va es que, si no había equipo, no había materiales, es difícil cumplir un protocolo. Aún hoy nos cuesta tener o conseguir N 95 por ejemplo, o equipos porque a veces viene un camisolín que es una pelusita, son raros los camisolines que realmente te cubren (Enfo. Triage).

Implícitamente aparece la ausencia de personal que medie entre lo normado o recomendado desde salud pública y quienes están a cargo de implementar estas medidas, sobre todo recibir cierto acompañamiento en un contexto de escasez y con una infraestructura inadecuada para cumplimentar lo establecido. Sin embargo, puede pensarse que esto no es distintivo de nuestro país o exclusivo de Latinoamérica. Un estudio llevado a cabo en Dinamarca pone de manifiesto que la ausencia de gestores en las salas de atención es una de las barreras que obstaculizan la adaptación e implementación adecuada de los nuevos protocolos o nuevas formas de organizar el trabajo (Thude *et al.*,2021).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

En tal sentido, se plantea la necesidad de desplegar estrategias conjuntas entre gestoras/es y trabajadoras/es para resolver dudas emergentes en un entorno de trabajo novedoso y crítico.

Al respecto, las narrativas del personal de enfermería expresan disociación entre la gestión y la realidad de quienes se desempeñan a diario en la atención hospitalaria.

A lo que yo voy es que ellos [el Comité en Control de Infecciones] quieren separar, pero no se puede separar, por eso esta gente que organiza eso parece ser que vive en otro mundo, otra realidad. Es como que hay una disociación entre las normativas y los protocolos y lo que cómo funciona realmente una institución ¿se entiende no? (Enfo. Triage).

Pero esas personas nunca las vi, las que implementaron el protocolo, no vi que hayan ido a ver ¿Estos N95 son N95, no lo son? ¿Este camisolín es realmente el que tienen que tener ustedes o no lo son? No. ¿Hay personal? Vi que a veces implementan cosas como que hacen falta enfermeros, un enfermero para cada consultorio. Y no hay un enfermero para cada consultorio, hay un enfermero a veces para uno solo, tampoco (Enfo. Triage).

Las narrativas nos confirman, como ha sido planteado por Emerson Merhy (2006), que es necesaria una resolución conjunta entre coordinadores o jefaturas de servicios y trabajadores/as de la primera línea de atención que son quienes deben aplicar esos protocolos en ese momento único de encuentro que implica el despliegue de las tecnologías blandas en el “trabajo vivo” (p.33).

I.II Vínculos y relaciones:

Esta subdimensión incluye las relaciones y los vínculos entre las/os trabajadoras/es de la salud, que se despliegan en varias direcciones, por un lado, hacia los usuarios/as y, en consecuencia, a la comunidad en general, por otro hacia las autoridades gubernamentales e institucionales que intervienen de manera indirecta en las condiciones laborales intersubjetivas. Otra dirección es la que se produce de manera horizontal entre colegas de la misma disciplina que ocupan distintos espacios de gestión o con capacidad de mando. Asimismo, se visibilizan relaciones interdisciplinarias que definen los modos de atención y expresan las representaciones sociales y jerarquías dentro del equipo de salud.

Las narrativas de quienes se encuentran al cuidado de pacientes buscan visibilizar el reclamo de abandono y maltrato por parte de quienes ocupan espacios de mando/ gestión u organización.

Esto muestra la relación de tensión entre quienes ocupan diferentes espacios de poder: enfermeras/os que se desempeñan en tareas de cuidado y autoridades de distintas jerarquías como jefas/es departamentales, supervisoras/es o coordinadoras/es.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Que vienen y te retan y te prepotean sin fundamentos, porque por lo menos tené un fundamento para venir a patotear a gente que se está deslomando ahí donde estamos nosotros (Enfo. Guardia).

Sí, seguramente faltó apoyo. Faltó apoyo desde las gestiones, desde las grandes gestiones. No hubo un protocolo armado para pediatría. A un paciente pediátrico yo no puedo atenderlo con un barbijo tricapa nada más, porque el pediátrico genera aerosoles y vos no podés decirle que no te tosa en la cara. El pediátrico te grita, te llora, te pega, te escupe y eso es generar aerosoles (Enfa. UTIP).

Estas tensiones que operan a nivel institucional nos remiten a Merhy (2006) cuando lo plantea como un espacio de disputas mediadas por la polaridad de autonomía/control para orientar el trabajo cotidiano donde intervienen diversos actores con diferente capacidad de autogobierno.

En concordancia con estas experiencias, otras investigaciones muestran que la falta de comunicación institucional clara, precisa y sin un canal definido por las autoridades fue una constante la cual generó la percepción de inseguridad y desamparo. Karina Ramacciotti (2022) en un trabajo realizado durante la pandemia señala que trabajadoras de enfermería del AMBA han debido consultar de manera externa con abogados e incluso presentar recursos judiciales de amparo ante falta de comunicación institucional y la escasez en la provisión de EPP.

Como señala Flores (1994b) en los equipos de trabajo en salud las actividades comunicativas conforman el propio proceso de trabajo y en muchos casos la siguiente tarea depende de decisiones y acciones colectivas que están sujetas a diferentes tipos de incertidumbres. Las soluciones no pueden alcanzarse sin la cooperación de algunos otros, con lo cual rápidamente aparece la necesidad de negociar mediante procesos comunicacionales para establecer consensos. La escasa comunicación entre trabajadoras/es y quienes ocupan cargos de gestión o de mayor jerarquía repercute sin duda en la subjetividad de las/os trabajadoras/es.

“La conversación representa la unidad mínima de interacción social orientada hacia la ejecución con éxito de acciones” (Flores, 1994^a, p.24). Tales conversaciones estuvieron presentes entre pares, trabajadoras/es, enfermeras/os con el mismo nivel de jerarquía.

En la pandemia se refuerzan la comunicación y las decisiones autogestivas al interior de los equipos de trabajo que suelen estar conformados por las/os compañeras/os del mismo servicio y/o turno.

Si, cuando me surgen inquietudes, yo trato, lo hablamos con mi grupo de compañeros trato de comunicarme con mi coordinador porque incluso con la supervisión del turno no podés contar porque no hay respuestas no hay ni siquiera consultas o preguntas para decir bueno: ¿qué está pasando? ¿qué necesitan? Nada, entonces trato de comunicarme con el coordinador o lo charlamos entre nosotros. (Enfa. Guardia).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Se otorga un lugar destacado a la comunicación entre pares, tanto respecto a la socialización de lo que está pasando a nivel institucional como interpersonal; así como a compartir los saberes, la información y conocimientos personales.

Sí, sí, enfermería también pasa lo mismo, yo creo que los conocimientos deben ser compartidos, uno tiene que tener digamos tiene que tener todo el conocimiento, no tiene que ser soberbio, tiene que ser humilde y tiene que aprender a compartir y a comunicarse. Este es el tema (Director enfo.).

Numerosos relatos coinciden en que la pandemia los “*hizo más compañeros*” para ayudarse unos a otros, que los servicios con “*rivalidades*” sinceraron la comunicación de camas y disponibilidades reales.

También sirvió para unificar, digamos, borrar un poco lo que son las divisiones por turno. Eso que estaba un poquito fragmentado, empezaron a unirse. Decir, sí mira, compartieron. Cuando nos íbamos del servicio [neo] decíamos: -que bueno, se unieron, es increíble (Enfa. Epidemiología).

También se hacen visibles en algunas expresiones, esa necesidad de contacto, de abrazos, de desahogo en lágrimas compartidas o en soledad en medio de las jornadas de trabajo bajo tanta presión e incertidumbre. Las supervisoras necesitaban sentirse pares.

Es difícil porque cuesta porque nosotros somos muy... (hace una pausa) muy compañeros. (...) el contacto ¿no? Costó mucho esto de la pandemia. Era difícil de que llegaba un cumpleaños y los chicos no traen una tortita y decir “juntémonos aunque sea a soplar la velita”. Y vos sabés que no te podías juntar y se buscaba y se trataba de no llorar tanto y de festejar el cumpleaños de cada uno ¿viste? Decíamos “ay como duele esto”. Y trataba, ese momentito de cortarlo y vos decís “chicos distanciamiento” (Superv. enfa.).

Ya llegaba un momento en donde no podías apoyar a nadie. Porque estaba esto también que te decían: “No te podés abrazar, no te podés tocar, no te ...” Y era como que nos volvimos robot ¿Entendés? Viste que uno cuando ve una persona mal lo que atina si o si es a abrazar. Porque decís: “acá estoy”, cuando te abrazo decís “acá estoy”. Y era como algo feísimo porque empezábamos a saludarnos con el codo, después con el puño porque no sé, que el codo no, que el puño no, que no sé qué. Después ya decíamos, ya no nos saludamos más, ya no compartimos más nada, porque dejaste de compartir el mate que es lo que te ayuda a charlar un poco. El distanciamiento, el uso del barbijo. Fue muy traumático todo, muy traumático (Superv. enfa.).

Desde los espacios de gestión y jefaturas se plantea el esfuerzo de acompañar y cuidar del personal de enfermería. Es frecuente escuchar la referencia a otras instituciones donde se implementaron los cuidados que sí ocurren en la propia jefatura o servicio.

Si acá mi compañero Mauricio entraba, entrábamos al sector COVID, él más que yo, para de alguna manera generar confianza al personal para que no se sientan que están solos. Sino que uno cuando diga las cosas desde la parte de la gestión y sabiendo que en algún momento que nosotros estuvimos del lado de los enfermeros uno trata de ver todas estas necesidades (Jefa enfa.).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Quando el personal decía: -No nos cuidan. De alguna manera indirectamente los cuidábamos. Hemos tenido compañeros de otras instituciones y no se los ha tratado de la misma manera que acá (Jefa enfa.).

Muchas veces las licencias y las bajas de personal por enfermedad, son vistas como una manera de no hacerse cargo de lo que “*corresponde*” al personal de salud.

Yo le decía: - ¿qué loco no? porque estamos hablando de pandemia, estamos hablando de un virus ¿a quién le corresponde? A salud. ¿Si estamos hablando de algo estructural? Le corresponde a infraestructura o arquitectura ¿Si estamos hablando de una guerra? Le corresponde a un soldado. En este caso, en una pandemia, y un virus ¿a quién le corresponde? a salud ¿Cómo nosotros, salud, le vamos a esquivar al bulto? (Director enfa.).

En los niveles de gestión, queda al descubierto la falta de personal profesionalizado dentro del sistema público de salud:

El cargo de jefa de Departamento de Enfermería está acéfalo, acéfalo está. Lo está manejando un enfermero. No se llamó a participación, no se llamó concurso, no se llamó a reemplazo. Hace un año que está de licencia la Jefa del Departamento de Enfermería. Tuvimos supervisoras, supervisoras tuvimos, con enfermeras auxiliares y empíricas ese es el lastimoso el estado de nuestra bendita enfermería en el hospital Artigas (Enfa. Guardia).

En la voz de las/os trabajadoras/es, comienzan a imbricarse las dimensiones profesionales con las cadenas de mando como una cuestión que preexiste a la pandemia y que persiste. Particularmente las médicas/os y las enfermeras/os que comparten tareas e interactúan en los procesos de la salud enfermedad y cuidado poseen distintas jerarquías y validaciones sociales. Es decir, todos son trabajadoras/es de la salud, pero las matrículas habilitantes según sus narrativas “*no tienen el mismo peso*”.

Esta diferencia de reconocimiento profesional es sentida por enfermería como una habilitación al maltrato, a la falta de respeto e “*infravaloración*” por parte de los/as profesionales médicos/as y residentes.

Como ya te digo médicos practicantes nos infravaloran, es feo sentirse así por eso intento mostrar acá estamos buscó la forma de que vean que realmente lo que hacemos (Enfa. Guardia).

Esto lo único que hace ahora es agravar el cuadro ¿sí? Porque está bien, como decimos lo malo, vamos a lo bueno. Hay guardias que corren a la par nuestra y hay guardias que evidentemente no están, y hay otras guardias que directamente maltratan al personal de enfermería. Esto en la pandemia se recrudeció. Aunque vos no lo creas se recrudeció. Les molesta que nosotros hayamos aprendido (Enfa. Guardia).

Estos relatos encuentran eco en otras experiencias durante los primeros meses de la pandemia, donde el personal de enfermería debía encargarse de la distribución de los insumos

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

de higiene y seguridad a otros profesionales de la salud. Estas tareas propias del cuidado doméstico y maternal asociado a la profesión, solapa la expresión de un entramado de poder persistente en las instituciones de salud, donde enfermería recibe la designación de las tareas menores como naturales y propias de la profesión, las cuales fueron discutidas y resistidas por el colectivo (Johnson, Saletti-Cuesta & Aizenberg, 2022).

Incluso las desigualdades en las representaciones profesionales y las jerarquías sociales llegan al punto de trascender los procesos de trabajo, persistiendo en momentos vitales, personales, humanos y afectivos como la enfermedad y la muerte de personas.

Y las dos veces que despidieron a compañeros enfermeros yo, médicos no ví, ni aplaudiendo, ni llorando, ni vitoreando y sin embargo cuando estuvieron mal los médicos nosotros andábamos corriendo por todos lados. Hay desproporciones, vos lo sabes, siempre las hubo y las va a seguir habiendo, porque esto es como el machismo, hay una diferencia abismal entre el hombre y la mujer. Acá hay una diferencia abismal entre el médico y el enfermero o la enfermera (Enfo. Guardia).

osas que me dolieron y me enojaron muchísimo es ver a colegas enfermeras ir saturando 85-84 y que queden ahí. Y me dio muchísima indignación ver qué las pacientes o amigos de algunos jefes los ponían en habitaciones en los consultorios solos, por amiguismo y colegas nuestros que estaban ahí, incluso que los hisopen o que los vacunen, costaba muchísimo. Yo creo que igualmente ese maltrato está viciado y está estructurado ¿no? pero no tendría que ser así esas cosas [...] y eso es lo que más me impactaba y me provocaba mucha impotencia. A veces llevaban familiares hijos algún colega y hay médicos y profesionales que son muy humanos y que iban y los veían. Pero había otros que era como que se olvidaban ¿no? pero eso tiene que ver más con la humano que tal vez que con la organizacional (Enfo. Triage).

En sintonía con este reclamo aparece la falta de un adecuado reconocimiento salarial y el tipo de contratación (como licenciados) dentro del sistema público de salud en la provincia de Buenos Aires. Esto conduce a la vacancia de enfermeras/os licenciadas/os que deciden optar por el sistema privado como clínicas y sanatorios. Este contexto genera tensiones y desacuerdos por parte de las/os enfermeras/os que se sienten dirigidos por alguien falto de formación e idoneidad.

Enfermería es reconocida como una profesión con una estructuración heterogénea en términos de ámbitos de inserción, regulaciones, representación gremial y calificaciones, que se traducen en condiciones laborales muy dispares dentro de la misma ocupación (Aspiazu, 2016a).

Asimismo, el colectivo de enfermería enfrenta deficiencias como la multiplicidad de normas que regulan la ocupación, una estructura sindical inespecífica, amplia y compleja que fragmenta la representación de las y los trabajadoras/es de enfermería, limitando la posibilidad de llevar a cabo demandas negociaciones paritarias. En este sentido, el déficit en la cantidad de

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

enfermeras/os, su representación social como una profesión de menor calificación, y por lo tanto una situación de desventaja y desvalorización dentro de los equipos de salud, suman escollos y complejidad a las condiciones laborales de esta ocupación propiciando un escenario de mayor precarización respecto de los demás trabajadores/as del sector salud (Aspiazu, 2016a).

Incluso desde el marco legal para el ejercicio profesional de enfermería , Ley N° 24.004 (1991), continúan pendientes artículos sin especificar y/o reglamentaciones pertinentes y necesarias, sumado a que solo se reconocen dos niveles en el ejercicio de la enfermería: auxiliar (formado a nivel preuniversitario) y profesional (éstos últimos pueden tener formación de tecnicatura o licenciatura universitaria).

II. Transformaciones

Esta dimensión comprende todo lo que cambia durante la pandemia en la gestión del trabajo diario.

II.I Espacios, es una subdimensión que abarca lo que se transforma en cuanto a la distribución y redistribución edilicia, la creación de nuevos ámbitos de trabajo.

La demanda que involucra atender pacientes con COVID impuso transformaciones en los hospitales, tanto en la organización de las diferentes áreas de trabajo como en los equipos de atención. Se observó un aumento sustancial del número de camas disponibles que es percibido como distorsivo e inimaginable en las narrativas de las/os enfermeras/os dentro del espacio edilicio.

Yo creo que nadie, nadie, nadie, imaginó que un virus podría desencadenar todo lo que desencadenó a nivel mundial. Nadie pensó que en algún momento 10 camas iban a ser insuficientes en un hospital, cuando todos los textos te dicen que las camas de terapias representan el 10% de la capacidad de internación del hospital. Y hoy por hoy, ante la pandemia no sirve ese 10% (Enfo. Emergentología).

Todo cambió y sigue cambiando estamos mutando permanentemente tratando de aprovechar todos los espacios libres, los espacios que eran más que nada de utilización pública, para el público. En estos momentos el consultorio donde se atendían pacientes con consultas preestablecidas, programadas llámese: otorrino, llámese nefro, llámese...bueno esos espacios fueron ocupados todos los consultorios, los 12 consultorios para poner los casos sospechosos y descomprimir un poco la guardia hasta los resultados (Enfo. Emergentología).

Se distorsionó todo tenemos incluso se amplió, teníamos un shock room para 4 camas hasta a veces ponen 6 pacientes ahí, pacientes respirados, después se habilitó el shock que era antes el consultorio de pediatría como shock room y a veces hay 4 pacientes cuando el espacio es bien reducido, o sea se modificó por completo, se modificó en la atención y en el espacio físico es como que se crearon espacios y se amontona todo muchísimo (Enfa. guardia).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

En algunas instituciones la situación de precariedad edilicia prepandémica representó un despliegue de creatividad y reactivó las intervenciones por parte del estado para poder cubrir las demandas abruptas y crecientes que acontecieron.

¿Lo que hicimos?, fuimos empezamos a modificar el hospital ¿con qué? con lo que teníamos, lo que se había sacado de la obra, que como se quedaba acá empezamos a usar las puertas, todo lo que se había sacado para empezar a hacer divisiones-separaciones, divisiones-separaciones, divisiones-separaciones, agarramos la guardia vieja la empezamos a reformar para hacer internaciones de COVID, para hacer hisopados y cada vez que pasaban los meses nos íbamos quedando mucho más chico con los espacios. (Director enfo.)

Y lo que nos faltaba era equipamiento entonces ¿qué nos faltaba? camas, respiradores bueno, ¿qué hice ahí? llamamos al Ministerio, el Ministerio también participó y nos preguntó el Ministerio ¿qué necesitan? [...] nos mandaron camas Stryker, las que van con enchufe, respiradores, nos mandaron respiradores nuevos, monitores, bueno, todo lo que pedí, todo lo que pedí, mandaron y se armó una terapia, es más pusimos tipo una telemedicina, no sé si llamarlo telemedicina porque no es telemedicina, pero pusimos cámaras en las habitaciones de los pacientes Covid con un monitor para que el enfermero no tenga que ingresar continuamente y visualizar todo eso. Lo logramos y todo por \$2 porque no teníamos un mango (Director enfo.).

Cada servicio de guardia, partos o internaciones, tenía su área sucia, o roja, o COVID que representaba los espacios donde se encontraban las personas con sospecha o confirmación y tratamiento con COVID y las/os trabajadoras/es exclusivos de ése área que las atendían, y un área limpia, o No COVID, donde se atendían todas las otras demandas de salud y las especialidades que se sostuvieron de manera intermitente según la intensidad de los picos epidemiológicos que se denominaron, olas.

Hay un pasillo que antes era el pasillo donde estaban los consultorios [de demanda espontánea] de (CODE). Tenemos los consultorios donde se atendía al paciente que eran 4, se utilizan como habitación para los pacientes, la sala que era una capacidad para 8 personas, a veces ponen 9, tenemos los consultorios que antes también atendían los médicos de diferentes especialidades, también son consultorios para los pacientes más el pasillo que era donde la gente esperaba para la atención de enfermería de un lado es todo, es mas se llama pasillo febril o pasillo Covid (Enfa. Guardia).

Los tipos de guardia de zona de pacientes con sospecha [de COVID] y la guardia limpia (traumato, cirugía, en fin). Así se hicieron dos guardias en mi hospital (Enfo. Emergentología).

