

**Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires.** *Primary Care Health Workers during the COVID-19 Pandemic in the Outskirts of Buenos Aires.* Betina Freidin, Agustín David Wilner, Mercedes Krause y Matías Salvador Ballesteros. *Población & Sociedad* [en línea], ISSN 1852-8562, Vol. 28 (2), 2021, pp. 138-167. DOI: <http://dx.doi.org/10.19137/pys-2021-280208>. Puesto en línea en diciembre de 2021.

Esta obra se publica bajo licencia Creative Commons Atribución - No Comercial CC BY-NC-SA, que permite copiar, reproducir, distribuir, comunicar públicamente la obra y generar obras derivadas, siempre y cuando se cite y reconozca al autor original. No se permite, sin embargo, utilizar la obra con fines comerciales.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



#### Contacto

[poblacionysociedad@humanas.unlpam.edu.ar](mailto:poblacionysociedad@humanas.unlpam.edu.ar)

<https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/index>


**Población  
& Sociedad**  
revista de estudios sociales

# Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires

*Primary Care Health Workers during the COVID-19 Pandemic in the Outskirts of Buenos Aires*

Betina Freidin 

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina. [freidinbetina@gmail.com](mailto:freidinbetina@gmail.com)

Agustín David Wilner 

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina. [aguswilner@gmail.com](mailto:aguswilner@gmail.com)

Mercedes Krause 

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina. [merkrause@gmail.com](mailto:merkrause@gmail.com)

Matías Salvador Ballesteros 

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina. [matiballesteros@yahoo.com.ar](mailto:matiballesteros@yahoo.com.ar)

## Resumen

La pandemia COVID-19 trastocó las rutinas de trabajo en los establecimientos de salud según las nuevas prioridades sanitarias. En un escenario caracterizado por la incertidumbre y el riesgo frente a una enfermedad desconocida y con protocolos en constante cambio, surgen interrogantes acerca de cómo los profesionales de la salud vivieron los cambios. Analizamos las experiencias de trabajadores de un centro de atención primaria del conurbano bonaerense durante 2020, dando cuenta de las estrategias de coordinación desarrolladas para ganar mayor previsibilidad y seguridad en el lugar de trabajo.

Palabras clave: pandemia; primer nivel de atención; Buenos Aires; equipo de salud; condiciones de trabajo; emociones

## Abstract

The COVID-19 pandemic has dislocated work routines within health facilities due to new public health priorities. In circumstances characterized by uncertainty and risk in the face of an unknown disease and the constantly changing care protocols, questions arise about how members of healthcare teams have experienced these changes. We

analyze the experience of health workers in a primary care center in the periphery of Buenos Aires during 2020, and describe the coordination strategies they developed to achieve greater anticipation and safety in the workplace.

Keywords: pandemic; primary care; Buenos Aires; healthcare team; working conditions; emotions

## Introducción<sup>1</sup>

El 12 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró que la enfermedad COVID-19 producida por el virus SARS-Cov-2 constituía una pandemia y llamó a sus países miembros a tomar acciones urgentes y agresivas para contener el contagio (PAHO, 2020).<sup>2</sup> Para el mes de agosto, se evaluaba que las características distintivas de la pandemia eran tres: 1) por la rapidez de transmisión del virus y su carácter global, aun el más resistente sistema nacional de salud estaba sobrepasado; 2) la severidad de la enfermedad alcanzaba alrededor del 20% de los casos, especialmente en los grupos de mayor edad y con co-morbilidades, entre quienes eran mayores las tasas de mortalidad; y, 3) la disrupción social y económica ocasionada, debido a que se exacerbaron inequidades en salud preexistentes y a que las medidas de salud pública implementadas para contener la expansión del virus tuvieron profundas consecuencias sociales y económicas (PAHO, 2020). Desde el inicio de la pandemia COVID-19 el conocimiento científico guió las estrategias para implementar medidas de distanciamiento social y protección individual, los testeos para identificar los casos y evaluar la efectividad de drogas antivirales, la eficacia y seguridad de posibles vacunas, los protocolos clínicos y la organización de los sistemas de salud (Dias Sarti *et al.*, 2020). Sin embargo, como lo resaltan los autores, lo novedoso de la pandemia es que “desafía las metodologías actuales de producción y diseminación del conocimiento y la toma de decisiones en los diferentes niveles de la organización social”, que deben realizarse de manera rápida y con un alto grado de incertidumbre (Dias Sarti *et al.*, 2020, p.4).

En Argentina el primer caso importado de SARS-Cov-2 fue anunciado el 5 de marzo por el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Con 128 casos y tres fallecimientos, el 19 de marzo el gobierno nacional decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) fundamentado en que ante la no disponibilidad de un tratamiento antiviral efectivo ni de vacunas que prevengan el virus, las medidas de aislamiento y distanciamiento social obligatorio revestían un rol de vital importancia para enfrentar la situación epidemiológica y mitigar el impacto sanitario (Decreto 297/20). El ASPO significó el confinamiento de la población, la abstención de concurrir a los lugares de trabajo y restricciones para la circulación, con la excepción de las personas afectadas a actividades y servicios considerados esenciales en la emergencia sanitaria. Los plazos de su vigencia fueron extendiéndose según la situación epidemiológica en las distintas jurisdicciones del país. Fue recién el 7 de noviembre de 2020, cuando la situación epidemiológica indicaba un

sostenido descenso de casos y del ritmo de transmisión comunitaria del virus, que el gobierno nacional dispuso el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO), en reemplazo del ASPO en las localidades que “no tuvieran transmisión comunitaria sostenida del virus y verificaran en forma positiva los parámetros epidemiológicos y sanitarios establecidos” (Decreto 875/20). El área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) quedó incluida en esta nueva disposición, vigente durante todo el año 2020.

La emergencia sanitaria producida por el COVID-19 complejizó aún más la situación crítica que atravesaba el sistema de salud argentino en un contexto más amplio de crisis económica y social, e implicó la reorganización de los servicios en los distintos niveles de atención y subsistemas para dar prioridad a la pandemia. Tras el recambio del gobierno nacional, en diciembre de 2019 el Congreso de la Nación declaró mediante la Ley 27541 la emergencia sanitaria, y previamente el Poder Ejecutivo había restablecido el estatus de Ministerio de la cartera de salud, desjerarquizado como Secretaría por el gobierno saliente. Entre las disposiciones de la nueva ley se especificó la priorización de un conjunto de programas nacionales, varios de ellos orientados a fortalecer el primer nivel de atención.

En la provincia de Buenos Aires el primer nivel de atención del sector público presentaba importantes falencias. En el Conurbano, estudios realizados desde las ciencias sociales con anterioridad a la pandemia mostraban las restricciones presupuestarias, de insumos y recursos humanos, con la especificidad local propia de cada Municipio y región sanitaria, que afectaban la capacidad de los Centros de Atención Primaria (CAPS) para dar respuesta asistencial en articulación con la red de efectores de mayor complejidad, y las actividades de prevención y promoción de la salud en el territorio. Se sumaban las condiciones precarizadas de trabajo de largo plazo del personal sanitario y el deterioro de las condiciones de vida de los sectores populares, con la pérdida de puestos formales de trabajo, el desempleo y el aumento de la pobreza que incrementaban la demanda de atención en los servicios públicos (Ceriani y Kanterewicz, 2019; Chiara, 2019; Crojethovic y Ariovich, 2018; Freidin *et al.*, 2020a; Rodríguez Espínola, Chong Cevallos y Paternó Manavella, 2019). Fue en este escenario complejo y con múltiples falencias y restricciones que los profesionales del primer nivel de atención público tuvieron que afrontar las nuevas demandas y prioridades impuestas por la pandemia en distintos contextos locales de trabajo.

Durante la pandemia COVID-19 los organismos internacionales recomendaron que la Atención Primaria de la Salud (APS) actuara como un pilar fundamental en tanto puerta de entrada al sistema sanitario y primer eslabón de las respuestas clínicas (WHO, 2020). Los servicios del primer nivel tendrían que intervenir diferenciando entre los pacientes con síntomas respiratorios a aquellos que tienen COVID-19, haciendo un diagnóstico temprano y ayudando a los grupos de riesgo en el manejo de la ansiedad que genera el virus (WHO, 2020). Para ello deberían contar con el apoyo de las autoridades sanitarias con el fin de aumentar la capacidad resolutoria,

administrar los equipos de protección personal (EPP) para el personal, manteniendo su stock así como el de medicamentos e insumos esenciales, y asegurar la adaptación de los servicios al contexto para atender las necesidades de los grupos vulnerables, incluyendo entre ellos a los niños, adultos mayores y personas con condiciones de salud preexistentes. A través de la reorganización de los centros de atención debería asimismo asegurarse la continuidad de servicios esenciales para reducir el riesgo de muertes evitables (WHO, 2020).

En este artículo, a través de un estudio de caso, recuperamos las experiencias de trabajo del equipo de salud de un CAPS de la periferia norte del conurbano bonaerense durante los ocho primeros meses de la pandemia. Focalizamos en la reorganización del centro, en los cambios en las rutinas y roles en el equipo, y en las dificultades atravesadas en un escenario de trabajo caracterizado por la incertidumbre.

## Antecedentes

Los estudios realizados en Argentina con trabajadores de la salud durante la pandemia son escasos. Esto es esperable debido a su carácter de trabajadores esenciales y a la sobrecarga de trabajo, el estrés y el impacto emocional que experimentaron con la irrupción de la pandemia y que han sido plasmados por la prensa, medios sociales y foros profesionales y gremiales, especialmente por parte de trabajadores de establecimientos hospitalarios y que se desempeñan en unidades de terapia intensiva. Según un informe del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) del 11 de enero de 2021, el 4% (68.516) del total de 1.682.953 casos registrados de COVID-19 eran trabajadores del sector, con una letalidad de 419 casos.<sup>3</sup> Un estudio realizado en los inicios de la pandemia, del 1 al 3 de abril mediante una encuesta en línea auto-administrada con una muestra del tipo bola de nieve de 5670 de trabajadores de establecimientos públicos, privados y de la seguridad social y con entrevistas telefónicas a informantes clave en distintas jurisdicciones del país, mostró que los recursos institucionales y la disponibilidad de equipos de protección personal fueron identificados entre sus principales preocupaciones, junto con la demandas de estrategias de contención para el personal de salud y de comunicación institucional clara y uniforme, con diferencias en las percepciones y opiniones entre los subsectores del sistema (Ortiz *et al.*, 2020). En este estudio, solo el 14,7 % de los encuestados trabajaban en CAPS públicos y lo hacían solo 4 de los 50 informantes entrevistados, por lo que sus demandas y preocupaciones reflejan en su gran mayoría las experiencias de trabajo en establecimientos de los otros sectores y niveles de atención.

