

<https://doi.org/10.46272/2409-3416-2022-10-2-104-120>

La comunicación en el área de salud de Argentina en momentos de pandemia Covid-19

© Karina Ramacciotti, Clara Gilligan, 2022

Karina Ramacciotti, Investigadora Principal, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Departamento de Ciencias Sociales Universidad Nacional de Quilmes, Argentina
Para la correspondencia: B1876BXD, Argentina, Buenos Aires, Bernal, Roque Sáenz Peña 352

E-mail:
karinaramacciotti@gmail.com
(para la correspondencia del autor)

Clara Gilligan, Profesora, Departamento de Salud y Seguridad Social Universidad Nacional de Tres de Febrero, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
Para la correspondencia: C1072, Argentina, Buenos Aires, Av. 9 de Julio 1925, piso 7

E-mail: clarag.msal@gmail.com

Recibido: 14.04.2022

Revisado: 16.05.2022

Aceptado: 01.06.2022

Para citar: Ramacciotti, Karina, Clara Gilligan. "La comunicación en el área de salud de Argentina en momentos de pandemia Covid-19" [Communication in the health area of Argentina in times of Covid-19 pandemic]. *Cuadernos Iberoamericanos* 10, no. 2 (2022): 104-120. <https://doi.org/10.46272/2409-3416-2022-10-2-104-120>. [In Spanish]

→ Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar cómo la pandemia de la Covid-19 en Argentina modificó la comunicación tanto al interior del sector de enfermería, como con las personas requeridas de tratamiento, sus familiares o vínculos afectivos y las relaciones institucionales. A partir de una estrategia metodológica cualitativa basada en el análisis de entrevistas y en el relevamiento de prensa nacional organizamos tres apartados. En el primero se brindará algunas nociones sobre las características del sistema de salud y de formación en enfermería en Argentina. En segundo lugar, analizaremos los cambios en la comunicación hospitalaria entre el personal de enfermería y los pacientes con Covid-19 y, en tercer lugar, describiremos experiencias de comunicación vividas durante la campaña de vacunación contra el coronavirus.

→ Palabras clave

Comunicación en salud, Covid-19, área de salud, vacunación Covid-19, Argentina, pandemia



Financiamiento y agradecimientos: Este artículo es parte de los resultados del Proyecto PISAC Covid-19 0022: "La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del Covid-19 (Argentina, S. XX y XXI)" dirigido por Karina Ramacciotti y financiado por Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación. Agradecemos la ayuda y las sugerencias de Daniela Testa y Joaquín Fernández Vila y muy especialmente a las enfermeras y los enfermeros que hicieron posible nuestro trabajo compartiendo sus experiencias durante momentos tan difíciles de su vida laboral y personal.

Declaración de divulgación: Las autoras declaran que no existe ningún potencial conflicto de interés.

Research article

<https://doi.org/10.46272/2409-3416-2022-10-2-104-120>

Communication in the health area of Argentina in times of Covid-19 pandemic

© Karina Ramacciotti, Clara Gilligan, 2022

Karina Ramacciotti, Senior Research Fellow, National Council for Scientific and Technical Research, Department of Social Sciences National University of Quilmes, Argentina
For correspondence: B1876BXD, Argentina, Buenos Aires, Bernal, Roque Sáenz Peña 352

E-mail: karinaramacciotti@gmail.com
(corresponding author)

Clara Gilligan, Professor, Department of Health and Social Security National University of Tres de Febrero, Ministry of Health of the Nation, Argentina.
For correspondence: C1072, Argentina, Buenos Aires, 9 de Julio 1925 Av., 7 floor

E-mail: clarag.msal@gmail.com

Received: 14.04.2022

Revised: 16.05.2022

Accepted: 01.06.2022

For citation: Ramacciotti, Karina, Clara Gilligan. "La comunicación en el área de salud de Argentina en momentos de pandemia Covid-19" [Communication in the health area of Argentina in times of Covid-19 pandemic]. *Cuadernos Iberoamericanos* 10, no. 2 (2022): 104-120. <https://doi.org/10.46272/2409-3416-2022-10-2-104-120>. [In Spanish]

→ Abstract

This article analyzes how the Covid-19 pandemic in Argentina modified communication both within the nursing sector, and with the people requiring treatment, their families or emotional ties, and institutional relations. Using a qualitative methodological strategy based on the analysis of interviews and the survey of national press, the authors organized three sections. The first section provides some notions about the characteristics of the health system and nursing education

in Argentina. The second section analyzes the changes in hospital communication between nursing staff and patients with Covid-19 and, the third one describes communication experiences during the coronavirus vaccination campaign.

→ Keywords

Health communication, Covid-19, health area, Covid-19 vaccination, Argentina, pandemic

Disclosure statement: No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding and Acknowledgements: This article is part of the results of the PISAC Covid-19 0022 Project: "Nursing and professional health care during the Covid-19 pandemic and post-pandemic (Argentina, XX and XXI)" directed by Karina Ramacciotti and financed by National Agency for the Promotion of Research, Technological Development and Innovation. We appreciate the help and suggestions of Daniela Testa and Joaquín Fernández Vila and especially the nurses who made our work possible by sharing their experiences during such difficult moments in their work and personal lives.

Introducción

"Se puede funcionar sin médicos, pero no sin enfermeros," afirma Sandra: "Somos la columna vertebral del hospital. Nosotros sabemos intervenir ante un caso agudo, nos ha tocado trabajar sin médicos y resolver numerosas situaciones."¹ Efectivamente, las y los enfermeras y enfermeros llevan adelante tareas fundamentales de los equipos de salud. La materialización de tratamientos indicados por profesionales de la medicina, depende en gran medida (cuando no, por completo) de este conjunto de actividades que el personal de enfermería realiza de manera constante y cotidiana. El vínculo que mantienen con las personas que atraviesan alguna etapa del proceso salud/enfermedad/atención (preventivo o durante un tratamiento) es estrecho y sostenido. Este papel insustituible de la profesión precede a la pandemia de la Covid-19. Pero la magnitud de actividades que implicó llevar adelante tareas de rastreos, hisopados, cuidados durante las internaciones, comunicación con familiares y las campañas de vacunación dejó aún más en evidencia su activo protagonismo.

Otra particularidad distintiva de las tareas que realiza el personal de enfermería y que la diferencia de otras que componen los equipos de salud, es que implica un estrecho contacto físico con las personas. Esto la expuso, desde el primer momento y cuando poco se sabía de la gravedad y formas de transmisión, a una enfermedad con una alta tasa de contagiosidad. Sumado a ello, se hallaban en discusión cuáles eran los métodos de protección adecuados y, una vez logrado cierto consenso, el acceso a los mismos no fue irrestricto. Esto tuvo un impacto directo en las relaciones humanas, que se transformaron radicalmente. El interés principal de este artículo será analizar cómo la pandemia de la Covid-19 modificó la comunicación tanto al interior del sector de enfermería, como con las personas requeridas de tratamiento, sus familiares o vínculos afectivos y las relaciones institucionales.