Esta división de los espacios físicos representó una duplicación en el requerimiento de insumos, medicación disponible, trabajadoras/es, y bienes de uso como, bombas de infusión, respiradores, mobiliario.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Se hizo una Guardia limpia y una Guardia Covid ¿sí?, donde las dos guardias contaban con dos shock-room una para el área Covid y una para el área no Covid, Se equipó todo el sector febril de la guardia con todos los elementos que se requiriesen para urgencias ¿no? de este tipo ¿sí? con aparatología, con respiradores y demás (Jefa enfa.).

Estas experiencias coinciden con un relevamiento realizado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de la Plata (2020), en localidades como Ensenada, Berisso y la Plata respecto de las transformaciones en la disposición de los espacios y en la infraestructura de los establecimientos de salud (adecuación de sectores, cambios en la recepción de pacientes, reorganización de pisos, etc.) De los trabajadores encuestados, el 47,6% perciben que esos cambios fueron totales.

En nuestras entrevistas recuperamos, además, la necesidad respecto al adecuado equipamiento de tales espacios.

Se pensó que cada sector tuviera sus cosas ¿No?, su carro de paro, [...] sus respiradores y demás del sector limpio, y lo mismo en el sector iba a ser totalmente COVID (Jefa enfa.).

Los enfermeros en el sector COVID tenían que tener un lugar donde estar, donde poder sentarse, donde poder evolucionar ¿sí? descansar un rato si quisieran tomar un vaso de agua mientras cuando ellos el sector lo mantuvieran verde lo podían hacer ¿sí? También se pensó en un office tanto en el sector sucio, como el sector limpio y tratar de que cada sector estuviera equipado con los elementos que se necesita (Jefa enfa.).

Ante la necesidad de identificar de manera oportuna, separar, aislar, prevenir, evitar, la propagación del virus las instituciones de segundo nivel generaban la pre clasificación *pre triage*, de la clasificación tradicional, *triage* que se aplica para medir el riesgo o la urgencia de las personas que acuden de manera espontánea para ser atendidas. Estos espacios a veces se redistribuían dentro de los edificios los que podían, o bien se disponían construcciones modulares en algunos casos, o carpas que se instalaron en estacionamientos, espacios verdes o veredas lindantes a las instituciones.

A raíz de la pandemia se delimitó dos áreas en todas las Guardias de los Centros de Salud, dónde se designa a partir de un triage, que en nuestro Hospital se denomina pre-triage, porque es un paso previo que ahora se hace en la pandemia antes de que el paciente ingrese al establecimiento dónde se selecciona a partir de los signos y síntomas si va al área Verde o al área Roja. El área Verde está designada ahora, hoy en día, en el marco de la pandemia, a pacientes que no tienen síntomas compatibles con COVID. Y, el área roja está destinada, equipada para atender a pacientes con síntomas de COVID (Jefa enfa.).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Asimismo, se incorporaron nuevos circuitos de para el personal y de los pacientes, tales circuitos no siempre se respetan ya sea por características de la infraestructura que lo dificultan o por desacuerdos entre los trabajadores.

[...] no veía que estuviera bien distribuido. [...] veía que había mucha confusión, incluso en control de infecciones, uno decía una cosa, otro decía otra, [...] era un caos, pero nosotros nos empezamos a manejar con una línea de conducta, yo explicaba, por ejemplo, el office de enfermería tiene doble vía: va y viene, va y viene, la gente entra y sale, entra y sale. Yo le explicaba que eso era inconcebible porque precisamente en la doble vía donde se junta lo sucio y lo limpio es donde hay más riesgo de contagio (Enfo. Triage).

Las transformaciones de los espacios y las prácticas requieren de una adecuación creativa de los procesos de trabajo con gran flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone (Merhy, 2006). Las/os trabajadoras/es reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud a pesar de las brechas entre la gestión, los ejecutores de las funciones de gestión y los operadores de actividades finales (Campos, 2005), esto es especialmente visible entre el personal de enfermería durante la pandemia.

II.II Prácticas: incluye las transformaciones percibidas en las actividades y tareas, así como el modo en que se hace, las referencias a las nuevas acciones o intervenciones que se instalan con la pandemia en los procesos de trabajo.

En la práctica de enfermería, existe una circulación de saberes compartidos, particularmente en la atención de los servicios de urgencias y emergencias que funcionan 24 hs. que conforma un conocimiento empírico, reforzado por la experiencia y trayectorias personales de trabajo. De acuerdo a estos saberes, cada día de la semana, incluso a veces, de acuerdo con cada franja horaria de trabajo, se atribuyen una mayoría de casos similares agrupados por tipo de lesiones, dolencias o bien por especialidades médicas (traumatología, cirugía, maternidad). También se le adjudican dinámicas de atención de acuerdo al médico en jefe, a cargo de la guardia de ese día.

Como efecto de las transformaciones acaecidas por la pandemia los días de la semana en el servicio de guardia ya no se diferenciaban por el médico a cargo ni por el tipo de patologías que se atendían. Todo era COVID,

Antes reconocíamos que guardia iba a ser ese día Hoy guardia de lunes sabiendo que una cantidad de pacientes de traumatología ponele. Ahhh!! hoy es muy martes hoy vienen todas gastroenterocolitis, gastroenteritis o cosas a nivel digestivo. Hoy no reconocemos la guardia, Incluso te pasa que no sabes en qué día estás (Enfa. Guardia).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Por ahí antes sabías que día de guardia tenías con caras de médicos hoy te cambian los médicos todo el tiempo y son más que nada extranjeros, no les conoce los nombres o tienen nombres rarísimos y difíciles de recordar. Y decir: -Huyyy, qué día es?, te sacó el espacio-tiempo que uno antes por ahí tenía en cuenta, hoy en día no lo tenés y no me pasa solo a mí nos pasa a todos no sabes en qué día estás, eso es por ahí lo que notas como distinto a la guardia, por ahí que antes era como más programadas (Enfa. Guardia).

El personal a cargo fluctuaba entre equipos más o menos completos, por contagios y aislamientos. En algunos relatos la llegada de la pandemia provocó renunciaciones y licencias por enfermedades crónicas al tratarse de -pacientes de riesgo-.

No, se fueron, renunciaron. Vieron, vieron que no estaban en situación de hacerle frente a lo que venía y se acobardaron y se fueron. Y fueron tomando y se fueron yendo y hoy en día tenemos guardias de médicos a veces con dos clínicos y no dan abasto y están haciendo trabajar a destajo a practicantes de medicina de tercero, cuarto y quinto año. Es una locura (Enfo. Guardia).

Esto conllevó a un aumento de la cantidad de guardias a cubrir para las/os trabajadoras/es que quedaban. El trabajo en los espacios denominados sucios, rojos o COVID en algunas instituciones eran rotativos para intentar disminuir el agotamiento y el estrés.

[...] Y encima, bueno, ahora que recuerdo al igual que en esta segunda ola, el año pasado creo que estuve, si bien rotamos, estuve casi un mes en el área roja, en el peor momento al igual que en esta segunda ola que, bueno, que estuve a partir de la mitad de mayo y recién el fin de semana pasado me rotaron a limpio. Así que bueno, me han dejado ahí (Enfa. Guardia-UTI).

Se conformaron nuevos equipos de trabajo en burbujas, se produjeron cambios de roles y funciones de acuerdo a la necesidad “*todos hacíamos un poco el trabajo del otro*”. Los cambios son percibidos como vertiginosos, sin tiempo de pensar.

Así como sobresalió el sistema de salud con la respuesta efectiva también se vieron las falencias. Creo que no todo fue malo, pero tampoco todo fue bueno. Creo que fue todo muy rápido (Enfa. Guardia-UTI).

Ahí teníamos que ser nosotras las fuertes [alude a las enfermeras] y decir cómo se iba a trabajar, porque los médicos te piden te piden, te piden, pero vos a veces no das abasto y tenés que organizarte siempre decíamos ¿Cuál es la urgencia? ¿Cuál es la emergencia? si no se tenían que poner ellos el chaleco y darle (Enfa. maternidad).

Para Lusnich (2011) la configuración del trabajo de enfermería ofrece dos caras: la programación de rutinas con cuidados continuos e ininterrumpidos en tanto que las necesidades del sujeto de atención se producen las 24 hs. se produce un alta, rápidamente le sucede un ingreso. Y la otra cara: como instancias de incertidumbre, de la contingencia; de eventos y momentos que se constituyen como hechos disruptivos dentro de la organización del trabajo. Esta simultaneidad de eventos, se agudiza en la pandemia.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

En este contexto, enfermeras/os deben tomar decisiones vitales condicionadas por la disponibilidad o no de recursos.

Ev:¿Y cómo es este tema que vos decís el flumiter no alcanza, está colapsado, cómo resuelven esta situación del paciente nuevo? Vos me decís entran 8 ¿Del paciente 9 o el otro que necesita oxígeno y no hay más bocas? [...] Y a la vieja usanza, lo que no se quería llegar acá. Viendo la calidad y cantidad de vida que le queda a cada paciente. Desgraciadamente tenés que ser juez y verdugo (Enfo. Guardia).

De hecho, en pediatría tuvimos durante el año dos veces, que nos querían poner pacientes adultos en la terapia pediátrica. Porque estuvo vacía un montón de tiempo [...] Si, iban a traer pacientes adultos directamente. Había que manejar las dosis, todo. Era difícil. Más los aislamientos y las proporciones de un adulto y un pediátrico. Todos nos asustamos más. Esos dos momentos fueron feos (Enfa. UTIP).

Aun atravesando estas dificultades para alcanzar la adecuación de lo disponible a nuevos procesos o normas de trabajo, en los contextos locales se destacan las comunicaciones de carácter interinstitucional que parecen haber sido favorecidas en los momentos más críticos de la pandemia. Se reconoce como una transformación positiva desde las autoridades que ocupan cargos decisorios.

[...] ¿qué hizo la pandemia? La pandemia hizo que nos comunicáramos entre todos (Enfa. UTI).

En esos casos [cuando llegaban las ambulancias con pacientes graves y no había más camas, ni recursos], el médico, el director se comunicaba con Zona VI para que reubiquen a esa ambulancia. Y, por ahí eso demoraba un par de horas hasta que se encontraba un lugar, sea en el ámbito privado o público. Así que eso también hemos visto, que la articulación entre lo privado y lo público, que antes no se veía, estuvo. Pocos casos, pero hubo. La mayoría de las veces no fue así con las obras sociales, pero bueno, ese es otro tema (Enfa. Guardia-UTI).

Otra de las cosas también que ayudó la pandemia, ayudó a la comunicación porque cada digamos, hospital, cada municipio, unidad sanitaria, todos, todos, todos cada uno de ellos son todos, individuales, trabajan individualmente. ¿qué hizo la pandemia? La pandemia hizo que nos comunicáramos entre todos y esto por ahí yo te lo comenté así, pero para que se entienda es como cuando che, ¿qué tenés vos? viste como cuando uno tiene la figurita ¿qué tenés vos tenés una difícil? bueno, pasámela a mí y que yo te paso la otra. Bueno, ¿tenés un paciente de riesgo? Bueno, dámelo a mí, tomá llevate este que no es de riesgo, llevá para allá, va para otro sector, dame aquel, toma yo estoy lleno, sacame de acá o sea hubo esa comunicación ¿cómo te estás manejando vos con esto? comunicación y cuidado yo creo también qué es lo que pasó en el tema salud, y esto es bueno, esto es bueno (Director enfo.).

En los servicios donde la aplicación de protocolos resulta más familiar aparece la sensación de un trabajo interconectado donde más allá del saber-hacer específico de cada una/o, los modos de intervenir requieren un cuidado atento, minucioso y particular por las implicancias mutuas para con los colegas en relación a la capacidad de contagiar-se y contagiarlos.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

O sea, para nosotros el servicio de neo no hay, no fue tan nuevo el protocolo porque nosotros siempre nos tenemos que estar vistiendo [...] O sea no, no, a nosotros no nos modificó tanto. Si estar más atenta y no trabajar a las corridas todas para un mismo lado y chocándonos como suele pasar un poquito eh, más a conciencia tranquila porque donde se equivoca una nos embromamos todas y así (Enfa. Neo.).

La atención se transforma en relación a la responsabilidad para con el otro, los tiempos de las intervenciones pensadas en términos de agilización para la urgencia y/o moderación para una efectiva protección personal y los insumos disponibles intentando ajustarse a nuevos protocolos.

El "estamos en pandemia". La SAP (Sociedad Argentina de Pediatría) al principio del año pasado sacó un comunicado diciendo que, si tenías un paciente pediátrico que se paraba y había que reanimarlo, hasta que no estuviera todo el equipo vestido para trabajar, con su propia protección, no se reanimaban los pacientes. Entonces, esto trajo otras cosas (Enfa. UTIP).

Esas "*otras cosas*" implican la comprensión de las particularidades del trabajo en salud empieza por reconocer el hecho de que la salud se produce en acto. Es decir, el producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, esto es entre trabajadores y usuarios (Merhy, 2006).

Asimismo, debían agruparse las tareas para reducir la exposición, por el tiempo que requería vestirse y desvestirse con los EPP y por la insuficiente cantidad de insumos disponibles en relación a la demanda.

Agrupar acciones de enfermería. O sea, ponernos el equipo de protección personal para ingresar. Cómo sabíamos que contábamos con pocos camisolines descartables eso llevaba a que tuviéramos que entrar menor cantidad de veces al área donde estaban los pacientes. Porque no son reutilizables, así que había que descartarlos una vez que se salía entonces había que pensar muy bien, que cuando se iba a entrar, se iba a hacer todo (Enfa. Guardia-UTI).

En tal sentido, como primera medida era muy importante reunir los materiales necesarios y planificar todos los cuidados que se iban a realizar a las personas en el momento de ingresar a la habitación o acercarse a la cama (en el caso de las terapias) para minimizar el contacto y la exposición al virus por parte de las/os enfermeras/os. Como segunda medida, la reducción de ingresos a las habitaciones o sectores con personas enfermas, ya que esto requería disponibilidad de EPP completos que, en muchos casos, los describen como "*insuficientes*" al tener que realizar varias intervenciones ya que deben quitarse y descartarse cada vez. Y como tercera medida contemplar el tiempo que insume la colocación correcta, secuencial sin errores del equipo de protección personal antes de realizar cualquier intervención, incluso en caso de urgencias, la colocación adecuada de EPP es prioritaria, la protección de las /os trabajadoras/es

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

es primordial, la atención segura para ambas partes tanto para las que atienden y las que son atendidas, según los protocolos y normativas institucionales.

Estas transformaciones en el modo de atención, con su necesaria adaptación local de los nuevos protocolos, supone una adecuación de las prácticas habituales de los/as trabajadores/as a los nuevos lineamientos que se correlacionan con relevamientos llevados a cabo por el Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata. (2020), en otras ciudades de la provincia de Buenos Aires, como Ensenada y Berisso, donde según el personal de salud, las normas de bioseguridad se modificaron en un (99,4%), así como también los protocolos de atención de pacientes: 90,6%.

“Es entrar y salir de blanco todo el tiempo, se te ven los ojos nomás” (Enfo. Guardia).

Al mismo tiempo ocurre una intensificación del trabajo, la misma encuesta, citada previamente, indica que un 57,8% de las personas percibe un aumento total de la presión sobre sus tareas. Resultados similares en relación al aumento de la tensión laboral, intensificación e incremento de las tareas fue registrado en el trabajo de Johnson, Saletti-Cuesta & Aizenberg (2022).

Y, también el tema del cuidado personal que debemos tener tanto en el área Limpia, bahh, en el área Verde como en el área Roja, eh, el EPP, como se llamó, es el Equipo de Protección Personal que también eso hace a un todo y que lleva también una carga de responsabilidad nuestra cuando nos ponemos y nos quitamos ese equipo de protección personal. Nos tuvimos que acostumbrar a utilizarlo permanentemente (Enfa. Guardia-UTI).

Esta adecuación a una nueva forma de trabajo se vincula directamente a la dimensión que sigue, los modos de cuidado, que también se transforman durante la pandemia.

III. Modos de producción del cuidado

Los modos de producir el cuidado entrelazan ciertas relaciones sociales, vínculos afectivos (Guerrero, Ramacciotti & Zangaro, 2019) y valores culturales que se van modelando mediante voluntades y políticas públicas.

En el contexto de la pandemia los modos de cuidar incluyen el cuidado de sí/autocuidado/personal; cuidado colectivo al interior de los equipos de trabajo. El cuidado de los/as otros/as (hacia usuaria/os) o hacia el ámbito doméstico y familiar.

Incluye aquellas narrativas que aluden a las formas de vinculación e intervención orientadas a prevenir, proteger y atender a la salud, de forma directa o indirecta, desde una mirada integral. Estas acciones de cuidado implican una toma de decisiones permanente donde

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

no solo están involucrados la formación, la idoneidad, las representaciones, o los valores morales y éticos del profesional sino también aquellos que cada sujeto de atención percibe como relevantes y necesarios en esa interacción.

A continuación, distinguimos entre el cuidado de los/as otros/as, esto es, hacia usuarias/os; el cuidado de sí, esto es, el autocuidado o cuidado personal y; el cuidado doméstico: de las personas más próximas, familiares y afectos; cuidado colectivo al interior de los equipos de trabajo y; el cuidado institucional, esto es abarca los mecanismos que se ofrecen/ disponibilizan desde la institución.

III.I Cuidado de las/os otras/os: usuarias/os.

Como parte de las disrupciones que trajo la pandemia, los procesos de atención y cuidados hacia las personas también adquirieron características particulares. Una de ellas es descrita por las/os enfermeras/os como *“inhumanos”*. Esta percepción en muchos relatos se transmite en narraciones que aluden a situaciones concretas que desobedecen protocolos aun poniendo en peligro el cuidado de su propia salud.

Cuando te están diciendo "quince minutos, atendes y salís". Es re inhumano. Es re inhumano porque vos estás ahí para dar calidad. No la estabas dando y tampoco podías dar tu aliento de ser humano porque es un ser humano el que está ahí (Superv. enfa.).

En el caso de las maternidades el cuidado se duplica y el sentido de responsabilidad por el binomio *“las dos vidas y un cuerpo”*.

Pero te digo, no es minimizar, yo me pongo en el lugar de la paciente y en mi caso hay dos vidas. Entonces tenemos que estar atentas a esas dos vidas. Yo no puedo tener a la mamá detrás de una puerta y no saber nada. Ese día me arriesgué, pero usé lo que tenía a mi alcance para protegerme [...] Porque viste que es enfermería siempre. Igual yo no iba a poder, con mi genio no podía. Tenía que ir a ver lo que estaba pasando (Enfa. maternidad).

En otros relatos aparece como una observación dilemática que tiene un antes de la pandemia y una agudización durante la pandemia como parte del proceso de desgaste y de las condiciones de trabajo.

Eso es lo que notamos últimamente que ya pasó a ser algo más cotidiano eso de: “bueno qué vamos a hacer” Porque yo siento que es como que están amparados que están en esto de la pandemia entonces todo vale [...]a la vez es como que a la vez antes era relajado y ahora es el triple de relajo digamos dejaron de darle bolilla a los pacientes, de importar el paciente. Como qué bueno voy a trabajar y, y es un trámite (Enfa. Guardia).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Se está como olvidando que es un ser humano, que es una vida, es un familiar, un ser querido de alguien y que desde mi lado por lo menos me cuesta disociar ese ser humano de una familia atrás y lo ves y todo es como que se va haciendo normal, uno más, uno más, uno más, por ahí te pega un poquito (Enfa. Guardia).

En estas circunstancias se visibilizan otras intervenciones que se gestaron de forma autónoma, que no estaban contempladas en los protocolos y, sin embargo, daban respuesta a problemas emergentes como la necesidad de suplir el contacto y la comunicación (de las habituales visitas) estando internados en aislamiento, con los familiares o afectos.

Claro, por eso cuando se interna el paciente se le pide al familiar que le traiga, cosa que antes no se hacía, celular, cargador porque es el único medio que tienen para comunicarse con sus seres queridos. Si bien antes estaba prohibido en un área crítica o en un shockroom, nosotros lo permitimos. Creo que la mayoría porque era el único nexo que tenían con su familiar [...]. No sé si hay algo escrito, pero mientras el paciente este lúcido y pueda usarlo, nosotros lo dejamos. Para cuándo ya no, se entrega todo al familiar (Enfa. Guardia)

Por otra parte, muchas/os de las trabajadoras/es han pasado por la experiencia de “*ser pacientes en pandemia*”.