Por su parte, la Fundación Cardiológica Argentina encuestó a trabajadores sanitarios para conocer los efectos emocionales, sociales y económicos que experimentaron. El 82% de los encuestados consideró que la pandemia los había afectado emocionalmente por el miedo a contagiar a familiares y seres

queridos, generando ansiedad e insomnio; también expresaron experiencias de discriminación por trabajar en el sector salud, y el impacto económico por la reducción de ingresos.<sup>4</sup> Un informe técnico para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se centró en las trabajadoras de la salud (East, Laurence y López Mourelo, 2020), sector en el que las mujeres representan el 70 % del personal. El trabajo, que se basa en datos secundarios estadísticos, concluye que el nivel de precariedad que caracteriza su inserción laboral se vio incrementado durante la pandemia, y que su perfil sociodemográfico, caracterizado por una alta presencia de mujeres jefas de hogar de bajos ingresos con niñas, niños y adolescentes a cargo, hizo que el impacto social sobre las trabajadoras de la salud y sus convivientes fuera muy marcado.

También se realizaron diagnósticos de la situación social al inicio del ASPO con informantes claves. El informe realizado del 23 al 25 de marzo por el Ministerio de Ciencia y Tecnología sobre el impacto social del ASPO que se centró en barrios y comunidades vulnerables, e incluyó datos sobre la atención primaria de la salud en los partidos del Gran Buenos Aires. Para esa fecha se evidenciaban, con variabilidad entre las localidades, la reducción de los horarios de atención de los CAPS y la suspensión de consultas programadas, las dificultades de traslado de la población, la falta de medicamentos y la incertidumbre por parte de los pacientes sobre cómo proceder con los problemas de salud habituales (Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19, 2020). Por su parte, los dos relevamientos realizados al inicio de la cuarentena y un mes más tarde sobre la situación social en municipios del Conurbano incluyeron entre sus informantes a trabajadores del sector salud (Instituto del Conurbano, 2020). Los datos referidos al primer nivel de atención mostraron la suspensión de las actividades de promoción y prevención, las restricciones para el seguimiento y consultas de pacientes con condiciones crónicas y consultas de salud materno-infantil, y algunas estrategias implementadas para la atención remota. La falta de entrega de medicamentos de algunos Programas y la discontinuidad en la entrega de vacunas también fueron mencionadas, así como cambios en las condiciones de trabajo.

Estos estudios han sido de gran relevancia para aportar diagnósticos sociales de manera rápida en tiempo real para la gestión de políticas públicas, pero están acotados temporalmente a los inicios de la pandemia. Dados sus objetivos y la metodología utilizada no permiten profundizar con un abordaje cualitativo en las experiencias de trabajo de los profesionales de la salud a lo largo de los meses que se extendió la pandemia.

Nuestro foco en este artículo está puesto en el primer nivel de atención. Más específicamente, indagamos las vivencias y experiencias de trabajo del equipo interdisciplinario de un CAPS del conurbano norte de Buenos Aires desde el inicio de la pandemia hasta mediados de diciembre de 2020. Se trata de un estudio de caso cualitativo. Los estudios de caso permiten abordar un fenómeno de manera situada y en su complejidad atendiendo al contexto para

dar cuenta de relaciones y procesos en escenarios sociales particulares (Yin, 2014; Stake, 1995).

## Perspectiva conceptual

Las acciones de los equipos de salud en APS están enmarcadas en procesos institucionales que contemplan el escenario local e imprimen una dinámica particular atendiendo a las ideas, las valoraciones y los intereses que guían sus acciones (Pagnamento, 2014). Como lo especifican Bianco y Grigaitis (2005), la estructura organizativa del equipo de salud supone objetivos comunes y una división del trabajo según disciplinas relevantes para cada problemática abordada y según los niveles de responsabilidad y las características sociodemográficas y culturales de la población. Siguiendo a Kalinsky y Arrúe (1996, p.13), en el quehacer cotidiano del equipo de salud se constituyen “zonas virtuales de negociación” que incluyen la adecuación de las normas institucionales a las necesidades y posibilidades que enfrentan, ya sea como una vía de sobrevivencia o como una estrategia crítica.

El trabajo de los equipos de salud debe asimismo entenderse desde aspectos institucionales y de gestión vinculados con las modalidades de contratación del personal que condicionan la organización del trabajo en los establecimientos y su capacidad de respuesta. El avance de la flexibilización y precariedad laboral junto con el deterioro de los salarios y de las condiciones de trabajo impactan en la composición de los equipos, afectando la calidad de la atención y a los propios trabajadores (Novick y Rosales, 2006; Spinelli *et al.*, 2013); el primer nivel de atención muestra en particular alta rotación y pluriempleo del personal (Tobar *et al.*, 2006). Asimismo, en el contexto de la pandemia y de las medidas de aislamiento toman mayor visibilidad las dificultades de las trabajadoras de la salud para conciliar la doble carga de trabajo, el profesional y el de cuidado en el hogar (East, Laurence y López Mourelo, 2020).

Con la irrupción de la pandemia COVID-19, los protocolos elaborados por el MSAL siguiendo las guías internacionales y regionales, y por el Ministerio de la provincia de Buenos Aires, junto con las directivas de la Secretaria de Salud y la de Desarrollo Social municipales constituyeron las directrices para la reorganización de los CAPS y las acciones a seguir en el primer nivel de atención según las características de los distintos centros asistenciales y las condiciones de contratación del personal. Las guías y protocolos se fueron ajustando según la evolución de la situación epidemiológica y el conocimiento científico disponible sobre el nuevo virus que se desarrollaba, diseminaba globalmente y revisaba sobre la marcha. El contexto local e internacional estuvo caracterizado por la incertidumbre, el dinamismo y la complejidad (van den Molen y Brown, 2021), demandando continuas revisiones y adaptaciones de modalidades de trabajo de los equipos de salud.

En este artículo tomamos como punto de partida la perspectiva sociológica interaccionista de las organizaciones que ponen el foco en cómo las

interacciones y los significados proveen el fundamento para pensar sobre el rol constitutivo de los agentes en ellas (Hallett, Shulman y Fine, 2009). El trabajo es visto como construido localmente a partir de arreglos o lógicas institucionales y premisas culturales y facilitado por dinámicas grupales. La perspectiva interaccionista contribuye al enfoque de las “instituciones habitadas” (*inhabiting institutionalism*) que reconoce el carácter obstinado, las limitaciones y el rol constitutivo que las instituciones y organizaciones imponen en el comportamiento de los agentes, pero que también las infunde de dinámicas grupales, interacciones y significados (Hallett, Shulman y Fine, 2009, p. 6-7). Se aborda el trabajo interpretativo de los actores situados en escenarios y entornos específicos de trabajo (Bechky, 2011). Si bien se asume que las relaciones y reglas burocráticas pueden determinar la forma de trabajo, se explora cómo la gente, con todo el desorden presente en las experiencias vividas [*the attendant messiness of lived experience*], define, negocia, realiza –o esquivar hacer– el trabajo en la práctica (Hallett, Shulman y Fine, 2009, p.6). Maynard-Moody y Musheno (2012) argumentan que las reglas y normas constituyen la definición operativa sobre cómo deben hacerse las cosas, pero que la tensión entre ellas y las situaciones que se presentan al implementarlas crea las condiciones para que la forma correcta sea negociada situacionalmente; la naturaleza y la expresión de la agencia en las organizaciones, a su vez, dependen de la posición, la formación y el trabajo que realizan los agentes. La agencia de los actores frente a las lógicas institucionales puede observarse en las acciones estratégicas e intencionales, pero también en las más rutinarias que constituyen las prácticas de trabajo (Cain, 2019).

Desde una perspectiva interpretativa, y siguiendo a Zietsma y Toubiana (2018), las emociones de los actores, entendidas como una producción intersubjetiva, son fundamentales para comprender lo que significa habitar una institución y lo que se considera que es correcto hacer. Así, el compromiso emocional de los actores con las instituciones implica que esta relación incluya componentes identitarios y juicios morales sobre la legitimidad de distintos cursos de acción.

Finalmente, la mirada interperativista aborda la materialidad de la vida en las organizaciones y la experiencia vivida de los espacios en el lugar de trabajo que se dotan de significados particulares, marcas identitarias y memorias personales y colectivas; se observan patrones de prácticas espaciales vinculadas con la interacción, normas formales e informales de uso de lugares y objetos, y demarcaciones territoriales y simbólicas (Taylor y Spicer, 2007; Shortt, 2015). Sin embargo, estudiar los significados espaciales no es sencillo porque para los individuos es difícil distinguirlos en sus rutinas diarias y, por eso, cuando las configuraciones espaciales se desestabilizan se presenta la oportunidad de que cobren mayor visibilidad (Halford, 2004).

La pandemia COVID-19 significó la ruptura de rutinas y formas habituales de división del trabajo en los establecimientos de salud y la refuncionalización de los espacios según las nuevas prioritarias sanitarias y los protocolos para



la disminución del riesgo de contagio. Se vieron afectadas modalidades habituales de trabajo, de comunicación e interacción entre los integrantes de los equipos y con los pacientes. Las lógicas institucionales de trabajo en el primer nivel de atención resultaron en gran parte trastocadas, en tanto constelaciones interrelacionadas de sujetos, prácticas y objetos (Hallet y Venstreca, 2006; Friedland, 2017). Si en contextos “normales” de trabajo el apoyo social de los pares, superiores y gestores resulta central para afrontar situaciones cotidianas emocionalmente intensas (Assuncao Jackson Filho, 2011, citado en Spínelli *et al.*, 2013 p.22), podemos esperar que en escenarios críticos como el producido por la pandemia estos soportes adquieran aún más relevancia.

Desde estos lineamientos teóricos surge el interrogante sobre cómo los miembros de los equipos de salud vivieron estos cambios en un escenario global caracterizado por la incertidumbre y el riesgo frente a una enfermedad desconocida. Siguiendo a Giddens (1998) las situaciones críticas representan disyunciones radicales de carácter impredecible que siendo de gran alcance amenazan o destruyen las certidumbres de las rutinas institucionalizadas. Para este autor son las consecuencias de estas disrupciones para los individuos y para la vida social rutinaria lo que adquiere relevancia sociológica.