El personal de enfermería lleva adelante un rol esencial en estas situaciones, ya que el seguimiento que realizan implica inevitablemente una serie de instancias comunicativas.

Pero el campo comunicacional está atravesado por relaciones de poder que involucran el espacio público y mediático; junto con las relaciones entre profesionales de salud y usuarios. Los mensajes entonces, están atravesados por herramientas vinculadas a la formación profesional, así como por inquietudes personales y los vínculos humanos que se establecen.¹ En el contexto de la emergencia sanitaria, se manejaron determinadas situaciones en base a protocolos de bioseguridad; pero otras respuestas fueron surgiendo en el día a día a partir de las relaciones y problemáticas que se producían entre colegas y pacientes.

El artículo se enfoca en el Proyecto PISAC- Covid-19 0022 "La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del Covid-19 (Argentina, S. XX y XXI)."² En base a la realización de entrevistas en profundidad y una encuesta auto administrada³, se llevó adelante una estrategia metodológica con elementos cuantitativos y cualitativos para comprender en profundidad discursos y percepciones de enfermeros y enfermeras durante la pandemia de la Covid-19. Los datos primarios que analizaremos en este artículo se basan en 44 entrevistas realizadas⁴ durante la pandemia a enfermeras y enfermeros en ejercicio en los subsectores público y privado de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires.⁵

La precisión del número de entrevistas y perfiles de personas a entrevistar fue realizada tomando como base un informe oficial realizado por el Ministerio de Salud de la Nación: *Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de la Enfermería*.⁶ Este documento permitió establecer cuotas a partir de dos variables principales: el nivel de formación (auxiliares, técnico/as, licenciadas/os) y el subsector del establecimiento donde trabajan (público y privado). Además, se propuso una distribución por edad y género acorde a la composición de la fuerza laboral de esta profesión.

Dado el contexto de las restricciones de la pandemia, las entrevistas se realizaron en formato virtual entre abril y julio del 2021, durante la segunda ola de contagios por coronavirus en Argentina.⁷ Entre las personas entrevistadas predominaron las mujeres (87%), replicando el alto nivel de feminización.⁸ Las edades de las personas oscilan entre los 25 y los 64 años. El 15% de las entrevistadas tienen más de un trabajo en otra unidad hospitalaria, de forma particular, o en docencia de nivel terciario o universitario. La antigüedad en el ejercicio varía de 1 a 44 años. En cuanto a la inserción laboral, las personas entrevistadas trabajaron durante la pandemia en ámbitos de gestión pública como hospitales nacionales, provinciales, municipales, sindicales, modulares de emergencia, geriátricos, centros de

1 Petracci and Waisbord 2011.

2 En el que participaron investigadores e investigadoras de 16 nodos (universidades nacionales y centros de investigación en diferentes regiones del país). Residen y ejercen en todo el país. Se indagó en indicadores a partir de 104 preguntas distribuidas en núcleos temáticos: datos sociodemográficos, características de la inserción laboral, procesos, tiempos y organización del trabajo, condiciones de higiene y seguridad y medio ambiente laboral, aspectos psicosociales y emocionales vinculados al trabajo durante la pandemia.

3 La encuesta sobre condiciones laborales se realizó entre mayo y junio de 2021 en formato auto administrado anónimo y confidencial. Se obtuvo una muestra no probabilística de 1483 casos de enfermeros y enfermeras que residen y ejercen en todo el país. Se indagó en indicadores a partir de 104 preguntas distribuidas en núcleos temáticos: datos sociodemográficos, características de la inserción laboral, procesos, tiempos y organización del trabajo, condiciones de higiene y seguridad y medio ambiente laboral, aspectos psicosociales y emocionales vinculados al trabajo durante la pandemia.

4 Entrevistas que corresponden a la ciudad de Buenos Aires y a la zona sur de la Provincia de Buenos Aires, son parte de un corpus más amplio compuesto por 274 entrevistas realizadas entre abril y julio de 2021 a nivel nacional.

5 De los partidos de Avellaneda y Quilmes.

6 "Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina," Ministerio de Salud Argentina, Julio 2020, accessed February 1, 2022, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfermeria_ano_2020.pdf.

7 Las entrevistas fueron realizadas por las plataformas Zoom o Google meet, tuvieron una duración aproximada de 60 minutos y fueron grabadas previo consentimiento.

8 "Datos sobre fuerza de trabajo," Gobierno de Argentina, Ministerio de Salud, accessed February 1, 2022, <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>.

testeo, postas de vacunación y unidades febriles. También en establecimientos de gestión privada: clínicas, sanatorios y empresas de cuidados domiciliarios.

Este artículo está basado en un relevamiento de prensa nacional y en las entrevistas en profundidad realizadas entre abril y julio de 2021. Se organiza en tres apartados. En primer lugar, brindaremos algunas nociones sobre las características del sistema de salud y de formación en enfermería en Argentina. En segundo lugar, analizaremos los cambios en la comunicación hospitalaria entre el personal de enfermería y los pacientes con Covid-19 y, en tercer lugar, describiremos experiencias de comunicación vividas durante la campaña de vacunación contra el coronavirus.

1. Salud y Educación en Argentina

Argentina se caracteriza por tener una extensa superficie, la octava más extensa del mundo y la segunda en Sudamérica después de Brasil, y una distribución poblacional marcadamente desigual. Dichas características nos obligan a justificar nuestro recorte espacial dado que la pandemia no afectó a todo el territorio de la misma manera ni en el mismo momento. En este artículo, retomamos experiencias de enfermeras y enfermeros que desarrollan su actividad en una región particular: el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). El AMBA es el área que integra la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) junto a 24 partidos de la Provincia de Buenos Aires. Es una región heterogénea, donde las condiciones y calidad de vida entre sus habitantes son muy desiguales. Paradójicamente, genera casi la mitad del PBI del país. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en el AMBA reside alrededor del 35% de la población del país (unos 15 millones de personas).¹ A su vez en el AMBA conviven diferentes niveles de administración de gobierno que gestionan la política sanitaria. Coexisten el gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires junto con el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y los gobiernos municipales.

El sistema de salud argentino se desarrolla sobre marcadas desigualdades. La ejecución, organización y financiamiento de los servicios sanitarios públicos, recayó desde fines del siglo XX bajo la responsabilidad de las provincias. Así las realidades demográficas, las necesidades de atención, la disponibilidad de recursos económicos y humanos, entre otros factores, provoca la existencia de servicios de salud muy distintos en cada jurisdicción.² El sistema sanitario se organiza en tres subsectores: público, de obras sociales y privado. El subsector público se materializa en una red de hospitales y centros periféricos que se constituyen en las instituciones responsables de asegurar el acceso a la atención sanitaria universal y gratuita. El sistema nacional de obras sociales se financia por medio de los aportes de trabajadores y trabajadoras formales.³ Por último, un conjunto de empresas comerciales constituye el servicio privado de salud, que funciona de manera similar a un seguro que es abonado por sus asociados. Sin embargo, cerca de la mitad de las necesidades sanitarias de la población son provistas por el sistema público y es igualmente proporcional la oferta de fuentes laborales para las y los trabajadores/as de la salud. El subsector público presta servicios de salud a toda la población independientemente de su capacidad de pago, se organiza en tres niveles de gobierno (nacional, provincial, municipal). Entre sus funciones se destaca el atender las necesidades sanitarias de la población a través de las provisiones de equipamiento médico, profesionales y auxiliares de salud, internación, campañas de prevención, programas de vacunación, entrega gratuita de medicamentos.⁴

1 "Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040: total del país," Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2013, accessed February 1, 2022, https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf.

2 Gollan et al. 2021.

3 Cerdá 2005.

4 Crojethovic and Ariovich 2015.

La población con cobertura exclusiva del subsector público (no cubierta por Obras Sociales o servicios privados) representaba cerca de un 35% de la población del país en 2018.¹ Sumado a ello, la distribución a lo largo del territorio nacional es desigual, la mayor concentración de recursos se ubica en la región Centro, que a su vez concentra la mayor densidad poblacional. Esta heterogeneidad se agudizó frente al desarrollo de la pandemia, en tanto, la dinámica propia de la enfermedad se inscribió en realidades preexistentes que acentuaron o atenuaron las necesidades y las dificultades.²

En Argentina el acceso a la Salud y a la Educación formal en todos sus niveles (inicial, primaria, secundaria, terciaria y universitaria) son derechos universales garantizados por el Estado. Esto significa que la formación en instituciones sanitarias y educativas es pública y gratuita para toda la población. En relación con la situación de otros países en la región, Argentina tiene una gran capacidad formadora universitaria estatal, pública y gratuita de calidad con una amplia trayectoria histórica. Para el caso de Enfermería, la oferta formativa se organiza en tres niveles de titulación: la Licenciatura, un programa de formación universitaria de cinco años; la Tecnicatura, a la que se accede por medio de un título de pregrado universitario o a través de estudios terciarios (de 3 años de duración en ambos casos) y el nivel Auxiliar; con un programa de un año de formación. La distribución de acuerdo a nivel de titulación es de: 16% de licenciados/as, 52% de técnicos/as y 32% de auxiliares.³

La oferta formativa de grado auxiliar se ha ido reduciendo considerablemente durante la última década, o incluso desde algunos años antes. Esto es resultado de políticas desarrolladas por distintas áreas del Estado involucradas en la gestión de Salud y Educación, que se manifiestan en la creación exponencial de carreras universitarias de enfermería (con título intermedio de tecnicatura) en todo el territorio, pero, fundamentalmente, en universidades nacionales ubicadas en el conurbano bonaerense. Como señalamos algunos párrafos atrás, esta región concentra la mayor población del país y a la vez expone profundas desigualdades en las condiciones de vida. La creación de estas universidades ha perseguido, entre otros propósitos, facilitar el acceso de toda la población a la formación superior. En consonancia con ello, a pesar del aumento total de personas egresadas de carreras de enfermería, en los últimos años se observa una disminución relativa de auxiliares.⁴ Durante la pandemia se incrementaron las actividades del sector de enfermería en un contexto de miedo, incertidumbre e impotencia. Es decir, si bien la sobrecarga de tareas y la cantidad de tiempo que demanda la atención de un paciente ya era un tema de discusión al interior del sector antes de la pandemia, a partir de la Covid-19 dicha situación se potenció.⁵ En las entrevistas emergió como temática recurrente el desconocimiento que existe en la sociedad acerca de los requisitos de formación y las tareas realizadas. En este sentido siguen vigentes nociones sociales de la enfermería con términos despectivos y con esta referencia se simplifican y banalizan sus labores. Aun así, emergió cierto reconocimiento, por parte de los pacientes y familiares, de la importancia de la presencia constante del sector de enfermería para cuidar de manera profesional y su rol en la comunicación en los hospitales, en la vinculación con los familiares y en campañas sanitarias tales como los operativos de vacunación.

1 Cetrángolo Oscar, Goldschmidt Ariela, "Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la Seguridad Social en Argentina," Nº 25, March 2018, accessed February 1, 2022, http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/docin/docin_iiep_025.

2 Maceira et al. "La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del Covid-19 en la Argentina," Buenos Aires: Fundar, May 2021, <https://www.fundar.org/wp-content/uploads/2021/11/Fundar-La-reorganizacion-de-los-servicios-de-salud.pdf>.

3 "Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina," Ministerio de Salud Argentina, 2021, accessed February 3, 2022, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20210-04-28-situacion-enfermeria-abril_2021.pdf.

4 Ibid.

5 Pereyra and Micha 2016; Aspiazu 2017.

2. Comunicar en el aislamiento

En la Ciudad de Buenos Aires se confirmó el primer contagio el 3 de marzo de 2020 y, de manera más temprana que en otras latitudes, el gobierno nacional encabezado por Alberto Fernández limitó el movimiento de personas por medio del Decreto 297/2020.¹ En función del decreto, sólo trabajadores “esenciales” podían movilizarse “para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de terceros.”²

El sistema de salud se tuvo que reorganizar en función de la emergencia. Todos los niveles de atención modificaron sus tareas. Durante la pandemia el Primer Nivel de Atención asumió las tareas de testeo y búsqueda activa de casos infectados, rastreo de contactos estrechos y monitoreo del aislamiento (a través de tecnologías como telemedicina y llamadas telefónicas), la organización de centros de aislamientos para casos de Covid-19 y las campañas de vacunación. El Segundo y Tercer Nivel de Atención se centró en la vida hospitalaria y se vio modificado por la necesidad de fortalecer la disponibilidad de camas y dotar de equipamiento y de recursos humanos para reconvertir o ampliar las camas de cuidados intensivos y en la reorganización de áreas “Covid-19” y “no Covid-19.” Las cirugías programadas se suspendieron y sólo se atendieron las urgencias. Parte de las tareas que asumían las instituciones de Segundo y Tercer Nivel de Atención, fueron derivadas por completo al Primer Nivel.³ Esta reducción en la circulación y en la atención de personas, con el fin de adecuar el sistema sanitario a las demandas futuras y actualizar conocimientos, no devino en una situación de mayor tranquilidad para el personal de salud. Fueron días vertiginosos y de gran incertidumbre dado que era una enfermedad nueva, en un escenario poco previsible, con el desconocimiento sobre cómo evolucionaría la pandemia.⁴ Las imágenes que provenían de otras latitudes acentuaban esto. Se veían situaciones de saturación del sistema sanitario en importantes ciudades de China, Italia, España y Estados Unidos. Sandra, lo expresaba en una entrevista con sus palabras: “veía la gente de China con las máscaras de botellas en la cara y decía”... exagerados,” pero después llegó hasta acá y pensé, al final era lo que se veía; no era una exageración.”⁵

La reorganización de los espacios asistenciales implicó cambios en las formas de comunicación tanto entre pares, al interior del sector, como con pacientes y familiares. Ante la masividad de los contagios y las incertidumbres respecto al tratamiento, el aislamiento se instaló como estrategia principal. En los hospitales, esto transformó algunas rutinas para reducir el contacto con las personas que atravesaban la enfermedad. Para las enfermeras y los enfermeros esto fue imposible de materializar, dado que los cuidados que llevan adelante involucran un contacto directo con las personas. Pero se modificaron rutinas habituales para intentar reducir estas interacciones al máximo.

Durante los dos primeros meses de la pandemia, las dificultades en la comunicación institucional junto con el acceso discrecional a elementos de protección generaron numerosas situaciones de inseguridad que se sumaron a las que tenían que atravesar por el mismo ritmo

1 “Decreto 297/2020 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio,” Gobierno de Argentina, March 19, 2020, accessed February 4, 2022, <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>.

2 Ibid.

3 Es el caso de todas las instancias asistenciales relativas a la salud sexual y salud reproductiva, consultas pediátricas, continuidad de tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, vacunas del calendario nacional. Muchos de estos circuitos asistenciales podían realizarse indistintamente en efectores de cualquiera de los tres niveles de atención. Pero durante la pandemia se trasladaron algunos de ellos exclusivamente a instituciones de Primer Nivel de Atención, para preparar los hospitales para asistir a personas con coronavirus.

4 Friedin et al. 2021.

5 Entrevista a Sandra (Pseudónimo), enfermera de un hospital público de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en junio de 2021.

de trabajo. Ignacio, quién trabaja en el sistema público y privado de la Ciudad de Buenos Aires, señala que "Durante los primeros dos meses de la pandemia no hubo una comunicación sobre lo que deberíamos hacer ni qué elementos deberíamos usar con certeza."¹ La falta de comunicación institucional clara, precisa y sin un canal definido por las autoridades fue una constante en las entrevistas realizadas. Esta situación se agravó por la circulación de información cruzada sobre la pandemia, vivida por el personal de salud como un "bombardeo."² Luego del impacto del primer fallecimiento de un enfermero: Silvio Cufre, en junio de 2020, el Ministerio de Salud de la Nación conformó un equipo permanente de asesoramiento digital en materia de protección del personal de salud destinado a los establecimientos y orientada a establecer instrumentos, guías y recomendaciones para los equipos de salud.³

El universo de las relaciones interpersonales y los vínculos cotidianos se vio completamente modificado por la pandemia. Llevar adelante estos protocolos de bioseguridad implicó transformar la manera en la que convivimos y nos comunicamos. Las capacidades sociales de identificar rostros, interpretar gestos, percibir emociones se redujeron considerablemente y de manera abrupta. En los párrafos que siguen intentaremos poner en diálogo distintos niveles de experiencia, vinculando la comunicación institucional con el manejo de procedimientos; las estrategias de estas trabajadoras en adecuar protocolos escritos a la práctica cotidiana y posibilidades concretas de cada institución.

La reducción de contactos entre los pacientes y familiares para limitar la circulación de personas y de contagios transformó las relaciones hospitalarias. También incrementó las tareas del personal de enfermería, quienes asumieron actividades que antes podían delegar, por ejemplo, las visitas que alimentaban a sus seres queridos. Estas situaciones en las que la sociabilidad se redujo, se extienden más allá de las Unidades terapia intensiva o intermedia. Es el caso que nos trae Gabriela, una enfermera que trabaja en un Hospital neuropsiquiátrico estatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

"Usar barbijo, antiparras, cofia, guantes. Ante una alerta amarilla, usar todo el equipo con camisolín, botas; se distorsiona hasta la voz. Estos pacientes que, en general, tienen problemas de proximidad porque no miden distancia, quieren estar cerca de uno y quieren tocarte. Para uno, a su vez, también es habitual el ¿Hola cómo estás? Dar la mano, tocarle el hombro, pasar por la habitación, estar cerca para poder escucharlos. Tener que tocarlos con guantes a los pacientes más ancianos que, encima algunos tienen problema de que no ven, no escuchan bien o no pueden distinguirnos. La patología psiquiátrica afecta el nivel sensorio y de conciencia y se dificulta poder explicarles, hola soy fulana estoy acá, cualquier cosa ¡soy yo! Cuesta bastante y también a nivel afectivo, a los pacientes más lúcidos tener que decirles Discúlpame, pero mantén la distancia, usa el barbijo, no podemos tocarnos. Cambió eso, la cuestión de poder tener ese contacto, ven siempre lo mismo: un camisolín, la antiparra, el barbijo. Todos iguales y sin poder observar ni siquiera un gesto en nuestro rostro, nosotros tampoco podemos registrar sus oscilaciones animicas."⁴

Algo similar se vivió en los geriátricos, donde los pacientes reciben visitas y, en algunos casos, pueden movilizarse de manera autónoma. En estas situaciones el aislamiento complejizó las relaciones con el sector de enfermería. Javier, un auxiliar que trabaja en un geriátrico de dependencia estatal de la Ciudad de Buenos Aires, mencionaba que antes de la pandemia algunas personas internadas salían y esto era beneficioso para su autonomía y

1 Entrevista a Ignacio, enfermero de un geriátrico público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en junio de 2021.

2 Ortiz et al. 2020.

3 "Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus Covid-19," Ley 27548 2020, Ministerio de Salud Argentina, accessed February 4, 2022, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/338400/norma.htm>.

4 Entrevista a Gabriela, enfermera de un Hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en abril de 2021.

bienestar. A partir de la pandemia esas salidas y las visitas se suspendieron y el único contacto con el mundo exterior era la comunicación con el personal de cuidado. Javier señala:

“Ahora los tenemos todo el tiempo ahí. (...) Todos quieren hablar, todos tienen la necesidad de hablar. Cuando llego al Office de Enfermería tengo, a veces, cuatro o cinco personas, me están esperando solamente para contarme qué les pasó, o cómo están, cómo se sienten. O para preguntarme cualquier cosa: cómo vi la calle, cómo viajé. Ellos lo que quieren es hablar. Ya no hablar entre ellos, porque ya no tienen nada nuevo que contarse. Entonces, esperan que uno llegue y te comentan cualquier cosa.”¹

Este proceso se potenció en las unidades de cuidados intensivos, que son espacios de circulación restringida. Para comprender algunas cuestiones vinculadas con estos antecedentes en la organización hospitalaria se retomó el trabajo de Comelles, quién analiza las dificultades intrínsecas a la estructuración de los espacios distribuidos dentro y fuera de las Unidades de terapia intensiva:

“Meter “dentro” sustrae al enfermo de su red social y le encierra en un espacio de secreto que lleva al límite la idea de la institución total, en la que ni siquiera los procesos vitales más elementales son controlados por el internado (...) “Dentro” se pretende eliminar toda subjetividad, puesto que las decisiones clínicas se basan en la evaluación continua de una serie de parámetros biológicos objetivos que limitan el papel de la intuición clínica. La interacción que se establecía entre paciente, red social y profesionales en torno a la experiencia de la enfermedad se desvanece y la discusión y la negociación sobre la continuidad del tratamiento excluye a los legos y al enfermo.”²

Sumado a ello, se presumía que las personas que requerían este tipo de internación manifestaban formas graves de la enfermedad, una alta carga viral y probablemente, mayores posibilidades de transmitirla. Durante la pandemia esta escisión *dentro/fuera* se agudizó aún más, ya que el objetivo no será únicamente garantizar el aislamiento de esa persona que requiere cuidados intensivos sino, además, reducir las posibilidades de contagio de los trabajadores/as de salud. En este sentido, Jacinta, una licenciada de enfermería de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires, se refiere a los cambios vinculados a las actividades realizadas en una unidad de terapia intensiva Covid-19:

“Intentamos entrar y realizar todas las tareas en el menor tiempo posible. Entramos con todo. Llevamos frascos para hacer laboratorio, control de signos vitales, entramos con la medicación, cambiamos bombas, si hay que aspirar, aspiramos, hacemos un electro, placa. Intentamos que en una sola entrada hacer la mayor cantidad de tareas. Antes ibas y venías. Ahora no entramos y salimos a cada rato.”³

La paradoja del aislamiento hospitalario es que en nuestra cultura los familiares asumen, de manera consuetudinaria, su representación. La persona que permanece internada y no puede expresarse por sí misma tiene sus portavoces en el *afuera*.⁴ La comunicación con el afuera, con los vínculos afectivos de las personas internadas, es parte de las tareas que asumen las enfermeras. Más allá de que sea su intención, estas estrategias cotidianas vehiculizan la continuidad de la sociabilidad de la persona que recibe tratamiento.

Estas tensiones entre un modelo de atención concebido como si fuera independiente de la vida social, se expresa en emociones de trabajadoras y trabajadores de salud, quienes experimentan cotidianamente la confrontación entre su identidad cultural y su for-

1 Entrevista a Javier, enfermero de un geriátrico de dependencia pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en junio de 2021.

2 Comelles 2000, 318.

3 Entrevista a Jacinta, enfermera en Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en abril de 2021.

4 Comelles 2000, 320.

mación profesional: "La práctica hospitalaria intenta eliminar lo social y cultural del enfermo, relegarlo fuera del hospital. Vana ilusión. Lo sumerge y oculta en la conciencia de los profesionales."¹ Las enfermeras, que efectivamente comparten la mayor cantidad de tiempo en contacto directo con las personas internadas, "intuyen el valor terapéutico de la sociabilidad."² Sea por teléfono, sea gestionando una visita presencial, el nexo con el "afuera" es parte de las tareas que llevan adelante cada día:

"Los partes en el hospital los fines de semana se dan a partir del mediodía y por vía telefónica. Excepto si el paciente está muy mal, si ya sabemos que en cualquier momento fallece, el médico le avisa al familiar, firma un consentimiento y pueden entrar a verlo si él lo desea. Nosotros tenemos como una pecera donde se puede ver al paciente. Pero muchos desean entrar, tocarlo por última vez. Quienes se acercan al hospital y reciben el informe de forma verbal, piden al médico entrar 5 minutos. Entran a la pecera y los ven desde el vidrio. Si el médico ve que el paciente está mal y el familiar quiere venir a las doce de la noche, puede concurrir y entra a verlo (...) Tiene todo el derecho."³

La manera de comunicar los eventos, de informar, es unidireccional, desde dentro hacia fuera⁴ y la responsabilidad de transmitirlos es parte de las incumbencias profesionales, fundamentalmente, de médicos y médicas. Sin embargo, cómo sugerimos, el vínculo continuo y sostenido del personal de enfermería en estos espacios, su inevitable rol de intérprete de signos y gestos de las personas internadas; ubica a estas y estos profesionales en intermediarios, articuladores por excelencia del *adentro* con el *afuera*:

- El contacto telefónico ¿lo hacen los médicos o ustedes?
- No, los médicos. Nosotras por ahí atendemos el teléfono y te preguntan. Si el doctor está en la sala Covid-19 les decimos: *Llamá* dentro de un rato. Y te dicen que después quizás no pueden comunicarse. Entonces ante las preguntas "¿cómo pasó la noche?" les contestamos "Pasó igual, está estable." Nosotras no podemos dar demasiada información, el médico sí."⁵

La reducción del tiempo de contacto con el paciente fue vista en algunas de las personas entrevistadas como un problema en la relación entre quien cuida y es cuidado. Laura, enfermera de un hospital público de la Provincia de Buenos Aires quien trabaja en el sector de terapia intermedia de pacientes con Covid-19; describe cómo se involucran relaciones afectivas en la recuperación:

"La terapia intermedia es un lugar frío; si vas y solo haces lo que tenes que hacer se automatiza y dejás de ponerle pasión, se deshumaniza. Yo suelo decirles a los pacientes dale, vos podés, Qué lindo es verte recuperado o me encanta que te hayan sacado el tubo, ya falta poco y te vas. Eso motiva, piensan que se acuerdan de ellos, que son seres humanos. Tengo compañeros que son excelentes profesionales, pero son pequeños robots y se olvidan que la persona que están pinchando o le están cambiando un pañal es una persona."⁶

1 Comelles 2000, 318.

2 Ibid., 329.

3 Entrevista a Jacinta, enfermera en Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en abril de 2021.

4 Comelles 2000.

5 Entrevista a Jacinta, enfermera en Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en abril de 2021.

6 Entrevista Laura, enfermera en Sala de cuidados intermedios. Hospital de la Provincia de Buenos Aires. Realizada en mayo de 2021.

En la experiencia de Gabriela, enfermera quien comparte sus días con mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico, el aislamiento de los vínculos sociales que estas personas experimentan como resultado de internaciones de largo plazo, se vio profundizado durante la pandemia, cuando se restringió por completo la posibilidad de recibir visitas:

“Se solventó un poco durante los tres o cuatro primeros meses mediante teléfonos. Hay pacientes que tienen celulares y lo saben manejar y ya estaban en contacto con algunos familiares entonces eso de hacer una videollamada o mandar un mensajito está a la orden del día (...). Los médicos, las psicólogas y las trabajadoras sociales empezaron a hacer video llamadas con los pacientes para que se comunicaran con los familiares más cercanos. Entonces eso descomprime un poco. Hubo algunas dificultades entre quienes no entendían bien de qué se trata eso de la videollamada, se quedaban sin poder hablar o se emocionan mucho y no podían hablar. Eso es muy triste, es terrible, te da mucha impotencia.”¹

Diana comparte estrategias que elaboraba con sus colegas en un Hospital modular de la zona sur de la Provincia de Buenos Aires. Cuando algunas personas internadas volvían a beber y alimentarse por sus propios medios, escribían leyendas de estímulo en los vasos desechables para “seguir buscando formas de cuidado humanizado aun en pandemia.”² Las consecuencias de la soledad en la internación se agudizan más en los pacientes que se sienten confundidos, no saben dónde están, porque no ven a la familia. En este sentido trae su recuerdo Mariela, auxiliar de enfermería de una clínica privada de la zona sur:

“Una señora relativamente joven de 58 años, nos contó que tenía a su nieta de 15 años bajo su responsabilidad y estaba preocupada porque ella era el único familiar que tenía. Sabíamos que la señora no tenía muchas posibilidades de vida porque la tomografía había salido que no tenía pulmón; entonces nosotros sabíamos, más o menos, lo que iba a pasar y tratamos de estar más pendiente de ella. Obviamente uno se pone en la postura de darle fuerza y que no te vea decaer mucho. Una tiene que darle fuerza y tener paciencia y tratar de hablarle, le hemos dado un teléfono móvil para que se comunique con la nieta. Cuando salimos de la sala y nos miramos con mi compañera, llorábamos porque realmente nos había llegado la historia. Después tuvo una intubación y falleció. Son pacientes que te llegan al alma porque hay una familia detrás, una criatura que se quedó sola, pero adelante del paciente tratamos siempre de mostrar esa fortaleza, y no sé dónde sale, pero en ese momento tratamos de ser fuertes delante de los pacientes por más que después uno salga y lllore.”³

En esta misma línea en una entrevista a una enfermera publicada en un medio periodístico señaló cómo a pesar que el protocolo no lo permitía, intervino para que un hijo pueda estar en contacto con su madre antes de morir:

“Hoy me tocó recibir una paciente con Covid, entró a terapia pidiendo que se comuniquen con su hijo, la calmé y le dije que

1 Entrevista a Gabriela, enfermera de un Hospital neuro-psiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en abril de 2021.

2 Entrevista a Diana, enfermera de un hospital Modular en la Provincia de Buenos Aires. Realizada en abril de 2021.

3 Entrevista a Mariela, enfermera de una Clínica privada en la Provincia de Buenos Aires. Realizada en mayo de 2021.

yo misma lo llamaba, fue lo último que dijo antes de conectarle un respirador. Después de estar casi dos horas trabajando con ella, por fin salgo de la habitación y preparo sus pertenencias porque el hijo estaba afuera esperando. Abro la puerta y era una *piBITO*, una humildad tremenda, con los ojos llenos de lágrimas me dijo que venía a buscar lo que quedaba de la mamá. Le dije que estaba con un respirador y le expliqué por qué y qué se podía esperar, me pidió disculpas por llorar: – vengo de cremar a mi viejo –. Me clavó un puñal tremendo. – Desde que lo internamos no supimos más nada y solo nos llamaron para decirnos que había muerto, que teníamos que ir a buscar el cuerpo –, continuó el joven sobre la muerte de su padre... ¿No aprendimos nada de esta pandemia? Que le dé la mano y le hable, aunque quién sabe si ella escucha, yo quiero creer que sí. Es inhumano no despedirse. Yo humanizo...”

La pandemia modificó radicalmente las relaciones humanas. El contacto físico entre personas se limitó y las nuevas formas de relacionarnos emergieron como un desafío. En el contexto sanitario esto impactó en las rutinas laborales del sector de enfermería, quiénes debieron elaborar estrategias de adecuación de los lineamientos de las autoridades sanitarias a las posibilidades concretas de las instituciones. Como vimos en este apartado, estas adaptaciones lograron incluso ir más allá de los objetivos de contener la enfermedad, limitar su transmisión y garantizar tratamiento universal. Las enfermeras y enfermeros sostuvieron, además, la sociabilidad de las personas internadas y aisladas de sus vínculos afectivos. Un objetivo difícil de contemplar en las directivas elaboradas en la emergencia sanitaria, pero que irrumpe en la vida cotidiana de quiénes deben dar respuestas concretas y trasladar lineamientos sanitarios al ámbito cotidiano de la atención. En el siguiente apartado retomaremos algunos de estos aspectos en un nuevo contexto: la campaña de vacunación.

3. Comunicar la prevención

A partir de la llegada, hacia fines de diciembre del 2020, de las primeras vacunas contra la Covid-19, que para el caso de Argentina fue la Sputnik V realizada por el Centro Nacional Gamaleya de Epidemiología y Microbiología de la Federación Rusa, se iniciaron las tareas para instalar los centros de vacunación que son parte del Primer Nivel de Atención. Las primeras inoculaciones se realizaron en hospitales públicos y en la CABA se firmó un acuerdo con instituciones privadas para el almacenamiento. Las primeras dosis fueron destinadas al personal de salud y a las fuerzas de seguridad. Para organizar la vacunación al resto de la población se tuvo que ampliar la cantidad de vacunatorios: Clubes deportivos y barriales, centros culturales, asociaciones profesionales, centros de jubilados, espacios sindicales, edificios estatales y universidades fueron algunos de los lugares destinados para la “campaña de vacunación más grande de la historia” según las palabras de las autoridades sanitarias.

Estos espacios suelen estar indicados por señales y carteles específicos y en algunos, como el caso de Tecnópolis,¹ se montaron actividades musicales, con gigantografías del slogan de la campaña. Una imagen muy habitual en las redes sociales fueron las fotografías de las personas en el momento de ser inoculadas o posando en las gigantografías colocadas en los vacunatorios y agradeciendo al personal.

1 Tecnópolis es un predio ubicado en el conurbano de la Provincia de Buenos Aires creado en 2011 para realizar muestras de ciencia, tecnología, industria y arte. Durante la pandemia sus instalaciones se usaron para aislar a las personas con Covid-19 con síntomas leves en sus domicilios y también fue usado como un importante centro de vacunación.

En los centros de vacunación se desempeña personal administrativo, quienes se encargan del control de turnos, la carga de datos, el registro de las vacunas; y el personal de enfermería. A tono con la feminización del sector son espacios en los cuales las mujeres son mayoría. La vacunación contra la Covid-19 no es obligatoria en Argentina, pero es libre y gratuita, a pesar de las noticias falsas y ciertas voces en contra de las vacunas,¹ la población tiene una importante adhesión.

Dada la gestión descentralizada del sistema sanitario argentino, desde hace muchos años las autoridades nacionales garantizan la compra y la distribución de vacunas a todas las jurisdicciones del territorio. Para este caso particular, se acordaron reglamentaciones generales, pero cada provincia organizó la aplicación. El circuito de las vacunas contra la Covid-19. Se basa en la misma estrategia utilizada para las vacunas del calendario nacional. Cada año, desde distintos centros de almacenamiento, llegan a todo el territorio nacional millones de dosis de vacunas en aviones y camiones. Las vías aéreas y terrestres son un factor no menor en un país extenso como Argentina, donde el estado de las rutas no siempre es adecuado.

En la región que analizamos fueron cuatro los gobiernos que organizaron las campañas; Nación, Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y los gobiernos municipales. En todas las instancias se tuvo que contratar personal específico para montar los centros de vacunación y realizar en algunos casos una capacitación rápida. El volumen de vacunadores se fue incrementando al calor de la llegada de las dosis de vacunas y de la realización de otros acuerdos con laboratorios (Astrazeneca, Pfizer, Moderna, CanSino, Sinopharm) que permitieron, a partir de mayo del 2021, acelerar el ritmo de vacunación justo en el momento de un incremento en la cantidad de contagios y de fallecimientos.

En los centros de vacunación el personal de enfermería tomó un activo protagonismo y, de la misma forma que vimos en el apartado anterior, las personas que se inocularon pudieron vivenciar el profesionalismo y la autoridad de este personal en dicha tarea. La vacuna contra la Covid-19 no es una vacuna como otras. Las personas tienen miedo, angustia, dudas por los efectos posteriores, incertidumbre sobre cuál era la vacuna que se iban a administrar, alegría y esperanza en torno al anhelado fin del aislamiento y el regreso a la vida prepandémica; y emoción y congoja por quienes fallecieron antes de poder ser inoculados. El personal de enfermería tuvo que gestionar sus propias emociones y las de quienes se vacunaban y, al mismo tiempo, tener un rol protagónico en el dispositivo de vacunación. En función de visibilizar dicho papel y brindar algún gesto político de apoyo a la vacuna Sputnik V para contrarrestar las críticas; el gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Axel Kicilloff, inauguró el 29 de diciembre de 2020 el operativo de vacunación con su propia inoculación y la de una enfermera como un mensaje para reconocer su rol, dentro del sistema de salud, durante la pandemia. En este contexto, Yanina, una vacunadora de la Provincia de Buenos Aires, refirió a situaciones en las cuales la comunicación fue central para enfrentar crisis emocionales de las personas:

“En el centro de vacunación concurren personas que necesitan hablar, que necesitan contar lo que le está pasando, vienen muchas personas que tienen ataques de pánico, de ansiedad, que no se quieren vacunar porque escuchan un montón de cosas en la televisión. La vacunación no dura 5 minutos, no es un minuto de vacunas y listo, hay personas que *tenés* que hablar, hay que calmarlas, necesitaban ese momento para sacarse las dudas.”²

1 Especialmente con el argumento que no cuentan con las fases de investigación científica requerida (dado que fueron aprobadas producto de la emergencia sanitaria).

2 Entrevista a Yanina, enfermera de un Vacunatorio de la Provincia de Buenos Aires. Realizada en junio de 2021.

En esta referencia se cuestiona la minimización del rol de las vacunadoras y del tiempo estipulado para cada aplicación. Según el plan diseñado por las autoridades, se deberían vacunar 30 personas por hora, o sea, que cada aplicación no dure más de 2 minutos. Claro está que dicha planificación no se condice con las prácticas efectivas y las situaciones emergentes que también debe manejar el personal. Yanina recuerda:

“Me dicen qué hay una chica que está muy angustiada, le tomo las manos y le pregunto “¿Cómo estás, qué te pasa?.” Ella me comenta que está angustiada, que tiene miedo de la vacuna, que hacía un mes que había perdido al papá y a su mamá por Covid-19 y desde la pérdida de sus padres estaba con ataques de pánico y le costaba salir. Estaba con su pareja al lado, pero se notaba que su pareja estaba en una situación que no podía tampoco ayudarla. Yo me quedé con ella para hablarle, explicarle el bien social de la vacunación y lo bueno que sería para ella. Estuve un rato hasta que se calmó, le pregunto si quiere la vacuna y estuvo de acuerdo, la lleve conmigo y después de eso se calmó.”¹

En los centros de vacunación se generaron situaciones de tensión. El origen de la vacuna fue objeto de dudas y cambios durante el proceso de vacunación y las enfermeras tuvieron que mediar a partir de sus conocimientos profesionales. En el inicio del operativo, la vacuna Sputnik V fue objeto de una dura campaña mediática. Se cuestionaba el proceso de elaboración, que la Organización Mundial de la Salud no la había aprobado, la falta de publicaciones con los resultados científicos y la carencia de informes técnicos. Fernán Quirós, Ministro de salud de la Ciudad de Buenos Aires, sostuvo que “La aceptación en los hospitales y clínicas es heterogénea, hay hospitales que la han aceptado al 100% y otros no tanto, pero la aplicación es voluntaria.”² Alba, enfermera que se desempeña en el vacunatorio de un hospital de la CABA, recuerda que en los primeros meses del 2021:

“Nadie se quería vacunar. Se creía que era un veneno, nadie creía en la vacuna, todos pensaban que nos íbamos a morir por la vacuna. He escuchado de todo, que nos metían un chip, que nos iban a investigar, que querían hacer una eliminación de la población.”³

Pero, ante la evidencia sobre los efectos de la vacuna, el ritmo de vacunación se aceleró. En Argentina, a diferencia de Brasil o Estados Unidos, el movimiento antivacuna quedó desperdigado en algunas voces aisladas y se impuso una amplia aceptación de las vacunas. Surgieron así, nuevas tensiones y preferencias de unas vacunas por sobre otras. Yanina recuerda un conflicto cuando se comunicaba a la persona que ese día estaba disponible la vacuna de origen británico para inocular:

“Muchos no se querían vacunar y tuvieron que sentarse a un costado y pensarlo dos minutos. Había gente que les contaba que el día anterior estábamos dando la Sputnik y cuando venían se había terminado y solo contábamos con la AstraZeneca. La cara se les cambiaba y decían “esa me dijeron que no me la ponga.” Yo les trataba de explicar que tenía toda la seguridad y que estaba aprobada por

1 Entrevista a Yanina, enfermera de un Vacunatorio de la Provincia de Buenos Aires. Realizada en junio de 2021.

2 “Coronavirus. La respuesta de Fernán Quirós sobre el cortocircuito en el Gobierno tras los dichos de Carla Vizzotti,” *La Nación*, January 13, 2021, accessed February 4, 2022, <https://es-us.noticias.yahoo.com/coronavirus-respuesta-fern%C3%A1n-quir%C3%B3s-cortocircuito-114400473.html>.

3 Entrevista a Alba, enfermera en Hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Realizada en abril de 2021.

las autoridades sanitarias. Esto pasaba con AstraZeneca, todas las personas querían la Sputnik.”¹

En un contexto signado por la información cruzada, la incertidumbre acerca de los tratamientos adecuados y la producción contrarreloj de las vacunas; las enfermeras y los enfermeros se enfrentaron de manera directa con estas dificultades a la hora de materializar la campaña de vacunación. Como vimos, llevar adelante esta política sanitaria no implica la mera de aplicación de las dosis. Las vacunas pueden ser pensadas como un tecnología que se inserta en un contexto sociocultural específico, y el acceso efectivo de la población a la inmunización en un momento de disputas políticas y cuestionamientos generalizados a los conocimientos científicos, va a involucrar estas tareas de información y contención emocional que describimos en este apartado y que son ineludibles en toda interacción sanitaria.

Los procesos de enfermedad/salud/atención son maneras de vivir, enfermar y morir, producto de las condiciones materiales de la vida y, por lo tanto, hechos sociales. Más allá de las particularidades técnicas de cada contexto, se aplican sobre sujetos que le otorgan sentido y significados.² En la emergencia sanitaria, algunos de estos saberes y sentidos se encuentran en discusión. La eficacia de la biomedicina, que sostiene su legitimidad en base a la respuesta que da a los padecimientos, en este caso no es suficiente. Las discusiones que otrora se daban al interior de la comunidad científica se exponen ahora a la vista de espectadores legos que presencian las marchas y contramarchas propias de un campo de conocimiento experto pero, ante todo, humano y sumido en las mismas consecuencias sobre su vida que experimenta la población.

Conclusiones

La pandemia de coronavirus ocasionó transformaciones en todos los ámbitos de las relaciones humanas. La gran contagiosidad del virus limitó los contactos de las personas e impuso nuevas formas de relacionarnos a partir del uso de las mascarillas y el distanciamiento social. En el ámbito sanitario y para el sector de enfermería la limitación del contacto físico trajo como consecuencias cambios en las rutinas laborales, sobrecarga de trabajo, un incremento de la tensión laboral de la mano de una rápida adecuación de las tareas a los lineamientos de las autoridades sanitarias. Para el sector de enfermería, estas modificaciones implicaron un constante ajuste entre las recomendaciones y protocolos y las posibilidades de llevarlas a la práctica a partir de las situaciones complejas y diversas que se dan en el contexto asistencial.

El año 2020 es recordado por varias de las personas entrevistadas como un año de aprendizaje de los desafíos que impuso la pandemia en conocer los protocolos cambiantes, mejorar las medidas de bioseguridad, discernir entre la información certera e incorrecta. Una vez atravesado este primer momento, vemos aparecer distintas estrategias tendientes a sostener los vínculos y sortear las dificultades en la comunicación, ya sea con los pacientes; como con las familias y vínculos afectivos.

En este artículo demostramos que los intentos de mantener un cuidado profesional, no obturan la búsqueda de una relación afectiva en la cual: la escucha y la empatía hacia el otro tuvieron un lugar privilegiado. En el ejercicio cotidiano de la enfermería, esta dimensión de la vida se vuelve imposible de relegar a un segundo plano. Ya que, a pesar de los esfuerzos históricos del abordaje biomédico por escindir el campo emocional de lo que se presenta como exclusivamente biológico; las enfermeras y los enfermeros se enfrentan de manera

1 Entrevista a Yanina, enfermera de un Vacunatorio de la Provincia de Buenos Aires. Realizada en junio de 2021.

2 Menéndez 1994.

cotidiana a la interacción directa con las personas. Aún en una pandemia que magnificó ciertos aspectos de la vida hospitalaria tendientes a la protección de enfermedades y que, como mencionamos, restringieron la identificación de rostros, la interpretación de gestos y otras capacidades sociales fundamentales; este conjunto de profesionales adaptó estas competencias a un contexto desafiante.

→ Referencias / References

- Aspiazu, Eliana. "Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud." *Trabajo y Sociedad* 28 (2017): 11–35. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1514-68712017000100002&lng=es&nrm=iso.
- Crojethovic, María, y Ana Ariovich. "Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina." *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología* 8, no. 24 (2015): 38–50. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477847102004>.
- Cerdá, Juan Manuel. "Las reformas del sistema de salud en los '90. La disputa entre el Estado y los sindicatos." *Astrolabio Revista Electrónica Del Centro de Estudios Avanzados de La Unc* (2005): 1–25. <https://www.aacademica.org/juan.manuel.cerda/47.pdf>.
- Comelles, Josep. "Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo." In *Medicina y cultura. Estudios entre la Medicina y la Antropología*, edited by Enrique Perdiguero Gil, and Josep M. Comelles, 305–352. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2000.
- Freidin, Betina, et al. "Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia Covid-19 en el conurbano de Buenos Aires." *Población y Sociedad* 28, no. 2 (2021): 138–167.
- Gollan, Daniel, et al. *La salud sí tiene precio: Medicamentos, hospitales, pandemias y la necesidad de repensar el sistema sanitario*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2021.
- Menéndez Eduardo. "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?." *Alteridades* 4, no. 7 (1994): 71–83.
- Ortiz Zulma et al. "Preocupaciones y demandas frente a Covid-19. Encuesta al personal de salud." *Medicina Buenos Aires* 80 (2000): 16–24.
- Petracci, Mónica, and Silvio Waisbord. *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía, 2011.
- Pereyra, Francisca, and Ariela Micha. "La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud." *Salud Colectiva* 12, no. 2 (2016): 221–238. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.730>.

Исследовательская статья

<https://doi.org/10.46272/2409-3416-2022-10-2-104-120>

Коммуникация в сфере здравоохранения Аргентины во время пандемии Covid-19

© Карина Рамаччиотти, Клара Хиллиган, 2022

Карина Рамаччиотти, старший научный сотрудник, Национальный совет по научным и техническим исследованиям, Кафедра социальных наук Национального университета Кильмеса, Аргентина
Для корреспонденции: B1876BXD, Аргентина, Буэнос-Айрес, Берналь, Роке Саенс Пенья 352

E-mail: karinaramacciotti@gmail.com
(корреспондирующий автор)

Клара Хиллиган, профессор, Департамент здравоохранения и социального обеспечения Национального университета Трес-де-Фебреро, Министерство здравоохранения, Аргентина.
Для корреспонденции: C1072, Аргентина, Буэнос-Айрес, проспект 9 июля 1925 г., 7-й этаж

E-mail: clarag.msal@gmail.com

Статья поступила в редакцию: 14.04.2022

Доработана после рецензирования: 16.05.2022

Принята к публикации: 01.06.2022

Для цитирования: Ramacciotti, Karina, Clara Gilligan. "La comunicación en el área de salud de Argentina en momentos de pandemia Covid-19" [Communication in the health area of Argentina in times of Covid-19 pandemic]. *Cuadernos Iberoamericanos* 10, no. 2 (2022): 104–120. <https://doi.org/10.46272/2409-3416-2022-10-2-104-120>. [In Spanish]

→ Аннотация

Цель данной статьи – проанализировать, как пандемия Covid-19 в Аргентине изменила коммуникацию как внутри сестринского сектора, так и с людьми, нуждающимися в лечении; как повлияла на их семьи, эмоциональные связи, а также институциональные отношения. Исходя из качественной методологической стратегии, основанной на анализе интервью и национальной прессы, авторы выделили три раздела. В первом разделе содержатся представления о характеристиках системы здравоохранения и медсестринского образования в Аргентине. Во втором – проанализированы изменения во взаимоотношениях между медицинским персоналом и пациентами с Covid-19 в больнице. В третьем разделе описывается опыт коммуникаций, полученный во время кампании вакцинации против коронавируса.

→ Ключевые слова

Медико-санитарная коммуникация, Ковид-19, сфера здравоохранения, вакцинация против Ковид-19, Аргентина, пандемия

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Финансирование и благодарности: Статья является частью результатов проекта PISAC Covid-19 0022: «Сестринское и профессиональное медицинское обслуживание во время пандемии Covid-19 и после пандемии (Аргентина, XX-XXI)» под руководством Карины Рамаччиотти и финансируемого Национальным Агентством содействия исследованиям, технологическому развитию и инновациям. Авторы ценят помощь и предложения Даниэлы Тесты и Хоакина Фернандеса Вила и особенно медсестер, которые сделали работу возможной, поделившись своим опытом в тяжелые моменты в их работе и личной жизни.