No quería ser paciente, no me quería acostar en la cama. Hasta que bueno, después llegó la noche y bueno, mi compañera de habitación me dijo, también era una enfermera y ella era de UTI. Bueno, me habló y me dijo, me tranquilizó un poco y después me acosté. Pero nada, mucho miedo (Enfa. Guardia-UTI)

El haber transitado la enfermedad y una internación se convierte en un espacio de aprendizaje en terreno, la experiencia de ser atendida en el propio espacio de trabajo se constituye en un momento transicional hacia una forma de atención diferente. Un antes y un después en la posición que se ocupa respecto a la cama. De pie, erguido y con habilitaciones disciplinares para intervenir con y en el otro, o acostado, abatido y dejándose hacer. Esta experiencia de enfermar y ser atendidos por otras/os las/os devuelve con una mirada más empática y comprensiva.

La importancia de tener celular y estar comunicado, de hacer una video llamada, la relevancia que tenía decir ciertas cosas que por ahí uno dice:- “no, no, no, acá no se puede utilizar”. En ese sentido fui un poco más permisiva después cuando volví. A veces es necesario que uno pase también esa situación traumática para esa empatía que uno le pone todo el empeño de ser empático resulte que uno ya lo vivió, como que te cambia la perspectiva, no podés ser empático si nunca atravesaste por algo así.

¿Cómo lo hacía? Bueno, trataba de brindarle seguridad mediante la palabra. Si bien uno cuando ingresa se presenta, no te podés sacar la máscara, pero bueno. Trataba de afianzar un poco más el vínculo preguntándole por ahí pequeñas cosas “¿te comunicaste hoy con tu familiar?” o darle aliento de que iba a estar mejor o que se yo, no sé. Por ahí a veces también contarle que si me ve así, que no tenga temor. Porque por lo menos a mí lo que me generó es eso (Enfa. Guardia).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

En las narraciones aparecen una sensibilidad y una valoración de dimensiones del cuidado que antes pasaban inadvertidas, a pesar de seguir padeciendo la sobrecarga laboral, la incomodidad del uso del EPP, etc.

III.II Cuidado de sí: autocuidado

Existe cierta ética y moral que define la enfermería, puesta en cuestión actualmente, aunque persistente: altruismo, abnegación y vocación son valores que se han naturalizado. En este sentido, las conductas de autocuidado en el colectivo de enfermería de alguna manera son observadas como egoístas, poco altruistas y faltas de abnegación.

Las propias enfermeras se sorprenden de la afirmación de una colega que decide priorizar su cuidado por sobre los demás, entendiendo que “*si yo no me cuido, ¿cómo puedo cuidar a otros?*”.

Eso fue muy fuerte verlo y como que primero me dice “estoy yo, ¿no?” Como que primero soy yo que me tengo que salvar. Y es entendible también. Es entendible porque, eso de, del temor ¿no? [E: Claro] Uno, donde por ahí en ese momento no pensaba en que quedabas expuesto, o en que no, sino en que estabas defendiéndote vos, para, cuidándote vos (Enfa. Epidemiología).

De alguna manera el cuidado de sí es atribuido al miedo, como emergente de la pandemia antes que a un ethos profesional. La cita a continuación lo expresa de manera directa:

Hay enfermeros que se hisopaban 10 veces en el mes ¿viste? porque tenía un dolor de garganta y se iban a hisopar. Yo le decía: -¿Qué necesidad tenés de que te metan el hisopo continuamente por la garganta y por la nariz? No entiendo. ¡Claro! ¿Cuál era la necesidad? pero es un poco el miedo y como el hisopado le daba negativo entonces se quedaba tranquilo, pero como a la semana volvía a tener otros síntomas se hisopaba de nuevo (Director enfo.)

De todos modos, cuidarse o cuidar evitando el contagio continuaba siendo el desafío. Enfermeras/os intentaban estrategias para proteger la propia salud o tratar de ajustarse a los protocolos, que se modificaban constantemente y navegaban la incertidumbre. Incluso todas las precauciones parecían no ser suficientes.

Al principio era el cuidado de la incertidumbre:

Esto de que el contagio todavía no sabíamos bien cuál era, si era de contacto, aéreo, respiratorio, estábamos medios cómo recién venido a América. No sabías cómo tenías que cuidarte realmente (Enfa. UTIP).

Yo me recontra cuidaba con todo, creía que no tenía nada fuera de lugar o sea fuera de mi alcance todo en apariencia controlado hasta que me contagie (Enfa. Guardia).

Una de las estrategias de autocuidado consistió en reducir la carga de trabajo dejando alguno de los puestos de trabajo.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

La verdad que cuando comenzó la pandemia fue una gran decisión decir "me voy a quedar con uno, con la menor carga posible por una cuestión de exposición" (Enfa. UTIP).

El pluriempleo en enfermería es la consecuencia de la precaria situación laboral de muchas/os enfermeras/os, la pérdida de los afectos, la difícil decisión de recorte de ingresos para la minimización de exposición en el trabajo.

III.III Cuidado doméstico: hacia familiares y afectos

Durante la pandemia la tarea de cuidado traspasa los muros de la institución y se extiende hasta los hogares de las/os trabajadoras/es. En varias entrevistas aparecen las rutinas de cambios de ropa y calzado al llegar a sus hogares en lugares como cocheras, lavaderos, patios, espacios que anteceden el contacto con la familia, donde luego pasan a bañarse para volver a cambiarse y descontaminarse para poder ingresar a sus casas o saludar a la familia.

Cuando estamos en casa tratamos que sean nuestras charlas, sean de origen casero, de nuestros seres queridos protegiendo a mis padres que viven solos, de alguna manera protegiéndolos, diciéndoles, aconsejándoles. Nunca salieron. Los pude vacunar, más que nada no, en lo personal creo que también soy enfermero porque me preocupaba un poco más por mi hija, mi nieta, mis padres, no dejas el rol a lo mejor de proteger a nivel personal también (Enfo. Emergentología).

Yo vivo con mis hermanos, mi papá y mi sobrino. ¿Qué recaudos? Obviamente esto de desinfectarse. Ir a casa y antes de entrar, no ingresar con el zapato con el que transito en la calle. La ropa de la que llevó por afuera rociarla con Lysoform o con el otro que usamos, Amonio Cuaternario. Aunque las recomendaciones infectológicas dicen que no es necesario. Y después proceder a bañarme, descontaminándome y recién ahí saludar a mi familia. Tanto, así como yo lo hago, lo hacen mis hermanas que también son enfermeras ¿no? (Jefa enfa.).

Estos cuidados se alimentan con el temor de poner en peligro a familiares y afectos (Nielsen *et al.*, 2022).

La intensificación de la demanda y la labor de enfermería se incrementó al punto de irrumpir en su vida cotidiana, familiar y afectiva tal como expresa esta enfermera del área de maternidad,

Difícil porque a veces sin querer vos todo lo del trabajo lo llevas a tu casa. Tratás de no, tratás de no, pero llevas toda esa carga, ya sea física, ya sea psicológica [...] Así que por eso mismo, mis padres y mi mamá es paciente oncológica, entonces como que es difícil. Vos siempre vas a querer protegerlos ¿no? dentro de una burbujita. Ahora actualmente estamos en una burbuja y es difícil a veces viste (Enfa. maternidad).

Podemos descubrir que esta experiencia vital transforma la dimensión del trabajo de enfermería en un modo de andar la vida, como una experiencia global en tiempos de pandemia (Danel, Calvo & Daca, 2022). En esta coyuntura particular de una pandemia el carácter

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

performativo del cuidado cobra una mayor relevancia y visibilidad (Calvo, Danel & Martins, 2022).

III.IV Cuidado colectivo: entre compañeros/colegas

Las estrategias de cuidado entre pares trabajadores adquieren varios matices. En algunas narrativas se significa como de ayuda entre todos, solidaridad incluso de cuidado maternal por parte de enfermería hacia trabajadoras/es de otras disciplinas.

Mirá, en ese tiempo y como estábamos particularmente, residentes, estoy hablando de los médicos, venían y entraban como si nada a las habitaciones ¿entendés? Como que ni ellos mismos se cuidaban. Entonces vos decís ¿Qué está pensando? y ahí yo estaba cuidando como para que [...]pero no tendría por qué [...]Si, le decía: - Mirá que esta paciente o es positiva o es un aislamiento, tenés que tratar entrar con las cosas como corresponde y después quitártelo como corresponde, le digo, y higienizarte como corresponde. Y yo estaba atenta, porque ellos venían como si fuese cualquier paciente normal y común (Enfa. Maternidad).

Igualmente yo estoy a cada rato mirándolos y que hagan las cosas como corresponde. Porque ya te digo, los cuido de ellos y los cuido a todos[...] Yo siempre voy a hablar de mi caso trato de, te armás y ya estás atenta a todo, por eso te digo que parecemos las mamás tanto de los pacientes como del resto del equipo, vos los vas llevando (Enfa. Maternidad).

Las tareas de cuidado de enfermería hacia usuarias/os constituyen un trabajo remunerado. Sin embargo, el cuidado entre compañeras/os de distintas disciplinas que componen del equipo de trabajo, se suma como parte de estas actividades cotidianas y reiteradas que realizan en este caso mujeres enfermeras sin ser siquiera reconocido o distinguido como un -acto de cuidado-. Por el contrario, estas conductas aparecen naturalizadas dentro de la representación subjetiva o la perspectiva de la naturaleza femenina y maternal del cuidado (Arroyo *et al.*, 2011).

En otro matiz aparece como reclamo hacia los pares en prácticas que ponen en riesgo a todo el equipo de trabajo.

De ésto de hacer los hisopados y venir al office de enfermería y apoyar todos los hisopados en la bacha donde se prepara la medicación de enfermería. Entonces era luchar con eso. “¿Qué hace eso ahí?”. Ya llegó un momento que ya ponías otro tono. Porque al primero, uno empieza con educación y hablás todo. Y te miraban diciendo “¿Y?”. Entonces les decía “si el lugar de hisopados es allá, hay una mesa donde se apoya todos los materiales de hisopados. Acá no tiene que ingresar nada.” “Si, pero ésto estaba todo desinfectado”. “No importa, ésto va acá y de acá al laboratorio”. Fue terrible. Todavía lo seguimos viendo (Superv. enfa.).

Tiene que haber aislamiento y que el médico no te respete. De no usar barbijo. Si, nos ha pasado un montón de veces. De no usar barbijo y decirle “doctor, el barbijo”. Yo no tengo que andar diciéndole. Pero por respeto a mí, por respeto a los compañeros, porque si yo me estoy cuidando y vos trabajás en salud. Vos no te querés cuidar, no te cuides, pero cuidame a mí (Superv. enfa.).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Aun en las instancias en las que se manifiestan conductas peligrosas de pares trabajadores, el cuidado aparece a cargo de mujeres reforzando el planteo de varios autores. Entre ellos destacamos el trabajo de “Los derroteros del cuidado” de Guerrero, Ramacciotti & Zangaro (2019).

III.V Cuidado institucional:

Esta forma de cuidados se expresa en narraciones que aluden a las acciones, medidas y recursos que se disponen (o no) desde las autoridades, directores o jefes hacia las/os trabajadoras/es durante la pandemia.

La cita que se presenta a continuación da cuenta de la inadecuación de lo que se propone como cuidado desde la institución y lo que efectivamente necesitaban las/os trabajadoras/es en ese momento.

No necesitamos un homenaje a los muertos, necesitábamos que nos contengan en ese momento. No homenajes post mortem. Necesitábamos otra cosa, contención, apoyo, reconocimiento no, sino consideración (Enfa. Administración).

Los aplausos no eran necesarios, los homenajes tampoco, sino un gesto que muestre proximidad y empatía. Intervenciones que expresen acompañamiento y cuidado antes de la muerte.

Desde las/los enfermeras/os se expresa en particular, una falta de cuidado en el aspecto de la salud mental, desde las instituciones a las que pertenecían hacia estas/os trabajadoras/es, que se encontraban ansiosas/os, tristes, deprimidas/os y desbordadas/os durante el acontecer de la pandemia.

El año pasado implementaron un apoyo psicológico y...pero no, no dió resultado. No dió resultado porque quisieron volver a hacer lo mismo, como hacían los ateneos. Era sólo para enfermería, pero era grupal y si vos no te sentís cómodo es imposible que lo hagas grupal [...] No, era grupal. Pactaban un día y tenían que ir todos al matadero. No, salvo que vos tengas tu psicólogo (Enfo. Guardia).

¿Sabés cuánto habrá durado el apoyo psicológico, si vinieron... tres veces, como máximo? Una vez por semana y no volvieron más.[...] Venía a la mañana también para el grupo del segundo piso, para los enfermeros del segundo piso que es, polivalente. Creo que también duró tres semanas. ¿Pero quién venía? Solamente el turno mañana, porque venían a la mañana. Después faltaba el turno de 12 a 18, el turno de 18 a 24, el turno de 00 a 06 ¿Y los otros chicos? (Superv. enfa.).

Si bien desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se conforma un equipo multidisciplinario que recorre hospitales en el marco del programa “Cuidar a los que

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023

Cuidan”²⁸ con el propósito de dar acompañamiento y contención a los equipos de salud, así como estrategias locales al interior de las instituciones para dar apoyo psicológico a las /os trabajadoras/es, varias investigaciones refuerzan esta percepción de descuido y desamparo por parte de las instituciones u organismo responsables hacia las /os enfermeras/os (Johnson, Saletti-Cuesta & Aizenberg, 2022; Tena-Gonzalez *et al.*, 2022; Ramacciotti, 2022).

Asimismo, se sentían descuidados al no recibir los tratamientos que hasta ese momento parecían más efectivos, y que, si bien eran escasos, llegaban para otras personas de mayor jerarquía o con poder político.

Que por eso decíamos “dejen de usarnos por favor, dejen de usarnos.” Para ellos, apareció para todo político aparecía el plasma enseguida y nosotros pedíamos plasma para los compañeros y tardaban en llegar. Eso pasó. Pasó muchas cosas. Por eso decíamos basta. Siempre somos el último terrón del jarro, por favor basta (Superv. enfa.).

En algunos relatos expresan esa falta de cuidado al no ser provistos de los EPP adecuados o de buena calidad, y si los recibían no eran acompañados de la capacitación pertinente para su buen uso.

Entonces agarro y le digo (al director) “Doctor”, le digo, “estos no son barbijos N95”. Me dice “¿Cómo qué no?” “Sí, mírelos”. Los saqué, eran como explicarte, eran esos barbijos para polvo pero el material es como telgopor finito, ese finito, que vos te lo pones, te ahogás ¿Viste? “Ésto no es N95, ésto no cumple con” “Ahh, pero lo mandó el Ministerio, y si como sigamos así” (Superv. enfa.).

Claro, les daban el mameluco y no los capacitaban. Fue cuasi comparado con Malvinas, que les daban las armas a los jóvenes y los mandaban a... [risa] Claro, te lo dan pero no te enseñan a manejarla primero. Fue cuasi comparado con eso (Enfa. UTIP).

Desde la gestión las/os enfermeras/os que ocupan puestos de coordinación, gestión o dirección presentan una mirada opuesta. Es decir que en un mismo escenario físico (edilicio, estructural) la significación de cada observador/sujeto dentro de la institución ofrece vivencias y subjetividades fluctuantes según su posicionamiento dentro de la red organizacional.

Y la otra cosa es que, la parte de gestión, bueno tratar de hacer lo más correcto para los enfermeros, tratar de brindarle seguridad y uno siempre piensa en ellos. Más allá de que por ahí ellos lo van a sentir distinto. La palabra era que: - No nos cuidan. Y no, nosotros si los tratábamos de cuidar porque lo que peleamos contra los otros jefes de servicio, contra las infectólogas por este tema (Jefa enfa.).

²⁸

Programa provincial “cuidar a los que cuidan: https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_cre%C3%B3_un_programa_para_cuidar_la_salud_mental_del_personal

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Y por otro lado el año pasado a raíz de que los enfermeros se contagiaron una de las infectólogas la doctora Ferro, se comprometió a hacer el seguimiento del personal. Y se cuidó al personal del establecimiento. Todo Personal que estaba con síntomas y de acuerdo a la clínica que presentara se internaba y según el cuadro que presentare, cuándo empezó a trabajarse con el protocolo de plasma convaleciente se le administró a cada uno de los agentes que se contagiara (Jefa enfa.).

Las experiencias que relatan algunas/os enfermeras/os que ocupan espacios de coordinación se contraponen sustancialmente con las vivencias narradas de las/os trabajadoras/es en atención directa a personas.

Gracias a Dios, aquí hay un gran equipo de Salud Mental que estuvieron a disposición de aquel que quisiera charlar de forma particular y privada con ellos dado que sí estaban abatidos, agobiados, cansados, o simplemente temerosos, o angustiados. Sí, sí, han estado (Enfo. Emergentología).

Siguiendo a Campos (2009), la construcción de sentidos y experiencias además de nacer desde sujetos únicos y particulares podemos pensarlos bajo distintas condiciones, como sujetos instituidos aquellos que adquirieron más poder, sujetos casi destituidos, como enfermería y sujetos instituyentes.

IV. Emociones

Esta dimensión incluye las narraciones de experiencias sensoriales y/o somáticas que aluden a efectos en el cuerpo-mente, recuperando las formas en que fueron nombradas con mayor frecuencia como miedo, culpa, angustia y agotamiento.

IV.I Miedo

La sensación de miedo, de angustia y la necesidad de revalorizar los vínculos y los afectos pasaron a formar parte de la cotidianeidad de las/os enfermeras/os.

Si bien todos los procesos de atención y cuidado en salud implican un contacto estrecho con la enfermedad y la muerte, en este devenir, la enfermedad y la muerte ya no era de los otros sino la propia y la de sus afectos cercanos.

Yo tomaba tren, el tren para venir a trabajar. Empecé a evitar el tren, para tener menos contacto. Entonces mi marido me traía todas las tardes. Y todas las tardes que me traía cuando empezó la pandemia, yo lo único que le decía era "si a mí me pasa algo, cuidá a los chicos." (con voz tomada) Era algo que, esa angustia en el pecho, que yo digo "eso lo debe sentir una persona cuando está muy asustada." (Superv. enfa.).

Obvio que uno siente miedo [...] obviamente que yo también traté de organizarme un poco en mí casa. Les decía "mira que tengo los papeles" organizarme un poco y decirles "mira" a mis hijas, "miren que tengo ésto , esto, esto". Organizarme, porque yo no sé lo que podía llegar a pasar (Enfa. Epidemiología).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

La pandemia transforma el trabajo cotidiano en un espacio hostil y de vulnerabilidad para las/os pacientes, eso impacta de manera directa en las relaciones y vínculos familiares, así como en la proyección del futuro más próximo.

Creo que también cuando pasa algo así te replanteas un montón de cosas que tienen que ver con los vínculos. Es un poco lo que nos pasó por lo menos en cuanto a la que es mi pareja. Y bueno los niños también sufrieron bastante (Enfa. Guardia-UTI).

La responsabilidad y el sentimiento de culpa ante la posibilidad de contagiar a otros condiciona fuertemente sus conductas.

Yo me volví totalmente sociópata, yo no quiero salir de mi casa. Porque yo estuve mucho tiempo pensando que podía contagiar a mi familia, que yo podía llevarle la enfermedad a mi mamá, a mis dos hermanas. Y si le llegaba a pasar... a cualquier persona, a cualquier persona no era solamente mi familia, es encontrarme y decir "yo ya lo tuve, y estoy vacunada, pero soy vector de la enfermedad". No quería ir a ningún lado, no me quería encontrar con nadie, me daba miedo que alguien me rozara en el micro (Enfa. Administración).

Yo vivo con miedo, vivo con miedo. Pero quizás no vivo con miedo por mí, si no vivo con miedo por mi entorno, por mi entorno cercano, directo, aterrado. Y quizás a veces me ha pasado que algún familiar se acerca y se acerca como si nada, más allá de que saben que yo trabajo en un hospital, pero a mí me aterra (Enfo. Guardia).

Investigaciones llevadas a cabo en diversos servicios de salud y diferentes países coinciden en que el personal de salud mayormente enfermería, ha experimentado una sensación de miedo a contagiar a los otros en particular a sus familias y afectos (Brage *et al.*, 2022; Fhon *et al.*, 2022; Galehdar *et al.*, 2020; Haussl *et al.*, 2021; Kovner *et al.*, 2021).

Desde los espacios de gestiones intermedia aparecen expresiones que cuestionan de manera solapada y significan el miedo de sus trabajadoras/es. Esta emoción es reconocida en conductas que son cuestionadas.

[...] pero se ve el miedo. Por eso te digo, sacó las miserias de todas las disciplinas, no solamente del enfermero (Enfa. Epidemiología).