## Metodología

Llevamos a cabo el trabajo de campo desde mediados de octubre a mediados de diciembre de 2020, en un período de un sostenido descenso de casos de COVID-19 en el AMBA, y antes que se diera inicio a la vacunación del personal de salud en el país.<sup>5</sup> El CAPS está ubicado en un barrio de clase popular en un Municipio del conurbano norte de Buenos Aires, correspondiente a la región sanitaria V. Se trata de un centro relativamente grande por sus instalaciones y la cantidad de trabajadores, comparado con otros del conurbano (Red Pública de Salud AMBA, 2017); allí se imparte una residencia en medicina general y otra en trabajo social, lo que suma profesionales en formación al equipo de trabajo. El CAPS tiene un fuerte anclaje territorial con cinco postas sanitarias ubicadas en las áreas sociosanitarias más vulnerables y articula su trabajo con la red de organizaciones barriales.

Realizamos entrevistas remotas cualitativas en profundidad, mediante las plataformas Zoom y Meet, con dos médicas generalistas y a una pediatra, una enfermera, una odontopediatra, dos trabajadores sociales y una agente sanitaria. Con la excepción de un trabajador social todas las entrevistadas fueron mujeres, por lo que los datos reunidos reflejan casi en su totalidad las experiencias y visiones de integrantes mujeres del equipo de salud. Con anterioridad, en 2019, habíamos realizado un estudio presencial indagando sobre las experiencias de trabajo del equipo de salud y sus múltiples condicionamientos, cuando no se vislumbraba la emergencia de una epidemia

de alcance global y con las características del COVID-19 (Freidin *et al.*, 2020a). La investigación previa nos permitió conocer con mayor profundidad el barrio y el trabajo del equipo de salud y establecer lazos de confianza que facilitaron recontactarlos durante la pandemia.

Para las entrevistas realizadas en 2020 utilizamos una guía semiestructurada que fuimos ajustando al perfil profesional y laboral de las personas entrevistadas. Buscamos reconstruir sus experiencias de trabajo desde el inicio de la pandemia, focalizando en la reorganización del CAPS, los cambios en las rutinas y roles en el equipo, las dificultades atravesadas, incluyendo aspectos emocionales vinculados con la incertidumbre en torno al nuevo virus y el riesgo de contagio, y aspectos que consideraban positivos a partir de los cambios ocurridos.

Las entrevistas duraron entre una y dos horas. Si bien las entrevistas remotas facilitan concertar los encuentros también presentan limitaciones (Deakin y Wakefield, 2014). La disponibilidad de tecnología, de datos móviles y la conectividad pueden constituir barreras. En nuestro caso, el personal entrevistado se conectó en su mayoría desde sus hogares, y cuando lo hicieron desde el CAPS, la conectividad fue muy inestable lo que dificultó el diálogo en varios momentos. Asimismo, la privacidad durante la situación de entrevista puede ser difícil de lograr en encuentros realizados desde el hogar o los lugares de trabajo. En nuestro caso pudo preservarse en ambas circunstancias. Utilizamos un formulario de consentimiento informado que leímos al inicio de las entrevistas; como alternativa utilizamos una versión en línea para que fuera leída y firmada con anterioridad. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas *verbatim*. Anonimizamos el CAPS, el barrio y el Municipio y utilizamos nombres ficticios para referirnos al personal entrevistado. Sistematizamos y analizamos los datos con la estrategia de análisis temático, elaborando síntesis de los casos, identificando temas y categorías y elaborando diagramas conceptuales para su integración (Huberman y Miles, 1994; Freidin, 2017).

## Resultados

### *Atravesar la incertidumbre y el caos inicial*

Cuando se declaró el ASPO, siguiendo las directivas municipales, el CAPS cerró por seis días para organizarse frente a la emergencia sanitaria. Al igual que en otros municipios del Conurbano, se constituyó un Comité de Crisis (CC) para la gestión local de la pandemia, integrado por autoridades de distintas áreas de las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social junto con los responsables de los CAPS, que suman más de veinte. Unos días antes, el MSAL había establecido las directrices para la reorganización de los servicios sanitarios de los distintos niveles de complejidad frente a la emergencia de la pandemia.<sup>6</sup> Por su parte, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires delineó un

protocolo para el manejo del COVID-19 que fue actualizando a lo largo de los meses. El Ministerio de Salud de la provincia también elaboró un protocolo para la organización del primer nivel de atención, con sucesivas actualizaciones,<sup>7</sup> y el CC estableció el suyo previendo adaptaciones a la realidad de cada centro según sus características edilicias y la disponibilidad de recursos humanos. Las decisiones que fueron tomando las autoridades sanitarias en las distintas jurisdicciones y del área de Desarrollo Social municipal afectaron el destino y las funciones de los miembros de los equipos de salud del primer nivel según su perfil profesional, las nuevas demandas y los dispositivos que se fueron implementando acorde evolucionaba la situación epidemiológica. Al afectar las rutinas de trabajo (no sólo en el primer nivel, también en toda la red asistencial), la pandemia implicó modificaciones de arreglos institucionales existentes, alterando las interacciones y significados de las actividades en el CAPS.

Cuando el centro de salud retomó sus actividades lo hizo inicialmente con un horario y personal muy reducido: una médica generalista, una enfermera, dos empleadas administrativas y la encargada de la farmacia. Para dimensionar la restringida operatoria durante los primeros días de reapertura es importante tener en cuenta que en el CAPS trabajan más de 50 personas, incluyendo al personal profesional, administrativo y de limpieza y seguridad, y a los médicos y trabajadores sociales residentes. La farmacia se reabrió para la entrega de medicación a pacientes crónicos empadronados y el retiro de anticonceptivos y de leche. A la semana siguiente se agregó el servicio reducido de demanda espontánea para urgencias y se implementó el protocolo para casos de sospecha de COVID 19; con el correr de los días parte del personal quedó afectado a los operativos DETECTAR coordinados por el MSAL y a los organizados por el municipio.

Fueron días vertiginosos y de gran incertidumbre para los trabajadores del equipo de salud por enfrentarse con una enfermedad nueva, en un escenario muy poco previsible, sin saber cómo evolucionaría la pandemia en nuestro país, y en el conurbano bonaerense en particular, con qué recursos contarían en el CAPS y cómo se modificaría el trabajo colectivo y de cada uno. Incertidumbre, miedo, estrés, y caos son términos recurrentes en los relatos reunidos en las entrevistas sobre los momentos iniciales de reorganización del centro. En una situación poco o nada familiar para el equipo, la incertidumbre implicó la incapacidad de prever el futuro cercano (Hillen *et al.*, 2017), motivando estrategias de readaptación al nuevo contexto. La prueba y el error replicaba en una pequeña escala lo que sucedía en otros escenarios en momentos en los que el conocimiento científico sobre el comportamiento del nuevo virus, su diagnóstico y tratamiento eran escasos e iban revisándose y publicándose sobre la marcha:

En ese momento era la incertidumbre de dónde vamos a terminar trabajando todos, ¿no? [...] Algo desconocido, nuevo, que no se sabía muy bien para dónde arrancar, no se sabía bien cómo diagnosticarlo... digamos, cómo se seguía, si esto iba a ser para un mes, dos meses, tres meses.... Es como que en esto siento

que estábamos todos, médicos, enfermeros, administrativos, y trabajadores sociales, digamos, todos con mucha incertidumbre porque nadie sabía cómo se venía.<sup>8</sup>

Lucía, médica generalista, recuerda los primeros días como momentos de “locura” y de “pánico”. Sus palabras permiten comprender cómo los estados emocionales son producidos intersubjetivamente en los marcos de funcionamiento institucional (Zietsma y Toubiana, 2018). Claudia, también médica generalista, remarca que, si bien para el mes de octubre del 2020 ya habían aprendido a convivir con la incertidumbre, hacia fines de marzo se encontraron ante una emergencia sanitaria sin precedentes, “al principio estuvo todo como reinado por el caos, pero bueno, se entiende que no estábamos preparados para una pandemia, nadie está preparado para una pandemia”. Describe el estrés que experimentaban siendo trabajadores esenciales cuando el resto de la población estaba confinada en sus hogares, y el miedo que sentía al tener que asistir a capacitaciones breves en el hospital de referencia municipal para intubar a los enfermos más graves por COVID-19. En ese momento no sabían si iban a tener que hacerlo en los CAPS si se saturaban los servicios hospitalarios. La experiencia europea guiaba la preparación local anticipando un escenario sanitario muy complejo y alarmante:

Un feriado fui a una capacitación donde nos explicaron, o quisieron explicarnos, criterios de intubación. Eso yo te hablo en abril. [...] En ese momento hablaban de eso, y nos daban las técnicas que estaban usando en Europa, de pronar los pacientes, cosas que habían empezado a probar para ver si podían mejorar la saturación del paciente, para ver si lo ventilaban o no. Viste, es como... ahí... esa sensación... Y después venir a tu casa, y después tener que salir a trabajar cuando todo el mundo estaba guardado. Eso fue un estresazo, porque al principio tuvimos miedo, teníamos miedo. Estaba todo el mundo en la casa, no salían ni a comprar el pan, y nosotros yendo y viniendo con el ambito [ropa del personal de salud], sin saber nada [...] ese fue el escenario que supimos tener.<sup>9</sup>

Fueron momentos de desconcierto y de disrupción de rutinas de trabajo pero también, con el correr de los días, de construcción de un espacio para la autogestión que aunque estaba enmarcado en los parámetros definidos por las sucesivas, y por momentos contradictorias, directivas de las autoridades sanitarias habilitaba márgenes de acción y decisión para los responsables de los centros y los integrantes de los equipos:

No sabíamos a quién atender ni cómo ni dónde. Había muchos protocolos distintos casi a diario. Tuvimos que entre nosotros juntarnos y decidirlo nosotros porque no había bajada de línea clara.<sup>10</sup>

En este caso, el equipo de salud canalizó la incertidumbre de forma colectiva, buscando ajustar las pautas de funcionamiento institucional al nuevo contexto y, progresivamente, enmarcando sus propias prácticas. “Para todo hicimos protocolo desde el día cero”, recuerda también Claudia enfatizando que la necesidad de organizarse los hizo ser proactivos. Fueron

armaron mini-protocolos para la actividad de la farmacia, los distintos espacios y también para la atención de consultas telefónicas y de las que recibían mediante la aplicación WhatsApp, una nueva modalidad de interacción e intervención que trajo la pandemia al CAPS. La reorganización del CAPS implicó que los profesionales tomaran otros roles, más allá de la formación disciplinar, algunos intercambiables, para cubrir las nuevas necesidades.

