



Atención de enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. Un análisis de las narrativas de trabajadores de hospitales públicos del conurbano bonaerense (Argentina)*

Chronic disease care during the covid-19 pandemic. An analysis of the narratives of public hospital workers in the Buenos Aires suburbs (Argentina)

Cuidados com doenças crônicas durante a pandemia de covid-19. Uma análise das narrativas de trabalhadores de hospitais públicos da periferia de Buenos Aires (Argentina)

Brenda Moglia¹; Anahí Sy²

¹ Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Instituto de Justicia y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús, CONICET, Argentina. brenmoglia@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3640-5232>

² Doctora en Ciencias Naturales. Instituto de Justicia y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús, CONICET, Argentina. anahisy@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1281-5333>

Recibido: 17/05/2022. Aprobado: 21/11/2022. Publicado: 22/12/2022

Moglia B, Sy A. Atención de enfermedades crónicas durante la pandemia por covid-19. Un análisis de las narrativas de trabajadores de hospitales públicos del conurbano bonaerense (Argentina). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(1):e349651. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349651>

Resumen

Objetivo: Analizar las narrativas de quienes trabajan en hospitales públicos del conurbano bonaerense, sobre sus experiencias en la atención y el cuidado de personas que viven con alguna enfermedad crónica no transmisible, haciendo foco en las dificultades y los obstáculos que emergen en el contexto de la pandemia por COVID-19. **Metodología:** Se realizaron 13 entrevistas en profundidad durante los meses de mayo y agosto del 2021, utilizando un guion de preguntas/temas y de manera virtual. En el análisis, se partió del enfoque de las narrativas

para reconstruir la manera en que los actores producen, representan y contextualizan sus experiencias. **Resultados:** Por un lado, se delimitaron obstáculos coyunturales, como el miedo de las personas con ese tipo de enfermedad a salir a la calle y de acudir a un hospital, el cierre de los consultorios externos y la concentración de trabajadores y trabajadoras, y recursos para la atención de la pandemia por COVID-19; por otro, problemas estructurales —potenciados por la epidemia—,

* Este trabajo forma parte del proyecto “Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as”, desarrollado en el marco de la convocatoria de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i). Convocatoria PISAC-COVID-19: “La sociedad argentina en la postpandemia”. Aprobado por Resolución N.º RESOL- 2020- 131.

como la disponibilidad intermitente de la medicación, las dificultades de articular con otras instituciones/niveles de atención, el acceso o no de los pacientes al transporte público y su posibilidad o no de costear otros medios de transporte. **Conclusión:** Durante la pandemia, el trabajo estuvo centrado, tanto material como simbólicamente, en la contención de los casos de COVID-19. El seguimiento, el diagnóstico y la

atención de enfermedades crónicas no transmisibles se vieron postergados. El desafío actual es atender a la nueva realidad socioepidemiológica que se configura cuando el virus del SARS-Cov-2 disminuye su circulación y gravedad. -----**Palabras clave:** Buenos Aires (Argentina); COVID-19; enfermedad crónica; narración; personal de salud; pandemia.

Abstract

Objective: To analyze the narratives of those who work in public hospitals in the Buenos Aires suburbs, about their experiences in the care and care of people living with a chronic non-communicable disease, focusing on the difficulties and obstacles that emerge in the context of covid-19 pandemic. **Methodology:** 13 in-depth interviews were conducted during the months of May and August 2021, using a script of questions/topics and virtually. In the analysis, we started from the narrative approach to reconstruct the way in which the actors produce, represent and contextualize their experiences. **Results:** On the one hand, temporary obstacles were defined, such as the fear of people with this type of disease to go out and go to a hospital, the closure of outpatient clinics and the concentration of workers and workers, and

resources for the care of the covid-19 pandemic; on the other, structural problems —promoted by the epidemic—, such as the intermittent availability of medication, the difficulties of articulating with other institutions/levels of care, the access or not of patients to public transport and their possibility or not of paying for other transport. **Conclusion:** During the pandemic, the work was focused, both materially and symbolically, on the containment of covid-19 cases. Follow-up, diagnosis and care of chronic non-communicable diseases were postponed. The current challenge is to attend to the new socioepidemiological reality that is configured when the sars-Cov-2 virus decreases its circulation and severity. -----**Key words:** Buenos Aires (Argentina); COVID-19; chronic disease; narration; health personnel; pandemic.

Resumo

Objetivo: Analisar as narrativas de quem trabalha em hospitais públicos da periferia de Buenos Aires, sobre suas experiências no atendimento e cuidado de pessoas vivendo com doença crônica não transmissível, enfocando as dificuldades e obstáculos que surgem no contexto da pandemia do covid19. **Metodologia:** Foram realizadas 13 entrevistas em profundidade durante os meses de maio e agosto de 2021, utilizando um roteiro de questões/temas e virtualmente. Na análise, partimos da abordagem narrativa para reconstruir o modo como os atores produzem, representam e contextualizam suas experiências. **Resultados:** Por um lado, foram definidos obstáculos temporários, como o medo das pessoas com este tipo de doença de sair e ir a um hospital, o encerramento de ambulatorios e a concentração de trabalhadores e trabalhadoras, e recursos para o atendimento da pandemia de covid-19; por

otro, problemas estructurales —potenciados por la epidemia—, como la disponibilidad intermitente de la medicación, las dificultades de articular con otras instituciones/niveles de atención, el acceso o no de los pacientes al transporte público y su posibilidad o no de costear otros medios de transporte. **Conclusão:** Durante a pandemia, o trabalho centrou-se, tanto material como simbolicamente, na contenção dos casos de covid-19. Acompanhamento, diagnóstico e atendimento de doenças crônicas não transmissíveis foram adiados. O desafio atual é atender à nova realidade socioepidemiológica que se configura quando o vírus sars-Cov-2 diminui sua circulação e gravidade. -----**Palavras-chave:** Buenos Aires (Argentina); COVID-19; doença crônica; narração; pessoal de saúde; pandemia.