Somos el último recurso, no podemos tener miedo, o si bien lo tenemos, vamos a agarrar herramientas que nos den fortalezas ¿no? (Enfo. Emergentología).

¡Yo no digo que no hay que tener miedo eh! porque el miedo lo tenés que tener siempre, porque el miedo lo que hace es te hace pensar ¿qué hago? ¿Voy por acá? o ¿voy por allá? pero que no te paralice, si el miedo te paraliza estás en el horno, ahí es el tema [...] La gente tenía tanto miedo que no se cuidaba ¿Y qué hago? ¡Y cómo lo tocó? ¿cómo lo pongo? (Director enfo.).

Se refiere a que el miedo puede generar conductas mezquinas, ser paralizante o poner en peligro a quien lo sufre, así como a otros/as. Todo eso aparece como algo a sobreponerse para sostener las tareas de atención y cuidado de modo adecuado.

IV.II Angustia

El contacto permanente con el dolor de los demás, las experiencias de pérdida de seres queridos y la muerte de pacientes fue narrada como angustia sostenida en el tiempo.

Resulta ser que una de las cosas que pasó, es que a la jefa de patología de la morgue del hospital se le murieron todos los familiares de coronavirus: la mamá, el papá y la hermana. Ese fue uno de los casos.[...] Ver a familiares de 2 metros, 3 metros de allá, no pudiendo despedirse o viendo pasar una bolsa negra... no poder decirles chau y verlos que se morían solos, eso es lo más tremendo (Enfa. Guardia).

En lo personal me pasó todos los sentimientos juntos que me venían pasando durante la carrera. La emoción, la tristeza, la angustia, el dolor. ¿Ese dolor que te pasaba cada tanto, que veías un paciente, donde sentías esa empatía y te dolía? Empezó a pasar re seguido, ¿entendés? La pandemia marcó, marca hasta ahora la actualidad. Una angustia, ese dolor que no te lo vas a sacar de la cabeza. De ver a compañeros, mirá me emocio todavía, (con voz tomada) compañeros, amigos, vecinos, chicos jóvenes. Que vos decís: “Chau, ¿qué está pasando? ¿qué está pasando?” (Superv. enfa.).

El agotamiento, que algunos autores han descripto con la categoría de Síndrome de Burnout (Foster, 2021; Ghassemi, 2022) y el desgaste operaron de manera significativa en el ánimo y la cotidianidad de las/os enfermeras/os (Al Sabei *et al.*, 2022; Aloweni *et al.*, 2022; Sanchez Raverta, 2022). La sobre exigencia emocional/laboral y las implicancias sociofamiliares representaron una consecuencia no deseada que trasciende el sistema de salud de nuestro país, las fronteras geográficas, incluso culturales (Brockopp *et al.*, 2021; Manzano & Ayala, 2021; Zhang *et al.*, 2021).

“¡Ya estoy cansada de la pandemia! “(Enfa. Neo.).

El estrés continúa porque todavía me siguen pasando esas cosas de confundirme de día, que pienso que es miércoles y es martes. Me pasan esas cosas que por ahí yo antes no me pasaban. Siempre fui de llegar tarde a todos lados pero no así de confundirme de día a ese extremo de ya te digo llevarlo a mi nene, la burbuja equivocada y después cuando llegó ahí recién me doy cuenta de que no les toca (Enfa uti/guardia).

[Al contagiarse] Perdí 7 kilos, me sentí débil, me sentí vulnerable, me alejé, no hablé ni con mis hermanos (Enfo. Emergentología).

Estamos agotados, estamos muy exhaustos (Enfo. Guardia).

La ansiedad, la depresión y el stress, son trastornos de la salud mental que se manifiestan en investigaciones de todo el mundo y en diferentes niveles de atención de las/os trabajadoras/es de la salud (Dal’Bosco *et al.*, 2020; El-Hage *et al.*, 2020; García-Iglesias *et al.*, 2020, Hong, *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021a; Melchor *et al.*, 2022).

En las narraciones del personal de enfermería aparece como tema recurrente el buscar superarse de alguna manera.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Me deprimió, muchísimo. Más allá de la tristeza, era el cansancio físico, era otra cosa. Pero bueno, después me puse en la cabeza que me tenía que recuperar. (Enfa. Administración).

En ese sentido, hubieron guardias que estuvimos ahí con mis compañeras al borde del llanto porque no podíamos creer que en la misma guardia de un total de siete pacientes se nos vayan cinco, cuatro. (Enfa. Guardia-UTI).

Los sentimientos contradictorios entre el deber de cumplir con la tarea, con la falta de recursos, insumos e información, daban como emergente el enojo y la preocupación al saber que del otro lado había una persona con una necesidad urgente para ser atendida.

Si me enojé, te soy sincera, vino la doctora y que le pasara antibiótico y no tenía ni una vía o algo. Y bueno yo me fui con todo preparado y lo que queda dentro, queda adentro y dicho y hecho. Entré con todo el disfraz [...] temblaba y transpiraba la gota gorda porque eran muchas cosas [...] Yo bien, muy bien me sentí, muy bien de haberla atendido y de haber hecho lo que hice pero a la vez muy preocupada por no tener los medios (Enfa. Maternidad).

Lo que a mí más me molesta que la persona está pasando a ser nada. Y bueno se van a morir. [...] Es que desde el lado médico ves que ya no les importa, no les importa y te dicen bueno liberamos cama y ese liberamos cama me irrita, me irrita porque no es liberamos cama, es un ser humano que se va de la vida de alguien, es un ser querido de alguien (Enfa. Guardia).

Al malestar de la pandemia como evento disruptivo que transforma la vida cotidiana, se agregan el estrés y la inquietud ante la falta de recursos, espacio o insumos de trabajo, que provocan un sufrimiento extra en estas circunstancias.

V. Aprendizajes y Desafíos

El trabajo de enfermería durante la pandemia trajo al presente antiguas inequidades vinculadas a la falta de reconocimiento profesional de las y los trabajadoras/es y movilizó a nuevas expectativas en términos de reclamar derechos laborales, oportunidades de formación y capacitaciones continuas, así como, desde la perspectiva de las/os enfermeras/os, se produce un cambio en la representación social de la enfermería.

En cuanto al reconocimiento profesional las narrativas denotan como algo histórico la falta de cuidado hacia las/os trabajadoras/es por parte de las autoridades ministeriales, institucionales, de gestiones intermedias o jefaturas de servicio y superiores directos como supervisores o coordinadores. Esta situación encuentra explicación en la misma voz de las y los enfermeras/os como una autocrítica por “*arreglarse siempre con lo que hay*”, por encontrarse “*amesetados*”, cuando deberían “*meterse más*”, “*peticionar*” reclamar e involucrarse en los problemas que les afectan abandonar ese rol espectador para ser protagonistas y sentirse a sí mismos como parte del equipo de salud.

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

La enfermería jamás hizo paro. No hay... técnicamente no existe el paro de enfermería, no hay. [¿Por qué? ¿Es algo de la profesión?] Porque nunca vas a dejar tirado a una persona, siempre alguien va a quedar, una guardia mínima, aunque sea uno siempre va a haber. Eso es. Ojalá que bueno, que, a partir de ahora, más allá de los aplausos exista otro tipo de consideración. Pero bueno, ya te digo, el precio fue muy caro (Enfa. Guardia).

De cierta forma aparece, tanto en las/os trabajadoras/es en asistencia directa como en las/os que realizan tareas de gestión y dirección, la condición de involucrarse con el espacio, la tarea, y con todo aquello que sea pertinente para la atención y el cuidado de las personas. Se explicita la necesidad de un compromiso efectivo con la praxis y la conformación de equipos de trabajo que consignent distintas disciplinas profesionales y ocupaciones. Sentirse ante todo parte del equipo.

Pero yo siempre digo lo mismo, pero si vos asumís un lugar comprometete, aunque sea por 4 años, 2 años, 3 años, un año, pero comprometete lo que puedas comprometer, y si vos ves que no da ese compromiso, das un paso al costado. Así que hay muchos que por ahí lo habrán vivido de otra manera y uno lo escucha. Como yo te decía, hay muchos que los paralizó esto (Director enfo.).

Yo lo que observo, así de afuera, creo que nosotros, que involucra a todos, que tenemos que ser un poco más partícipe de esto ¿no? Debemos como meternos, porque en este caso como yo te decía del equipo, como que mis compañeras trabajaban con lo que tenían y no se metían en eso. Y éramos 2, 3 las que pedíamos por favor los equipos y nos trataban de que éramos las que, no sé cómo decirte... Entonces bueno, eso, la participación de mis compañeros que tomen conciencia de lo que necesitamos también para trabajar. Peticionar algo que vos necesitás no quiere decir que faltas el respeto o no sé cómo explicarte (Enfa. Maternidad).

En esta nueva proyección las y los trabajadoras/es entienden que ser protagonistas y no espectadores es el camino para modificar el imaginario social de abnegación, sometimiento y sacrificio que acompaña a la historia de esta profesión.

La transformación se expresa en la voz de las/os enfermeras/os como “*enfermerizar*” a la profesión, el hospital y la sociedad. Implica “*darse cuenta*”, descubrir su potencial, el alcance de su poder dentro del sistema de salud y la relevancia de su rol social.

Antes que nada, nos tendríamos que dar cuenta. Nos tendríamos que dar cuenta que nosotros sí podemos transformar esta realidad. Cuando hablo con mis compañeros es como que no se dan cuenta de que sí lo podemos hacer. Cuesta, parece ser, el darse cuenta cuesta muchísimo, uno habla y habla. Yo digo yo predico enfermería ¿por qué digo predico enfermería? Porque por más que el hospital esté lleno de enfermeros, el hospital no está enfermerizado, los enfermeros no están enfermerizados, es así [...] Yo digo que por eso te digo, para mí la clave es que nos empecemos a dar cuenta que tenemos que tener otra mirada distinta. Yo sé que hay gente muy capaz, habla, tiene lindos escritos, pero bueno, creo que lo entendiste que tenemos que enfermerizar nuestra propia profesión, los hospitales, la sociedad (Enfo. Triage).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

Los aplausos ya no son suficientes. Los derechos laborales, la validación de su formación académica en los modos de contratación, la exclusión del doble discurso de esenciales y descartables según la necesidad del sistema se manifiesta en sus relatos como un deseo y una expectativa de mejora para la pospandemia.

Yo creo que en esta contingencia enfermería tiene que salir fortalecida, muy fortalecida, porque depende de nosotros. La historia nos demostró cada vez que hubo grandes tragedias grandes pandemias enfermería salió muy fortalecida, pero yo también creo que en los espacios áulicos es donde se construye la identidad profesional tanto en la formación, por la historia y yo creo que es un buen momento (Enfo. Emergentología).

Ojalá el futuro para enfermería a partir de esto, nada, sea mejor en algún sentido ¿no? La importancia de capacitarnos y de nada, de convencernos también a nosotros mismos que somos parte del equipo porque si nosotros mismos no nos reconocemos... Me parece que es ahí donde tiene que cambiar (Enfa. Guardia-UTI).

Los deseos de transformación, de superación de las vicisitudes están impregnados de un entusiasmo mediático que promete durar lo que las bolsas de basura en los servicios.

Sí, porque no entendemos que tenemos que cuidar el sistema, que tenemos que cuidar la naturaleza, que tenemos que cuidar el aire, que tenemos que cuidar los árboles que te purifican el oxígeno, que tenemos que reciclar la basura, todo eso también es de salud y no lo tenemos en cuenta. Si, si, me río porque todo dicen: - Sí, sí, sí, vamos a empezar el primer día ponen tres bolsas tiran todo y separado, el segundo día tiran todo separado, al tercer día está todo mezclado y es así porque se intenta todo el mundo, pero es difícil es muy difícil (Director enfo.).

Otra cuestión que también aparece destacada y con deseo de que perdure en el tiempo es la capacitación en servicio. La pandemia desafió los conocimientos adquiridos por las/os trabajadoras/es más experimentadas/os, a tal punto que reconocen la falta de idoneidad para el uso adecuado de elementos de protección personal (EPP) que requerían una colocación y retiro exhaustivamente ajustados al procedimiento, donde no había margen de error. Además, surge la necesidad de incorporar a trabajadoras/es recién recibidas/os o incluso en proceso de formación avanzada, para poder sostener la creciente demanda de atención por parte de los usuarios, combinada con las bajas temporales de quienes enfermaban en el cumplimiento de sus tareas.

[...] las chicas no saben usar los elementos, no sabían cómo protegerse, no se manejan, no trabajan bien digamos. Como ser, tienen que ponerse los elementos de protección personal y no lo sabían entonces... y muchos nuevos, muchos nuevos que tomaban sin experiencia. [...] y no los capacitaban, denles algo, explíquenles, no se bioseguridad, higiene de manos, algo (Enfa. Neo.).

Derossi, P.D. Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2023

¿Y qué hago? ¿Y cómo lo tocó? ¿cómo lo pongo? ¿No sabés ponerte un camisolín? ¿No sabés ponerte un barbijo? Yo no entiendo, ¿nunca se hizo? ¿No sabes lavarte una mano? ¿Por qué? porque no hubo continuidad, porque nosotros a veces necesitamos esto, que todos los días nos machaquen, que todos los días nos machaquen. (Director enfo.).

Uno de los aprendizajes que dejó la pandemia fue reconocer la importancia de la capacitación continua, en terreno y oportuna. Se comprende la necesidad de la formación continua tanto en territorio como en instancias académicas para las cuales se debe considerar una flexibilización en la disponibilidad de días horarios contemplando la conveniencia de estas actividades formativas.

En ese contexto me parece que hubiese estado bueno después de que hubo una reducción de casos notable en noviembre, diciembre, enero y febrero, continuar capacitado y eso no ocurrió. Eso no ocurrió porque yo veía qué hacía falta, por ejemplo, este año se utilizó en la guardia el CAFO²⁹ que el año pasado nunca lo habíamos utilizado[...] también hubiese estado bueno que nos expliquen la calibración de ese respirador para un nuevo paciente. Y así un montón de cosas, que faltó capacitación (Enfa. Guardia-UTI).

En este sentido, esta necesidad presente y proyectada a futuro de capacitaciones no es solo para quienes realizan las prácticas asistenciales directas sino también como una necesidad de las y los trabajadoras/es de los espacios de gestión intermedios y directivos.

Si, en principio, como trabajadora de la salud. Ojalá que... que Enfermería, que este rol protagonista que yo lo ví que adquirió en la pandemia continúe. Que los que están en la gestión se capaciten en gestión. Sobre todo, porque me parece que por ahí están en un cargo de supervisor, coordinador o lo que fuese, debes haberte antes capacitado [...]Que ojalá que en el futuro como todo el que está en un cargo que se capacite para que sea sea respetado (Enfa. Guardia).

Los propios enfermeros/as piden que sus coordinadores/as, supervisores/as, jefes/as reciban un mejor formación y condiciones de contratación laboral que les reconozcan el cargo. reclaman una remuneración acorde a la doble capacidad de respuesta que se les exige a las/os enfermeras/os por su cargo y hacia sus superiores.

²⁹ Cánula nasal de alto flujo humidificado: es una oxigenoterapia de alto flujo que da soporte respiratorio no invasivo a los pacientes, suministrando aire caliente, humidificado y enriquecido con oxígeno.

6. CONSIDERACIONES FINALES

En esta tesis nos propusimos analizar y describir las experiencias narradas del personal de enfermería del sector público del conurbano bonaerense, en la atención y el cuidado de la salud durante la pandemia de COVID-19.

A continuación, retomamos los objetivos específicos a modo de cierre, para extraer las principales conclusiones del trabajo.

Respecto al primer objetivo, nos planteamos describir las condiciones de trabajo de enfermería, preexistente y emergentes en el sector público; los resultados expresan una tensión entre el lugar ocupado-otorgado-real-potencial, del personal de enfermería, esto es, las tareas que se le exige, las que realizan y las que pueden potencialmente llevar a adelante con pericia. Tales cuestiones están alcanzadas por la asimetría de los vínculos que se establece con el personal médico especialmente, al que le reclaman reconocimiento como profesionales para el desempeño de las tareas para las que se encuentran capacitadas/os. Se identifican como personal escaso y con pocas oportunidades de formación en servicio, y con un bajo reconocimiento socio-profesional que se refleja en la falta de oportunidades o accesibilidad a los puestos de mando o de toma de decisiones. Todo esto preexiste a la emergencia sanitaria, se visibiliza y agudiza en ese contexto.

En la pandemia emergen nuevas problemáticas como la provisión de insumos, principalmente de EPP recurriendo a diversas estrategias autogestivas para garantizar su disponibilidad.

La escasez de insumos y de EPP aparece como un denominador común entre el personal de enfermería durante la pandemia, citado en publicaciones de Argentina (Ramacciotti, 2022; Sy *et al.*, 2021) Latinoamérica (Agostini, 2021; Raraz-Vidal *et al.*, 2021; Saltos-Llerena, 2022) así como a nivel internacional ³⁰ (Varasteh, Esmaeili & Mazaheri, 2022).

La provisión de insumos principalmente los EPP, está caracterizada por la escasez y la falta de criterios en su distribución. En diálogo con las transformaciones aparece la necesidad de abastecerse de los elementos de protección personal.

Asimismo, al paulatino deterioro de las condiciones de empleo y trabajo con bajos salarios; modos de contratación precarizadas (contratos temporales, pasantías y trabajo ad

³⁰ OMS: La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo. <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

honorem) y de la organización del trabajo (subcontratación y tercerización), se agrega la extensión de la jornada laboral, la intensificación del trabajo, las condiciones precarias y de escasez, procesos que desatienden su impacto en las personas.

El segundo objetivo se orienta a identificar las transformaciones en los modos de producción del cuidado. Estas formas de cuidar aparecen principalmente asociadas al cuidado de otras/os ya sean compañeras/os de trabajo usuarias/os o afectos dejando en un segundo plano la propia salud y/o bienestar.

Si bien el cuidado se torna un aspecto relevante de manera transversal a todas/os las/os trabajadoras/es, siguen siendo las mujeres quienes realizan, en mayor medida, las tareas de cuidado no remunerado o cuidado doméstico y familiar, sumado al trabajo profesional, que en el caso de enfermería representan el 90% de la fuerza de trabajo.

Asociado a ello aparece el temor de contagiarse y contagiar a la familia, está el desconcierto entre ser nombradas/os esenciales y ser vistas/os socialmente como peligrosas/os. Sienten la falta de acompañamiento en los servicios como descuido, por la distancia entre los espacios de gestión y el territorio de la praxis, ante la producción de homenajes de reconocimiento públicos, cuando se están contagiando y muriendo en los servicios, sin acompañamiento.

Puede observarse, como plantea Anahí Sy (2022) que las y los trabajadoras/es de la salud, en muchas situaciones, son artífices de las estrategias de resolución de los problemas que emergen en la coyuntura de la pandemia: gestionando escasez (de EPP, por ejemplo) y brindando cuidados aún a riesgo de la propia salud. Eso se expresa en ciertos sentidos y subjetividades compartidas entre las y los trabajadoras/es, al interior de cada institución: se prioriza el cuidado y la atención a la salud de sus pacientes y, luego la propia salud o bienestar. En relación con esta dimensión, diferentes espacios de encuentro y diálogo entre trabajadoras/es, son reconocidos como ámbitos de sostén para transitar este tiempo durante la pandemia y valorados como espacios de cuidado y autocuidado.

En tal sentido, es necesario destacar la importancia del cuidado de la salud de las/os trabajadores como desafío para las políticas públicas.

En cuanto al tercer y al cuarto objetivo, ambos orientados a identificar las condiciones que obstaculizan la implementación de nuevas normas y protocolos en los procesos de atención, encontramos que tiene su origen en las condiciones preexistentes, esto es, infraestructura edilicia deficiente, dotaciones de personal escaso, falta de oportunidad para la capacitación continua; esto se agudiza con la emergencia sanitaria durante la pandemia. Entre las dificultades

emergentes, encontramos, por un lado, la falta de personal (llamado recurso humano) agravado por bajas, licencias por enfermedades de base, enfermedad propia del virus y fallecimientos por contagios. Por otro lado, la falta de comunicación institucional clara con una significativa heterogeneidad en el acceso a la información sobre los nuevos protocolos que, además, se renuevan constantemente en relación a la nueva información respecto al comportamiento del virus y el desarrollo de la enfermedad. Se destaca una brecha significativa entre lo normado y lo posible de ser cumplido, en las condiciones de trabajo establecidas durante la pandemia.