### *Reconversiones funcionales, condiciones desiguales de contratación y demandas en competencia para las profesionales-madres*

Las condiciones desiguales y precarias de contratación del personal sanitario en el municipio agregaron incertidumbre y condicionaron las tareas y reconversiones. En el caso de Lucía, ella trabajaba como monotributista – registrada como prestadora de servicios independiente– en el CAPS con un contrato de 16 horas semanales. Mientras el CAPS estuvo cerrado, para que los médicos generalistas con sus mismas condiciones de contratación mantuvieran sus ingresos el Municipio les ofreció trabajar en un móvil sanitario con *código verde*, haciendo visitas domiciliarias a pacientes de bajo riesgo, “si no vas al centro de salud no cobrás”.<sup>11</sup> Para Silvia, que es odontopediatra, su condición de monotributista y su formación profesional implicaron la reconversión total de su trabajo. Cuando irrumpió la pandemia los consultorios de odontología se suspendieron en los CAPS por la imposibilidad de cumplir con los protocolos de atención segura, quedando habilitada solo la guardia del hospital odontológico municipal.<sup>12</sup> El equipo contaba con tres odontólogos; mientras dos de ellos fueron asignados al hospital, ella quedó a cargo de la bioseguridad del CAPS y de la capacitación del equipo en el uso de los elementos de protección personal (EPP). A ello se le fueron sumando otras múltiples tareas, “hice todo lo que te puedas imaginar”, que incluyeron trabajo administrativo, vacunación, *triage* y el seguimiento telefónico de pacientes con COVID-19 con la asistencia de las médicas generalistas, e hisopados. Su condición precaria de contratación sumó temor por la continuidad de su cargo. La contratación de odontólogos la decide el Municipio según estadísticas de prestaciones realizadas que pueden transformarse en el fundamento para una reducción del personal contratado que no pueda justificar sus horas de trabajo. Si bien Silvia considera que su reconversión polifuncional constituyó un importante aprendizaje y le permitió “sobrevivir” como trabajadora del CAPS, también señaló momentos de incomodidad y la necesidad que sintió de trabajar en la profesión en la que se formó. La inestabilidad e inseguridad en el empleo puede ejercer una “presión disciplinadora” sobre los trabajadores precarios, exponiéndolos en mayor medida a la ampliación y multiplicidad de sus tareas y a la rotación de puestos (Neffa *et al.*, 2010, p. 70). En el caso de Silvia, se sumó la suspensión de la atención odontológica en el CAPS viéndose obligada a justificar su actividad en otras áreas.

Debido a las desiguales condiciones de contratación del personal, y a diferencia de lo ocurrido en otros establecimientos sanitarios, no pudieron establecerse en el CAPS cohortes rotativas para disminuir el riesgo de contagio del personal. El equipo de salud quedó dividido en equipos pequeños que ya con anterioridad compartían los mismos días y horarios de trabajo. Por otra parte, para las trabajadoras sanitarias no estuvieron habilitadas las licencias por el cuidado de hijos menores de edad, que durante todo el año 2020 permanecieron en sus hogares debido a la suspensión de las clases presenciales. Quienes tenían niños pequeños tuvieron que lidiar con la angustia que les generaban demandas en competencia por su doble rol como trabajadoras y madres. El miedo, propio y del grupo familiar, por el riesgo de contagio en el lugar de trabajo, al tiempo que organizar el cuidado de los hijos sin poder estar ellas presentes y sin contar con los sostenes habituales, aumentaba el nivel de estrés y el agotamiento, en un momento en el que además, y como veremos en la próxima sección, los EPP eran insuficientes y cuestionados por el equipo de salud:

Al principio lo que más me afectó fue llevar algo a mi familia. Me molestaba que me obliguen a exponerme y a la vez a trabajar, porque la verdad es que yo tengo chicos chiquitos, yo me hubiera quedado en casa con ellos. [...] Mi sensación era: dejá tus hijos a la deriva... No a la deriva, estaba el padre, al principio, pero era un padre no acostumbrado a estar todo el día con los nenes [...]. Yo tenía que llegar cansada y ellos también cansados entre los tres, digamos, la casa hecha un desastre, y yo por ahí con esto de decir: estoy arriesgando mi vida o la de mi familia por un lugar en el cual no me dan ni máscara [EPP].<sup>13</sup>

Cuando el CAPS retomó sus actividades con un horario muy reducido circulaba el rumor de que la reducción horaria afectaría los sueldos del personal de planta, algo que exacerbaba el sentimiento de desprotección y desvalorización de su trabajo: “me iban a bajar el sueldo pero tenía que venir a enfrentarme a este monstruo sin máscara y mis hijos no escolarizados, no contenidos ... lo vi hasta perverso”.<sup>14</sup> Gimena remarca que el sistema de salud debía proveer de cuidados a la población pero no cuidaba a las trabajadoras en cuanto a la seguridad en el lugar de trabajo, retribución salarial y acceso a derechos laborales. La suspensión de la presencialidad en establecimientos educativos tuvo un alto impacto en la organización de los hogares con niños, incrementando las tareas de cuidado desarrolladas exclusiva o mayoritariamente por mujeres (INDEC, 2020). Las profesionales-madres del sector salud vieron aumentada su demanda de trabajo en sus hogares (East, Laurence y López Mourelo, 2020), al tiempo que fueron declaradas personal “esencial” y se les denegaron las dispensas por cuidado de niños reconocidas en otros sectores.<sup>15</sup> Si las emociones motivan y energizan las instituciones (Zietsma y Toubiana, 2018), trabajar en el CAPS en estas condiciones resultaba amenazante y desalentador y provocaba una posición defensiva.

### *El miedo al contagio y las estrategias para armarse colectivamente y coordinar el trabajo*

Los profesionales de la salud a menudo se manejan con incertidumbre en la toma de decisiones, pero típicamente evalúan los riesgos que corren sus pacientes y no ellos mismos, un escenario de trabajo que la epidemia trastocó (Rosenbaum, 2020). Construir un lugar de trabajo seguro no fue una tarea sencilla en el CAPS. Factores institucionales, de dinámica grupal y personales se retroalimentaron. Al inicio de la pandemia los EPP fueron insuficientes en cantidad y de calidad dudosa. Por ser un servicio de APS sólo contaban con un pequeño stock de barbijos N95 para la atención de pacientes con tuberculosis. Había faltante en el Municipio para la entrega de barbijos quirúrgicos, al tiempo que llegaban envíos y donaciones de elementos que en gran medida no necesitaban. Este escenario alimentaba la sensación de vulnerabilidad del equipo y ponía en evidencia las condiciones precarias de trabajo.

El miedo al contagio contribuyó a abrir líneas de fisura y conflicto en el equipo por cómo procedía cada uno en el uso de los espacios y elementos y los riesgos que su conducta podía ocasionar al resto, “todo era medible, todo te juzgaban, si hacías de menos, si hacías de más, todo era juzgable”.<sup>16</sup> Para la Dirección, el temor al contagio era comprensible y se dejó a criterio del personal si decidían sobreprotegerse frente a situaciones que exacerbaban el sentimiento de riesgo para que no sintieran que se estaban “inmolando” como trabajadores de la salud:

Hubo mucho miedo, había gente que quería como vestirse completamente como si estuviera viendo un [paciente] respiratorio [...] ante el miedo y ante la angustia y la incertidumbre [...] a ver, si alguien decidía ponerse tres barbijos y dos camisolines, digo, la realidad es que ante eso, por lo menos desde mi lugar no estaba el cuestionarlo, porque, uno se quiere cuidar, y viene a laburar y tampoco te vas a inmolar por nada.<sup>17</sup>

El temor no solo llevó a respuestas y decisiones individuales sobre cómo protegerse, sino también a buscar estrategias para “armarse” colectivamente y cuidarse entre todos. En este sentido, como personal de salud de la primera línea no sólo tuvieron que luchar contra el virus; el lenguaje bélico fue utilizado para remarcar la pelea colectiva ante los recursos insuficientes de protección personal:

Cuando fuimos nosotros armándonos y armando nuestros propios protocolos, consiguiendo nuestros equipos de protección, uniéndonos también como equipo, empecé a entender que no era yo sola la que así no iba a trabajar, como que todos decían: ‘No, yo así tampoco’, ‘No, yo tampoco’, y nos unimos bastante, y ahí me fui tranquilizando. [...] Empezamos a armarnos más, me di cuenta de que por ahí todo el equipo tenía ganas de estar unidos y de cuidarnos entre nosotros; si no, no retomar la atención, como que sentí que no era la única por ahí con miedo. Porque en realidad al principio fue como: ‘Bueno, atiendan, sigan atendiendo’, una cosa así, ¿no? Y nosotros dijimos: ‘No, pará, así no. Cómo hacemos, bueno, cerramos las puertas, bueno, conseguimos máscaras,

bueno, atendamos espaciado'. Eso como que se dejó a criterio nuestro y hubo una buena unión y ahí me fue dando seguridad.<sup>18</sup>

Siguiendo a Barbalet (1998), en el nivel individual, el comportamiento orientado por el miedo puede llevar al repliegue pero también a la lucha cuando la responsabilidad por la situación de amenaza puede atribuirse a agentes externos. Cuando el miedo es compartido en un grupo inmerso en relaciones estructurales y procesos comunes se constituyen *climas emocionales* que actúan como punto de referencia de sentimientos sobre las condiciones sociales y políticas, oportunidades y limitaciones, y operan como una influencia social sobre la acción individual y como fuentes para la acción colectiva. En el CAPS, el miedo compartido frente al riesgo de contagio, y la indignación por las condiciones laborales precarias, los llevó a buscar información para evaluar la adecuación de los EPP que recibían del Municipio según los estándares internacionales, y a articular demandas y resistencias. La sensación compartida de vulnerabilidad también los movilizó para decidir el ritmo de trabajo, lo que redundó en un sentimiento de mayor seguridad individual y grupal. El concepto de orden negociado (Hallet, Shulman y Fine, 2009) resulta útil para entender la dinámica coordinada emprendida en el CAPS para minimizar el riesgo de contraer la enfermedad y transmitirla a los compañeros de trabajo, pacientes y familiares. Sobre este punto, Claudia comenta que fueron creando "micro-estructuras" para sostenerse mutuamente, lograr un espacio de trabajo seguro y dar "batalla al sistema". Los protocolos ad-hoc que diseñaron y los acuerdos para una mejor coordinación del trabajo entre los mini-equipos fueron las estrategias seguidas para re-estructurarse en la contingencia y actuar de manera coordinada y previsible. La búsqueda de estandarizar algunas prácticas (especialmente para el uso de los espacios de atención de pacientes y de los elementos de trabajo) fue el resultado de este proceso de negociación.