Introducción

La pandemia por COVID-19 en Argentina, al igual que en otros países, exigió una reorganización del sistema de salud. Se priorizaron el diagnóstico y el tratamiento de los casos sospechosos y positivos de COVID, y se efectuó la pronta adecuación edilicia de los hospitales para el aislamiento e internación de los pacientes. Esto condujo a colocar en segundo plano la atención de problemas de

salud preexistentes, que adquieren igualmente dimensiones pandémicas, como las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) —como la diabetes, la hipertensión o las cardiopatías—. En particular, los padecimientos crónicos o de larga duración constituyen procesos inciertos e intrusivos en las vidas de las personas, requieren una amplia variedad de atenciones y cuidados, e implican conflictos de interpretación y autoridad entre los distintos actores involucrados (trabajadores y traba-

jadoras de la salud, entorno familiar y persona que padece) [1].

Una revisión de algunas investigaciones en torno a las ECNT, desde una perspectiva cualitativa, nos permite identificar que la mayor parte de los estudios se han focalizado en las percepciones y experiencias de las personas que viven con alguna de estas enfermedades [2-17]. Sin embargo, las trabajadoras y los trabajadores de la salud se constituyen en actores relevantes en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de dichas personas, siendo quienes definen los diagnósticos y acompañan sus tratamientos. En ese sentido, las investigaciones previas se centran, principalmente, en la relación entre profesional y paciente [18-22].

Strauss *et al.* [1], en su investigación sobre la organización social del trabajo médico enfocado a enfermedades crónicas, explican las complejidades de la acción terapéutica vinculadas al hecho de que no hay precisión en el trabajo médico, porque hay muchas posibles trayectorias y problemas asociados a esas enfermedades. De modo que incluso las trayectorias de enfermedad esperables y relativamente rutinarias pueden desarrollar complejidades imprevistas en torno a la acción terapéutica. En ese sentido, los autores introducen el concepto de *trayectoria de enfermedad* para referirse no solo al desarrollo fisiológico de la enfermedad de un paciente, sino también a la organización total del trabajo realizado durante el curso de la enfermedad, además del impacto en las personas involucradas con ese trabajo y en su organización. Particularmente, en el caso de los hospitales, la organización involucraría diferentes acciones médicas y de enfermería, diversos tipos de habilidades y recursos, y distintos trabajos, vinculados a la técnica, el cuidado y la seguridad del paciente, así como el trabajo afectivo [1].

En 2020, la Organización Mundial de la Salud presentó una revisión sobre las relaciones entre el COVID-19, las enfermedades no transmisibles (ENT) y los factores de riesgo de estas enfermedades, donde explican que las personas que viven con ENT corren mayor riesgo de padecer una manifestación grave de COVID-19 o de morir por causa de este [23]. Tanto la pandemia como las medidas de confinamiento han afectado gravemente los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos destinados a las personas que viven con ENT, a lo que se suma el aumento de la inactividad

física, la dieta inadecuada y el consumo nocivo de alcohol, que se configuran como potenciales disparadores de complicaciones [24].

En Argentina, la pandemia significó la implementación de las medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), mediante el Decreto 297 de 2020 [25] (al menos durante los primeros meses), la normativa de cerrar los centros de salud y limitar la atención en los hospitales a las urgencias. Esto, junto al miedo y la incertidumbre respecto de los mecanismos de transmisión y contagio del nuevo virus, habría incidido en la disminución de los controles médicos y en la interrupción de los tratamientos [26].

En estudios previos, hemos trabajado la hipótesis de que en los servicios públicos de salud convergen problemáticas y demandas emergentes o coyunturales de la población, que no siempre coinciden con aquello que la institución norma y regula como emergencia o urgencia médica [27]. Por su parte, en este artículo se analizan las narrativas de quienes trabajan en hospitales públicos del conurbano bonaerense, sobre sus experiencias en la atención y el cuidado de personas que viven con alguna ECNT, durante los años 2020 y 2021, focalizando las dificultades y los obstáculos que emergen en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Metodología

Como ya se indicó, este trabajo forma parte del proyecto “Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as”, el cual fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología “Juan H. Jara” [28].

En esta investigación cualitativa se realizaron un total de 41 entrevistas en profundidad [29], a trabajadoras y trabajadores de hospitales públicos generales de la región sur del conurbano bonaerense, ubicado en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Esta zona corresponde con las regiones sanitarias VI y XI de la provincia, las cuales concentran el mayor número de hospitales generales zonales e interzonales[†] de toda ella —la región VI con 12 hospitales, y la XI con 8—. Según el censo del año 2010, la población del AMBA era de

[†] El *hospital general* es aquel que se encuentra en condiciones de recibir pacientes con riesgo de sufrir diversos tipos de patología. Pueden ser *zonales*, con una capacidad de 150 a 299 camas, con un perfil de equipamiento que les permita cubrir las funciones de pediatría, obstetricia, ginecología, clínica médica y clínica quirúrgica, además de las especialidades que de ellas derivan. Su área de influencia está determinada por la población de la zona o región sanitaria correspondiente. O pueden ser *hospitales interzonales*, los cuales cuentan con una capacidad de más de 300 camas, con un perfil de equipamiento que les permita cumplir cualquier acción de atención médica. Su área de influencia sobrepasa al de una zona o región sanitaria, pudiendo llegar, en ciertos casos, a ser de influencia provincial.

12 806 866 habitantes, correspondiendo a la región sur 4 194 709 habitantes [30].

El contacto con las trabajadoras y los trabajadores se hizo vía WhatsApp, a partir de redes establecidas en trabajos de campo previo (véase Sy *et al.*, 2021). Cuando manifestaban su interés en participar, se realizaba un llamado o se dejaba un mensaje de audio con el que se ampliaban las características de la entrevista y se solicitaba la lectura del consentimiento informado para la firma.

Tras manifestar su conformidad para participar, se concertaba un día y hora para la entrevista. Cuando se pudo, fue presencial, en el lugar sugerido por la persona entrevistada; en otros casos, aquella se llevó a cabo de manera virtual, usando la plataforma con la que estuviera familiarizada la persona.

Al finalizar, se le solicitaba a la persona que nos sugiriera otras personas del trabajo a quienes podríamos entrevistar.