De acuerdo a la bibliografía consultada, los facilitadores para el cumplimiento y adecuación de las normas y los protocolos radican en el acompañamiento efectivo por parte de jefes y coordinadores, dado que la dimensión psicológica emocional juega un rol importante al momento de sentir seguridad en contraposición al miedo y la incertidumbre. Sentirse apoyado y reconocido ayudan a sobrellevar la angustia y el cansancio producidos por la sobre exigencia y las responsabilidades (Butera *et al.*, 2021; Cadge *et al.*, 2021; Goldfarb *et al.*, 2021; Huang *et al.*, 2021; Thude *et al.*, 2021).

La pandemia facilita prácticas no previstas dentro de los nuevos protocolos que se anclan en las necesidades sentidas por las/os usuarias/os. Prevalece la necesidad de sostener el vínculo interpersonal mediado por la experiencia propia de las/os trabajadoras/es que es impensada en los niveles de toma de decisiones políticas.

De este modo se esclarece que la proximidad a los cargos o espacios de toma de decisiones también debe ser un lugar a ocupar, para conseguir mejores condiciones laborales y una disminución de la brecha de la *planific - acción*. (espacios de planificación y territorio de las prácticas), en el sentido dado por Campos (2009). Como señala Emerson Merhy (2006) la condición para que una organización movilice o incorpore elementos a su práctica y a sus conceptos, es la percepción de que la manera vigente de hacer o de pensar es insuficiente o insatisfactoria. La complejidad radica en el consenso de la percepción de esa insatisfacción, puede que la pandemia haya generado algún tipo de consenso en torno a ello entre el personal de enfermería.

Respecto al último objetivo, enfocado a conocer de qué manera intervienen la subjetividad y los afectos en estas formas de producir cuidados y en las estrategias para adecuar lo normado a lo posible; encontramos que las emociones y los afectos adquieren una relevancia particular. Si bien el trabajo de enfermería implica un contacto estrecho con la enfermedad y la muerte de los otros, en este devenir la enfermedad y la muerte ya no era de los otros sino la

propia y la de sus afectos cercanos. La sensación de miedo a contagiar y las experiencias de pérdidas de seres queridos es descrita como angustia sostenida en el tiempo.

El cansancio, la incertidumbre, la sobre exigencia personal y social, así como la fuerte carga emocional de miedo, la angustia y el stress descrito, entran en conflicto con los homenajes y aplausos; que ocurren en simultáneo a la discriminación en sus barrios por ser vistos como portadores del virus y “*contagiadores*”, además de las violencias laborales que circulan en un doble sentido, desde las/os usuarias/os y desde las coordinaciones hacia el personal de enfermería. Y desde las/os medicas/os por ser acreedores de una jerarquía profesional validada socialmente y reproducida en el mismo ejercicio de ese poder acumulado.

Aún en ese contexto, de fragilidad psíquica y con una enorme carga emocional se observa en las narrativas el modo en que se prioriza el cuidado de pacientes sobre la propia salud. El auto cuidado o el cuidado entre pares ocurre de modo espontáneo, en los encuentros, reuniones o charlas, y es reconocido y valorado como “*protector*” en las entrevistas realizadas.

Por otra parte, en relación a la forma en que lo afectivo interviene en la adecuación de lo normado a lo posible, se observa que el carácter flexible, práctico y resolutivo que caracteriza a enfermería e impulsa a cumplir con lo que debería ser, aplicando esta habilidad adquirida para “*arreglarse con lo que hay*” aun cuando estas acciones ponen en juego su seguridad y sus conocimientos académicos profesionales.

Es destacable también la transversalidad de las experiencias de las/os trabajadoras/es de la salud que aporta la bibliografía anteriormente mencionada, en cuanto al cansancio, el stress y el sufrimiento psicológico comprometiendo las emociones y un modo de andar en pandemia independientemente del país, el sistema de salud y el contexto socioeconómico en el que se desarrollaron las prácticas de cuidado frente al COVID-19.

7. RECOMENDACIONES

El derecho a ser cuidado de los/as trabajadoras/es de la salud sigue siendo un desafío para el sistema sanitario, así como la materialización de un sistema de salud integrado.

En este sentido la capacitación continua en terreno y oportuna es una asignatura pendiente, tanto como la incorporación a las condiciones laborales, la disponibilidad de días horarios para la formación y actualización en instancias académicas entendiendo que estas instancias representan una inversión a futuro para mejorar la calidad de atención.

Del mismo modo, está pendiente el reconocimiento a la formación académica -validada por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud- con título de licenciatura, tanto en términos del puesto o cargo ocupado como del sueldo percibido. Esto favorecería su representación social con una mejor calificación profesional y revalorización del trabajo de enfermería profesionalizado en los equipos de salud. En la actualidad existen incongruencias entre lo que se reconoce desde el marco educativo, lo que ocurre efectivamente en las formas de contratación laboral y las leyes de ejercicio profesional³¹.

Desnaturalizar los discursos de abnegación y vocación ligados a las prácticas del cuidado, diferenciando las implicancias del cuidado profesional respecto del cuidado doméstico y aceptando la feminización del cuidado como un rasgo caracterizador y no segregador.

Las experiencias narradas de las/os enfermeras/os contienen una dimensión histórica, en un contexto político, dentro del cual se expresan angustias y deseos de transformación de esa realidad vivida en un hecho disruptivo como una pandemia, que va a formar parte de ese devenir histórico y la cual consideramos que debe ser el disparador de los procesos de cambio tal como lo resaltaba Mario Testa, desatar procesos que comiencen a horadar ese poder hegemónico y que posibilite permear a situaciones de diálogo transversales, intersectoriales e interdisciplinarios con una enfermería incorporada a los equipos de salud en una situación horizontal y con el reconocimiento profesional que se le adeuda.

³¹ Ley nacional N°24004. Ley provincial: N° 12.245. Ley de CABA: N°298.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostini, C. (2021). Médicos, enfermeras y pacientes: entre las contradicciones, la incertidumbre y las carencias en tiempo de covid-19 en México. *ESTEMUNHOS COVID-19 • Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 28(3), Jul-Sep 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000006>.
- Aguilar, P. (2019). “Pensar el cuidado como problema social”. En: Guerrero, G. N., Ramacciotti, K. I., Zangaro, M. (Comp.). *Los derroteros del cuidado*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, Unidades de Publicaciones del Departamento de Economía y Administración. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes Recuperado de: <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1025>.
- Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R., Labragué, Leodoro J., & Burney, I. (2022). El agotamiento laboral de las enfermeras y su asociación con el entorno laboral, el empoderamiento y el estrés psicológico durante la pandemia de COVID-19. *International Journal of Enfermería Práctica*, 28(5), e13077, octubre de 2022. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-35770445>
- Alabi O.C., Okohue J.E., Adewole A.A., Ikechebelu J.I. (2020). Association of gynecological endoscopy surgeons of Nigeria (AGES) advisory on laparoscopic and hysteroscopic procedures during the COVID-19 Pandemic. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23, 747–749. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_163_20.
- Albano D., Bruno A., Bruno F., Calandri M., Caruso D., Clemente A., Coppolino P., Cozzi D., De Robertis R., Gentili F., Grazzini I., Jannone M.L., Liguori C., Natella R., Pace G., Posa A., Scalise P., Accarino B., Bibbolino C., Barile A., Grassi R., Messina C. (2020). Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) emergency on Italian radiologists: a national survey. *European Radiology*. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/fr/covidwho-652558>.
- Albitres-Flores L., Pisfil-Farroñay Y.A., Guillen-Macedo K., Niño-García R., Alarcon-Ruiz C.A. (2020). Perception of medical interns about the internship during the COVID-19 pandemic in Peru. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.373.5729>.
- Albott C.S., Wozniak J.R., McGlinch B.P., Wall M.H., Gold B.S., Vinogradov S. (2020). Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia & Analgesia*, 131, 43–54. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000004912>.
- Alcocer-Gamba, M. A., Gutiérrez-Fajardo, P., Cabrera-Rayó, A., Sosa-Caballero, A., Piña-Reyna, Y., Merino-Rajme, J. A., ... Rivera-Reyes, R. (2020). Excerpts from the documents of Mexican positions and recommendations in cardiovascular diseases and COVID-19. *Archivos de Cardiología de México*, 90, 100–110. <https://doi.org/10.24875/ACM.M20000057>.
- Almaguer, A. C., Alvarez, A. K. G., & Santos, E. Z. (2020). Management of health personnel' psychological safety, in emergency situations by COVID-19 in the hospitable or isolation context. *SciELO Preprints* [Preprint] [citado 3 julio 2020] doi:10.1590/SciELOPreprints.252.

- Alonso, V., Hoffmann, M., Romero, P., Sánchez, L., Posada Campoy, P., Fuertes, S., & Varela, M. (2022). "A nosotras no nos sirven los aplausos": De la vocación a la visibilización de trabajadores de salud pública durante la pandemia en Mar del Plata, Argentina. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e070. <https://doi.org/10.24215/23139048e070>.
- Aloweni, F., Ayre, T., Teo, I., Bronceado, H., & Lim, S. (2022). Un año después del COVID-19: Su impacto en el bienestar psicológico de las enfermeras. *J Gerente de Enfermería*, 30(7), 2585-2596, octubre de 2022.
- Arabi, Y. M., Murthy, S., & Webb, S. (2020). COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. *Intensive Care Med*, 46(5), 833-836. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05955-1>.
- Armitage R., Nellums L.B. (2020). Protecting health workers' mental health during COVID-19. *Public Health*, 185, 18–18. <https://doi.org/10.1016%2Fj.puhe.2020.05.044>.
- Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Taverro, I., Romero Serrano, R., Morillo Martín, Mª S. (2011). La enfermería como rol de género. *Índice de enfermería*, 20(4), 248-251. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>.
- Aspiazu, E.L. (2016a). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. Universidad Nacional de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades; Trabajo y Sociedad; 28; 6-2016; 11-35.
- Aspiazu, E. L. (2016b). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 19(1), 55-66. ISSN 1851-3123.
- Ayres, J. R. C. M. (2018). "El cuidado. Los modos de ser (del) humano y las prácticas de salud." En: Paiva, V., Ayres, J. R. C.M., Capriati, A., Amuchástegui, A., Pecheny, M. (Ed.). *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Temperley: Tesseo Press. p. 111-140.
- Baker M.G., Peckham T.K., Seixas N.S. (2020). Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: A key factor in containing the risk of COVID-19 infection. *PLoS One*, 15, e0232452–e0232452. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232452>.
- Baldotto C., Gelatti A., Accioly A., Mathias C., Mascarenhas E., Carvalho H., Faroni L., Araújo L.H., Zukin M., Gadia R., Terra R.M., Haddad R., Lima V.C. de Castro-Júnior G. (2020). "Lung Cancer and the COVID-19 pandemic: Recommendations from the Brazilian Thoracic Oncology Group." *Clinics*. Recuperado de: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2060>.
- Bassi A., Arfin S., John O., Jha V. (2020). An overview of mobile applications (apps) to support the coronavirus disease 2019 response in India. *Indian J Med Res*, 151, 468–473. https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_1200_20.
- Becerra-Canales B., Ybaseta-Medina J. (2020). Salud autopercebida en trabajadores de Enfermería del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19. *Revista Médica Panacea*, 9, 113–117. Recuperado de: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.330>.

- Ben Abdelaziz A., Benzarti S., Nouira S., Mlouki I., Achouri M.Y., Ben Abdelaziz I., Yahia F., Barhoumi T., Soulimane A. (2020). Attitudes of health professionals towards the response to the COVID-19 pandemic in Maghreb. *Tunis Med*, 98, 324–333. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/341803950_Attitudes_of_health_professionals_towards_the_response_to_the_COVID-19_pandemic_in_Maghreb
- Bergman, L., Falk, A., Lobo, A., & Larsson, I. (2021). Experiencias de enfermeras registradas de trabajar en la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia de COVID-19. *Enfermería Crit. Care*, 26(6), 467-475, noviembre de 2021. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-33973304>.
- Billorou, M., & Norverto, L. (2022). No hay cuerpo con el que dar respuesta: Enfermería, género y pandemia en tiempos de COVID-19. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e069. <https://doi.org/10.24215/23139048e069>.
- Bitencourt, J. V. O. V., Dors, J. B., Franzmann, K. L., Migliorança, D. C. M., Maestri, E., & Biffi, P. (2022). Creating spaces for care for nurses working in the pandemic in light of the nursing process. *Invest Educ Enferm*, 40(1), e07. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n1e07>
- Black, J. R. M., Bailey, C., Przewrocka, J., Dijkstra, K. K., & Swanton, C. (2020). COVID-19: the case for health-care worker screening to prevent hospital transmission. *Lancet*, 395, 1418–1420. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30917-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30917-x).
- Blackman, J. S. (2020). A psychoanalytic view of reactions to the coronavirus pandemic in China. *Am J Psychoanal*, 80, 119–132. <https://doi.org/10.1057/s11231-020-09248-w>.
- Bolcatto, V., Rubinzal, M., & Sedrán, P. (2022). Enfermería y subjetividades en Santa Fe durante la pandemia. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e065. <https://doi.org/10.24215/23139048e065>.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). Una invitación a la sociología reflexiva -1a ed. - Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina. Traducido por: Ariel Dillon. ISBN 987-1220-34-0.
- Brage, E., Remorini, C., Sy, A., Montenegro, C., González-Agüero, M., Schattan Coelho V. et al. (2022). Thrown into the Unknown: Uncertainty and the Experiences of HCWs During the Pandemic in Chile, Brazil, and Argentina. En: *Caring on the Frontline during COVID-19. Contributions from Rapid Qualitative Research*. Vindrola-Padros, C. Johnson, G. A. Eds. pp 91-111. Recuperado de: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-981-16-6486-1?sap-outbound-id=CBE2A42C08E366560A89BF53EE6A9227E51882FF>
- Brockopp D, Monroe M, Davies CC, Cawood M, Cantrell D. (2021). COVID-19: The Lived Experience of Critical Care Nurses. *J Nurs Adm*, 51(7-8), 374-378. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001032>.
- Burijovich J. (2010). “El concepto de buenas prácticas en salud: Desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo”. En: *Coloquios de investigación cualitativa: subjetividades y procesos sociales*. Rodigou Nocetti M., Paullin H., coordinadores. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Butera, S., Brasseur, N., Fillion, N., Bruyneel, A., & Smith, P. (2021). Prevalencia y factores asociados de riesgo de agotamiento entre las enfermeras de cuidados intensivos y emergencias antes y durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019: un estudio transversal en

Bélgica. J Emerg Enfermeras, 47(6), 879-891, noviembre de 2021. Recuperado de: : <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34635345>.

Cadge, W., Lewis, M., Bandini, J., Shostak, S., Donahue, V., Trachtenberg, S., Grone, K., Kacmarek, R., Lux, L., Matthews, C., McAuley, M., Romain, F., Snyderman, C., Tehan, T., & Robinson, E. (2021). Enfermeras de unidades de cuidados intensivos que viven con COVID-19: un estudio cualitativo. J Gerente de Enfermería, 29(7), 1965-1973, octubre de 2021. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-33930237>.

Caetano R., Silva A.B., Guedes A.C.C.M., Paiva C.C.N. de Ribeiro G. da R., Santos D.L., Silva R.M. (2020). Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>.

Calvo, M., Danel, P. M., & Martins, M. E. (2022). Trayectorias vitales de enfermeras: formaciones escalonadas, cuidados y responsabilidad. Aiken. Revista De Ciencias Sociales Y De La Salud, 2(1), 63–76. Recuperado de: <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/26>.

Campos G.W. de S. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el Soporte Paideia en el trabajo en salud. Salud Colectiva, 1, 59–67. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.13>.

Campos G.W. de S. (2009). Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Campos G.W. de S. (2013). Método Paideia. Análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Campusano, M. Castelo, N.; Gutniski, L. (2022). De la casa al trabajo: Imágenes de la cotidianidad de las enfermeras y enfermeros en Chaco y Corrientes durante la pandemia de COVID-19 (2020- 2021). Cuadernos De H Ideas, 16(16), e063. <https://doi.org/10.24215/23139048e063>.

Cardoso, M., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Fonseca, E. (2021). The COVID-19 pandemic and nurses' attitudes toward death. Revista Latinoamericana de Enfermagem, Volumen 29, eubicación e3448. <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4769.3448>.

Carneiro A., Wrocławski M.L., Nahar B., Soares A., Cardoso A.P., Kim N.J., Carvalho F.T. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Urologist's clinical practice in Brazil: a management guideline proposal for low- and middle-income countries during the crisis period. International Brazilian Journal of Urology, 46, 501–510. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2020.04.03>.

Carvalho W.B. de Gibelli M.A.B.C., Krebs V.L.J., Calil V.M.L.T., Johnston C. (2020). Expert recommendations for the care of newborns of mothers with COVID-19. Clinics, 75. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1932>.

Casella G., Ingravalle F., Ingravalle A., Monti C., Bonetti F., Limonta A. (2020). COVID emergency: an opportunity to increase the interaction between hepatologist and primary care physician. Minerva Gastroenterol. Dietol. <https://doi.org/10.23736/S1121-421X.20.02713-0>.

Cassiani S.H.D.B., Munar Jimenez E.F., Umpiérrez Ferreira A., Peduzzi M., Leija Hernández C. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev. Panam. Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.64>.

Centenaro, A.; Andrade, A. ; Franco, G. ; Cardoso, L.; Spagnolo, L.; Silva, R. (2022). Trastornos mentales comunes y factores asociados en trabajadores de enfermería en unidades COVID-19. *Esc Rev. Enferm. USP*, 56, e20220059, 2022. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0059en>.

Chegini, Z.; Arab-Zozani, M.; Rajabi, M.; Kakeman, E. (2021). Experiencias de enfermeros de cuidados críticos en la lucha contra el COVID-19: Un estudio fenomenológico cualitativo. *Foro de Enfermería*, 56(3), 571-578, julio de 2021. <https://doi.org/10.1111/nuf.12583>.

Chen A.T.C., Moniz C.M.V., Ribeiro-Júnior U., Diz M.D.P.E., Salvajoli J.V., Da Conceição Vasconcelos K.G.M., Auler-Júnior J.O.C., Cecconello I., Abdala E., Hoff P.M.G. (2020). How should health systems prepare for the evolving COVID-19 pandemic? Reflections from the perspective of a Tertiary Cancer Center. *Clin. Sao Paulo*, 75, e1864–e1864. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1864>.

Chersich M.F., Gray G., Fairlie L., Eichbaum Q., Mayhew S., Allwood B., English R., Scorgie F., Luchters S., Simpson G., Haghighi M.M., Pham M.D., Rees H. (2020). COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Glob. Health*, 16, 46–46. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3>.

Chou, E., Hsieh, Y.-L., Wolfshohl, J., Green, F., & Bhakta, T. (2020). Onsite telemedicine strategy for coronavirus (COVID-19) screening to limit exposure in ED. *Emerg Med J*, 37, 335–337. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32366616/>.

Chu, E.; Lee, K.; Stotts, R.; Benjenk, H.; Jo, G.; Yamane, D.; Mullins, B.; Heinz, E. (2021). Hospital healthcare workers' perceptions of personal risk related to COVID-19. *J Am Board Fam Med*, 34(supplement), S103-S112, February 2021. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.s1.200343>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33622825/>.

Chua, W.L.T., Quah L.J.J., Shen Y., Zakaria D., Wan P.W., Tan K., & Wong, E. (2020). Emergency department 'outbreak rostering' to meet challenges of COVID-19. *Emerg Med J*, 37, 407–410. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-209614>.

Cobo R., Espinosa-Reyes J., Heredia-Combariza N. (2020). La Cirugía Plástica Facial en tiempos de COVID-19. *Acta Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 48, 97–101. Doi:10.37076/acorl.v48i1.498. Recuperado de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1097449/3-evaluacion-radio-anatomica-48-1-2020-4.pdf>

Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). Narrativas y relatos. En: *Encontrar sentidos a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación* (cap.3, p. 62-98). Universidad de Antioquía. ISBN: 958-655-623-9.

Collin K.M., Valleala U.M., Herranen S., Paloniemi S. (2012). Ways of interprofessional collaboration and learning in emergency work. *Stud. Contin. Educ.*, 34, 281–300. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/0158037X.2011.617364>

Crojethovic, María. (2012). El aspecto informal de las organizaciones públicas: instrumento de dominación y estrategia para el cambio. *Cuadernos del Cendes*, 29(79), 02-19 [Citado 10 mayo 2023]. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082012000100002&lng=es&tlng=es.