En los momentos más críticos, la Dirección organizó reuniones que sirvieron para acordar criterios comunes de trabajo entre los grupos. La tarea de ensamblarlos no estuvo exenta de dificultades para llegar a acuerdos, pero evaluada retrospectivamente, el saldo fue positivo, "fue un laburo en equipo, yo eso lo rescato siempre, en esto me parece que la unión es lo que te salva".<sup>19</sup> Varias entrevistadas remarcaron que uno de los logros alcanzados fue que tuvieron muy pocos casos de personal contagiado, a diferencia de lo sucedido en otros CAPS del conurbano. También que la revisión permanente del accionar para llegar a acuerdos dejó como aprendizaje la no improvisación para la gestión de los recursos de salud más allá de resolver la urgencia en la contingencia, "se trabajó mucho en esto de tenemos que organizarnos en el desorden".<sup>20</sup> Retrospectivamente enfatizan que la necesidad de reorganizarse los llevó a ser flexibles y a ganar en reflexividad sobre las decisiones que iban tomando en escenarios de trabajo en continuo cambio. Como también enfatiza Claudia, la capacidad para adaptarse y sobrellevar la incertidumbre y los temores de manera colectiva fue un saldo positivo de la pandemia, "nosotros todas las semanas teníamos que ver cómo seguíamos trabajando. Lo que



habíamos hecho la semana anterior, esa semana no servía. [...] Entonces hubo que ganar flexibilidad y trabajar en la incertidumbre". Siguiendo a Hillen *et al.*, (2017) vemos cómo mediante acciones y toma de decisiones coordinadas, no sin mediar conflictos, pudieron lidiar colectivamente con el miedo y adaptarse para convivir con la incertidumbre.

### *La refuncionalización de los espacios y la vivencia del distanciamiento físico*

Las características edilicias del CAPS fueron favorables para repensarlo en su sectorización y operatoria. La amplitud del centro (cantidad de consultorios, amplia sala de espera, dos entradas al edificio distantes entre sí) y las características de su emplazamiento, con una parquización circundante delimitada por una reja perimetral, facilitaron ir abriendo paulatinamente los espacios de atención.

Por varios meses, el contacto con la gente que acudía al CAPS se realizaba a través de la reja perimetral. Allí se organizó el *triage* para clasificar a los pacientes sintomáticos, hacer las derivaciones a otros efectores, y/o su seguimiento de manera remota. El portón de la reja que era un lugar de acceso al CAPS anteriormente pasó así a ser una frontera que permaneció cerrada durante los primeros tres meses del ASPO para garantizar un espacio de trabajo y atención seguro, habilitándose sólo el ingreso de pacientes para urgencias. Las ventanillas con acceso desde la calle que anteriormente no eran utilizadas para la atención al público pasaron a cumplir ese rol para la farmacia y las consultas de todo tipo. Esteban, trabajador social, comenta cómo esta reconversión espacial y el distanciamiento físico impactó fuertemente en su trabajo:

El centro estaba cerrado totalmente y a la gente se la atendía a través de una ventanilla que daba a la calle. Por una entrada a la gente se la atendía por una ventanilla, y por la otra entrada, por otra ventanilla también a la calle, la farmacia [...]. El no contacto con la población condiciona tu rol como trabajador social, y más en atención primaria, que es un rol de mucho contacto con la población, de mucho contacto cara a cara.<sup>21</sup>

Esta modalidad de atención era útil para gestionar trámites, pero resultaba muy inconveniente para realizar entrevistas sobre situaciones personales y familiares que requerían privacidad. El resguardo ético resultaba vulnerado y el encuadre de escucha y acompañamiento se veía comprometido, "a veces la persona terminaba exponiendo una situación delante de toda la gente, no se podía mantener una entrevista de forma privada, con reserva [...] no era ético".<sup>22</sup> Para suplir esta falencia les ofrecía hacer la entrevista por teléfono, o bien utilizaba los espacios verdes para un encuentro presencial que aseguraba privacidad y un mayor acercamiento aun manteniendo el distanciamiento físico. Más adelante utilizó el salón de usos múltiples (SUM) que se había refuncionalizado para hacer hisopados y que requería de una sanitización profunda antes de darle otro destino, condicionando los horarios disponibles.

Paralelamente tuvieron que decidir cómo readecuar otros espacios para abocarse a la pandemia, distinguir las aéreas *sucias y limpias*, cuáles consultorios serían para pacientes respiratorios y febriles, y delimitar los senderos de circulación. A diferencia de los consultorios que anteriormente eran en gran medida espacios intercambiables entre las distintas disciplinas según los horarios y días de trabajo, la reconversión de la sala de enfermería fue emocionalmente muy perturbadora, como lo remarcó Liliana que trabaja como enfermera en el CAPS desde hace más de 10 años. De ser *nuestro* lugar de trabajo con marcas simbólicas distintivas de pertenencia (Halford, 2004) pasó a ser un espacio despersonalizado para su posible refuncionalización como sala de intubación endotraqueal si se saturaba el segundo nivel. Y aunque no terminó siendo ese su destino, porque no se llegó a la saturación de las unidades de terapia intensiva en el Municipio, la sala quedó igualmente desprovista de muchos objetos por los protocolos de reacomodamiento de los espacios de trabajo. Si bien algunos objetos cumplían una función más instrumental antes de la pandemia, portaban asimismo una carga emotiva para el personal y los pacientes, y su retiro significó una des-apropiación del lugar de trabajo cotidiano y un cambio en las interacciones. Para atenuar la sensación de extrañeza decidieron dejar unos adornos que estaban colgados en el techo y que los niños no podían alcanzar:

Después nos acostumbramos, pero al principio [...] llegar un día y que te digan: no, mirá, tenés que mudar todo para allá, ahora no se puede tocar nada, no te podés saludar más con tus compañeros, tener que desarmar todo el lugar de trabajo. Yo entré acá, a mi demanda, ¿ustedes la ven? Y de repente quedó vacío [mueve el celular 360 grados para mostrarnos cómo está la sala], no están más los dibujitos de los nenes en la pared, no están más los juguetes que les prestamos para que no se aburran mientras se hacen una nebulización, no están más los almohadones de lactancia que le pongo a una mamá que a veces viene a una consulta; tener que sacar todo eso, transformarlo, convertirlo. Lo que sí no le saqué fueron las mariposas de ahí [muestra una viga en el techo]. Sentí como que cada cosa que se puso, se armó, era como nuestro lugar: esto lo trajo fulano de su casa para ponerlo ahí, de repente que se convierta en la gente esperando afuera y nosotros todos vestidos [con EPP].<sup>23</sup>

Su relato evidencia el impacto emocional de tener que *deshabitar* un lugar de trabajo con fuerte carga simbólica y afectiva por las prioridades impuestas por la pandemia. Shortt (2015), citando a Casey, enfatiza que cuanto más habitamos un espacio es mayor el sentido de familiaridad que construimos sobre él, convirtiéndolos en espacios vividos como propios ligados a la identidad, en este caso, profesional. Liliana señala asimismo la dificultad para implementar las medidas de distanciamiento físico. Sin embargo, comentó que en algunas ocasiones, poniéndose los EPP, no dejó de darle un beso a un bebé o un abrazo a un adulto por considerarlo parte del vínculo terapéutico y del acompañamiento empático. El distanciamiento corporal con los compañeros de trabajo también fue perturbador, así como lo fue dejar de compartir espacios y momentos de sociabilidad, como el almuerzo que tuvo

que realizarse por turnos, “antes éramos cincuenta en una cocina de dos por dos, y lo re-disfrutábamos”.<sup>24</sup>

Los CAPS tuvieron que mantener los servicios asistenciales esenciales con población sana, que quedaron inicialmente limitados a la atención de embarazadas, puérperas, recién nacidos y bebés de hasta 6 meses, asesoría por interrupción legal del embarazo (ILE), y a continuar con el calendario oficial de vacunación de niños y adultos. El gobierno provincial y el local indicaron la atención de estos grupos en otras instalaciones para prevenir contagios por COVID-19, incluyendo los polideportivos de gestión municipal. Para la dirección del CAPS, trasladar físicamente parte del equipo y servicios implicó por varios meses coordinar dos centros en forma paralela con lógicas y dinámicas de trabajo muy diferentes. La división del trabajo en locaciones diferentes, distanciadas por varias cuadras y un cruce de ruta, significó además la vivencia de una fragmentación física y comunicacional del equipo, “estábamos fragmentados. Ahí sí que ni nos veíamos, no sabíamos qué pasaba en el otro lugar, sí, fue un momento complejo”.<sup>25</sup>

### *Retomando el ritmo de trabajo*

Fue recién a principios de setiembre que el CAPS, siguiendo las directivas municipales, extendió su horario de 8 a 17 hs, cerrando a las 19 hs tres días a la semana como lo hacía diariamente antes de la pandemia. Con el equipo reunificado en un solo edificio se pudo organizar la demanda espontánea durante la mañana y abrir por la tarde la agenda de turnos programados espaciados para pacientes crónicos y controles de salud de niños hasta dos años. También retomaron los servicios de salud de la mujer con talleres de métodos anticonceptivos y días para realización del PAP que se articularon con el trabajo en territorio mediante operativos con móviles sanitarios organizados por el municipio. Se encontraron aquí con la necesidad de ir reconstruyendo la demanda de cuidado preventivo ginecológico que había quedado rezagada, “es también volver como a instalar un montón de cosas que por ahí antes estaban como naturalizadas y la pandemia vino a desestructurarnos un poco”.<sup>26</sup>

Para principios de diciembre algunos servicios continuaban postergados, como el seguimiento de niño sano mayor de dos años, que aunque con días y turnos muy restringidos, podía hacerse en las postas antes de la pandemia y estaba a cargo de los médicos generalistas y residentes. Tampoco se habían reabierto los consultorios de odontología.