Todas las entrevistas fueron grabadas (en audio) y transcritas en su totalidad.

Desde el inicio del proceso de análisis, se buscó anonimizar las entrevistas, para proteger la identidad de las personas entrevistadas y las instituciones de referencia.

Para este artículo nos enfocamos en los resultados del análisis de 13 entrevistas, en tanto estas fueron realizadas a personal sanitario que antes de la pandemia atendía ECNT.

Se utilizó, en la entrevista, un guion, orientado a conocer las experiencias de atención y cuidado de personas con padecimientos crónicos durante la pandemia. Las entrevistas seleccionadas se realizaron de manera virtual, a través de la plataforma Zoom o Google Meet, durante los meses de mayo y agosto del 2021.

De esta forma, se entrevistó a siete médicas (con especialidad en clínica, cardiología y medicina general), tres médicos (de clínica y gastroenterología), una trabajadora social y dos trabajadores sociales. Las médicas y los médicos cumplían sus horas de trabajo en consultorios externos, guardias y salas de internación. Las trabajadoras y los trabajadores sociales laboraban en función de las interconsultas que recibían de distintos servicios. Todas las personas entrevistadas aceptaron y firmaron el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética. En todos los casos se anonimizaron las entrevistas; en este artículo se usan seudónimos al citar las personas entrevistadas.

En el análisis, partimos del enfoque de las narrativas, por medio del cual apuntamos a reconstruir la manera en que los actores producen, representan y contextualizan sus experiencias. En palabras de Mattingly y Garro: “La narración es una forma humana fundamental de dar sentido a la experiencia” [31, p. 7].

Cuando hablamos de “narrativas”, nos referimos a un tipo específico de relato, situado temporal y espacialmente, con un tema central, y que está inmerso en las

formaciones y convenciones discursivas de época [32]. La narrativa consiste, entonces, en una secuencia ordenada de eventos, donde hay una lógica que (al menos) para el narrador tiene sentido y que puede ser entendida como estructuras formales o considerarlas en términos de sus funciones [33].

En este caso, siguiendo la propuesta de Labov [33], desarrollamos para el análisis una exploración de la estructura formal de las narrativas, que responde a un conjunto de *unidades elementales* que pueden identificarse en las mismas. Estas son: el *resumen*, que consiste en una síntesis de lo que se va a narrar (lo cual no siempre va a estar explícito); *la orientación*, que permite establecer la situación, el momento y espacio donde tiene lugar y los actores involucrados; *la complicación*, donde radica lo acontecido, las encrucijadas o crisis; *la evaluación y el resultado*, que están relacionados entre sí, describiendo *el desenlace* de los acontecimientos y puede haber alguna reflexión sobre los mismos. Además, las narrativas pueden terminar con una *coda*, la cual señala la terminación de la narrativa, donde, en general, se vuelve discursivamente al presente.

Si bien no en todas las narrativas se va a dar una regularidad perfecta en relación con los elementos planeados, sí podemos observar cómo está estructurada la narrativa e identificar puntos significativos transversales a ellas [33], y de dicha manera la propuesta de Labov permite delimitar una estructura narrativa que resulta ser una vía de acceso a las experiencias vividas.

Resultados

A partir del análisis desarrollado previamente, organizamos los resultados en un conjunto de narrativas, derivadas de las entrevistas, como un recorrido posible sobre los obstáculos identificados por quienes trabajan en la atención de personas que viven/padecen alguna ECNT. La relación entre dichas situaciones está dada por la dimensión temporal, que inicia con la irrupción de la pandemia y se extiende hasta el momento de realización de la entrevista.

A continuación se muestran los puntos significativos recurrentes y transversales que permiten la construcción de una narrativa colectiva.

Orientación: qué, quiénes, cuándo y dónde

Las experiencias narradas por las personas entrevistadas se enmarcan en el espacio del hospital público, ya sea en los consultorios externos, la guardia o las salas de internación. Pilar, de 36 años de edad, médica clínica de un hospital del conurbano bonaerense, con una antigüedad de 7 años, señala:

[...] tengo un cargo de 36 horas semanales, hago guardias 12 horas por semana, y el resto, hago internación, o sea, seguimiento de pacientes internados.

Javier, trabajador social de otro hospital ubicado en la misma región, con 32 años y una antigüedad de 3 en su cargo, cuenta que:

[...] fundamentalmente, el trabajo está abocado a las áreas de internación. Eso, como el trabajo más intenso; después, obviamente recibimos interconsultas de casi todos los servicios. Incluso tenemos lo que es demanda espontánea del servicio social.

Por su parte, Jorge, médico clínico de 32 años y con 6 años de antigüedad en el hospital, relata que:

[...] trabajo en la parte de clínica médica. En internaciones, básicamente mi trabajo es de internación. Aparte de eso, de hacer internación, atiendo en la unidad de enfermedades cardiometabólicas del hospital, que es un consultorio de hipertensión.

Las personas entrevistadas narran sus experiencias teniendo como marco temporal el inicio de las medidas de aislamiento social, que de forma preventiva y obligatoria apuntaban a evitar la dispersión del virus SARS-CoV-2.

En particular, en los hospitales públicos se sumaron una gran cantidad de cambios en la cotidianidad del trabajo, como la intensidad de la demanda para determinados servicios, que se agrega al carácter continuo del trabajo, lo que, si bien preexiste a la pandemia, se suma a la postergación en la posibilidad de tomar vacaciones, la reorganización del trabajo y rutinas, y la incertidumbre y la ansiedad vinculada a la posibilidad de contagio.

Estos cambios influyeron en el trabajo, lo que constituyó una serie de obstáculos y dificultades en la atención y el cuidado, como se describe a continuación.

Complicaciones: ¿qué pasó?

“Hubo una mala praxis, [...] donde todo fue COVID”

Las médicas y los médicos, así como las trabajadoras y los trabajadores sociales identifican un momento previo a la irrupción de la pandemia en el hospital: es el inicio de las medidas del ASPO decretadas en marzo de 2020, cuando todavía no había una circulación comunitaria del virus. Dicho tiempo buscó organizar los servicios y el trabajo para la pandemia, aunque la atención a las ECNT quedó en suspenso:

Al principio se cerró todo, los primeros meses todo cerrado. No había atención. Lo que nunca y lo único que

no se cortó de la atención fue la hipertensión en las embarazadas; fue medio una decisión personal [Jorge].