Dal’Bosco E.B., Floriano L.S.M., Skupien S.V., Arcaro G., Martins A.R., Anselmo A.C.C. (2020). Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital." *Rev. Bras. Enferm.*, 73. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>

Danel P., Calvo M., Daca C. (2022). Cuidados y prácticas de enfermería en pandemia: aportes desde un enfoque generacional. *Identidades*, Núm. 23, Año 12 Octubre de 2022, pp. 26-45. ISSN 2250-5369. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/153822/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Daza C, Medina L. (2006). Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Revista Cultura de los Cuidados*, 19(10), 55-62. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2006.19.08>.

Díaz-Castrillón C.E., Cortés N., Rey S., Pineda M., Díaz-Castrillón J.F., Sierra S. (2020). Percepción de la pandemia COVID-19 en los servicios de cirugía en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 35, 290–301. Recuperado de: <https://doi.org/10.30944/20117582.655>.

Díaz-Guio DA, Ricardo-Zapata A, Ospina-Velez J, Gómez-Candamil G, Mora-Martinez S, Rodriguez-Morales AJ (2020) Cognitive load and performance of health care professionals in donning and doffing PPE before and after a simulation-based educational intervention and its implications during the COVID-19 pandemic for biosafety' *Infezioni Mediche*, 28(suppl 1), pp. 111-117. PMID: 32532947. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32532947/>.

Dosil Santamaría M., Ozamiz-Etxebarria N., Redondo Rodríguez I., Jaureguizar Alboniga-Mayor J., Picaza Gorrotxategi M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental de Barcelona*. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-192573>.

Dunn M., Sheehan M., Hordern J., Turnham H.L., Wilkinson D. (2020). “Your country needs you”: the ethics of allocating staff to high-risk clinical roles in the management of patients with COVID-19. *Journal of Medical Ethics*, 46, 436–440. <https://doi.org/10.1136%2Fmedethics-2020-106284>. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246092/>.

East S., Laurence T., Mourelo E.L. (2020). COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. *Informe Técnico OIT UNFPA ONU Mujeres*, 38. Recuperado de: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/wcms_754614.pdf.

Ekingen, E.; Teles, M.; Yildiz, A.; Yildirim, M. (2020). Efecto mediador del estrés laboral en la relación entre el miedo al COVID-19 y las intenciones de rotación organizacional y profesional de los enfermeros. *Archives of Psychiatric Nursing*, 42, 97-105, [citado 20 de marzo 2023].

El-Hage W., Hingray C., Lemogne C., Yroni A., Brunault P., Bienvenu T., Etain B., Paquet C., Gohier B., Bennabi D., Birmes P., Sauvaget A., Fakra E., Prieto N., Bulteau S., Vidailhet P., Camus V., Leboyer M., Krebs M.-O., Aouizerate B. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks. *L'Encephale*, 46, S73–S80. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>.

Federación Sindical de Profesionales de la salud de la República Argentina (agosto-2020). Equipos de salud diezmados: los infectados superan los 15.000 y otros tantos están aislados. [Citado 10 noviembre 2022] Recuperado de: <https://fesprosa.org.ar/portal/equipos-de-salud-diezmados/>

Feng W., Zhang L.N., Li J.Y., Wei T., Peng T.T., Zhang D.X., Guo Z.X., Wang W.S. (2020). Analysis of special ehealth service for corona virus disease 2019 (COVID-19) pneumonia. *Beijing Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 52, 302–307. Chinese. doi: 10.19723/j.issn.1671-167X.2020.02.018. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32306015/>.

Ferreira do Nascimento V., Yuri Hattori T., Pereira Terças-Trettel A.C. (2020). "Dificultades y temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil." *Humanidades Médicas*, 20, 312–333. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-709155>.

Fhon, J.; Püschel, V.; Oliveira, L.; Silva, J.; Tolentino, R.; Cardoso da Silva, V.; Silva, L.; Carbogim, F. (2022). "Experiencias vividas de profesionales de enfermería que brindan atención a pacientes con COVID-19." *Aquichan*, Dez 2022, Volume 22 N° 4 eLocation e2247. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.7>. Recuperado de: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19077>.

Figuerola-Gutiérrez L.M. (2020). "COVID-19 en Cirugía Pediátrica." *Rev. Colomb. Cir.*, 35, 203–208. <https://doi.org/10.30944/20117582.621>. Recuperado de: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/621>.

Flores F. (1994a). "Compromiso, hablar y escuchar." En: *Inventando la empresa del siglo XXI*. Palma de Mallorca: Dolmen.

Flores F. (1994b). "Pautas para el diseño." En: *Inventando la empresa del siglo XXI*. Palma de Mallorca: Dolmen.

Foster, S. (2021). "¿Podemos reducir el riesgo de agotamiento?" *Br. J. Enfermeras*, 30(12), 763, 24 de junio de 2021. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34170731>.

Franco T. (2011). Recognizing the subjective production of care. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. <https://doi.org/10.18294/sc.2011.251>. Recuperado de: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251/240>.

Franco T.B., Merhy E.E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colect.*, 5, 181–194. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.259>. Recuperado de: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/259>.

Franzini T.A.P., Kotinda A.P.S.T., Moura D.T.H. de Badana M.L.V., Medeiros M.S. de Lima P.G.R., Mello B.F. de Kayano R.P., Carmona M.J.C., Rocha M.C., Campos A.F., McCarty T.R., Guimarães T., Moura M.L. do N., Thompson C.C., Moura E.G.H. (2020). Approach to Endoscopic Procedures: A Routine Protocol from a Quaternary University Referral Center Exclusively for Coronavirus Disease 2019 Patients. *Clin. Sao Paulo*, 75, e1989–e1989. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1989>. Recuperado de: <https://www.revistas.usp.br/clinics/article/view/171261>.

Freidson E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Homo sociologicus. Península Barcelona.

Freitas B.H.B.M. de Alves M.D. de S.M., Gaíva M.A.M. (2020). Prevention and control measures for neonatal COVID-19 infection: a scoping review. *Rev. Bras. Enferm.*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0467>.

Fronza, D.; Labragué, L. (2022). Intención de rotación y coronafobia entre enfermeras de primera línea durante la segunda oleada de COVID-19: el papel mediador del apoyo social y las habilidades de afrontamiento. *J Gerente de Enfermería*, 30(3), 612-621. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34989437>.

Galehdar, N.; Kamran, A.; Toulabi, T.; Heydari, H. (2020). Explorando las experiencias de angustia psicológica de las enfermeras durante el cuidado de pacientes con COVID-19: un estudio cualitativo. *BMC Psiquiatría*, 20(1), 489, 2020 10 06. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-33023535>.

García-Iglesias J.J., Gómez-Salgado J., Martín-Pereira J., Fagundo-Rivera J., Ayuso-Murillo D., Martínez-Riera J.R., Ruiz Frutos C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-192981>.

Garzaro G., Clari M., Ciocan C., Grillo E., Mansour I., Godono A., Borgna L.G., Sciannameo V., Costa G., Raciti I.M., Bert F., Berchialla P., Coggiola M., Pira E. (2020). COVID-19 infection and diffusion among the healthcare workforce in a large university-hospital in northwest Italy. *Med Lav*, 111, 184–194. Doi: [10.23749/mdl.v111i3.9767](https://doi.org/10.23749/mdl.v111i3.9767). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32624560/>.

Ghassemi, A. (2022). Burnout en enfermeras durante la pandemia de COVID-19: la creciente necesidad de desarrollar una evaluación de riesgos basada en evidencia e intervenciones de apoyo. *Enfermeras basadas en Evid*, 25(3), 94, 2022 07. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34697078>.

Gilardi S., Guglielmetti C., Pravettoni G. (2014). Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency departments. *J. Adv. Nurs.*, 70, 1299–1309. <https://doi.org/10.1111/jan.12284>.

Góes F.G.B., Silva A.C.S.S. da Santos A.S.T. dos Pereira-Ávila F.M.V., Silva L.J. da Silva L.F. da Goulart M. de C. e L. (2020). Retos enfrentados por trabajadores de enfermería pediátrica ante la pandemia de COVID-19. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4550.3367>.

Goldfarb, N., Grinstein-Cohen, O., Shamian, J., Schwartz, D., Zilber, R., Hazan-Hazoref, R., Goldberg, S., Cohen, O. (2021). Percepciones de las enfermeras sobre el papel de las organizaciones de salud en la construcción del compromiso profesional: Perspectivas de un estudio transversal israelí durante la pandemia de COVID-19. *J Gerente de Enfermería*, 29(5), 1102-1110. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-33411376>.

Gonzales M.R. (2020). Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención. *Peruvian J. Health Care Glob. Health*, 4, 37–42 Recuperado de: <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/60/pdf>.

González-Quintanilla D., Santos-López M. (2020). Medidas Preventivas y Consideraciones para la Práctica de Cirugía Oral durante COVID-19. *Int. J. Odontostomatol.*, 14, 338–341. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000300338>.

Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam S., Wessely S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368, m1211–m1211. Doi:10.1136/bmj.m1211. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217624/>

Greffé S., Espinasse F., Duran C., Labrune S., Sirol M., Mantalvan B., Gramer M.C., Babulle C., Do Rosario G., Vauvillier Q., Huet A., Van der Heidjen A., Tysebaert J., Kramarz L.F., Rabes J.-P., Pellissier G., Chinnet T., Moreau F., Rouveix E. (2020). [Nasopharyngeal carriage of SARS-CoV-2 among health personnel with symptoms suggestive of COVID-19 in a University Hospital in the Paris suburbs]. *Rev. Med. Interne*. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.06.017>.

Guerrero, G. N., Ramacciotti, K. I., Zangaro, M. (Comp.) (2019). Los derroteros del cuidado. Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes, Unidades de Publicaciones del Departamento de Economía y Administración. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes. Recuperado de: <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1025>.

Hansen, A., Tuttas, C. (2022). Experiencias laborales vividas durante la pandemia de enfermeras itinerantes y enfermeras permanentes como factores influyentes en la motivación, la felicidad, el estrés y las decisiones profesionales: un estudio cualitativo. *Enfermera Adm Q*; 46(3), 245-254. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-35507046>.

Haq M.I.U., Shafiq F., Sheikh H. (2020). Potential Barriers amongst Health Care Professionals of Pakistan in managing COVID-19 patients. *Pak. J. Med. Sci.*, 36, S17–S21. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2753>.

Haussl, A., Ehmann, E., Pacher, A., Knodl, K., Huber, T., Neundlinger, L., Osmanovic, A., Plank-Straner, A., Walter, P., Schüssler, S., Schoberer, D. (2021). Efectos psicológicos, físicos y sociales de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras hospitalarias. *Ciencias de la Salud de Enfermería*; 23(3): 639-645. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34582576>.

He, K., Stolarski, A., Whang, E., Kristo, G. (2020). Addressing General Surgery Residents' Concerns in the Early Phase of the COVID-19 Pandemic. *J Surg Educ*, 77, 735–738. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.04.003>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32354684/>.

Heesakkers, O., Zeger, M., van Mol, M., Van den Boogaard, M. (2021). El impacto del primer aumento de COVID-19 en el bienestar mental de las enfermeras de la UCI: un estudio de encuesta a nivel nacional. *Enfermeras de Cuidados Críticos Intensivos*, 65, 103034. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33863609>.

Hilligoss, B. (2014). Selling patients and other metaphors: A discourse analysis of the interpretive frames that shape emergency department admission handoffs. *Soc. Sci. Med.*, 102, 119–128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.034>.

Hong, S., Ay, M., Xu, Xi., Wang, W., Chen, J., Zhang, Q., Wang, L., Kuang, L. (2021). Impacto psicológico inmediato en las enfermeras que trabajan en 42 hospitales designados por el gobierno durante el brote de COVID-19 en China: un estudio transversal. *Perspectiva de enfermería*, 69(1), 6-12. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1065514>.

Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., ... Devane, D., & Biesty, L.M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD013582. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7173761/>.

Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Cheng, B., Xu, H., ... Ning, G. (2020). Factors Associated with Resilience Among Medical Staff in Radiology Departments During The Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross-Sectional Study. *Med Sci Monit*, 26, e925669. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7282347/>.

Huang, F., Lin, M., Sol, W., Zhang, L., Lu, H., & Chen, W. (2021). Resiliencia de las enfermeras de primera línea durante la pandemia de COVID en China: un estudio cualitativo. Doi: 10.1111/nhs.12859. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34110071/>.

Huff, A., Niedermier, J., Kelm, Z., Jara, A., & Barnett, L. (2020). Dynamic Trainee Support for Residents Involved in COVID-19 Treatment and Response. *Psychiatr Serv*, 1(7), 753. Doi: 10.1176/appi.ps.71703. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32605506/>.

Huff, H.V., & Singh, A. (2020). Asymptomatic Transmission During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic and Implications for Public Health Strategies. *Clin Infect Dis*, 71(10), 2752-2756. Doi: 10.1093/cid/ciaa654. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32463076/>.

Hunter, E., Price, D.A., Murphy, E., van der Loeff, I.S., Baker, K.F., Lendrem, D., Duncan, C.J.A. (2020). First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England. *Lancet*, 395, e77–e78. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30970-3. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32333843/>.

Iedema, R., & Merrick, E. (2016). Analysing teamwork in health care: What matters when clinicians negotiate the continuity of clinical tasks and care responsibilities? *Commun. Med.*, 13, 85–97. Doi: 10.1558/cam.18429. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29958346/>.

Iglesias, E., Lucca, J., Bacolla, N., & Castro Rojas, S. (2022). Protestas sociales del sector salud en pandemia: análisis de la enfermería en la prensa de Rosario, Argentina. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e071. <https://doi.org/10.24215/23139048e071>.

Ipanaqué, J.M.A., Tetzlaff A.A.D.S., Gonzalez V.T., Sanchez L.P., Rodríguez R.A.L., Ramos L.R.V., Martini L.R.B.G.D.S., Kernbeis Z.C.D.M., Zegarra R.O., Matos R.M.B., Lara Y.I.F., Ramírez N.E.S., Chávez M.T.C., Rodriguez E.M.C., Canto M.S.O., Rodríguez M.M., Madrigal A.M., López V.V., Baños A.S.M., Rodríguez J.M., López J.S., Vaccaroni C.A., Diaz A.B., Alzuri M.M., Buitron R.F.M., Jimenez D.A.P., Ojeda I.A.M. (2020). Análisis multipaís de la gestión del cuidado de enfermería durante la pandemia por COVID-19 [Citado 8 noviembre 2021] *Rev. Cuba. Enferm.*, 36. Recuperado de: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3998>.

Iqbal M.R., Chaudhuri A. (2020). COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of the current management strategy - A cross-sectional questionnaire study. *Int J Surg*, 79, 156–161. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ijso.2020.05.042>.

Iriart C., Merhy E.E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comun. Saúde Educ.*, 21, 1005–1016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808>.

Jin Y.-H., Huang Q., Wang Y.-Y., Zeng X.-T., Luo L.-S., Pan Z.-Y., Yuan Y.-F., Chen Z.-M., Cheng Z.-S., Huang X., Wang N., Li B.-H., Zi H., Zhao M.-J., Ma L.-L., Deng T., Wang Y., Wang X.-H. (2020). Perceived infection, transmission routes, infection control practices, psychosocial changes and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey. *Mil Med Res*, 7, 24–24. Doi: 10.1186/s40779-020-00254-8. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32393381/>.

Johnson, M., Saletti-Cuesta, L., & Aizenberg, L. (2022). La enfermería en tiempos de crisis sanitaria: La asistencia y el cuidado en la pandemia por la covid-19 en la provincia de Córdoba. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e064. <https://doi.org/10.24215/23139048e064>.

Kantorski, L., Oliveira, M., Mandagará de, M., Farias, A., dos Santos, T., Wünsch, C., Santos, L., Pinheiro, G. (2022). Intenção em deixar a Enfermagem durante una pandemia de COVID-19. *Rev. latinoam. enferm. (En línea)*, 30, e3613, 2022. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5815.3612>.

Kelley M.L., Parke B., Jokinen N., Stones M., Renaud D. (2011). Senior-Friendly Emergency Department Care: An Environmental Assessment. *J. Health Serv. Res. Policy*, 16, 6–12. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20660532/>.

Khan J.A., Kiani M.R.B. (2020). Impact of multi-professional simulation-based training on the perception of safety and preparedness among health workers caring for COVID-19 patients in Pakistan. *J. Educ. Eval. Health Prof.*, 17, 19. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2020.17.19>.

Kleinginna, PR, Kleinginna, AM. (1981). Una lista categorizada de definiciones de emociones, con sugerencias para una definición consensuada. *Motiv Emot*, 5, 345–379. <https://doi.org/10.1007/BF00992553>.

Kovner, C., Raveis, V., Van Devanter, N., Yu, G., Glassman, K., & Ridge, L. (2021). El impacto psicosocial en las enfermeras de primera línea del cuidado de pacientes con COVID-19 durante la primera ola de la pandemia en la ciudad de Nueva York. *Perspectiva de enfermería*, 69(5), 744-754. Doi: 10.1016/j.outlook.2021.03.019. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33894986/>.

Kowalski L.P., Sanabria A., Ridge J.A., Ng W.T., de Bree R., Rinaldo A., Takes R.P., Mäkitie A.A., Carvalho A.L., Bradford C.R., Paleri V., Hartl D.M., Vander Poorten V., Nixon I.J., Piazza C., Lacy P.D., Rodrigo J.P., Guntinas-Lichius O., Mendenhall W.M., D’Cruz A., Lee A.W.M., Ferlito A. (2020). COVID-19 pandemic: Effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. *Head Neck*, 42, 1259–1267. <https://doi.org/10.1002/hed.26164>.

Król Z., Szymanski P., Bochnia A., Abramowicz E., Plachta A., Rzeplinski R., Slugocki M., Nowak B., Zaczynski A., Kozłowski K., Posobkiewicz M., Wierzba W. (2020). Transformation of a large multi-speciality hospital into a dedicated COVID-19 centre during the coronavirus pandemic. *Ann Agric Env. Med*, 27, 201–206. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-614681>.

Lai X., Wang M., Qin C., Tan L., Ran L., Chen D., Zhang H., Shang K., Xia C., Wang S., Xu S., Wang W. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Among Health Care Workers and Implications for Prevention Measures in a Tertiary Hospital in Wuhan China. *JAMA Netw Open*, 3, e209666–e209666. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9666. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437575/>.

Lara Jaque, R. (2020). Educación en Enfermería en tiempos de Pandemia: Desafíos Presentes y Futuros. *Ciencia y enfermería*, 26, 16. Epub 27 de octubre del 2020. <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-14eer110014>. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100102.

Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M., & Côté, J. (2022). Influencia del cuidado de pacientes con COVID-19 en la rotación de enfermeras, la satisfacción laboral y la calidad de la atención. *J Gerente de Enfermería*, 30(1), 33-43. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34448520>.

Ledesma Prietto, N., & Queirolo, G. (2022). Entre esenciales y descartables, pero nunca profesionales. Las representaciones periodísticas de la enfermería en La Plata durante la pandemia COVID 19. *Zona Franca*, (30), 137–174. <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.311>.

Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, (2021a) Mar 10;16(3):e0246454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33690641/>.