Desde el inicio de la pandemia, el trabajo presencial en las postas sanitarias ubicadas en las áreas más vulnerables del barrio quedó suspendido no sólo porque las prioridades de salud pública postergaron las actividades de promoción y los controles preventivos que allí se realizaban, sino también por las condiciones edilicias y de falta de higiene y seguridad en varias de ellas. Se sumó que varias de la referentes barriales y agentes sanitarias que colaboran como voluntarias pertenecen a grupos de riesgo frente al COVID-19 por tener condiciones de salud crónicas. Si bien se suspendieron los

consultorios y actividades presenciales, no obstante, las voluntarias siguieron en contacto con la población. Marta, agente sanitaria y vecina del barrio, rescata el trabajo de articulación que realizaron con el CAPS para brindar información y dar respuesta a sus múltiples necesidades:

Hemos estado en contacto con pacientes, hemos ido a buscar pacientes, les hemos llevado turnos [para el CAPS], siempre se hace algo, no es que decís 'no voy más' y chau [...] Buscar los pacientes es muy normal para nosotros. Por un turno, o por medicación, o para ver cómo están, o para ver si fueron al turno que tenían programado en otro lugar.<sup>27</sup>

## La atención de pacientes adultos crónicos en un contexto de falencias

Durante la pandemia se agudizó el problema de larga data de la insuficiente provisión de medicación e insumos provenientes de programas nacionales y provinciales, especialmente, pero no sólo, para pacientes diabéticos que son insulino-dependientes y que no se alcanzan a suplir con las compras del municipio. Como sucedía anteriormente (Freidin *et al.*, 2020a), la falta de algunos medicamentos esenciales y su reemplazo por otros fármacos implicaron cambios en los esquemas de tratamiento que no sólo complicaron el trabajo de los médicos sino también el seguimiento de los tratamientos por parte de los pacientes. La posibilidad de adquirir la medicación faltante en la farmacia central del municipio quedó restringida a casos excepcionales y bajo procedimientos más burocratizados de autorización que los habituales, a lo que se sumaron las barreras que impuso el ASPO para la circulación.<sup>28</sup> Al igual que con los EPP, la emergencia sanitaria amplificó falencias estructurales y de gestión del sector público en la provisión de medicamentos que no solo deterioraron la salud de la población sino las condiciones de trabajo del personal sanitario del primer nivel de atención, "hoy se nota como más la precarización, en cuanto a los recursos. Hacia nosotros y hacia la población con la que trabajamos".<sup>29</sup> También tuvieron faltantes de algunos métodos anticonceptivos lo que redundó en la gran cantidad de consultas que recibieron por ILE.

Una consecuencia no esperada de la pandemia, y que llevó a repensar dispositivos para pacientes crónicos, fue el nuevo rol que comenzó a desempeñar la encargada de la farmacia para la recaptación de adultos. Por un lado, la gente dejó de concurrir al CAPS por las restricciones a la circulación y las prioridades sanitarias ante la emergencia que postergaron la atención para el seguimiento de condiciones crónicas. Se sumó en el caso del CAPS, la falta de información sobre si había reabierto y bajo qué modalidad, "al principio fue muy terapia de shock, 'no salga'. Y la gente después quizás ni sabía: 'Ah, yo pensé que seguía cerrado', te decían".<sup>30</sup> Pero, por otro lado, las comorbilidades que exponían a un mayor riesgo de complicaciones frente al COVID-19 llevaron a algunos pacientes a volver a buscar medicación tras haber discontinuado los tratamientos por mucho tiempo. Esta circunstancia

generó una demanda no prevista y un trabajo adicional de gestión para la revisión de los padrones para regularizar la situación de estos pacientes por parte del personal administrativo y médico. Cuando se habilitó la demanda espontánea también se evidenció uno de los daños colaterales de la pandemia. La postergación de la atención de los pacientes adultos crónicos durante los primeros meses del ASPO contribuyó al agravamiento de condiciones de salud que hubieran podido evitarse con atención médica oportuna. Se pensaron entonces dispositivos de seguimiento remoto y presencial para no continuar vulnerando derechos de acceso al sistema sanitario en el primer nivel de atención:

[Al principio con los pacientes crónicos] no hacíamos nada porque no sabíamos qué hacer, porque no teníamos la directiva tampoco, y después cuando empezamos a ver que venían pacientes medio tronados por la demanda, con heridas... pie diabéticos, que estaban para amputar, y que nos dábamos cuenta, 'Che, hay que hacer el seguimiento, bueno, yo a este paciente lo voy a tener que seguir, lo cito el jueves que viene, que venga, y lo veo por no respiratorio'. Y después al otro jueves cuando, decías: 'Bueno, lo voy a llamar por teléfono', y ya teníamos el celular, entonces le hacíamos la videollamada. Y así decías: 'Bueno, si le puedo hacer la videollamada a él, le hago la videollamada al otro, que vino por farmacia a buscar y que no sabe cómo colocarse la nueva insulina', entonces ahí empezabas a captar.<sup>31</sup>

En el CAPS antes de la pandemia el escenario ya era complejo y restrictivo para la atención integral y longitudinal, por barreras impuestas por los propios servicios, por la falta de acceso a medicación e insumos que desalentaba las consultas de seguimiento y por las dificultades de articulación con efectores del segundo nivel, que se sumaban a la falta de turnos programados en el CAPS (Freidin *et al.*, 2020a). Junto con estos factores institucionales y de gestión, las condiciones de vida y laborales de sectores de la población bajo su área programática también llevaban a la postergación del cuidado preventivo y que la consulta ocurriera cuando la enfermedad crónica ya había progresado (Freidin *et al.*, 2020b).

Con la pandemia, la atención remota con dispositivos de telemedicina se utilizó inicialmente para el seguimiento de pacientes con COVID, para el *triage* de casos sospechosos y para todo tipo de consultas. El dispositivo luego se extendió al seguimiento de pacientes adultos crónicos y para consultas de psicología y trabajo social. La estrategia tuvo que adaptarse a lo que era viable y quedó restringida a la aplicación gratuita de WhatsApp que se utilizó para la comunicación vía mensaje de texto, audio y video-llamada. Se trató de una innovación en el CAPS sin una planificación previa que requirió aprendizajes por parte de los pacientes y del equipo, sin contar con la tecnología adecuada. Hasta diciembre de 2020 disponían de un único celular y la posibilidad de utilizar la aplicación Web WhatsApp, pero no todas las computadoras del CAPS tenían conexión a internet y la conexión era de mala calidad.<sup>32</sup> En este sentido, si bien en muchos países de altos ingresos la telemedicina es una práctica reconocida, legitimada, y con una creciente difusión, en Argentina

previamente a la pandemia existían muy pocas experiencias de institucionalización del dispositivo (Briggiler y Chicote, 2017; Donatelli y Cuberli, 2020). Un estudio realizado con médicos del AMBA en 2017 encontró que muy pocos estaban familiarizados con el concepto telemedicina y que la mayoría se oponía a su utilización destacando la importancia de la relación cara a cara en la interacción médico-paciente (Donatelli y Cuberli, 2020).

En el CAPS inicialmente utilizaron el WhatsApp para todo tipo de consultas, teniendo que responder hasta doscientos mensajes por día, por lo que la innovación contribuyó a la sensación de caos y de saturación del personal a medida que se fue extendiendo el uso improvisado de la telemedicina sin la capacidad institucional ni la logística necesaria. El dispositivo resultó en gran parte ineficaz para responder al volumen de consultas. Esto los llevó a buscar nuevas herramientas, también precarias, como la versión negocios de la aplicación, por no contar con ningún recurso institucional adicional para la gestión del trabajo remoto. Buscaban así poder ordenar la recepción y tener una mayor capacidad de respuesta, “creo que WhatsApp fue lo que más locos nos volvió [...]. Es lo más nefasto, lo que más queremos que se termine es el WhatsApp del centro de salud”.<sup>33</sup>

La atención por telemedicina no solo estuvo limitada por condiciones institucionales y de gestión deficientes, sino también por la brecha digital en el acceso a tecnología y conectividad para los sectores populares. Pero, aun con todas estas restricciones, la telemedicina se constituyó en una herramienta complementaria útil para el seguimiento de pacientes crónicos y en noviembre de 2020 estaban pensando en modalidades híbridas de atención que combinaran dispositivos a distancia con consultas presenciales más cortas por el espaciamiento de los turnos que impuso la pandemia. Una estrategia que esperaban ir mejorando en la nueva normalidad.

## El trabajo social durante la pandemia

Antes de la pandemia vecinos y vecinas recurrían al CAPS con múltiples demandas que orientaban el trabajo social hacia la actividad asistencial y la gestión de recursos disminuyendo la capacidad para realizar actividades de promoción propias de APS (Freidin *et al.*, 2020a). Durante la pandemia se profundizó esta tendencia en detrimento del trabajo territorial. Esto se debió, por un lado, al nuevo contexto sanitario y al cierre de las postas sanitarias. Por otro lado, la falta de personal en el área de trabajo social en el CAPS imprimió ciertas particularidades. Aunque resultaban insuficientes para atender la alta demanda, hasta el 2019 contaban con 48 hs de trabajo social mientras que en el 2020 se mantuvieron solamente 16 hs a cargo de un trabajador social, debido a que un cargo quedó vacante y aún no se había cubierto. En este escenario, algunas consultas fueron absorbidas por la Dirección del CAPS, y algunas gestiones de recursos fueron realizadas por residentes. Con la irrupción de la pandemia trabajo social se abocó al abordaje interdisciplinario de situaciones

socio-familiares y al espacio de consejería sobre salud sexual y reproductiva, en el que colaboraba una trabajadora social externa al CAPS.

La posibilidad de utilizar el WhatsApp como herramienta de trabajo durante la pandemia fue exitosa para atender situaciones urgentes. Permitted superar trabas burocráticas, tiempos de espera y evitar filas presenciales dinamizando la capacidad de respuesta ante algunas demandas y evitando que se perdiera el rastro de algunas gestiones. Con el respaldo y la decisión política de la Secretaría de Desarrollo Social implementaron un grupo de WhatsApp con los agentes territoriales para articular y resolver la entrega de recursos para la asistencia social directa y más urgente, especialmente la alimentaria:

Eso funcionó y funciona muy articuladamente con un grupo de WhatsApp, donde a nosotros nos llega la demanda o nos llega la situación, e inmediatamente ponemos el nombre de la persona que requiere la asistencia, su dirección y teléfono, e inmediatamente se contactan, ven la situación, cuál es la demanda o la necesidad. [...] No es que el grupo de WhatsApp hace que la asistencia sea más directa, sino que hubo una decisión política de la Secretaría de que la asistencia en contexto de Covid sea lo más inmediatamente posible.<sup>34</sup>

Al inicio del ASPO se incluían en las solicitudes a trabajadores informales que vivían de changas y repentinamente quedaron sin ingresos: “esa gente que por ahí laboraba al día, y que si no iba a laborar no tenía para comer”.<sup>35</sup> Luego se amplió a familias aisladas por contagios de COVID-19 o por haber tenido contactos estrechos con pacientes positivos. Este dispositivo se articuló con organizaciones territoriales y comedores barriales y logró que el cierre de la atención presencial no se viviera como un distanciamiento por parte del CAPS de las necesidades de la población. Por el contrario, habilitó un espacio virtual eficaz y directo.