Lorena, de 31 años de edad, médica generalista de un hospital del conurbano bonaerense, con una antigüedad de 6 años, señala:

[...] se suspendió todo durante la primera ola,[‡] salvo diabetes. Pasa es que uno o dos consultorios, o sea, son dos médicas que hacen diabetes; entonces, están muy sobrecargadas.

Melina, de 31 años de edad, médica clínica que se encontraba realizando su segunda residencia en gastroenterología, con una antigüedad de 7 años en el mismo hospital, nos cuenta que:

[...] te manejabas vos con los pacientes de darle tu número personal para que te avisen, ¿viste? Eso muy a pulmón, desde el servicio, viendo qué estrategia es la mejor para poder seguir a tu paciente; pero quedaba muy a merced de cada consultorio. Siempre fue dependiendo del lugar y dependiendo de la gente que esté ahí.

Silvio, médico clínico, de 32 años de edad y con una antigüedad de 6 años, señala que:

Nunca se cortó del todo, no fue un corte 100 %; pero fue bastante fuerte al comienzo. Se cerraron algunos consultorios, porque la decisión era cerrar los consultorios.

Podemos observar que la organización con respecto a la atención de personas con ECNT estuvo sujeta a las decisiones de cada equipo de trabajo, dependiendo de la iniciativa/inventiva/voluntad personal para garantizar la continuidad del tratamiento, desobedeciendo la decisión gubernamental de cierre de los consultorios externos.

En las narrativas, las trabajadoras y los trabajadores señalan que no hubo un acompañamiento institucional para continuar de alguna manera con la atención. En ese sentido, los consultorios externos, espacios donde las personas con alguna enfermedad crónica asisten a las consultas y controles, se cerraron, y, a la vez, hubo una organización informal y personal, enfocada a aquellos pacientes que no podían esperar, como las mujeres embarazadas que sufren de hipertensión, entre otras.

Para las médicas y los médicos que tomaron una posición de seguir con la atención de los pacientes crónicos que venían atendiendo, significó una sobrecarga en el trabajo, debido a la reasignación de sus compañeras y compañeros a otros espacios enfocados a la atención del COVID-19, como el “refuerzo de guardia” (o sea, la

[‡] Las trabajadoras y los trabajadores refieren dos olas pandémicas principales, marcadas por los aumentos de casos durante el mes de julio de 2020 y abril de 2021 (Nota de los autores)

asignación extra de personal enfocado, en este caso, al servicio de guardia específico de atención de posibles casos de COVID-19).

El hecho de las autoridades sanitarias no contemplar la atención de las personas que viven/padecen alguna ECNT y el supuesto de que la pandemia duraría solo unos meses, al menos al principio, representó un obstáculo en la atención que condujo, en algunos casos, a la discontinuidad del tratamiento.

“[A los pacientes] les daba miedo ir al hospital”

Si bien los consultorios externos se mantuvieron cerrados y no hubo “nueva atención” durante casi toda la primera ola, los pacientes debían concurrir a buscar la medicación o hacer recetas:

Y bueno, la atención de las enfermedades crónicas en clínicas un poco se dejó de atender; se hacían recetas por previo pedido, o sea que el paciente tenía que venir dos veces. Pero no se hacía atención nueva [Jorge].

Milagros, de 32 años de edad, médica clínica de un hospital del conurbano bonaerense, con una antigüedad de 6 años, nos relata:

[...] creo que de marzo a octubre lo único que se hacía... se hacían recetas. Es un poco complicado, porque la gente no tuvo acceso durante muchísimo tiempo.

Más allá de que se continuó con prescripción médica a través de “recetas” y se permitió la búsqueda de medicación, desde que irrumpió la pandemia, la llegada de las personas se redujo mucho, además de no tomar nuevos pacientes:

Ese tipo de servicio [orientación y asesoramiento para la gestión de medicamentos] bajó muchísimo, bajó muchísimo, porque los consultorios externos, por ejemplo, los consultorios de seguimiento de la diabetes cerraron... cerraron entonces, de la mano de eso, nuestro laburo [trabajo] bajó muchísimo [Javier].

Para abril, mayo, cuando explotó [la pandemia], eran muy pocos los pacientes que llegaban. Entonces, con la primera ola, la restricción fue tan grande que los pacientes no llegaban directamente [Jorge].

Las explicaciones otorgadas por las personas entrevistadas giraron en torno al miedo de los pacientes. Ana,

una médica clínica de 31 años y con 6 años de antigüedad en el mismo hospital, señala que:

[...] mucha gente hace dos años que no hace los controles de salud por la pandemia, no quieren venir al hospital... porque no quieren ir al laboratorio, porque también se hacen un hisopado, un montón de cosas que influyen.

Hubo muchos, muchos, muchos que no pudieron continuar sus tratamientos, porque les daba miedo ir al hospital a buscar la medicación, no querían ir al hospital [Lorena].

Podríamos decir que el miedo, combinado con el cierre, al menos parcial, de consultorios externos y la “burocratización” para acceder a los medicamentos conducirán a la interrupción o al menos a “poner en pausa” los tratamientos que se venía realizando o acompañando desde el sector salud previo a la pandemia por COVID. Aunque la situación antes de la pandemia tampoco era tan clara.

“[...] es un gran agujero negro previo al COVID”

Las personas entrevistadas hacen referencia a las dificultades que ya existían y que se vieron magnificadas o potenciadas con la pandemia, especialmente al inicio.

Además del miedo de los pacientes para acercarse a los hospitales, el uso del transporte público reemergió como un nuevo obstáculo:

[...] [los pacientes] no tuvieron acceso a la medicación tampoco, porque no podían ir al hospital [...] no te podías subir a un colectivo si no tenías el Cuidar; § entonces, la gente no podía ir al hospital, porque no tenía por ahí un auto, un vecino que tuviera un auto, no tenía plata para pagar un taxi [Melina].