- Li, S., Chai, R., Wang, Y., Wang, J., Dong, X., Xu, H., Wu, H., Binnay, I.T.S., & Liu, Z. (2021b). A survey of mental health status of obstetric nurses during the novel coronavirus pneumonia pandemic. *Medicine (Baltimore)*, 100(52), e28070. doi: 10.1097/MD.00000000000028070. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8718244/>.
- Lin C.-H., Tseng W.-P., Wu J.-L., Tay J., Cheng M.-T., Ong H.-N., Lin H.-Y., Chen Y.-Y., Wu C.-H., Chen J.-W., Chen S.-Y., Chan C.-C., Huang C.-H., Chen S.-C. (2020a). A Double Triage and Telemedicine Protocol to Optimize Infection Control in an Emergency Department in Taiwan During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Feasibility Study. *J Med Internet Res*, 22, e20586–e20586. <https://doi.org/10.2196/20586>. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7313383/>.
- Lin P., Zhu S., Huang Y., Li L., Tao J., Lei T., Song J., Liu D., Chen L., Shi Y., Jiang S., Liu Q., Xie J., Chen H., Duan Y., Xia Y., Zhou Y., Mei Y., Zhou X., Wu J., Fang M., Meng Z., Li H. (2020b). Adverse skin reactions among healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak: a survey in Wuhan and its surrounding regions. *Br J Dermatol*, 183, 190–192. <https://doi.org/10.1111/bjd.19160>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32255197/>.
- Liu, Y., Li, J., & Feng, Y. (2020). Critical care response to a hospital outbreak of the 2019-nCoV infection in Shenzhen, China. *Crit Care*, 24, 56. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2786-x>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32070391/>.
- López-Atanes, M., Recio-Barbero, M., & Sáenz-Herrero, M. (2020). Are women still "the other"? Gendered mental health interventions for health care workers in Spain during COVID-19. *Psychol Trauma*, 12, S243–S244. <https://doi.org/10.1037/tra0000751>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32538661/>.
- Lozano, T., Barber, C., Molina Cintra, M., Gener, S., & Zas, B. (2020). Experiencias de un servicio de orientación psicológica por Whatsapp a trabajadores de la salud y prestadores de servicio, 8, 5170. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/344233645>.
- Lusnich, C. (2011). Los trabajadores de la salud. Desgaste y padecimiento subjetivo en los trabajadores del área de enfermería. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires [Citado 10 noviembre 2022]. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-034/277>.
- Mahajan, V., Singh, T., & Azad, C. (2020). Using Telemedicine During the COVID-19 Pandemic. *Indian Pediatr*, 57(7), 652-657. PMID: 32412914. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412914/>.
- Malinowska-Lipien, I., Wadas, T., Gabrys, T., Kozka, M., Gniadek, A., Brzostek, T., & Escuderos, A. (2022). Evaluación de las condiciones de trabajo de las enfermeras polacas y la seguridad del paciente durante la pandemia de COVID-19. *Int. Enfermera Rev.*, 69(2), 239-248. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34716590>.
- Malleville, S., & Beliera, A. (2022). "Enfermería dice basta". Heterogeneidad laboral y conflicto gremial en enfermería. *Zona Franca*, (30), 175–207. <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.238>.

- Mandrola, J. (2020). CoViD-19 e dispositivi di protezione individuale: qualcuno di noi morirà per la loro carenza. *Recenti Prog Med*, 111, 183–183. <http://dx.doi.org/10.1701/3347.33175>.
- Manzano García, G., & Ayala Calvo, J. (2021). La amenaza del COVID-19 y su influencia en el desgaste del personal de enfermería. *J Adv Enfermeras*, 77(2), 832-844. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-33155716>.
- Martin A.L. (2020). Trayectorias que se cruzan. Cecilia Grierson y María Elena Ramos Mejía in: *Historias de La Enfermería En Argentina. Pasado y Presente de Una Profesión Horizontes I+D+i*. EDUNPAZ. Recuperado de: <https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/download/49/60/187-1?inline=1>.
- Martinez Estalella G., Zabalegui A., Sevilla Guerra S. (2020). Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enferm. Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>.
- Martínez-Camus D.C., Yévenes-Huaiquino S.R. (2020). Atención Dental Durante la Pandemia COVID-19. *Int. J. Odontostomatol.* 14, 288–295. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000300288>.
- Matus C. (1992). Teoría Social y Teoría de la planificación. En: *Política, planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- Mauss M. (1979). “A expressão obrigatória dos sentimentos”. In: Cardoso de Oliveira R. Mauss. São Paulo: Ática, p. 325-335. Recuperado de: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/3508>
- McKeaveney, C., Reid, J., Carswell, C., Bonner, A., de Barbieri, I., Johnston, W., Noble, H. (2021). Experiencias de profesionales de la salud renal durante la pandemia de COVID-19: un enfoque multimétodo. *BMC Nephrol*, 22(1), 301. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34493246>.
- Medina, J. L. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Leartes. Págs. 29-87. Recuperado de: <https://docplayer.es/110955023-La-pedagogia-del-cuidado-saberes-y-practicas-en-la-formacion-universitaria-en-enfermeria-jose-luis-medina-universidad-de-barcelona.htm>.
- Melchor, M., Jiménez Sesma, M., Castán, J., Melchor, L., Sancho, B., & Bordonaba, D. (2022). Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería Global versión On-line ISSN 1695-6141* *Enferm.lob*. vol.21 no.66 Murcia abr. 2022 Epub 05-Mayo-2022. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.489911>.
- Meneghini R.M. (2020). Resource Reallocation during the COVID-19 Pandemic in a Suburban Hospital System: Implications for Outpatient Hip and Knee Arthroplasty. *J Arthroplasty* 35, S15–S18. <https://doi.org/10.1016%2Fj.arth.2020.04.051>. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7175890/>.
- Menéndez, Eduardo L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. [Fecha de acceso 6 de noviembre de 2022] Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&tlng=es.

- Menon V., Padhy S.K. (2020). Ethical dilemmas faced by health care workers during COVID-19 pandemic: Issues, implications and suggestions. *Asian J. Psychiatry* 51, 102116. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102116>.
- Merhy E.E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E. E., Camargo Macruz Feuerwerker, L., & Burg Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2, 147. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Nuevo Coronavirus por COVID-19, Recomendaciones para los equipos de salud. Buenos Aires: MINSAL [Citado 10 diciembre 2020] Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud>.
- Mintzberg, H. (1991). *Diseño de organizaciones eficientes*. El Ateneo Editorial.
- Moglia, B., Sapienza, C., Gelman Constantin, F., Derossi, P., & Sy, A. (2022). Entre la necesidad y la virtud: Dilemas éticos del cuidado de enfermería durante la pandemia por COVID-19. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e066. <https://doi.org/10.24215/23139048e066>.
- Molinier, P., & Legarreta, M. (2016). "Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político". *Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, 1(1), 1-14. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76544802001>.
- Moorthy, A., & Sankar, T. K. (2020). Emerging public health challenge in the UK: perception and belief on increased COVID-19 death among BAME healthcare workers. *J Public Health Oxf*. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa096>.
- Morin, E. (1993). *El método I: la naturaleza de la naturaleza*. Teorema. Serie mayor. Cátedra Madrid.
- Moro, M., Vigezzi, G. P., Capraro, M., Biancardi, A., Nizzero, P., Signorelli, C., Odone, A. (2020). 2019-novel coronavirus survey: knowledge and attitudes of hospital staff of a large Italian teaching hospital. *Acta Biomed*, 91, 29–34. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i3-s.9419>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32275264/>.
- Morrone, B. (2012). *Soltando Amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. Mar del Plata: Ediciones Suarez.
- Morse, J. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*. Sage Publishing 5(2):147-149. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/104973239500500201>.
- Munawar, K., & Choudhry, F. R. (2020). Exploring Stress Coping Strategies of Frontline Emergency Health Workers dealing Covid-19 in Pakistan: A Qualitative Inquiry. *Am J Infect Control*. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.214>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32649990/>.

- Mureddu, G. F., Ambrosetti, M., Venturini, E., La Rovere, M. T., Mazza, A., Pedretti, R., Sarullo, F., Fattirolli, F., Faggiano, P., Giallauria, F., Vigorito, C., Angelino, E., Brazzo, S., Ruzzolini, M. (2020). Cardiac rehabilitation activities during the COVID-19 pandemic in Italy. Position Paper of the AICPR (Italian Association of Clinical Cardiology Prevention and Rehabilitation). *Monaldi Arch Chest Dis*, 90. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-603594>.
- Nacoti, M. (2020). Esperienza clinica e criticità. *Recenti Prog Med*, 111, 374–378. <http://dx.doi.org/10.1701/3394.33760>.
- Nahandi, M. Z., Shahrokhi, H., Farhang, S., & Somi, M. H. (2020). Virtual social networks and mental health intervention for medical staff during the COVID-19 outbreak in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*, 26, 497–498. <https://doi.org/10.26719/2020.26.5.497>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32538440/>.
- Naranjo-Hidalgo, T., & Poveda-Ríos, S. (2021). Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia covid-19. *Revista Médica electrónica*, Oct 2021, Volume 43 N° 5 Páginas 1383 – 1394. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352118>.
- Neto, M. L. R., Almeida, H. G., Esmeraldo, J. D., Nobre, C. B., Pinheiro, W. R., de Oliveira, C. R. T., Sousa, I. da C., Lima, O. M. M. L., Lima, N. N. R., Moreira, M. M., Lima, C. K. T., Júnior, J. G., & da Silva, C. G. L. (2020). When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*, 288, 112972–112972. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112972. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302817/>.
- Nielsen, B., Mejdahl, C., Terkildsen, M., Mehlsen, M. (2022). Cambios en las intenciones de angustia y rotación entre las enfermeras de hospitales que trabajan durante los primeros 8 meses de la pandemia de COVID-19 en Dinamarca: un estudio de cuestionario prospectivo. *J Gerente de Enfermería*, 30(7), 2557-2567. doi: 10.1111/jonm.13781. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36042540/>.
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Awiphan, R., Ruanta, Y., Boonchieng, W., Nanta, S., Kowacharakul, W., Pumpaisalchai, W., Kanjanarat, P., Mongkhon, P., Thavorn, K., Hutton, B., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T. (2020). Mental health circumstances among health care workers and the general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19). *Med. Baltim.*, 99, e20751–e20751. <https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000020751>. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329008/>.
- Novick, M., & Galin, P. (2003). Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector de salud in: Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. Organización Panamericana de la Salud Buenos Aires. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/novicketal_observatorio-de-rrhhensalusenarg-2003.pdf.

Ntshalintshali, S. D., & Mngqwazi, C. (2020). Affordable digital innovation to reduce SARS-CoV-2 transmission among healthcare workers. *SAMJ South Afr. Med. J.*, 110, 1–2. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v110i7.14879>.

Nugus, P., Forero, R., McCarthy, S., McDonnell, G., Travaglia, J., Hilman, K., & Braithwaite, J. (2014). The emergency department “carousel”: An ethnographically-derived model of the dynamics of patient flow. *Int. Emerg. Nurs.*, 22, 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.01.001>.

Núñez Herrera, A. de la C., Fernández Urquiza, M., González Puerto, Y., Gaimetea Castillo, C. R., Rojas Rodríguez, Y., & López Otero, T. E. (2020). Resultados de la capacitación sobre la COVID-19. *Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos 2020. MediSur*, 18, 396–403. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300396.

O’Cathain, A., Knowles, E., Turner, J., Hirst, E., Goodacre, S., & Nicholl, J. (2016). Variation in avoidable emergency admissions: multiple case studies of emergency and urgent care systems. *J. Health Serv. Res. Policy*, 21, 5–14. <https://doi.org/10.1177/1355819615596543>.

Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata. (2020). Los Trabajadores y las Trabajadoras de la Salud en Tiempos de Pandemia (COVID-19): Relevamiento de la situación en La Plata, Berisso y Ensenada. [En línea] Recuperado de: www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/resultados_de_la_investigacion_la_situacion_de_los_trabajadores_y_las_trabajadoras_de_la_salud_en_tiempos_de_pandemia_covid_19_relevamiento_en_la_plata_berisso_y_ensenada.pdf.

Observatorio Federal de Recursos Humanos (2020). Fuerza de Trabajo en el Sector Salud en Argentina Datos 2019. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_fdt_datos2019_vf-1.pdf.

Observatorio Federal de Recursos Humanos (abril -2021). Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20210-04-28-situacion-enfermeria-abril_2021.pdf.

Oh, H., & Lee, N. K. (2021). A Phenomenological Study of the Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 51(5), 561-572. DOI: 10.4040/jkan.21112. (Article in Korean). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34737249/>.

Oliveira, H. C., de Souza, L. C., Leite, T. C., & Campos, J. F. (2020). Personal Protective Equipment in the coronavirus pandemic: training with Rapid Cycle Deliberate Practice. *Rev Bras Enferm*, 73(Suppl 2), e20200303–e20200303. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0303>.

Omarini, C., Maur, M., Luppi, G., Narni, F., Luppi, M., Dominici, M., Longo, G., & Piacentini, F. (2020). Cancer treatment during the coronavirus disease 2019 pandemic: Do not postpone do it! *Eur J Cancer*, 133, 29–32. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ejca.2020.04.034>.

Omura, M., Stone, T. E., Petrini, M. A., & Cao, R. (2020). Nurses' health beliefs about paper face masks in Japan Australia and China: a qualitative descriptive study. *Int. Nurs.* <https://doi.org/10.1111/inr.12607>.

Organización Mundial de la Salud (2020a). La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería. Comunicado de prensa [7 abril 2020]. Sitio web. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>.

Organización Mundial de la Salud (2020b). Situación de la Enfermería en el Mundo. ISBN 978-92-4-000339 (versión electrónica). Recuperado de: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/SOWN_Report_SP.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2020). Considerations for the Use of Hotels during the COVID-19 Pandemic. Interim technical working document version 5 [2 April 2020] 11–11. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52241>.

Ortega J. (2019). Trabajos de(s)cuidados : reformas neoliberales feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería. *Athenea Digit. Rev. Pensam. E Investig. Soc.* 19, 0009. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2333>.

Ortiz Z., Antonietti L., Capriati A., Ramos S., Romero M., Mariani J., Ortiz F., Pecheny M. (2020). Concerns and demands regarding COVID-19. Survey of health personnel. *Medicina (Mex.)* 80 Suppl 3, 16–24. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658843/>.

Otu A., Charles C.H., Yaya S. (2020). Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: the invisible elephant in the room. *Int. J. Ment. Health Syst.* 14, 38. [Doi: 10.1186/s13033-020-00371-w](https://doi.org/10.1186/s13033-020-00371-w).

Özkan Sat, S.; Akbas, P.; Yaman Sözbir, S.(2021). La exposición de las enfermeras a la violencia y su compromiso profesional durante la pandemia de COVID-19. *J Clin Enfermeras*; 30(13-14): 2036-2047, 2021 julio. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-33761158>.

Parreira J.G., Campos T.D., Antunes P.D.S.L., Perlingeiro J.A.G., Assef J.C. (2020). Management of non-traumatic surgical emergencies during the COVID-19 pandemic. *Rev. Colégio Bras. Cir.* 47. [Doi: 10.1590/0100-6991e-20202614](https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202614).

Pereira M.D.; Torres E.C., Pereira M.D.; Antunes P.F.S., Costa C.F.T. (2020). Emotional Distress of Nurses in the Hospital Setting in the Face of the COVID-19 Pandemic. [http://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5121](https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5121).

Person J., Spiva L., Hart P. (2013). The culture of an emergency department: An ethnographic study. *Int. Emerg. Nurs.* 21, 222–227. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.10.001>.

Pichi B., Mazzola F., Bonsembiante A., Petruzzi G., Zocchi J., Moretto S., De Virgilio A., Pellini R. (2020). CORONA-steps for tracheostomy in COVID-19 patients: A staff-safe method for airway management. *Oral Oncol.* 105, 104682. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104682>.

Pinilla R., Caycedo A., Castro Beltrán J.M., Fuentes Sandoval M.A. (2020). Manejo del cáncer colorrectal durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Rev Colomb Cir*, 35, 235–243. <https://doi.org/10.30944/20117582.629>. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095520>.

Pío E.R. de S., Pío M.J.R. de S., Sánchez S.G. (2020). Enfermería pieza clave en la protección de la salud ante la actual situación de crisis sanitaria mundial: pandemia COVID-19. *NURE Investig. Rev. Científica Enferm.*, 8. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7616820.pdf>.

Porru S., Carta A., Monaco M.G.L., Verlato G., Battaggia A., Parpaiola M., Lo Cascio G., Pegoraro M., Militello V., Moretti F., Tardivo S. (2020). Health Surveillance and Response to SARS-CoV-2 Mass Testing in Health Workers of a Large Italian Hospital in Verona Veneto. *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, 17. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17145104>. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7399926/>.

Prescott K., Baxter E., Lynch C., Jassal S., Bashir A., Gray J. (2020). COVID-19: how prepared are front-line healthcare workers in England? *J Hosp Infect*, 105, 142–145. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.031>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32339615/>.

Prieto R., Jaramillo G., Ballén H., Otero E., Delgado L., Rendón J., Casas F., Fragoso L., Rodríguez M.A. (2020). Herramientas de prevención en las unidades de endoscopia digestiva en época de pandemia. *Rev. Colomb. Gastroenterol.*, 35, 56–63. [Doi: 10.22516/25007440.536](https://doi.org/10.22516/25007440.536).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2018). Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Inf. Género Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf>.

Qiu J.-Y., Zhou D.-S., Liu J., Yuan T.-F. (2020). Mental wellness system for COVID-19. *Brain Behav Immun*, 87, 51–52. <https://doi.org/10.1016%2Fj.bbi.2020.04.032>.

Rahmani, F.; Hosseinzadeh, M.; Gholizadeh, L. (2023). Duelo complicado y factores relacionados entre el personal de enfermería durante la pandemia de Covid-19: un estudio transversal. *BMC Psiquiatría*, 23(1), 73, 2023 01 26. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-36703151>.

Rajan N., Joshi G.P. (2020). COVID-19: Role of Ambulatory Surgery Facilities in This Global Pandemic. *Anesth Analg*, 131, 31–36. Recuperado de: <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000004847>.

Ramacciotti K., Valobra A. (2014). Feminización y profesionalización de la enfermería 1940-1955. FAHCE-UNLP XIX y XX Seminario “Reflexiones sobre la historia de la profesionalización y especialización sanitaria en América Latina” 15. Recuperado de: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6544/ev.6544.pdf.

Ramacciotti K. (2020). El cuidado sanitario. Hacia una historia de la enfermería en Argentina. in: *Historias de La Enfermería En Argentina. Pasado y Presente de Una Profesión*. Libro digital, pdf - (Horizontes I+D+i). EDUNPAZ. Recuperado de: <https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/book/49>.

Ramacciotti K, Testa D. (2021). ¿Trabajadoras o heroínas?: cuidados sanitarios en tiempos de crisis. *Rev Cienc Salud*, 19(Especial), 1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10598>.

Ramacciotti, K. (2022). Trabajar en enfermería durante la pandemia de la covid-19. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e060. <https://doi.org/10.24215/23139048e060>.

Ramacciotti, K., & Fernández, M. (2022). Trabajadores de salud: representaciones en torno a la pandemia de COVID 19 en la Argentina. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e059. <https://doi.org/10.24215/23139048e059>.

Ramírez Pereira M. (2020). El cuidado de Enfermería relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. *Enferm. Cuid. Humaniz.*, 9, 1–2. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2184>.

Ramírez-Ortiz J., Castro-Quintero D., Lerma-Córdoba C., Yela-Ceballos F., Escobar-Córdoba F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb. J. Anesthesiol.*, 48. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>.

Rangachari P., L Woods J. (2020). Preserving Organizational Resilience Patient Safety and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. *Int J Env. Res Public Health Online*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124267>.

Raraz-Vidal, J. G., Allpas-Gomez, H. L., Torres-Salome, F. K., Cabrera-Patiño, W. M., Alcántara-Leyva, L. M., Ramos-Gómez, R. P., Aldea-Chihuantito, F. K., Colona-Risco, V., & Raraz-Vidal (2021). Condiciones laborales y equipos de protección personal contra el Covid-19 en personal de salud, Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 335-345. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i2.3608>.

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

Ribeiro, C.; Maia, I.; Pereira, L.; Santos, V.; Brasil, R.; Santos, J.; Cunha, M.; Vieira, L. Ansiedad y depresión en profesionales de enfermería de una maternidad durante la pandemia de COVID-19. *Escola Anna Nery* 2022, Volume 26 N° spe elocation e20220041. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0041pt>.

Rico, M. & Pautassi, L. (2021). The right to care at stake: the syndemic emergency in Latin America. En: Duffy, M.; Armenia, A. Price-Glynn, K (Ed.) *Confronting the Global Care Crisis during COVID-19: Past Problems, New Issues, and Pathways to Change*, United Kingdom, Rutgers University Press.

Rivera-Izquierdo M., Valero-Ubierna M.D.C., Martínez-Diz S., Fernández-García M.Á., Martín-Romero D.T., Maldonado-Rodríguez F., Sánchez-Pérez M.R., Martín-de los Reyes L.M., Martínez-Ruiz V., Lardelli-Claret P., Jiménez-Mejías E. (2020). Clinical Factors Preventive Behaviours and Temporal Outcomes Associated with COVID-19 Infection in Health Professionals at a Spanish Hospital. *Int J Env. Res Public Health Online*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124305>.

Rizo-Patron E., Padilla J., Tantalean J.A. (2020). Pediatric hospital demand in COVID-19 times in Perú. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-884211>.

Rodríguez, M., & Pereyra, L. (2022). ¡La bolsa y la vida!, superexplotación laboral y protestas de la enfermería cordobesa durante la pandemia de Covid19, Córdoba 2020. Zona Franca, (30), 61–96. <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.231>

Roy A., Singh A.K., Mishra S., Chinnadurai A., Mitra A., Bakshi O. (2020). Mental health implications of COVID-19 pandemic and its response in India. Int. J. Soc. Psychiatry. <https://doi.org/10.1177/0020764020950769>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32873106>

Salto-Llerena, Irma Jeannette. (2022). Condiciones de trabajo del personal de salud que enfrenta la pandemia en Latinoamérica: revisión integrativa. Sanus, 7, e311. Epub 21 de marzo de 2023. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.311>.