Para el mes de noviembre de 2020 también se había conformado un equipo interdisciplinario para el seguimiento de pacientes de salud mental, “[ya están] insertos en el sistema y en el circuito de salud mental del Municipio, y llegan al centro de salud una vez por mes para el acompañamiento, ver cómo siguen, si requiere alguna otra intervención de otra profesión del centro”.<sup>36</sup> Hacia fines de 2020, ambas intervenciones, la resolución de la urgencia alimentaria y el trabajo interdisciplinario en salud mental, resultaban prioritarias en el CAPS, reflejando las gravísimas consecuencias que tuvo la pandemia y el ASPO para numerosas familias del barrio: “estamos trabajando muchísimo en situaciones urgentes, gravísimas, que, bueno, están empezando a caer, ¿no?, después de esta pandemia, después de tantos meses, digamos, la semana pasada llegaron por consultorio situaciones que terminamos denunciándolas”.<sup>37</sup> Tuvieron que intervenir en situaciones extremas de violencia doméstica y de género y en casos de jóvenes y adolescentes con autolesiones e intentos de suicidio:

No es lo ideal como centro de atención primaria, tenemos otros objetivos para la comunidad, pero la realidad es que si hoy, así como en su momento el Covid fue como el principal protagonista, y bueno, hoy también, pero hoy quizás está

un poco más tranquila [la situación sanitaria], hoy las situaciones... desde trabajo social son urgentes.<sup>38</sup>

En un momento en que crecía la necesidad de intervenciones institucionales coordinadas, la articulación con el área de fortalecimiento familiar, discapacidad y el Poder Judicial se deterioró notablemente. Desde la Dirección se criticó fuertemente la ausencia de estos otros soportes institucionales en un momento en que el CAPS no daba abasto y estaba priorizando la atención por el COVID-19. El cierre de las escuelas también significó que los contactos de los niños y las familias con los orientadores escolares y sociales fueran más escasos. Normalmente el área de trabajo social del CAPS articula con estos agentes las tareas de detección de problemas sociales y el seguimiento familiar. A diferencia de lo ocurrido con la ayuda alimentaria directa, la falta de presencialidad o el cierre parcial o total de la atención de estos otros espacios significó una falta de contención y seguimiento de la población más vulnerable, derivando en un agravamiento de situaciones de salud. Como advertía Oszlak (2003) el retraimiento o inacción estatal para la gestión y resolución de cuestiones sociales críticas redundan en el deterioro de las condiciones de vida y en una mayor inequidad social.

## Conclusiones

La pandemia COVID-19 representa un desafío inédito para los servicios de salud con exigencias particulares sobre los efectores de APS. En este nivel, quedaron afectados procesos institucionales que estructuran los aspectos más rutinarios de las actividades que desarrollan los equipos de salud, como la división del trabajo según disciplinas y perfiles profesionales, generando una gran incertidumbre y modificando no sólo las rutinas y la dimensión espacial del quehacer diario sino también las formas de negociación del trabajo coordinado. Los cambios y desajustes generados entrañaron estados emocionales individuales y colectivos, que afectaron las relaciones en el equipo y las visiones de cada uno de sus integrantes sobre la coyuntura, su propia práctica y condiciones de trabajo. El miedo a contraer el virus y transmitirlo a los compañeros y al grupo familiar, fuente de angustia y preocupación para el personal sanitario en todos los niveles de atención como se documenta en trabajos previos (Ortiz *et al.*, 2020), generó enfrentamientos y conflictos en el equipo del CAPS, pero también la necesidad de organizarse para constituir un lugar de trabajo seguro. Lograr *armarse* como grupo en este nuevo contexto adquirió varios significados y contrarrestó sensaciones y emociones negativas que surgieron como parte del proceso, y viabilizó el reajuste a las nuevas pautas de funcionamiento de los servicios e instituciones de la red asistencial.

La capacidad para alcanzar acuerdos colectivos se destaca en los relatos como uno de los principales sostenes para la actividad en el CAPS, junto con el soporte emocional mutuo en los pequeños grupos de trabajo y las



estrategias de resistencia colectiva frente a condiciones laborales precarias exacerbadas durante la pandemia. Los acuerdos que lograron alcanzar y los protocolos ad-hoc les permitieron re-estructurarse en la contingencia y poder actuar de manera más coordinada y previsible. Siguiendo a Giddens (1998), estas micro estructuras –como las denominaron la propias entrevistadas– en tanto reglas y recursos que se incorporan de manera recursiva en ámbitos institucionales, les permitieron manejar la sensación de caos inicial, producto en gran parte del proceso de des-estructuración de las formas habituales de organización del trabajo y de las rutinas previas.

El equipo desarrolló una serie de estrategias de adaptación de su trabajo destinadas, por un lado, a una mejor coordinación de su propio funcionamiento, y por el otro, a la atención más allá del COVID-19, especialmente para la recaptación de pacientes crónicos. Las estrategias implicaron otro tipo de exigencias sobre el equipo de salud, con sus consecuentes efectos emocionales y de agotamiento, este último especialmente ligado al uso no planificado de herramientas de telemedicina y sin los recursos humanos y tecnológicos necesarios para dar respuesta a la alta demanda asistencial. Otros estudios han mostrado el impacto de la telemedicina en la salud mental de los trabajadores de la sanidad durante la pandemia, siendo un factor asociado al *burnout* cuando las condiciones no son las apropiadas y/o hay una importante carga laboral (López Osorio, Cano y Salazar Ospina, 2020; Gomez *et al.*, 2021). No obstante, en el CAPS se la considera como una herramienta eficaz de trabajo si se la integra en dispositivos híbridos que permitan garantizar el derecho a la salud integral y longitudinal propia de la APS.

Algunas de las estrategias desplegadas para reorganizarse implicaron un mayor margen de negociación con las autoridades municipales y del CAPS, como la adaptación de los protocolos de atención; otras no tuvieron ese margen de maniobra, como la reconversión de roles ante la necesidad de justificar las horas trabajadas, y la implementación de las directivas para refuncionalizar los lugares de trabajo y fragmentar espacialmente al equipo durante los primeros meses de la pandemia. La reconversión de los espacios de trabajo, con su consecuente despersonalización, y la fragmentación física del centro en dos locaciones distantes entre sí fueron particularmente perturbadoras. Se hizo visible la carga simbólica de los lugares de trabajo (Halford, 2004), ligada a construcciones identitarias profesionales y a las interacciones que allí transcurren entre los trabajadores y con los pacientes.

Como saldo positivo de la pandemia, se resalta la construcción colectiva de un lugar de trabajo seguro en un contexto de múltiples falencias y gran incertidumbre. Así como la capacidad de adaptación y de revisión permanente del propio accionar y, asociado con ello, una mayor reflexividad sobre el trabajo en APS habilitado por un profundo trastocamiento de las formas habituales de organización del trabajo en el primer nivel de atención. Para fines de 2020 permanecía entre ellos la incertidumbre sobre hasta cuándo se mantendrá el estado de situación de excepcionalidad y el tránsito hacia una

nueva normalidad y cómo los seguiría afectando personalmente y como equipo de trabajo.

## Referencias

- Barbalet, J. M. (1998). *Emotion, Social Theory and Social Structure. A Macrosociological Approach*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge, University Press.
- Bechky, B. (2011). Making Organizational Theory Work: Institutions, Occupations, and Negotiated Orders. *Organization Science*, 22 (5), 1157-1167. doi: 10.1287/orsc.1100.0603
- Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención primaria de la salud: una reflexión desde las ciencias sociales. *Salud y Población*, 4, 14-21.
- Briggiler, I. y Chicote, M. (Septiembre de 2017). Dificultades en la construcción de un servicio de Telemedicina en Argentina. Simposio llevado a cabo en el VIII Congreso Argentino de Informática y Salud "Informática y Salud Federal" (CAIS-CLEI) - JAIIO 46, Córdoba, Argentina.
- Cain C. L. (2019). Agency and Change in Healthcare Organizations: Workers' Attempts to Navigate Multiple Logics in Hospice Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 60 (1), 3-17. doi: 10.1177/0022146518825379.
- Ceriani, L. y Kanterewicz, L. (2019). La salud en tiempos de ajuste. Un acercamiento a conocer cómo está afectando la política económica actual la salud de las y los argentinos. *Márgenes: Revista de Economía Política*, V (5), 117-132. doi: 10.17345/rio20.169-195.
- Chiara, M. (2019). El derecho a la salud bajo amenaza. *Voces en el Fénix*, 9 (77), 60-67.
- Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19 (2020). *Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN*. Buenos Aires, Argentina: MINCYT-CONICET-AGENCIA. Recuperado de: [https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/Informe\\_Final\\_Covid-Cs.Sociales.pdf](https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/Informe_Final_Covid-Cs.Sociales.pdf)
- Crojethovic, M. y Ariovich, A. (2018). Las redes de salud en el territorio del Gran Buenos Aires: el desafío de la coordinación de servicios de salud. *Revista Internacional de Organizaciones*, 20, 169-195.
- Deakin, K. y Wakefield, K. (2014). Skype interviewing: reflections of two PhD researchers, *Qualitative Research*, 14 (5), 603-615. doi: 10.1177/1468794113488126.
- Dias Sarti, T.; Serra Lazarini, W.; Ferreira Fontenelle, L. y Santana Coelho Almeida, A. P. (2020). Organization of primary care in pandemics: a rapid systematic review of the literature in times of COVID-19. *Revista Brasileira De*

*Medicina De Familia E Comunidade*, 16(43), 26-55. doi: 10.5712/rbmfc16(43)2655.

Donatelli, L. y Cuberli, M. (2020). Mediaciones tecnológicas y su impacto en la relación médico-paciente. En M. Petracci, P. Schwarz y Rodríguez Zoya, P. G. (Eds.). *Comunicación y Salud. Emergencia y desafíos de eHealth* (pp. 95-116). Buenos Aires, Argentina: Teseo.

East, S.; Laurence, T. y López Mourelo, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: OIT Argentina, ONU Mujeres Argentina y UNFPA Argentina.

Freidin, B. (2017). El uso de despliegues visuales en el análisis de datos cualitativos: ¿Para qué y cómo los diseñamos? En P. Borda, V. Dabenigno, B. Freidin y M. Güelman (Eds.), *Estrategias para el análisis de datos cualitativos*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Freidin, B.; Ballesteros, M.; Krause, M.; Wilner, A. y Vinitisky, A. (2020a). *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.

Freidin, B.; Ballesteros, M.; Krause, M.; Wilner, A.; Vinitisky, A. y Mosteriro, C. (Agosto de 2020b). Trabajo, precariedad y salud en varones adultos de clase popular. Simposio llevado a cabo en XIV *Jornadas de Debate interdisciplinario de salud y población*, IIGG-UBA. Buenos Aires, Argentina.

Friedland, R. (2017). Moving Institutional Logics Forward: Emotion and Meaningful Material Practice. *Organization Studies*, 1-28. doi: 10.1177/0170840617709307

Giddens, A. (1998). *La constitución de la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Gomez, T.; Anaya, Y. B.; Shih, K. J. y Tarn, D. M. (2021). A qualitative study of primary care physicians' experiences with telemedicine during COVID-19. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 34, S61-S70. doi: 10.3122/jabfm.2021.S1.200517.

Halford, S. (2004). Towards a Sociology of Organizational Space. *Sociological Research Online*, 9 (1). doi:10.5153/sro.885.

Hallett, T. y Ventresca, M. J. (2006). Inhabited institutions: social interactions and organizational forms in Gouldner's patterns of industrial bureaucracy. *Theory and Society*, 35 (2), 213-236. doi: 10.1007/s11186-006-9003-z.

Hallett, T., Shulman, D. y Fine, G. A. (2009). Peopling organizations: the promise of classic symbolic interactionism for an inhabited institutionalism. En P. S. Adler (Ed.). *The Oxford Handbook of Organizational Studies: Classical Foundations* (pp. 486-510). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

Hillen, M. A.; Gutheil, C. M.; Strout, T. D.; Smets, E. M. y Han, P. K. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social Science & Medicine*, 180, 62-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.03.024.

Honorable Congreso de la Nación Argentina (2019). *Ley 27541. Ley de Solidaridad Social y Reactivación Productiva en el marco de la Emergencia Pública. Boletín Oficial N° 34268*. Recuperado de: [https://s3.arsat.com.ar/cdn-bo-001/suplementos/2019/12/23/primera-seccion\\_23-12-2019\\_suplemento-1.pdf](https://s3.arsat.com.ar/cdn-bo-001/suplementos/2019/12/23/primera-seccion_23-12-2019_suplemento-1.pdf)

Huberman, M. y Miles, M. (1994). Data management and analysis methods. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 428-444). Londres, Reino Unido: SAGE.

Instituto del Conurbano (2020). *El conurbano en la cuarentena II. Informe del segundo relevamiento a referentes de los barrios populares del Conurbano Bonaerense en el contexto de aislamiento social obligatorio*. Buenos Aires, Argentina: UNGS. Recuperado de: <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/El-Conurbano-en-cuarentena.-Segundo-informe.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2020). *Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los hogares del Gran Buenos Aires. Primer informe de resultados*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Kalinsky, B. y Arrúe, W. (1996). Salud e interdisciplina. ¿Fracaso epistemológico o práctica de la intergestión de la ciencia? En B. Kalinsky y W. Arrúe (Eds.), *Claves antropológicas de la salud: el conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.

López Osorio, E. A.; Cano, C. y Salazar Ospina, V. (2020). *Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES*. (Tesis de Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud). Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia.

Maynard-Moody, S. y Musheno, M. (2012). Social equities and inequities in practice: Street-Level workers as agents and pragmatists. *Public Administration Review*, 72 (s1), S16-S23. doi: 10.1111/j.1540-6210.2012.02633.x.

Neffa, J.C.; Oliveri, M. L., Persia, J. y Trucco, P. (2010). *La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos/ empleos precarios y los no registrados* (Serie Empleo, Desempleo y políticas de empleo, No1). Buenos Aires, Argentina: CEIL-PIETTE CONICET.

Novick, M. y C. Rosales (2006). *Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud: 2005-2015*. Washington D. C., Estados Unidos: OPS.

Ortiz, Z.; Antonietti, L.; Capriati, A. J.; Ramos, S.; Romero, M.; Mariani, J.; Ortiz, F. y Pecheny, M. M. (2020). Preocupaciones y demandas frente a Covid-19: Encuesta al personal de salud. *Medicina*, 80, 2-9.

Oszlak, O. (2003). El mito del Estado mínimo: una década de reforma estatal en la Argentina. *Desarrollo económico*, 42 (168), 519-543.

Pagnamento, L. V. (2014). Algunas reflexiones sobre el análisis de la implementación de políticas de salud a nivel local. El caso de la atención primaria de la salud (APS) en el municipio de La Plata. *Cuestiones de Sociología*, 11. Recuperado de: <http://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar/article/view/CSn11a05>.

PAHO/WHO (2020). *Response to COVID-19 Outbreak. In the Region of the Americas. Version 3*. Recuperado de: <https://www.paho.org/en/file/71377/download?token=y9VUYtpo>.

Poder Ejecutivo Nacional de la República Argentina (2020). *Decreto 297 de 2020. Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial N° 34334*. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Poder Ejecutivo Nacional de la República Argentina (2020). *Decreto 875 de 2020. Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio y Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial N° 34516*. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237062/20201107>

Red Pública de Salud AMBA (2017). *Análisis de situación de salud: propuesta de mejora*. Buenos Aires, Argentina: mimeo.

Rodríguez Espínola, S. S.; Chong Cevallos, M. y Paternó Manavella, M. A. (2019). *Informe técnico: condiciones de la salud en el área metropolitana de Buenos Aires* (Serie Informes de consultorías). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Observatorio de la Deuda Social Argentina, Pontificia Universidad Católica Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9080>.

Rosenbaum, L. (2020). The untold toll-the pandemic's effects on patients without Covid-19. *N Engl J Med*, 382, 2368-2371. doi: 10.1056/NEJMms2009984.

Shortt, H. (2015). Liminality, space and the importance of 'transitory dwelling places' at work. *Human relations*, 68 (4), 633-658. doi: 10.1177/0018726714536938.

Spinelli, H., A. Trotta, C. Guevel, A. Santoro, S. García Martínez, G. Negrín y Y. Morales Castellón (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Buenos Aires, Argentina: OPS.

Stake, R. (1995). *The art of Case Study Research*. Thousand Oaks, Estados Unidos: SAGE.

Taylor, S. y Spicer, A. (2007). Time for space: A narrative review of research on organizational spaces. *International Journal of Management Reviews*, 9 (4), 325-346. doi: 10.1111/j.1468-2370.2007.00214.x.

Tobar, F. L.; Montiel, R.; Falbo, R y Drake, I. (2006). *La red pública de atención primaria de la salud en Argentina*. Recuperado de: <<https://bit.ly/3aevpHi>>.

van der Molen, M. y Brown, P. (2021). Following Dutch healthcare professionals' experiences during COVID-19: Tensions in everyday practices and policies amidst shifting uncertainties. *Current Sociology*, 1-18. doi: 10.1177/0011392121990019.

WHO (2020). *Role of primary care in the COVID-19 response*. Manila, Filipinas: WHO Regional Office for the Western Pacific. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>.

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, Estados Unidos: SAGE.

Zietsma, C. y Toubiana, M. (2018). The valuable, the constitutive, and the energetic: exploring the impact and importance of studying emotions and institutions. *Organization Studies*, 39 (4), 427-443. doi: 10.1177/0170840617751008.

## Notas

<sup>1</sup> Nuestro profundo agradecimiento al personal de salud por su disposición e interés para participar de nuestro estudio y por el tiempo que nos brindaron para poder hacer las entrevistas durante el complejo escenario de la pandemia. Asimismo, agradecemos los comentarios y las sugerencias de los evaluadores anónimos de este artículo y de los editores.

<sup>2</sup> La sigla SARS, en inglés, significa síndrome respiratorio agudo severo.

<sup>3</sup> *Situación de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19*. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud/situacion-de-los-trabajadores-de-la-salud-durante-la-pandemia-de-covid-19>.

<sup>4</sup> Recuperado de: <https://www.comunicar-salud.com.ar/2020/08/03/44914/>, 3 de agosto de 2020, y de: <https://www.infobae.com/salud/2020/08/18/preocupa-el-crecimiento-de-contagios-y-muertes-en-el-personal-de-salud-argentino/>, 18 de agosto de 2020. No se especifica la fecha en que se realizó la encuesta.

<sup>5</sup> El estudio se realizó en el marco del proyecto UBACyT 20020170100024 financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, y del proyecto PICT1391 financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación, ambos dirigidos por Betina Freidin.

<sup>6</sup> *COVID-19: Recomendaciones para el primer nivel de atención*. Recuperado de: [www.argentina.gob.ar/salud](http://www.argentina.gob.ar/salud).

<sup>7</sup> *Protocolo de preparación para la respuesta ante la contingencia de Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)*, y *Protocolo para la Atención Primaria de la Salud ante la actual pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19): organización del primer nivel de atención para la respuesta ante la contingencia*.

<sup>8</sup> Entrevista a Dirección del CAPS.

<sup>9</sup> Entrevista a Claudia, médica generalista.

<sup>10</sup> Entrevista a Gimena, médica pediatra.

<sup>11</sup> Entrevista a Lucía, médica generalista.

<sup>12</sup> A mediados de diciembre de 2020 los consultorios de odontología para niños y adultos continuaban sin funcionar.

<sup>13</sup> Entrevista a Gimena, médica pediatra.

<sup>14</sup> Entrevista a Gimena, médica pediatra.

<sup>15</sup> Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/226854/20200317>

<sup>16</sup> Entrevista a Lucía, médica generalista.

<sup>17</sup> Entrevista a Dirección del CAPS.

<sup>18</sup> Entrevista a Gimena, médica pediatra.

<sup>19</sup> Entrevista a Dirección del CAPS.

<sup>20</sup> Entrevista a Claudia, médica generalista.

<sup>21</sup> Entrevista a Esteban, trabajador social.

<sup>22</sup> Entrevista a Gimena, médica pediatra.

<sup>23</sup> Entrevista a Liliana, enfermera.

<sup>24</sup> Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/226854/20200317>

<sup>25</sup> Entrevista a Claudia, médica generalista.

<sup>26</sup> Entrevista a Dirección del CAPS.

<sup>27</sup> Entrevista a Marta, agente sanitaria y referente barrial.

<sup>28</sup> Aunque resultaba un esfuerzo adicional en el acceso, anteriormente a la pandemia los pacientes podían retirar medicamentos y anticonceptivos en otros CAPS del Municipio si contaban con stock.

<sup>29</sup> Entrevista a Dirección del CAPS.

<sup>30</sup> Entrevista a Lucía, médica generalista.

<sup>31</sup> Entrevista a Lucía, médica generalista.

<sup>32</sup> Los problemas en la conectividad a internet de los establecimientos del primer nivel de atención del conurbano bonaerense son generalizados. En 2017 solo un 43,6% tenía una conexión a internet en buen estado, y el 39,8% no tenía conexión a internet (Red pública de Salud AMBA, 2017: 57).

<sup>33</sup> Entrevista a Lucía, médica generalista.

<sup>34</sup> Entrevista a Gimena, médica pediatra.

<sup>35</sup> Entrevista a Dirección del CAPS.

<sup>36</sup> Entrevista a Gimena, médica pediatra.

<sup>37</sup> Entrevista a Dirección del CAPS.

<sup>38</sup> Entrevista a Dirección del CAPS.