[...] tendremos que ver si es simplemente por el transporte. Para mí es una de las cosas más clave, no tienen guita [dinero] para llegar, no tienen guita para que vengan acá [Jorge].

Lo mismo sucedía con la medicación o con los estudios de control que se debían hacer las personas, lo cual se vio magnificado a partir de la pandemia. Tal como relata Macarena, trabajadora social de 35 años y con 6 años de antigüedad:

Hubo como unos meses donde nadie sabía por dónde se pedía esa medicación. Eso generó que la gente esté dando vuelta, porque ni el programa que siempre le entregaba la medicación le entregaba y, por otro lado,

§ El “Cuidar” se refiere a una aplicación de descarga libre y gratuita para dispositivos electrónicos, donde se tramitaban los permisos de circulación durante la vigencia del decreto del ASPO.

en la farmacia del hospital, esa medicación no estaba a disposición

[...]. El tema, por ejemplo, para acceder a estudios específicos que en el hospital no se hacen, eso lo tiene que auditar Ministerio [de Salud] y se terceriza en un efector privado. Bueno, eso fue medio engorroso, y como que en pandemia fue mucho más notorio, por la dificultad de trasladarse y el miedo a exponerse, a tener que viajar en el tren.

Una última cuestión que identifican es la articulación con otros niveles de atención, específicamente con los centros de salud, un problema histórico “el de la derivación y contraderivación”. Camila, médica cardióloga de 32 años de edad y con 7 años de antigüedad en el mismo hospital del conurbano bonaerense, señala:

Tengo entendido que clínica médica tampoco, que no tiene una referencia con el primer nivel de salud, lo cual creo que deberíamos, ... dado que es un hospital interzonal grande que está... es el epicentro rodeado de 4 asentamientos, 4 villas importantes que terminan nucleando, terminamos nucleando la información.

[...] esto ya es hablar de un crónico reagudizado. Esto siempre nos falló, creo, digo, la interacción entre el hospital de tercera complejidad como es el nuestro y la atención primaria es una relación que viene débil de hace años [Jorge].

Desenlace: ¿cuál es el fin?

“[...] lo que fue la atención no COVID, fue un capítulo muy pesado”

La “atención no COVID” refiere a una serie de problemáticas que, en un primer momento, no habían sido reconocidas como prioritarias, como el seguimiento de personas que padecen alguna ECNT. Para quienes trabajan en hospitales, significó encontrarse con los “impactos indirectos” de la pandemia, como señala Luciano, médico residente en gastroenterología de 28 años de edad:

[...] me tocó la peor parte de la pandemia, ser residente de la sala de clínica no COVID en plena pandemia. Lo cual, igual, fue repicante, porque en un sistema de salud colapsando, destinando todos sus recursos al COVID, tuvimos que acaparar con muchos menos recursos del habitual la demanda natural de una provincia tan gigante como Buenos Aires. Y la cantidad de muertes por repercusiones indirectas que la pandemia generó.

[...] esa [la de personas con enfermedades crónicas] fue otra de las curvas del COVID-19 que había que medir al principio, porque era obvio que iba a tener un impacto importante [Melina].

Aunque hubo desarrollos de modos de atención alternativos e informales:

[...] yo los cito en el horario de mi laburo, o sea, por ejemplo, yo ayer hice guardia y consultorio, hice las dos cosas [Lorena].

[...] empezamos a llamar a algunos pacientes [a los] que le hacíamos seguimiento telefónico de COVID-19 y que por ahí necesitaban control clínico; entonces, después los citábamos. Nos impuso otras estrategias, como la de ir a buscar al paciente. Siempre estábamos con la estrategia de que el paciente venga. Ahí cambiamos la lógica [Silvio].

Las trabajadoras y los trabajadores reconocen que “sus pacientes quedaron medio a la deriva”, o que fueron situaciones “bache”, donde se disminuyó o interrumpió la atención, debido a la coyuntura que exigía otra disponibilidad, otras demandas vinculadas al COVID-19.

“[...] de un día para el otro [...] sufrieron alguna intercurencia que lo llevó en ambulancia al hospital”

Luego del primer momento de aumento de casos positivos de COVID-19, nombrado como “la primera ola”, entre los meses de julio/agosto y octubre del 2020 se produce la apertura de los consultorios externos. Esto implicó, por un lado, la organización de la atención en turnos más espaciados temporalmente y un rápido colapso de la turnera (sistema de turnos) y, por otro, un aumento de consultas de personas que “empeoraron sus enfermedades” [Milagros]; “vienen con enfermedades crónicas descompensadas” [Camila] y “llegaban tronados,”* porque no habían hecho nada en todo el año” [Macarena].

¿Qué pasó con dichos pacientes? Las respuestas por parte de quienes trabajan refieren que:

[...] esto, al principio, creo que nadie lo mensuro; nadie tuvo en cuenta justamente esto de cómo iban [a] impactar el hecho de no atender a los pacientes que tenían enfermedades crónicas, que hasta ese momento venían bien, controlados, u otros pacientes que todavía no sabían que tenían una enfermedad crónica [Melina].

Ahora, si le agregas una pandemia que los obligó a estar en su casa, vienen más gordos, vienen con la medicación menos controlada y vienen con la presión por las nubes. Entonces, es mucho más difícil y

** “Tronado” refiere a un “Deterioro por efecto del uso o del tiempo” [34]. Es una categoría habitual del trabajo en la guardia del hospital, usada para referir a quienes acuden con cuadros de enfermedad muy agravados.

el que por ahí quería consultar porque le pasaba algo y no consultaba, tenía un terrible cáncer que cuando vino a la consulta ya estaba todo tomado [Milagros].

[...] vienen cuando la situación es completamente desbordada, no pueden hacer nada, cuando está con el infarto en puerta [Camila].

Vino gente en las últimas [Pilar].

No es solo que llegan literalmente “tronados”, esto es, con un marcado deterioro por efecto del tiempo sobre el cuerpo enfermo (“terminales” muchas veces); también se conjugan el miedo, la obligación de quedarse en sus casas, la falta de acceso a las instituciones de salud. Todo ello configura un entramado epidemiológico que, al menos desde el punto de vista de las personas entrevistadas, permite avizorar un horizonte futuro preocupante en torno a estas problemáticas de salud que no fueron COVID-19, aunque sí son parte constitutiva o emergentes de la pandemia. No se trata solo de quienes ya tenían un diagnóstico de enfermedad crónica antes de la pandemia, sino también de quienes padecen estas enfermedades sin un diagnóstico o tratamiento oportuno.

De acuerdo con las narrativas de las personas entrevistadas, los pacientes que antes de la pandemia se acercaban al hospital a consultar, ahora llegan a internarse; y quienes no sabían que tenían alguna ECNT y no tuvieron acceso al diagnóstico temprano de su enfermedad recurren al hospital cuando comienzan a sentir-la como inhabilitante:

Ayer a la noche, antes de irme, cae un dolor de pecho que fue finalmente un síndrome coronario agudo y el tipo llegó con una presión por las nubes: “¿Y qué querés? Es lo que estamos viviendo todos”, en medio de su dolor; “¿Qué querés? ¿Qué querés?”, me decía... “Bueno, ¿usted se conocía hipertenso?”. “No, no. Hace 2 años que no voy al médico”. Estaba enojado, estaba enojado, porque el tipo sabía que si hubieran sido otra las condiciones, eso no le pasaba [Lorena].

[...] que vengan más tarde hace que en caso de que vengan, casi todos se internan. Muchos de los que venían al consultorio se internan por períodos más prolongados, porque la estabilización requiere un período mayor, dado que han venido con parámetros muy desestabilizados [Camila].

¿“Ahora... está todo más relajado”?

Si bien se reabrió la atención, la afluencia de pacientes con cuadros agravados persisten. Mauricio, tra-

bajador social de 53 años de edad y 25 años dentro del mismo servicio y hospital, nos dice:

Ahora, en la segunda ola, ya estamos pasando, casi estamos por la tercera en realidad, está todo más relajado, en el sentido que ya hay más de todo, o sea, como que ha vuelto a cierta normalidad para todo lo que no es COVID.

Ahora, con estas restricciones más blandas, más lábiles, estamos haciendo atención de uno o dos pacientes por día nuevos, y el resto es hacer recetas, y los pacientes por lo menos llegan un poco más [Jorge].

El retorno al tiempo presente, en las narrativas analizadas, gira alrededor de un “relajamiento” de las medidas de aislamiento y, en paralelo, de un acercamiento de los pacientes a los hospitales. Si bien “hay más de todo”, las nuevas demandas, vinculadas a la complicación de las situaciones de salud de muchas personas, no parecen implicar, para quienes trabajan en el hospital, un retorno a la cotidianidad previa a la pandemia.

Retomando la pregunta que orienta esta sección: ¿cuál es el fin?, es necesario explicitar que su ambigüedad no es ingenua, sino que busca promover la reflexión en torno al fin como la conclusión de algo, por un lado, y la finalidad, por el otro, si es que hubiera alguna en las narrativas analizadas.

Esta lupa en la magnificación de problemáticas que preexisten a la pandemia permite visualizar cierta finalidad orientada hacia el futuro:

Hay cosas que van a quedar, me parece, ya el uso del barbijo [máscara quirúrgica], dentro [de] una institución hospitalaria. No sé, nosotros, hay algunos procedimientos invasivos que se hacían sin ningún tipo de protección de nada [Lorena].

[...] esta cuestión de poner en duda el funcionamiento regular de las instituciones nos hizo actualizar mucho la red interinstitucional, el recursero^{††} con el que nosotros trabajamos y como que de alguna manera fue como una actualización obligatoria de las redes de instituciones de trabajo [Javier].

[...] es redalentador lo que aprendí, pero que la gente es una mierda, y que no cambia, y en contexto de catástrofe. Y también aprendí que nadie se salva; solo que yo sé que son contradictorias, pero... que nadie se salva solo, y que la salida si no es colectiva, no hay salida [Milagros].

Aunque más allá de eso podríamos preguntarnos si se avizora alguna transformación que trascienda lo indi-

^{††} El “recursero” alude a los distintos contactos de instituciones u organizaciones con las que el servicio de trabajo social interactúa por fuera del hospital.

vidual y a la coyuntura actual o, por el contrario, el fin es sinónimo de un “regreso a la normalidad”, una especie de estado previo, aunque indudablemente con un escenario transformado, donde cada uno de los actores sociales involucrados tampoco son los mismos, lo cual no sería una normalidad previa; pero ¿qué es? No es algo a lo que podamos responder ahora.

Discusión

En las investigaciones cualitativas centradas en la atención de ECNT se destacan dos aspectos que resultan significativos para la adecuación y el éxito de la propuesta terapéutica para los pacientes: la relación entre profesional y paciente, y las agendas de cada actor [18-22].

Durante la pandemia, la organización del trabajo en torno a las personas que padecen ECNT se vio trastocada. Especialmente al inicio, la decisión de atender recae en los equipos, dependiendo de la voluntad y las posibilidades de cada profesional de recibir algún paciente por fuera de lo normado o establecido, a partir de reconocer la necesidad de garantizar el acceso a medicación o a estudios de control (lo cual ya representaba un problema prepandemia). Esto implicó que la relación profesional-paciente se viera totalmente modificada y, en muchos casos, pausada. Las agendas se vieron enfocadas al COVID-19, los recursos (económicos, insumos e infraestructura), el personal de salud y los equipamientos necesarios se concentraron, tanto material como simbólicamente, en la contención de la pandemia.

En este contexto particular, las demandas o problemáticas de un sector de la población no coinciden con aquello que la institución norma y regula como emergencia o urgencia médica [27]. Asimismo, puede hablarse de una *sindemia* [35], dadas las urgencias coyunturales de una pandemia que interactúan sinérgicamente [36,37] con enfermedades preexistentes (como las ECNT) de pacientes que, en general, son los más desfavorecidos socioeconómicamente.

Si bien para estas personas el acceso a lo necesario para su salud nunca fue fácil, el deterioro sostenido de su estado, durante la pandemia, es la expresión tangible del carácter sindémico no atendido. Como señalan Strauss *et al.* [1], la organización del trabajo en el hospital guarda una relación directa en aquellas personas que viven con una ECNT, por el impacto que puede tener en ellas.

En este contexto particular, podemos delimitar, por un lado, *obstáculos coyunturales*, como el miedo de las personas enfermas a salir a la calle y de acudir a un hospital, el cierre de los consultorios externos y la concentración de trabajadores y trabajadoras y de recursos para la atención de la pandemia por COVID-19, y por otro, *problemas estructurales*, potenciados por la pandemia, como pueden ser la disponibilidad intermitente de la medica-

ción, las dificultades de articular con otras instituciones/ niveles de atención, el acceso o no al transporte público, y la posibilidad o no de costear otros medios de transporte.

Desde nuestra mirada, las narrativas de quienes trabajan en hospitales en la región sur del conurbano bonaerense dan cuenta de la complejidad que atraviesa al cuidado de la salud. Mientras el foco desde las políticas de salud pública, de la investigación biomédica y de los medios masivos de comunicación se colocó en la pandemia por COVID, advertir el carácter sindémico de la misma cambia el foco de “lo urgente” hacia lo que magnifica una pandemia (problemas que preexisten en el sistema público de salud), así como permite prever lo que trae esta transición hacia una nueva situación socioepidemiológica.

Conclusiones

Para lograr el objetivo, el análisis que presentamos se orientó a identificar actores sociales y lugares, con la pregunta: quiénes, cuándo, dónde; cambios y transformaciones, con el interrogante sobre qué pasó y, por último, reflexionar sobre el fin, en ese doble sentido de conclusión y finalidad.

Esa orientación construyó una narrativa posible sobre la atención de ECNT durante la pandemia, desde la perspectiva de los trabajadores y las trabajadoras de la salud, que expresa cómo aquella se establece sobre condiciones previas (ECNT que ya tenían un carácter epidémico y la disponibilidad intermitente de la medicación, entre otras).

En la coyuntura de la pandemia, dichas condiciones se agravan, muchos cuadros de enfermedad quedan sin diagnóstico, acompañamiento terapéutico, controles o medicación; el miedo y las dificultades de traslado son las alusiones más frecuentes.

En estas circunstancias, se dieron estrategias que por fuera de lo normado y de los protocolos establecidos buscaron garantizar el acceso a medicación o la realización de los controles. Estas son expresiones de la capacidad creativa y de la autonomía de las trabajadoras y los trabajadores para tomar decisiones sobre aquello que es urgente. Al mismo tiempo, esto abre un dilema ético que es necesario resaltar: estas intervenciones quedan en la iniciativa y voluntad de estos para intervenir más allá de los límites establecidos institucionalmente, con el desamparo que eso implica.

La construcción narrativa que hemos presentado conduce a problematizar la idea de *postpandemia* o de que exista un *final* de la pandemia cuando deja de circular el virus. Las secuelas que aquella ha dejado en los cuerpos y en la subjetividad de las personas excede en mucho la presencia y circulación del virus. Las secuelas se expresan en los casos de ECNT agravados, cuadros

avanzados de enfermedad aún sin diagnosticar y algunas personas que trabajan en el sector salud agotadas. Estas son las marcas en la subjetividad de las trabajadoras y los trabajadores que hoy atienden en hospitales del sector público. Es en ese sentido que proponemos hablar de una nueva realidad socioepidemiológica, antes que de “postpandemia”.

Las narrativas conducen a reflexionar sobre el futuro inmediato y de qué forma resolver lo emergente en este contexto singular, donde la gravedad de ECNT pre-pandémicas [38] se agravan con la pandemia. Si bien entendemos que las narrativas no constituyen evidencia (constituye una evidencia parcial) de lo que ocurrió efectivamente en los hospitales o a los pacientes, ellas se constituyen en un punto de partida insoslayable al momento de pensar el futuro del trabajo en el sector salud. Son tan válidas y necesarias las estadísticas de salud como las percepciones sobre el propio trabajo de las trabajadoras y los trabajadores, pues, en última instancia, cualquier medida de salud a implementar quedará en sus manos o bajo su órbita de acción.

Por último, un punto por indagar con mayor profundidad se vincula con los modos de atención que algunos/as trabajadores/as desplegaron para garantizar la continuidad en el tratamiento o acompañamiento de las personas con ECNT. Este aspecto abre caminos para futuras investigaciones orientadas a problematizar formas de trabajo normadas, naturalizadas y rutinizadas. Asimismo, la posibilidad de realizar estudios similares o comparativos con otras localidades contribuiría a reconocer las dimensiones transversales comunes y las singularidades, otorgando mayor validez y fortaleza a nuestro trabajo.

Agradecimientos

A las trabajadoras y los trabajadores de la salud que compartieron su experiencia de trabajo. A la Universidad Nacional de Lanús, la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), por el financiamiento y respaldo en el desarrollo de nuestra investigación.

Fuente de financiación

Conicet y Agencia I+D+i.

Declaración conflicto de interés

Las autoras declaran que no hay conflicto de intereses.

Declaración de responsabilidad

Las autoras asumen la responsabilidad sobre los puntos de vista expresados

Declaración de contribución

Brenda Moglia: participó en la concepción del problema de investigación, diseñó la estrategia metodológica, realizó el relevamiento y el análisis de los datos, y participó en la planeación y escritura del artículo.

Anahi Sy: supervisó el diseño de la investigación, el relevamiento y análisis de los datos, y participó en la planeación y escritura del artículo.

Referencias

- 1 Strauss AL, Fagerhaugh S, et al. *Illness trajectories*. En: Strauss AL, Fagerhaugh S, et al. *Social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press; 1985. pp. 8-39.
- 2 Almagro JR, Bacigalupe G, Ruiz MCS, et al. Aspectos psicosociales de la enfermedad celiaca en España: una vida libre de gluten. *Revista de Nutrição*. 2016;29(6):755-64. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000600001>
- 3 Atobrah D. When darkness falls at mid-day: Young patients' perceptions and meanings of chronic illness and their implications for medical care. *Ghana Med J*. [internet]. 2012 [citado 2022 may. 13]; 46(2 Suppl):46-53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645148/>
- 4 Canesqui AM. Narrativas breves sobre a descoberta da “ Pressão Alta”. En: Canesqui AM. “Pressão alta” no Cotidiano: representações e experiências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015; pp. 165-177.
- 5 Cordeiro RC, Ferreira SL, Santos AC da C. The illness of women and men with sickle cell disease: A Grounded Theory study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(6):1113-20. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0594.2656>
- 6 Dominguez Mon A, Mendez Diz AM, Schwarz PKN, et al. Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2012.
- 7 Fava SMCL, Veiga EV, et al. La religiosidad en la curación de la persona con hipertensión arterial sistémica. *Index enferm*. 2015;24(4):207-11. doi: <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000300004>
- 8 Kirk S, Milnes L. An exploration of how young people and parents use online support in the context of living with cystic fibrosis. *Health Expect*. 2016;19(2):309-21. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.12352>
- 9 Mantovani M de F, Mendes FRP, Ulbrich EM, et al. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. *Rev Gaucha Enferm*. [internet]. 2011 [citado 2022 may. 13]; 32(4):662-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22299266>
- 10 Méndez Salazar V, Becerril Estrada V, et al. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. *Cienc. Enferm*. 2010;16(3):103-9. doi: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000300011>

- 11 Naemiratch B, Manderson L. "Normal, but...": Living with type 2 diabetes in Bangkok, Thailand. *Chronic Illn*. 2008;4(3):188-98. DOI: <https://doi.org/10.1177/1742395308090069>
- 12 Olivé Ferrer MC, Isla Pera MP. Vivencia de la fibromialgia a través de la etnografía enfocada. *Rev Rol Enferm*. [internet]. 2013 [citado 2022 may. 13]; 36(7/8):488-98. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/107530/4/107530.pdf>
- 13 Rocha ACAL da, Ciosak SI. Chronic disease in the elderly: Spirituality and coping. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014;48(spe2):87-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>
- 14 Salinas Pérez V, Rogero Anaya P, et al. Descubriendo el significado de los fenómenos cronicidad, progresión y singularidad en el diagnóstico de la esclerosis múltiple. *Index Enferm*. 2012;21(3):126-30. DOI: <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000200004>
- 15 Simões K, Souza Filho E. Viviendo con una enfermedad crónica fatal: significados en una muestra brasileña. *Univ. Psychol*. [internet]. 2013 [citado 2022 may. 13]; 12(1):63-71. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a07.pdf>
- 16 Travieso CE, Mendes Á, Sousa L. Viver com diabetes é "carregar uma cruz": Metáforas de idosos diabéticos tipo 2. *Psicol. Saúde Doenças*. 2017;18(3):747-59. DOI: <https://doi.org/10.15309/17psd180310>
- 17 Zillmer JGV, Silva DMGV da. Tecendo reflexões sobre sofrimento social e doença renal crônica. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):145-53. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769217487>
- 18 Thomson D. An ethnographic study of physiotherapists' perceptions of their interactions with patients on a chronic pain unit. *Physiother Theory Pract*. 2008;24(6):408-22. DOI: <https://doi.org/10.1080/09593980802511805>
- 19 Wainwright M, Russell AJ, Yiannakou Y. Challenging the biopsychosocial model in a chronic constipation clinic. *Qual Health Res*. 2011;21(12):1643-57. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732311416824>
- 20 Alderson SL, Russell AM, McLintock K, et al. Incentivised case finding for depression in patients with chronic heart disease and diabetes in primary care: An ethnographic study. *BMJ Open*. 2014;4(8):e005146-e005146. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005146>
- 21 Maten-Speksnijder AJ ter, Dwarswaard J, et al. Rhetoric or reality? What nurse practitioners do to provide self-management support in outpatient clinics: An ethnographic study. *J Clin Nurs*. 2016;25(21-22):3219-28. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13345>
- 22 Chibante CL de P. O paciente como protagonista do cuidado de enfermagem durante a hospitalização: subsídios para a autonomia no processo de viver com DCNTS. [Tesis de doctorado]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense [internet]; 2018 [citado 2022 may. 13]. Disponible en: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/9186>
- 23 Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de ella. Ginebra: OMS y PNUD [internet]; 2020 [citado 2022 may. 13]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335827/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1-spa.pdf
- 24 Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta: situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida. Ginebra: OMS y PNUD [internet]; 2020 [citado 2022 may. 13]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335829>
- 25 Argentina, Presidencia de la Nación. Decreto 297, Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio [internet] (2020 mar. 19) [citado 2022 abr. 11]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335741/norma.htm>
- 26 Sy A, Moglia B, Derossi P. Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la salud pública. *Rev Salud Pública*. 2021;26(2):60-72. DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.33077>
- 27 Sy A, Moglia B, et al. La urgencia bajo la lupa: una revisión de la producción científica sobre servicios de emergencia en hospitales desde la etnografía. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(1):e00026120. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00026120>
- 28 Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara". Registro 059/2016, folio 107 del Libro de Actas N.º 2, con fecha 02/09/2016 (Código: sy 01/2020).
- 29 Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994.
- 30 Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B n.º 2. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) [internet]; 2012 [citado 2022 may. 13]. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
- 31 Mattingly C, Garro LC, editores. Narrative and the cultural construction of illness and healing. Berkeley: University of California Press; 2000.
- 32 Denzin N. (editor). Interpretive interactionism. Newbury Park, CA: SAGE; 1989.
- 33 Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1996.
- 34 Real Academia Española. Tronado. En Diccionario de la lengua española; 2021.
- 35 Singer M. Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009.
- 36 Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*. 2020;396(10255):874. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- 37 Fronteira I, Sidat M, Magalhães JP, et al. The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. *One Health*. 2021;12:100228. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100228>
- 38 Argentina, Ministerio de Salud. Natalidad y mortalidad. Síntesis Estadística Nro. 6 [internet]; 2018 [citado 2022 may. 13]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sintesis-natalidad-y-mortalidad-nro6_2018-v3_0.pdf