Sanchez Raverta, M. (2022). Pandemia, trabajo y riesgo: una mirada a quienes trabajan por nuestra salud: El caso de los y las enfermeras de un Hospital Provincial público durante la pandemia del COVID-19. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de La Plata. Facultad Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.2207/te.2207.pdf>

San-Juan, D., Jiménez, C. R., Camilli, C. X., de la Cruz Reyes, L. A., Galindo, E. G. A., Burbano, G. E. R., ... & Kimaid, P. A. T. (2020). Guidance for clinical neurophysiology examination throughout the COVID-19 pandemic. Latin American chapter of the IFCN task force - COVID-19. Clinical Neurophysiology, 131, 1589–1598. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.04.011>. Epub 2020 May 1.

Sarpong, N. O., Forrester, L. A., & Levine, W. N. (2020). What's Important: Redeployment of the Orthopaedic Surgeon During the COVID-19 Pandemic: Perspectives from the Trenches. Journal of Bone and Joint Surgery, 102(12), 1019-1021. <https://doi.org/10.2106/jbjs.20.00574>.

Scheer, M. (2020). Enthusiasm: Emotional Practice of Conviction in Modern Germany. Oxford: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-88359-5.

Schinköthe, T., Gabri, M. R., Mitterer, M., Gouveia, P., Heinemann, V., Harbeck, N., & Subklewe, M. (2020). A Web- and App-Based Connected Care Solution for COVID-19 In- and Outpatient Care: Qualitative Study and Application Development. JMIR Public Health Surveill, 6, e19033–e19033. <https://doi.org/10.2196/19033>.

Schmidt, B.-M., Cooper, S., Wiyeh, A. B., & Wiysonge, C. S. (2020). Healthcare workers' adherence to infection prevention and control guidelines for respiratory infectious diseases: A rapid qualitative evidence synthesis. SAMJ South Afr. Med. J., 110(7), 1–2. <https://doi.org/10.7196/samj.2020.v110i7.14887>

- Schug, C., Geiser, F., Hiebel, N., Beschoner, P., Jerg-Bretzke, L., Albus, C., ... & Erim, Y. (2022). Licencia por enfermedad e intención de dejar el trabajo entre el personal de enfermería en hospitales alemanes durante la pandemia de COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2022 02 10. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041947>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35206136/>
- Semaan, A., Audet, C., Huysmans, E., Afolabi, B., Assarag, B., Banke-Thomas, A., ... & Benova, L. (2020). Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. 5. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002967>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32586891/>
- Shah, A., & Aacharya, R. P. (2020). Combating COVID-19 Pandemic in Nepal: Ethical Challenges in an Outbreak. *JNMA J Nepal Med Assoc*, 58, 276–279. <https://doi.org/10.31729%2Fjnma.4959>.
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323, 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32259193/>
- Shariati, B., Eftekhari Ardebili, M., & Shalbafan, M. (2020). Working in the emergency and inpatient COVID-19 special wards: A different experience for Iranian psychiatric trainees amid the outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102157. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102157>.
- Shinners, J., & Cosme, S. (2020). COVID-19: Perspectives From Nurses Across the Country. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 51, 304–308. <https://doi.org/10.3928/00220124-20200611-05>.
- Silva, F. V. (2020). Enfermagem no combate à pandemia do COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-202073suppl201>.
- Singh, J. A., & Moodley, K. (2020). Critical care triaging in the shadow of COVID-19: Ethics considerations. *South African Medical Journal*, 110, 355–359. Doi: 10.7196/SAMJ.2020.v110i5.14778. Recuperado de: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/12907>.
- Sirimarco, M., & Spivak L'Hoste, A. (2019). Antropología y emoción: reflexiones sobre campos empíricos, perspectivas de análisis y obstáculos epistemológicos. *Horizontes Antropológicos*, 25(54), 299-322. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832019000200012>
- Soares, S. S. S., Souza, N. V. D. de O., Silva, K. G., César, M. P., Souto, J. da S. S., & Leite, J. C. R. de A. P. (2020). Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, 50360–50360. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50360>.

- Sol, H., Wang, S., Wang, W., Han, G., Liu, Z., Wu, Q., & Pang, X. (2021). Correlación entre la inteligencia emocional y las emociones negativas de las enfermeras de primera línea durante la epidemia de COVID-19: un estudio transversal. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3-4), 385-396. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-33145859>.
- Soto Roy, Á. (2015). Escenarios del trabajo, una aproximación a la heterogeneidad del trabajo contemporáneo en Latinoamérica. *Revista de Estudios Sociales*, 51, 198-212. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81535389015>
- Souza Minayo, M.C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251-261. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/283>.
- Souza Minayo, M.C. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Souza Minayo, M.C. (2018). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>.
- Sy, A. (2018). “Por las noches la soledad desespera”. *KAIROS Revista de Temas Sociales*. ISSN 1514-9331. Proyecto Culturas Juveniles Publicación de la Universidad Nacional de San Luís Año 22. N° 42. Diciembre de 2018. Disponible en: <http://www.revistakairos.org>.
- Sy, A., Moglia, B., & Derossi, P. (2021). Todo se transformó completamente. Experiencias de atención a la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la salud pública. *Revista de Salud Pública (Córdoba)*, 26(2), 60-72. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/33077>.
- Sy, A., Moglia, B., Aragunde, G., & Derossi, P. (2021). La urgencia bajo la lupa: una revisión de la producción científica sobre servicios de emergencia en hospitales desde la etnografía. *Cadernos de Saúde Pública*, 37. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00026120>.
- Sy, A., Alonso, V., Lorenzetti, M. I., Burijovich, J., Zóttola, L., Suárez M. E., Ojeda, E., Stival, M., & Drovetta, R. (2023). Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID-19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública. En *PISAC-COVID-19: La sociedad argentina en la postpandemia*. Doi: 10.54871/cl23p30d.
- Sy A. Social epidemiology of COVID-19 in Argentina: an approach from the perspective of medical personnel. *Cuadernos Iberoamericanos*. 2022;10(2):121-136. (In Esp.) <https://doi.org/10.46272/2409-3416-2022-10-2-121-136>
- Tan, R. M. R., Ong, G. Y.-K., Chong, S.-L., Ganapathy, S., Tyebally, A., & Lee, K. P. (2020). Dynamic adaptation to COVID-19 in a Singapore paediatric emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 37, 252–254. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-209634>
- Tang, L.-H., Tang, S., Chen, X.-L., Zhang, S., Xiong, Y., Chen, R., Li, W., Liu, H.-M., Xia, Z.-Y., & Meng, Q.-T. (2020). Avoiding health worker infection and containing the coronavirus disease 2019 pandemic: Perspectives from the frontline in Wuhan. *International Journal of Surgery*, 79, 120–124. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.05.060>.

Tena-González, Reveles-Manríquez, de Luna-López, M.C., Trejo-Franco, J. (2022). Profesional de enfermería, experiencias y emociones frente a la pandemia de COVID-19. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 30(2), 30-36. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1378928>.

Thude, B. R., Primdahl, J., Jensen, H. I., Elkjær, M., Hoffmann, E., Boye, L. K., & Specht, K. (2021). How did nurses cope with the fast, comprehensive organisational changes at Danish hospital wards during the COVID-19 pandemic? An interview study based on nurses' experiences. *BMJ Open*, 11(12), e049668. <https://doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2021-049668>

Tran, B.X., Dang, A.K., Thai, P.K., Le, H.T., Le, X.T.T., Do, T.T.T., ... Ho, C.S.H. (2020). Coverage of Health Information by Different Sources in Communities: Implication for COVID-19 Epidemic Response. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-324629>.

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

Varasteh, S., Esmaili, Ma., Mazaheri, M. (2022). Factores que afectan la intención de las enfermeras iraníes de dejar o permanecer en la profesión durante la pandemia de COVID-19. *Int.Enfermera Rev.*, 69(2), 139-149. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/mdl-34561862>.

Varner C. (2021). Hospitals grappling with nurse exodus. *CMAJ.*, 193(16), E569-E570. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1095934>

Velazquez C.A., Benitez O.D.R. (2020). Actitudes del personal de enfermería en el hogar ante la pandemia COVID-19. *AcademicDisclosure*, 1, 262–272.

Viale G., Licata L., Sica L., Zambelli S., Zucchinelli P., Rognone A., Aldrighetti D., Di Micco R., Zuber V., Pasetti M., Di Muzio N., Rodighiero M., Panizza P., Sassi I., Petrella G., Cascinu S., Gentilini O.D., Bianchini G. (2020). Personalized Risk-Benefit Ratio Adaptation of Breast Cancer Care at the Epicenter of COVID-19 Outbreak. *Oncologist*, 25, e1013–e1020. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0316>.

Wainerman C.H., Binstock G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo. Económico*, 32, 271. <https://doi.org/10.2307/3467331>.

Wang X., Zhou Q., He Y., Liu L., Ma X., Wei X., Jiang Nanchuan Liang L., Zheng Y., Ma L., Xu Y., Yang D., Zhang J., Yang B., Jiang Ning Deng T., Zhai B., Gao Y., Liu W., Bai X., Pan T., Wang G., Chang Y., Zhang Z., Shi H., Ma W.-L., Gao Z. (2020). Nosocomial outbreak of COVID-19 pneumonia in Wuhan China. *Eur Respir J*, 55. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-595496>.

Wee L.E., Fua T.-P., Chua Y.Y., Ho A.F.W., Sim X.Y.J., Conceicao E.P., Venkatachalam I., Tan K.B.-K., Tan B.H. (2020). Containing COVID-19 in the Emergency Department: The Role of Improved Case Detection and Segregation of Suspect Cases. *Acad Emerg Med*, 27, 379–387. <https://doi.org/10.1111/acem.13984>.

Wu K., Wei X. (2020). Analysis of Psychological and Sleep Status and Exercise Rehabilitation of Front-Line Clinical Staff in the Fight Against COVID-19 in China. *Med Sci Monit Basic Res*, 26, e924085–e924085. <https://doi.org/10.12659/msmbr.924085>.

Wu P.E., Styra R., Gold W.L. (2020). Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *CMAJ*, 192, E459–E460. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200519>

Xu H., Huang S., Qiu C., Liu S., Deng J., Jiao B., Tan X., Ai L., Xiao Y., Belliato M., Yan L. (2020). Monitoring and Management of Home-Quarantined Patients With COVID-19 Using a WeChat-Based Telemedicine System: Retrospective Cohort Study. *J Med Internet Res*, 22, e19514–e19514. <https://doi.org/10.2196/19514>.

Zhang L, Chai L, Zhao Y, Wang L, Sun W, Lu L, Lu H, Zhang J. (2021). Burnout in nurses during the COVID-19 pandemic in China: New challenges for public health. *Biosci Trends*, 15(2), 129-131 <https://doi.org/10.5582/bst.2021.01099>. Epub 2021 Mar 26.

Zhang W.-R., Wang K., Yin L., Zhao W.-F., Xue Q., Peng M., Min B.-Q., Tian Q., Leng H.-X., Du J.-L., Chang H., Yang Y., Li W., Shangguan F.-F., Yan T.-Y., Dong H.-Q., Han Y., Wang Y.-P., Cosci F., Wang H.-X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*, 89, 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>.

Zhou, X., Dang, Y., Wang, X., Yang, W., Lu, W., & Zhang, J. (2021). Factores que influyen en la interrupción del trabajo de las enfermeras en las salas de aislamiento de Wuhan durante la pandemia de COVID-19. *Med Sci Monit*, 27, e929851. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8252892/>.

APÉNDICES

APÉNDICE A. Modelo de Consentimiento informado.....	122
---	-----

Apéndice A -Modelo de Consentimiento Informado-



HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería

Grupo Responsable:

Directora del proyecto - Anahi Sy, Universidad Nacional de Lanús – CONICET, Departamento Salud Comunitaria (DESACO) Instituto de Salud Colectiva. Dirección: Villegas 774 (1826) Remedios de Escalada, Lanús. Teléfono 011-1558982901 – Correo electrónico: anahisy@gmail.com.

Responsable: Paula D. Derossi, Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria (DESACO), Instituto de Salud Colectiva, Maestranda en Epidemiología Gestión y Políticas en Salud. pauladerossi11@gmail.com

Información

El propósito de este trabajo es producir información que permita comprender los procesos de atención, cuidado y autocuidado en los efectores públicos de salud durante la pandemia del SARS-CoV-2, a fin de identificar los principales problemas, estrategias de resolución y líneas de acción implementadas, de acuerdo con las particularidades que identifica cada trabajador/a de enfermería que se desempeña en el conurbano bonaerense. La investigación cuenta con el aval del Instituto de Salud Colectiva (ISCo), de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). El estudio respeta los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Resolución MSAL 1480/11 y la Ley Nacional 25316 de Protección de Datos Personales. Su participación en este estudio es voluntaria, y puede detenerse en cualquier momento.

Cuál es el objetivo del estudio

El objetivo general del estudio consiste en analizar las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública en torno a las prácticas de atención, cuidado y autocuidado desplegadas durante la pandemia, las principales problemáticas identificadas, así como las estrategias desarrolladas para su resolución en el transcurso de la pandemia.

Quiénes participan

Son invitados/as a participar del estudio, personal de enfermería del sector público del sistema de salud, que atienden cotidianamente en hospitales

En qué consiste la participación

Se realizarán entrevistas semi-estructuradas, en forma personal o mediante la conexión virtual o telefónica en los casos que la coyuntura local lo exija. Progresivamente se avanzará hacia la presencialidad, de acuerdo con las condiciones sanitarias. El énfasis de las entrevistas será colocado en las acciones en torno a las experiencias del personal de enfermería ante la implementación de las nuevas normas y protocolos para la atención y cuidados a la salud en el contexto de pandemia por SARS- Covid-19, siempre que emerjan como problema en las narrativas de las y los trabajadores de la salud. La duración de las entrevistas está prevista en una hora.

Beneficios

Se prevé hacer visible el trabajo que realizan cotidianamente los/as trabajadores de la salud, para identificar las dificultades y obstáculos que encuentran para ofrecer una atención de calidad. Los resultados van ser útiles para que los servicios de salud puedan comenzar a pensar estrategias que permitan mejorar la situación. Los/las participantes del estudio tienen derecho a recibir los resultados y conclusiones a las que se arribe al finalizar el trabajo. El estudio no incluye compensación económica para los/as participantes.

Confidencialidad

Sólo los/las investigadoras conocen la identidad de aquellos que participen en la investigación y esa información no será compartida. La información producida por este proyecto de investigación mantendrá la confidencialidad de sus participantes. Cualquier información acerca de usted tendrá un código en vez de su nombre. Solo los/las investigadoras sabrán cuál es su código y se mantendrá a resguardo. No será compartida ni entregada a nadie.

Compartiendo los resultados

La información que resulte del análisis de las entrevistas quedará disponible en una base de datos original y de producción propia. Se prevé establecer diferentes niveles de acceso, la información procesada y analizada será de acceso libre y estará disponible en la base de datos abierta, mientras que las entrevistas quedarán disponibles en el Centro de Documentación “Pensar en Salud” del Instituto de Salud Colectiva (DESACo-UNLa), donde se radica el nodo responsable de la investigación. Los resultados del estudio podrán publicarse. En ese caso, no usaremos su nombre y no se incluirá ningún dato de manera que Ud. pudiera resultar identificado/a.

Derecho a negarse o retirarse

La participación es completamente voluntaria y depende únicamente de su decisión. Si acepta participar, deberá firmar el Formulario de Consentimiento Informado. Usted puede negarse a participar y/o abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello provoque perjuicios de ningún tipo.

A Quién Contactar

Los aspectos éticos del presente proyecto de investigación han sido evaluados por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología: Ituzaingó 3520 (7600) Mar del Plata. Horario de 8.00hs a 14.00hs. Teléfono: 0223-4744123. Correo electrónico: cei.ine.anlis@gmail.com. Y por el

Comité de Ética en Investigación para la Salud de la Provincia de Misiones: Cabred y López Torres. 1er Piso (Oficina del Área de Investigación para la Salud Banco de Sangre, Tejidos y Biológicos) (3300) Posadas. Horario de 8.00hs a 12.00hs. Teléfono: 0376-4447102. Correo electrónico: investigacionsaludmnes@gmail.com. Todos sus datos están protegidos por la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales.

Formulario de Consentimiento

He sido invitada/o a participar en la investigación: “Dificultades, experiencias y desafíos ante el COVID-19 en la voz del personal de enfermería”. Se me ha proporcionado el nombre de un/a investigador/a que puede ser fácilmente contactado/a, a través de su dirección, teléfono o correo electrónico.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mis derechos. Me han informado que se resguardará mi identidad y aún en publicaciones o presentaciones en reuniones científicas no se podrá identificar a quiénes hemos participado. He recibido una copia de este documento de Consentimiento Informado firmada y fechada.

Nombre y Apellido del/la Participante:

DNI:

Firma del/la Participante:

Nombre y Apellido del/la Investigador/a:

DNI:

Firma del/la Investigador/a:

Lugar y Fecha:

“En el caso de encuestas o entrevistas que se realizan de manera remota (por teléfono o correo electrónico) o que serán analizadas de manera anónima, puede omitirse el requisito de firmar un documento como prueba de consentimiento, pero no debe omitirse la provisión de la información relacionada al estudio de manera escrita (personalmente o por correo electrónico) o verbal (encuesta o entrevista telefónica). El investigador deberá siempre respetar el derecho a la confidencialidad de la persona encuestada o entrevistada” (Res. MSAL 1480/11:22).

ANEXOS

Anexo A. Aprobación del Comité de Ética.....	126
--	-----

Anexo B - Aprobación del Comité de Ética -



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 – Año del General Manuel Belgrano

Mar del Plata, 17 de septiembre de 2020

De acuerdo con lo establecido en la normativa vigente y las guías internacionales en ética de la investigación epidemiológica (Resolución Ministerial 1.480/2011 – pautas CIOMS 2016 - Disposición ANMAT 6677/10 -Ley 26994/14-CODIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACION), este Comité ha evaluado el proyecto de investigación que a continuación se detalla.

Título del proyecto: Transitar de la pandemia a la post pandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as

Investigador principal: SY, ANAHÍ

Institución donde se desarrollará:

Luego de evaluar los aspectos éticos y metodológicos de la versión 01 del protocolo mencionado (Código: SY 01/2020), el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara" con sede en la calle Ituzaingo 3520 de Mar del Plata, que cumple con el reglamento de Registro y Acreditación de Comités Institucionales de Ética en la Investigación, Registro N° 059/2016, FOLIO 107 DEL Libro de Actas N°2, con fecha 02/09/2016 (Código: SY 01/2020), considera que:

- 1) El protocolo reúne la información suficiente.
- 2) Desde el punto de vista social y científico no vulnera ninguno de los principios éticos, ni de los derechos humanos de los sujetos de investigación.
- 3) La elección de la/os participantes y la metodología propuesta por el investigador en su protocolo, resulta adecuada, ya que la misma encuadra la temática propia de la ciencia de la salud y los objetivos propuestos.
- 4) Las autoras son explícitas en cuanto a que se garantizará la privacidad y confidencialidad de los datos.



INSTITUTO NACIONAL
DE EPIDEMIOLOGÍA
"Dr. Juan H. Jara"



ANLIS MALBRÁN
INSTITUTO NACIONAL DE LABORATORIOS Y REFERENCIALES DE DIAGNÓSTICO



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 – Año del General Manuel Belgrano

Por ello, se DICTAMINA:

Que efectuadas las consideraciones que anteceden, se califica como aceptable desde el punto de vista bioético el proyecto de investigación traído a consideración de este Comité.

Nota: Para cada instancia de evaluación, es requisito que se envíe a este comité el protocolo completo con las modificaciones sugeridas (protocolo, instrumentos de recolección de datos, consentimiento y asentimiento informado según corresponda). También se requiere que se agregue a continuación del título del trabajo el número correlativo siguiente a la versión anterior.

Mg. Marcelo Córdoba
Coordinador Comité de Ética en Investigación del
Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara"

Investigador principal: SY, ANAHÍ (Código: SY 01/2020)



INSTITUTO NACIONAL
DE EPIDEMIOLOGÍA
"Dr. Juan H. Jara"



ANLIS MALBRÁN
AL INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y PROFITACION DE LA SALUD



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación