

La enfermería después de la pandemia

MARÍA ROSA GUDIÑO CEJUDO Y KARINA RAMACCIOTTI
editoras

La enfermería después de la pandemia

Una mirada retrospectiva desde Iberoamérica

ediciones
**IMAGO
MUNDI**



Colección Florencia Fossatti
de Educación y Salud
DIRIGIDA POR ADRIÁN CAMMAROTA

María Rosa Gudiño Cejudo y Karina Ramacciotti (editoras)

La enfermería después de la pandemia. Una mirada retrospectiva desde Iberoamérica. 1.^{ra} ed. Buenos Aires: 2025.

144 p.; 15.5x23 cm. ISBN 978-950-793-464-3

1. Enfermería. I. Título

CDD 610.734

Fecha de catalogación: 17/10/2024

© 2025, María Rosa Gudiño Cejudo y Karina Ramacciotti

© 2025, Ediciones Imago Mundi

Imagen de tapa: Joel Deluca. Fotografía tomada el 12 de mayo de 2021 en el marco de los reclamos del sector de enfermería en la ciudad de Buenos Aires.

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina, tirada de esta edición: 100 ejemplares



Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo por escrito del editor. Este libro se terminó de imprimir en el mes de febrero de 2025 en San Carlos Impresiones, Virrey Liniers 2203, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Sumario

	María Rosa Gudiño Cejudo y Karina Ramacciotti	
	Registros para recordar los efectos sociales de la pandemia de COVID-19	IX
1	María Rosa Gudiño Cejudo	
	La Jefa Fabiana y Jorge Gómez <i>El Calavera</i> , voceros mediáticos del personal de enfermería en México.	1
2	C. Gilligan, C. M. Augier, K. Ramacciotti y D. Testa	
	Más allá del miedo: estrategias de la enfermería en Argentina.	21
3	Ana Paula Korndörfer y Rita de Cássia Marques	
	Os desafios da enfermagem em unidades de terapia intensiva no Sul do Brasil	37
4	Yesenia Musayón-Oblitas, Roxana Obando y Miguel Albino	
	Cuidados y autocuidados en la enfermería en Perú	55
5	Natalia María Gutiérrez Urquijo	
	Enfermería y protesta social en Colombia	77
6	Bárbara Badanta y María Rocío Meseguer-Fernández	
	Aportes y desafíos de la enfermería: imágenes y voces en España	95
	Referencias	113
	Índice de autoras y autores del aparato bibliográfico.	119
	Sobre las autoras y el autor	121

Registros para recordar los efectos sociales de la pandemia de COVID-19

MARÍA ROSA GUDIÑO CEJUDO Y KARINA RAMACCIOTTI

Introducción

La enfermería después de la pandemia. Una mirada retrospectiva desde Iberoamérica surgió del interés por rescatar historias del personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19 y los desafíos que les planteó formarse y trabajar en un contexto de emergencia sanitaria. El coronavirus, que apareció en el centro de China a fines del 2019, portaba un gran potencial de contagio interhumano y, por lo tanto, el personal de salud sufrió altos niveles de infección y mortalidad. Recordemos que sus síntomas se caracterizan por tos seca, fiebre alta, respiración agitada y dolor de cuerpo, los cuales, al asociarse con la gripe y también con el dengue que por entonces afectaba a varios países, dio lugar a confusiones y a la minimización de sus riesgos. A pesar de esto, enfermeras y enfermeros enfrentaron en todas las latitudes las consecuencias de una enfermedad que, desde sus inicios, estuvo marcada por la desinformación y la incertidumbre biocientífica. A esto sumemos el incremento de la demanda laboral en los centros de salud para realizar tareas asistenciales, hisopados, vacunación y telecuidado. Esta variedad de labores echó luz sobre las precarias condiciones de trabajo del sector y, más particularmente, para quienes ocuparon funciones en roles de cuidado tanto en unidades hospitalarias

como en domicilios. Si bien parte del personal de enfermería había vivido la Gripe A (H1N1) y contaba con experiencias vinculadas al enfrentamiento de una enfermedad con alta contagiosidad y con dificultades respiratorias, no recordaban situaciones de pánico ni de colapso del sistema. El COVID-19 agudizó las grietas de los sistemas de salud y las desigualdades imperantes en nuestras sociedades, y, luego de más de tres años, siguen en la memoria los recuerdos de haber sido parte de un momento singular de las historias nacionales. Al mismo tiempo, emergen sentimientos de esperanzas en torno a las posibilidades de que estas experiencias puedan haber servido para lograr un mayor protagonismo en la gestión y en el liderazgo dentro de los equipos de salud.

En líneas generales, las consecuencias de la pandemia en el sector de enfermería atravesaron distintos momentos, al margen de las diferencias locales que se han podido registrar en los casos de estudio que analizaremos en este libro y de las olas de contagio y los indicadores de mortalidad. En la primera etapa, de marzo a junio del 2020, había incertidumbre por el desconocimiento del virus. Se implementaron medidas de aislamiento sanitario y se catalogó de personal «esencial» a las y los enfermeros. Las autoridades sanitarias diseñaron campañas sanitarias para estimular las medidas de prevención e higiene adecuadas. Los eslóganes tales como «Quedate en casa», «Quedate en tu barrio» o las representaciones de «Susana distancia» (como veremos en el caso mexicano), trataron de mitigar la cantidad de contagios y estimular el aislamiento sanitario con resultados muy desiguales. Asimismo, se adoptaron nuevos protocolos de cuidado, se organizaron los servicios, dando lugar a bajas de personal por portar enfermedades previas o tener edad avanzada, se realizaron reubicaciones y se contrató más personal, en muchos casos jóvenes recién graduados. Fueron necesarias capacitaciones, realizadas por medios tecnológicos, para el uso adecuado de los equipos de protección personal (EPP) que, en muchos casos, escaseaban o no eran los adecuados para enfrentar una crisis de semejante envergadura.

En la segunda etapa, de junio a diciembre del 2020, se produjeron los picos de contagio y una sobrecarga de múltiples labores sin la contrapartida de remuneraciones acordes con la intensificación de las tareas realizadas. Este período se caracterizó por presenciar

Registros para recordar los efectos sociales de la pandemia de COVID-19 **XI**

casos de letalidad por la enfermedad, tanto de pacientes como de familiares y colegas, lo que impulsó nuevas estrategias de comunicación entre las familias y los pacientes para intentar acortar, en cierta forma, la soledad impuesta por las restricciones sanitarias. Los sistemas de salud se enfrentaron a un escenario impensado en la modernidad: vieron colapsadas sus capacidades, y todos los saberes acumulados para aliviar ciertos síntomas y evitar la muerte fracasaron. Si bien se dieron ciertos reconocimientos simbólicos a la labor del personal de enfermería; estos se fueron disipando y, lamentablemente, fueron reemplazados por situaciones discriminatorias hacia sus personas, al ser considerados vehículos de transmisión del contagio.

La tercera etapa, a partir de diciembre del 2020, se inició con la llegada de las ansiadas vacunas, que fueron vistas como un «antes y después» en el curso de la pandemia. Si bien no erradicaron la enfermedad, redujeron la peligrosidad de la infección. También, en esta etapa, el personal de enfermería fue protagonista indiscutible en la implementación de la campaña de vacunación en territorios extensos y desiguales. La difusión de fotografías en redes sociales de enfermeras vacunando a personas emocionadas por lograr el ansiado turno fue un tópico recurrente. No obstante, la esperanza en los efectos de la vacuna se entremezcló con diferentes gradaciones del conflicto político-social, que se caracterizaron por denuncias de privilegios en el orden de la vacunación y el surgimiento de nuevos repertorios de lucha y formas de comunicar el descontento. Cuando las imágenes de la enfermería iban desapareciendo en el lábil escenario de la comunicación por redes y en la prensa periódica, aparecieron, tímidamente, algunos homenajes, más o menos duraderos: murales, exposición de fotografías, monumentos y documentales. Otros registros, más etéreos, fueron la suelta de globos en los centros de salud o ciertos regalos simbólicos al personal. Estos reconocimientos no han logrado saldar las históricas demandas del sector vinculadas a la mejora de sus condiciones de trabajo.

Bajo la lente de una mirada retrospectiva y pasados más de tres años, decidimos convocar a enfermeras, enfermeros e historiadoras y, a partir de los siguientes ejes articuladores, recapitular sobre lo sucedido. Primero, reconocer el protagonismo del sector

XII

María Rosa Gudiño Cejudo | Karina Ramacciotti

de enfermería, históricamente opacado por los médicos, y ubicarlo en el primer plano del escenario de esta emergencia sanitaria. Segundo, desde una mirada regional, presentar historias particulares de diferentes países de Iberoamérica, tales como México, Argentina, Brasil, Colombia, España y Perú, conscientes de la semejanza regional en relación con la falta de personal, la carencia de insumos claves para enfrentar la enfermedad, las formas de protección personal empleadas, las extensas jornadas de trabajo sin remuneración acorde con el trabajo realizado, lo delicado y vergonzoso de situaciones de discriminación y agresión, sumado al desasosiego frente a la cantidad de muertes entre colegas, familiares y amistades. Por todo lo anterior, el tercer eje consiste en exponer estas historias regionales para destacar lo distintivo de cada país en el trato dado a su personal de enfermería y contrastarlas, ampliando nuestros límites geográficos. Nuestro interés, entonces, es mostrar cuestiones particulares de cada uno de los países estudiados, partiendo de la idea de que la pandemia se ha constituido en un parteaguas tanto en las condiciones de trabajo como en la formación de nuevas generaciones, pos COVID-19, en enfermería. Por consiguiente, el desafío de este libro es entablar semejanzas y diferencias, continuidades y cambios entre un proceso de escala global, pero con matices singulares, y que ha dejado huellas profundas en la memoria de sus protagonistas.

Los seis capítulos que lo conforman se basan en propuestas metodológicas propias de las ciencias sociales, con la particularidad de que muchos de estos registros fueron tomados en tiempo real. Es decir, en el mismo momento que se producían, enfrentaban y prevenían consecuencias de la pandemia en el sector salud. En conjunto, estos capítulos conforman un polifónico mosaico temático mediado por los años transcurridos entre el primer año de la pandemia y nuestro presente. Cada autora y autor participante eligió un evento significativo de su respectivo país y lo convirtió en un caso espejo en el que, esperamos, los lectores puedan reflejarse e identificarse. Nuestra aspiración máxima es que esta información sea un insumo para el debate y que, gradualmente, contribuya a una posterior reforma tanto del sistema sanitario como de los espacios de formación de nuevas generaciones de enfermeras y enfermeros en Iberoamérica. También esperamos que sirva como un registro

Registros para recordar los efectos sociales de la pandemia de COVID-19 XIII

histórico del lugar que ocuparon las y los enfermeros en una crisis sanitaria de envergadura global. Las historias aquí contadas provienen de experiencias personales reforzadas con una serie de fuentes escritas, orales, visuales y audiovisuales, que se materializan en entrevistas realizadas a personal de enfermería en Argentina, Brasil, Perú y España. Con prensa periódica se documenta principalmente el caso colombiano en medio de una doble contingencia: sanitaria y política. La televisión y el cine documental son los medios que visibilizan a enfermeras y enfermeros mexicanos en medio de la pandemia. Sin descuidar el rigor académico, procuramos que cada historia que conforma este libro de divulgación sea accesible a todo tipo de lector.

Los capítulos

El primer capítulo de esta compilación se titula «La Jefa Fabiana y Jorge Gómez *El Calavera*, voceros mediáticos del personal de enfermería en México», de María Rosa Gudiño Cejudo. Con base en el uso de los medios audiovisuales, la autora destaca el protagonismo que tuvieron La Jefa Fabiana en televisión y Jorge Gómez *El Calavera* en el documental *Cartas a distancia*, para dejar evidencia, en primer lugar, de algunas medidas tomadas por el gobierno federal para frenar el maltrato que sufrieron enfermeras y enfermeros al inicio de la pandemia. En segundo lugar, para mostrar que el trabajo del personal de enfermería, además de ser un tema inspirador para la pantalla grande, promovió, entre un gremio feminizado, las buenas intenciones y acciones de enfermeros como Jorge Gómez *El Calavera*. La presencia mediática de ambos personajes convirtió sus rostros y palabras en la forma más visible para representar al personal de enfermería mexicano que, a pesar de las circunstancias adversas en las que trabajó, resolvió situaciones cotidianas con entereza, vocación y empatía. Ambos casos se complementan y, en conjunto, conforman una particularidad de la relación enfermería-emergencia sanitaria en México. Por eso, se distinguen de otras estrategias y son únicos en el entorno regional de este libro.

En «Más allá del miedo: estrategias de la enfermería en Argentina», Clara Gilligan, Carla Mora Augier, Karina Ramacciotti y Daniela Testa analizan cómo la pandemia transformó los vínculos

XIV

María Rosa Gudiño Cejudo | Karina Ramacciotti

interpersonales en las instituciones de salud y cómo se crearon algunas estrategias subjetivas por parte de enfermeras y enfermeros para sostener la sociabilidad con las personas que requerían tratamiento, sus familiares o vínculos afectivos. Estas formas de comunicación gestadas al calor de un contexto excepcional de emergencia sanitaria, atravesadas por el miedo a la enfermedad y la muerte, intentaron adecuar la sociabilidad a estas nuevas condiciones de posibilidad restringidas por los protocolos sanitarios. Si bien la pandemia de COVID-19 motivó otros vínculos entre los pacientes y el personal de salud, estos no quedaron circunscritos a este momento. Estas situaciones abrieron el debate en torno a cuestiones éticas, afectivas y de formación para poder enfrentar de manera más profesional momentos críticos hacia el final de la vida.

En el capítulo dedicado a Brasil, «Os desafios da enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva no Sul do Brasil», Ana Paula Korndörfer y Rita de Cássia Marques muestran los cambios en las rutinas de trabajo cotidiano del personal de enfermería de las Unidades de Terapia Intensiva. Las autoras retoman dos entrevistas de un proyecto mayor titulado *Documentando a experiência da COVID-19 no Rio Grande do Sul* y ubican al lector en el hospital más antiguo de esta provincia, el Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, en el que trabajaron sus entrevistados. Las voces elegidas por las autoras son las de Anderson y Carine, ambos responsables de enfermería en las UTIs COVID. Anderson fue entrevistado antes de que se iniciara el proceso de vacunación en Brasil, Carine, después. Este detalle marca una importante diferencia en sus testimonios porque, si bien resaltan el ajetreo diario combinado con múltiples emociones y mucho cansancio, Carine ya contaba con la vacunación y su consecuente reducción de contagios e ingresos hospitalarios. Es interesante que ambos entrevistados empleen el término «guerra» para describir lo que vivieron. Metáfora bélica asociada al ámbito sanitario que, si bien no es nueva, cobró un sentido renovado durante la pandemia dada la cantidad de muertes en un breve período de tiempo y la desigual relación de fuerzas que sintió el personal.

En el capítulo «Cuidados y autocuidados en la enfermería en Perú» de Yesenia Musayón-Oblitas, Roxana Obando y Miguel Al-

Registros para recordar los efectos sociales de la pandemia de COVID-19 **XV**

bino, analizan a partir de los datos que enhebran de las entrevistas realizadas a enfermeros y enfermeras, las condiciones de trabajo que tuvieron que enfrentar frente a un contexto de colapso del sistema sanitario de su país. Reviven la angustia de especialistas en cuidados intensivos, enfermeras emergencistas, jefas de hospital y los momentos de tensión que vivieron. El panorama que esbozan no es alentador, por lo tanto, el tono de estos testimonios se intensifica cuando narran los casos de enfermeros que contrajeron COVID-19. Estos enfermeros eran conscientes de la situación en su país y, por falta de espacio en los hospitales, se retiraron a sus casas para «autocuidarse», atentos y esperanzados de que su estado de salud no empeorara ni requiriera de una cama en los hospitales saturados. Al ponerse en marcha la iniciativa de vacunación masiva «Pongo el hombro», el tono angustiante de los enfermeros saturados o, peor aún, enfermos se tranquilizó, ya que la campaña alcanzó altos niveles de cobertura en un país extenso, con una gran variedad regional y social.

En «Enfermería y protesta social en Colombia», Natalia María Gutiérrez Urquijo, utiliza la prensa y algunas entrevistas como fuentes principales para relatar lo sucedido con el personal de enfermería durante los primeros meses de la pandemia y en un contexto de movilización social masiva muy particular. Miles de colombianos que, idealmente, debían estar aislados y reclusos en sus casas, salieron a las calles a convocar un paro nacional como muestra del rechazo al paquete de reformas propuesto por el entonces presidente Iván Duque. Bajo el lema «Salud en el paro», la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia y la Organización Colegial de Enfermería se sumaron a las marchas convocadas por el Comité Nacional de Paro entre septiembre y noviembre de 2020. En este contexto tan particular y único de los países que conforman este libro, la autora concilia los contextos de emergencia sanitaria con el del reclamo social y explica cómo el personal de enfermería enfocado en atender contagiados en los hospitales, se sumó al paro en detrimento de su visibilidad y reconocimiento nacional sobre su desempeño durante la pandemia.

«Aportes y desafíos de la enfermería: imágenes y voces en España» de Bárbara Badanta y María Rocío Meseguer-Fernández sigue el tono al de los capítulos anteriores que evidencian las con-

diciones de trabajo del personal de enfermería en plena pandemia; sin embargo, ofrecen una salida de contención emocional y de crítica social. Se trata de la técnica Photovoice, que consistió en tomar fotografías de sus jornadas laborales en un contexto de incertidumbre y modificación de protocolos, y complementarlas con comentarios que incluyeran pinceladas de humor, esperanza y reconocimiento, para romper la tensión y el cansancio cotidiano. Las autoras incluyen algunas de estas fotografías para que los lectores comprendamos la conjunción entre imagen y palabra, pero también para ofrecer esta técnica como alternativa al personal de enfermería que se enfrenta ahora a síntomas que presentan los pacientes con COVID-19 persistente. Dejamos este capítulo al final del libro porque, sin duda, su contenido nos abre la puerta a nuevas reflexiones sobre las consecuencias del COVID-19 persistente, los síntomas de los pacientes y, sobre todo, al nuevo reto de liderazgo y gestión para el personal de enfermería en todas las latitudes.

En su conjunto, tanto los testimonios como las representaciones gráficas y visuales, abonan el recuerdo de haber atravesado una crisis y una reestructuración de la vida con un grado de profundidad y una cuota de incertidumbre respecto del futuro que son indudables, pero cuyos efectos concretos, luego de cuatro años, aún deben evaluarse en su alcance y repercusiones y en este sentido este libro pretende ser un punto de partida a dicha reflexión.

Este libro pudo hacerse gracias a los testimonios de quienes compartieron sus recuerdos y por las políticas universitarias y científicas que han estimulado la importancia de las herramientas de las ciencias sociales para el análisis de la coyuntura. En este sentido, pretende tender puentes entre diferentes realidades sociales y conectar a investigadoras e investigadores de diferentes latitudes. Además, puede difundirse gracias a los siguientes proyectos dirigidos por Karina Ramacciotti: «Los cambios y las continuidades en la formación de enfermería a partir de la COVID-19», de la Convocatoria PICTO REDES, «Jerarquización de los cuidados remunerados en Argentina. Transformaciones, continuidades y propuestas en pandemia y post pandemia», de la convocatoria PICTO GÉNERO. Ambos proyectos fueron convocados por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (2023-2024). *La enfermería después de la pandemia. Una mirada retrospectiva desde Iberoamérica* también es parte de

Registros para recordar los efectos sociales de la pandemia de COVID-19 **XVII**

los resultados de investigación de los proyectos «Los cuidados sanitarios en contextos de crisis: transformaciones y continuidades (Argentina, siglos XX y XXI)» de la Universidad Nacional de Quilmes y de «Los desafíos en la formación en enfermería en el siglo XXI: cambios, irrupciones y nuevas tecnologías» de la Universidad Nacional José Clemente Paz.

Buenos Aires y México, septiembre de 2024.

CAPÍTULO 1

La Jefa Fabiana y Jorge Gómez *El Calavera*, voceros mediáticos del personal de enfermería en México

MARÍA ROSA GUDIÑO CEJUDO

1.1 Introducción

En México el primer caso de COVID-19 se reportó el 27 de febrero del 2020, el 18 de marzo, falleció la primera persona contagiada y a los nueve meses, el 24 de diciembre, dio inicio la campaña de vacunación contra el virus SARS-COV-2. Desde el día uno hasta que se decretó el final de la pandemia el 9 de mayo del 2023 el personal de enfermería tuvo un papel relevante en el combate y prevención de la enfermedad, atención a enfermos y vacunación, entre otras tareas. Los datos reportados por el gobierno mexicano informaron que entre las tres primeras personas en recibir la vacuna, dos fueron enfermeras de hospitales públicos. Desafortunadamente, los recuentos finales de la mortandad por COVID-19 en México, no arrojaron números favorables en los fallecimientos del personal de enfermería.

Los nosocomios y centros de vacunación se convirtieron en la extensión de sus hogares debido a las largas jornadas de trabajo que vivieron en ellos. Sin embargo, y aunque siga pareciendo increíble, su desempeño desencadenó todo tipo de acciones y reacciones en una población que si bien asustada, también negligente, vio en el personal de enfermería a su potencial enemigo. Vecinos y alguno que otro transeúnte, que por cierto no debía estar en las

calles, los agredió verbalmente acusándolos de ser portadores del virus por trabajar con enfermos de coronavirus y por ello, fuente de contagio. Ha sido con base en testimonios del personal de enfermería activo durante el COVID-19, transmitidos por medios digitales o publicados en algunas notas periodísticas, que conocemos de estas desafortunadas acciones que, en países como México, requirieron de la intervención de las autoridades sanitarias como árbitros. En esta coyuntura, que mostró uno de los peores rostros de la pandemia en términos de las relaciones humanas, los medios audiovisuales como la televisión y el cine ofrecieron un micrófono y una cámara para que enfermeras y enfermeros con rostros cubiertos por un cubrebocas y enfundados en sus trajes especiales de protección personal (EPP), expresaran sus emociones y preocupaciones. También nos explicaron que además de cuidar al enfermo, en estricto orden médico, les diseñaron estrategias de apoyo emocional y comunicacional para acercarlos a sus familiares. Esto confirma el histórico papel del personal de enfermería y otros trabajadores de la salud como intermediarios sanitarios entre las instituciones de salud, el paciente y sus familiares.

Tenemos evidencia cinematográfica de esto con los documentales institucionales o películas comerciales mexicanas de los años cincuenta y sesenta del siglo XX que las muestran (son mayoría mujeres), como auxiliares de los médicos en un hospital y/o como parte de brigadas de vacunación y programas de salud rural en las que interactúan con la población. Desde entonces, las representaciones cinematográficas de las enfermeras no han cambiado mucho y persisten en mostrar que su trabajo es marginal con respecto al de los médicos. Pero en las producciones cinematográficas producto del COVID-19, alzaron la voz y cobraron visibilidad como portavoces de mensajes con débiles señales de esperanza de que la emergencia sanitaria cedería. También hicieron llamados a la población a cuidarse a obedecer las medidas sanitarias impuestas, pero sobre todo, hicieron escuchar su voz y como veremos más adelante, el tono y énfasis que emplearon fue absolutamente personal.

En este capítulo presentamos ejemplos mediáticos de dos personajes, enfermera y enfermero, a quienes consideramos voceros del personal de enfermería mexicano, quienes abrieron la puerta a la

reconciliación para aquellos incrédulos que les temían. El primero es la participación de la enfermera Fabiana Maribel Zepeda Arias, titular de la Coordinación Técnica de Programas de Enfermería del IMSS, a quien desde ese momento se conoció como La Jefa Fabiana,^[1] en las conferencias de prensa vespertinas que el gobierno mexicano encabezado por Andrés Manuel López Obrador (2018-2024) instauró como estrategia de comunicación de y sobre la pandemia. Fue a denunciar públicamente primero, que agredían al personal de enfermería en el trayecto a su casa en medios de transporte público, y luego a evidenciar la vulnerabilidad en la que trabajaban. Por esto, hizo un llamado para pedir respeto por su trabajo.

El segundo caso está dedicado al documental titulado *Cartas a distancia* (2020) del cineasta mexicano Juan Carlos Rulfo cuyo protagonista es un enfermero varón de nombre Jorge Gómez, quien prefiere ser llamado *El Calavera*. Trabajaba en la Clínica 27 del IMSS (calle Lerdo 307, Tlatelolco) y allí, mediante cartas escritas, dibujos y mensajes videograbados, diseñó una estrategia comunicacional entre los pacientes internados y sus familiares que esperaban afuera para recibir, además de los reportes médicos los mensajes que se mandaban. En este sentido, *El Calavera* jugó el rol del histórico intermediario sanitario. Este documental ya forma parte del *corpus* fílmico internacional que se produjo durante la pandemia y que, al momento de escribir este capítulo, se erige como una fuente audiovisual de un momento histórico específico para la historia socio-cultural de la salud pública.

1.2 Estrategias comunicativas para la prevención y La Jefa Fabiana

Una de las estrategias comunicacionales del gobierno mexicano para informar a los mexicanos sobre el acontecer y devenir de la pandemia de COVID-19 fue la transmisión de conferencias de prensa vespertinas. El canal catorce de televisión nacional las transmitió diariamente, de manera ininterrumpida, en un horario

[1] Conferencias de prensa vespertina del 20 de abril del 2020. Presentación de *La Jefa Fabiana*. <https://www.youtube.com/watch?v=PS834OZB4Zk>.

de diecinueve a veinte horas y durante quince meses (3 marzo 2020 al 11 junio 2021).

Las conferencias las encabezó el doctor Hugo López Gatell, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, quien, en equipo con otros médicos, explicaba los pormenores epidemiológicos y sociales de la pandemia. A manera de rueda de prensa los periodistas asistentes preguntaban e interpelaban al subsecretario en busca de la nota para el medio de comunicación que representaban. El seguimiento epidemiológico del contagio, el proceso de reconversión hospitalaria, así como el conteo de los infortunados decesos, fueron algunos de los múltiples temas allí expuestos. Desde este escenario se presentó, el 23 de marzo del 2020, la llamada Jornada de Sana Distancia que promovió la campaña «Quédate en casa» como principal medida de prevención para evitar el contagio. La Dirección General de Promoción de la Salud convocó a diseñar al vocero o vocera de la misma y el resultado fue un novedoso dibujo de una super-heroína llamada *Susana Distancia*.^[2] En sintonía con el fácil juego de palabras de su nombre este personaje pedía a los mexicanos que nos quedáramos en casa y si salíamos a la calle por algo esencial, mantuviéramos una sana distancia con los otros. Vestida con colores llamativos (rosa y azul) un dulce rostro y voz amable repetía frases como las siguientes: «Tengo un superpoder que me ayuda a frenar al COVID-19», «Cuando extendiendo mis brazos puedo crear un espacio de metro y medio que me mantiene lejos del maldito coronavirus» y «Esta es la sana distancia ¿y sabes que es lo mejor? Que tú también la tienes».

«Susana Distancia» se viralizó en las redes sociales y además de sus apariciones en carteles y comerciales de televisión, respondía mensajes por WhatsApp, también convocó a los niños para que la dibujaran mientras, desde sus hogares, cumplían con la sana distancia. Al principio apareció sin cubrebocas y meses después si lo hizo para enviar el mensaje de su utilidad.

Cuatro meses después de su debut y con base en el semáforo epidemiológico implementado para regular la gradual movilidad de las personas hacia la esperada «nueva normalidad» presenta-

[2] -Conferencia de prensa vespertina del 23 de marzo del 2020. Presentación de la Jornada de Sana Distancia y de *Susana Distancia*, <https://www.youtube.com/watch?v=Q2IBz0L424w>.



Imagen 1.1. Fuente: <https://coronavirus.gob.mx/primerasusanadistancia/>.

ron, también en la conferencia de prensa vespertina del 7 de julio del 2020, a su equipo de heroínas. Se trata del «Escuadrón de la Salud»^[3] conformado por otras cuatro mujeres cuyos nombres se asociaron a los colores del semáforo para fomentar un uso responsable del espacio público y privado: *Refugio* (rojo), *Prudencia* (naranja), *Esperanza* (amarillo) y *Aurora* (verde). Además, bajo la premisa de la inclusión, *Refugio* se representó como una mujer

[3] Conferencia de prensa vespertina del 07 de julio del 2020. Presentación del Escuadrón de la Salud. <https://www.youtube.com/watch?v=h3a4oUdy0t8>.

adulto mayor que pedía a la población que se quedara en casa el mayor tiempo posible y la convirtiera en su refugio preventivo del contagio. A *Prudencia* la representó una mujer con discapacidad motriz sentada en su silla de ruedas para hacer sus actividades, exhortaba a la población a mantenerse en casa, aunque hubiera un menor riesgo de contagio. *Esperanza* resplandecía por la intensidad del color amarillo que representa a una mujer muxe de Oaxaca. Su misión era pedir a la población que ya salía a las calles, a extremar las medidas sanitarias. Finalmente, *Aurora* representa el color verde y encarna a una mujer *queer* que, en un contexto de libre circulación y en un escenario con menor riesgo, invitaba a mantener las medidas de prevención.

La imagen de las cinco superheroínas circuló mientras la pandemia seguía su curso y llegaba la anhelada «nueva normalidad» anunciada como el retorno a actividades cotidianas sin restricciones y con ellas, el final de la pandemia.

Además de estas novedosas figuras para la Jornada de Sana Distancia, la campaña requirió de otras voces y la del personal de enfermería no fue la excepción, ni quedaron fuera de las conferencias vespertinas. Recordemos que las agresiones que reportaban la prensa y algunos noticieros televisivos preocupaban y por esta razón, al mes de iniciada la Jornada de Sana Distancia, en la conferencia vespertina del 20 de abril del 2020 se presentó *La Jefa Fabiana* como representante del personal de enfermería del IMSS y del gremio en general.

1.3 La Jefa Fabiana

Apareció en televisión impecablemente vestida con su uniforme clínico, blanco con saco verde y cofia con líneas verdes color distintivo del IMSS. Su presencia allí respondía definitivamente al lamentable momento que estaban viviendo porque eran blanco de ataques verbales y físicos de quienes veían en ellas y ellos una amenaza de contagio de la enfermedad. Para contrarrestar esta situación La Jefa Fabiana, conmovida y con lágrimas en los ojos, hizo un llamado a la población para que fuera consciente de la entrega y profesionalismo del personal de enfermería en contexto de pandemia. Frente a las cámaras de televisión pidió a la audien-

cia que fuéramos sensibles al riesgo de su práctica profesional en contacto cotidiano con la muerte y al miedo que ellas y ellos también tenían, todos los días dentro y fuera del hospital. Igualmente convocó a la audiencia a que reconociera la importancia de su trabajo en el combate de la enfermedad y a que fuera agradecido por el esmero con el que el personal de enfermería cuidaba a los contagiados. Las reacciones de la opinión pública fueron diversas. Hubo quienes aplaudieron su presentación y lamentaron lo que sucedía; es decir, hubo empatía con *La Jefa Fabiana*. Otros, vieron en esto una escenificación distractora para esconder la verdad de los tempranos efectos del COVID-19 en México. Lo que es un hecho es que desde ese momento esta enfermera se convirtió en noticia, la prensa la siguió, informaron cuando se contagió y se internó en el hospital Centro Médico La Raza del IMSS. Abrió su cuenta de Twitter (actualmente X) entre abril del 2020 y en mayo de 2022 tenía más de treinta mil seguidores. Un mes y medio después de su primera aparición regresó a la televisión y en esta ocasión fue a vacunar, el 1 de junio del 2020 al doctor Jorge Alcocer secretario de Salud y lo hizo en la transmisión directa de la conferencia matutina y diaria del presidente López Obrador llamada *La Mañanera* y que ha sido su estrategia de comunicación desde el inicio de su sexenio en 2018.

Después, fue invitada a los programas «De todos modos Juan te llamas»^[4] conducido por John Ackerman o «Largo aliento»^[5] con Sabina Berman quienes titularon sus programas especiales «La Jefa Fabiana y las heroínas de blanco» y «Ángeles vestidos de enfermera» respectivamente. La Jefa Fabiana llegó al estudio del primer programa con uniforme, cubrebocas y entre aplausos del personal del *staff*. La entrevistada abundó en los temas planteados por cada comunicador quienes lograron que compartiera con la audiencia por qué estudió enfermería y cómo había llegado al lugar que ocupaba. Por supuesto, le pidieron que detallara cómo era el trabajo del personal de enfermería en el contexto de la pandemia. Explicó cómo se vestían con el EPP antes de entrar

[4] Programa «De todos modos Juan te llamas», 06 julio 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=40f7hHWtYak>.

[5] Programa *Largo Aliento*, 27 agosto 2021, https://www.youtube.com/watch?v=_AFLhNGb50Q.

a las áreas COVID y cómo se lo quitaban al salir de ellas, cuál era el método para intubar pacientes que lo requirieron. Volvió a hablar de las agresiones al personal de enfermería, pero también, reconoció que a un año de su presentación en la conferencia de prensa vespertina, los insultos habían cambiado por aplausos. A preguntas de los entrevistadores relacionadas con «cómo explicar las conductas negligentes de quienes ignoraron el “quédate en casa” o “qué opinaba de aquellos que por negligencia se contagiaron, contagiaron a otros y después ingresaron graves a los hospitales”», respondió ecuaníme «puede ser que te enfermes y la libres o que te mueras, uno debe aprender a respetar eso» porque aseguró que su misión y vocación era atender a todos por igual, sin importar si se habían contagiado por acciones negligentes o por culpa de alguien irresponsable. Destaco estas respuestas porque en el documental *Cartas a distancia*, conoceremos un testimonio de otra enfermera cuya respuesta fue contundente y en sentido opuesto a las de La Jefa Fabiana.

Al hablar de las acciones que afianzaron su papel de intermediarios entre institución (hospitales), pacientes y familiares, destacó la responsabilidad humana del personal de enfermería que se detonaba y fortalecía con la convivencia cotidiana. Compartió experiencias de enfermeras o enfermeros que cantaban a los pacientes, oraban con ellos, les llevaban cartas de sus familiares apostados afuera del hospital y viceversa. Otros los enlazaban por videollamadas o solamente llamadas cuando preferían no ser vistos por sus familiares y finalmente, narraba apesadumbrada como acompañaban a los enfermos graves en su proceso hacia el bien morir. Después de estas entrevistas apareció en la plataforma TEDxJardinDeLosPalacios con el programa *Y tu sentido de servir* en el que vemos de inicio a *La Jefa Fabiana* bailando sobre una plataforma giratoria en movimiento y con música de fondo. Es definitivo que el formato de este programa rompió la solemnidad que había caracterizado sus presentaciones televisivas anteriores. En este, no tuvo interlocutores así que en un monólogo de aproximadamente veinticinco minutos compartió cómo desde niña tuvo claro su sentido de servir al otro, razón por la cual se convirtió en enfermera.

El éxito de *La Jefa Fabiana* duró más o menos un año, varios meses después de su intempestiva aparición, dejó de ser nota, desde mayo del 2022 no tiene actividad en su cuenta de X, pero mantuvo su labor de vocera del personal de enfermería de forma menos mediática. Las más recientes entrevistas localizadas en las redes se realizaron el 13 de febrero y el 10 abril de 2023, respectivamente. La primera en el programa *Entrevista con Aissa García*^[6] del canal TeleSur, con una duración de 28:09 y la segunda cuando asistió al programa *Mujeres que mueven al mundo*^[7] producido por la marca de productos de belleza L'Oreal con una duración de 37:09 minutos.

De ambas entrevistas y a tres años de distancia, quiero destacar dos aspectos. Por una parte, que la pandemia de COVID-19 se convirtió en tema secundario al dedicarle solamente los últimos 8 o 10 minutos en ambos programas. Por la otra, resulta muy interesante escuchar las reflexiones retrospectivas de Fabiana sobre el trabajo del personal de enfermería durante la pandemia porque nos permite conocer un poco más del «detrás de cámara» de aquella inesperada, pero necesaria, aparición de tres años atrás en la conferencia vespertina. En la primera entrevista el tema central fue el cuidador primario y sus funciones, el apoyo de la plataforma CLIMSS^[8] y sus múltiples cursos como recurso educativo en línea para orientar al público. Solamente algunos minutos los dedicaron a hablar de lo sucedido durante la pandemia y del miedo como el motor de sus actividades.

En la segunda entrevista llama la atención que Fabiana Zepeda fue presentada como maestra Fabiana Zepeda y no como La Jefa Fabiana y más notorio aún es que se presentó a la entrevista sin su traje de enfermera puesto, como si atrás hubiera quedado aquella

[6] -TEDxJardinDeLosPalacios, 20 enero 2022, <https://www.youtube.com/watch?v=jaxW0ztDTVQ>. Entrevista con Aissa García del canal TeleSur, 15 febrero 2023, https://www.youtube.com/watch?v=C1_-UQ4DUF4.

[7] «Mujeres que mueven al mundo» producido por la marca de productos de belleza L'Oreal, 10 abril, 2023, <https://www.youtube.com/watch?v=nUtzi6KmJ64>.

[8] CLIMSS es una plataforma educativa que ofrece cursos en línea gratuitos con estrategias para la capacitación en temas del cuidado de la salud física, mental y de capacitación para el trabajo. Son cursos automatizados que ofrecen al usuario la disponibilidad de tiempo que requiera para terminarlo. El único requisito es inscribirse y al final, el IMSS extiende una constancia.

distintiva vestimenta que era urgente cuidar, visualizar y reivindicar. Durante treinta y siete minutos conversó de su formación y grados académicos, la situación de la enfermería en México, la reciente inclusión de hombres a una profesión históricamente feminizada, el entorno laboral aun determinado por diferencias de género debido al predominio de los médicos, etcétera. Transcurridos 26:30 minutos, la conductora regresó a Fabiana al pasado con la pregunta «¿cómo llegaste a ser La Jefa Fabiana?» y por supuesto, la pandemia de COVID-19 se convirtió en tema de conversación. La parsimonia de su narrativa revela a la enfermera vocera satisfecha de su labor y a la mujer que tres años después, estaba en condiciones de detallar cómo sucedieron las cosas y por qué llegó a aquella conferencia vespertina del 20 de abril del 2020. Recordó que sus compañeras y compañeros empezaron a buscarla y llamarla a su oficina para denunciar el acoso y agresiones que estaban viviendo, «en el camión les aventaban café, agua, orina, las corrían de sus departamentos, no las dejaban subir al transporte público, les decían groserías en la calle». Los veía y escuchaba asustados, indignados, desconcertados y frente a lo alarmante de estos hechos, recurrió a Zoé Robledo, director General del IMSS, quien fue receptivo, tomó decisiones y a los pocos días le comunicaron que se presentaría en la televisión para dar a conocer públicamente y en cadena nacional esta situación. Ella asegura que llegó a la conferencia de prensa vespertina solo para exponer la presentación que llevaba, pero que después de hacerlo, sintió que seguía en deuda con sus compañeros porque no había sido contundente en su petición a la ciudadanía de que no los agredieran «porque somos muy importantes y los estamos cuidando». Sostiene que esta última intervención fue espontánea y sincera porque se salió de lo planeado y eso la dejó tranquila. Tres años después de aquella presentación en la televisión no se arrepiente de lo dicho, ni lo hecho, pero sobre todo en una valoración retrospectiva confirmó que la pandemia de COVID-19 significó un antes y después en la forma cómo se mira y respeta al personal de enfermería en México —y en el mundo—. No hay duda, dijo, que se visibilizó su esfuerzo, entrega y profesionalismo, muy a pesar de las situaciones adversas propias de cada país. Afirmó que ahora la responsabilidad para mantener ese lugar en el que los puso la emergencia sanitaria es

La Jefa Fabiana y Jorge Gómez *El Calavera*, voceros mediáticos...

11

individual por lo que enfermeras y enfermeros no deben bajar la guardia. Y ¿cómo ciudadanos que nos toca hacer? No olvidar cómo el personal de enfermería de cada uno de nuestros países tuvo que abrirse camino entre una sociedad que al inicio de la pandemia mostró su miedo, desinformación e insensibilidad hacia ellos agrediéndolos. No debemos generalizar, pero los casos ocurridos, después de tres años, aún son inaceptables.

1.4 Cámara y acción: *Cartas a distancia**

Las enfermeras mexicanas, su formación escolar y gradual incorporación a los entornos rurales u hospitalarios fueron tema de documentales producidos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) a finales de la década de los cincuenta e inicios de los sesenta. Formaron parte de la filmoteca de esta institución gubernamental que también conservó documentales extranjeros producidos en Estados Unidos o en El Salvador con apoyo de la Junta Cinematográfica de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto muestra el intercambio internacional de materiales audiovisuales y una preferencia fílmica hacia este personal de la salud. Los documentales producidos por el Estado mexicano cumplieron con una interesante función propagandística con doble mensaje, por un lado, el de promover entre las jóvenes mexicanas la utilidad de la enfermería como opción para contribuir con sus comunidades y ayudar al prójimo. Por el otro, el del avance y modernidad que había alcanzado el sistema de salud mexicano conformado por personal sanitario bien formado. Casi setenta años después y en el contexto de una pandemia, que solo había sido ficcionada por el cine comercial, la COVID-19 convirtió a enfermeras y enfermeros en protagonistas de documentales. También de reportajes que los siguieron cuadro a cuadro y contribuyeron a rescatarlos de aquel coprotagonismo que las representaciones cinematográficas del siglo pasado les dieron. Estas nuevas producciones los visibilizan y han contribuido a sensibilizar a la población sobre el invaluable valor de su trabajo durante la pandemia. Además, lo producido durante esta emergencia sanitaria ha conformado

* Juan Carlos Rulfo, *Cartas a Distancia*, 2020. En Netflix.

un nuevo y diverso acervo audiovisual en el que la televisión, las plataformas digitales y por supuesto el cine, juegan un papel central por lo variado de sus contenidos, mensajes y postura crítica o no hacia las medidas sanitarias tomadas en uno u otro país. Afortunadamente la mayoría está disponible en la plataforma digital YouTube y conforman ya esta nueva filmoteca digital de la pandemia. La variedad de contenidos y mensajes que transmiten requiere establecer una catalogación para diferenciarlos. A continuación presento las tres variedades de materiales que localicé para este texto:

- 1) los reportajes de periodistas audiovisuales independientes que en plena contingencia salieron a las calles de sus respectivos países para dejar evidencia de lo acontecido en los momentos álgidos de la pandemia;
- 2) documentales producto del esfuerzo de algunos médicos que incursionaron en el guionismo cinematográfico o de complejos hospitalarios que desde los hospitales como escenarios y con testimonios de su personal, trazaron el eje de sus documentales;
- 3) aquellos documentales dirigidos por cineastas independientes que filmaron durante la pandemia y eligieron el tema y tono de sus historias.

Para el primer caso tenemos el reportaje del colombiano Víctor de Currea-Lugo *La otra cara de la pandemia* (2020)^[9] quien recorre tres barrios pobres de la ciudad de Bogotá para mostrar las miserables condiciones y hacinamiento en el que cientos de colombianos y migrantes, relegados por las autoridades sanitarias, sobrellevaron la pandemia. En una línea discursivo-audiovisual semejante el documental del periodista y documentalista Rudy Jordán: *COVID-19: 100 días de la pandemia del coronavirus* (2021)^[10] documentó el caso peruano. Sus imágenes mostraron las enormes desigualdades sociales e insuficiente infraestructura hospitalaria y atención médica en aquel país. En ambos materiales prevalece

[9] Víctor de Currea-Lugo *La otra cara de la Pandemia*, 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=oVmF6ihSm8U>.

[10] Rudy Jordán *COVID-19: 100 días de la pandemia del coronavirus*, 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=0ktp3Sqdi1k>.

la denuncia por la desigualdad e insuficiencia en la atención a la población más vulnerable. Ambos periodistas se propusieron contrastar lo que las autoridades sanitarias de sus respectivos países promulgaban en sus versiones oficiales, con lo que sucedía en la calle y con la gente.

En el segundo bloque de documentales identificados ubico el de la neuróloga y directora audiovisual argentina Silvia Sara Kochen quien escribió el guion, dirigió y produjo *Primera línea de fuego: honor y gratitud* (2021).^[11] En entrevista afirmó que su interés fue contar «cómo los hombres y mujeres de salud pusieron y ponen el cuerpo en la pandemia y arriesgan su vida». En España, *Ribera de la salud* conglomerado de diferentes hospitales en este país y el productor Miguel Vizcaíno filmaron *COVID-19. La historia de nuestros héroes* (2021)^[12] que presenta testimonios del personal de salud y pacientes durante la primera ola de la pandemia. El consorcio público de radio y televisión Castilla La Mancha Media, también produjo su documental titulado *Héroes anónimos COVID-19: UCI la primera línea* (2020)^[13] colmado de testimonios de enfermeras, enfermeros, médicos internistas y otros trabajadores de la salud. En América Latina y siguiendo esta línea se filmaron dos documentales. El ecuatoriano *Paciente cero, crónicas de un hospital en tiempos de COVID-19* (2022)^[14] producido por el hospital privado Alcívar que muestra una historia de éxito y el chileno *Misión encubierta: la dura lucha contra el COVID-19 en Chile* de Javier Andulce/Cristóbal Ferrer (2020),^[15] filmado en el hospital Doctora Eloísa Díaz de aquel país. En estos las cámaras entraron a los hospitales o siguieron trayectos dentro de las ambulancias en movimiento, se recurrió al *talking head* (cabeza parlante) que es la técnica de entrevista

[11] Silvia Sara Kochen, *Primera línea de fuego: honor y gratitud*, 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=c11uwzGgOLw&t=1566s>.

[12] Ribera de la Salud y Miguel Vizcaíno, *COVID-19. La historia de nuestros héroes*, 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=BTY-L1jspow>.

[13] -Castilla La Mancha Media, *Héroes anónimos COVID-19: UCI la primera línea*, 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=vsHf-b8fxMg>.

[14] Hospital Alcívar, *Paciente cero, crónicas de un Hospital en tiempos de COVID-19*, 2022, <https://www.youtube.com/watch?v=ODr-dzLgNls>.

[15] Javier Andulce/Cristóbal Ferrer, *Misión encubierta: la dura lucha contra el COVID-19 en Chile*, 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=QUUICzQ4A44>.

más empleada dentro del documental porque solo de esta manera podían dar cabida a tantos testimonios individuales. Una característica de estos documentales fue el tono neutral sobre el desempeño de las autoridades sanitarias de los países correspondientes y esto parece obvio dado que su objetivo fue mostrar la eficiencia de sus hospitales privados y el buen desempeño de su personal.

El tercer grupo de documentales incluye los dirigidos por cineastas, que como ya mencioné, eligieron el tema y tono de su historia. En este grupo entra *Cartas a distancia* del mexicano Juan Carlos Rulfo y el documental *Eles poderíam estar vivos* de los brasileños Lucas y Gabriel Mesquita, (2022).^[16] Como veremos, la temática representada en cada uno de ellos es completamente diferente porque los directores brasileños apostaron a la denuncia política y Rulfo a la neutralidad. En *Eles poderíam estar vivos* los directores también recurrieron al *talking head* para denunciar públicamente las cuestionadas y reprobadas medidas tomadas por el gobierno del entonces presidente Jair Bolsonaro (2019-2022) durante la emergencia sanitaria. Esto se resolvió juntando una suma de voces de funcionarios del ámbito de la salud, médicos, abogados, pacientes que sobrevivieron la enfermedad o familiares de quienes no lo lograron y hablaron a la cámara para pronunciar abiertamente su enojo y miedo. Los directores agregaron notas periodísticas y caricaturas políticas para ilustrar y reforzar la palabra hablada (Agostoni 2023).

Por su parte, el documental de Juan Carlos Rulfo transmite un mensaje diferente al de los brasileños porque evitó la discusión política pública y visceral sobre el manejo gubernamental de la pandemia en México en los primeros meses de su desarrollo. Si nos detenemos un poco en la trayectoria fílmica de este director encontramos dos diferencias interesantes que se manifiestan en dos de sus documentales. La primera es la evidencia de una mirada con enfoque social que visibiliza a «los de abajo» y que se refleja en el documental *En el hoyo* (2006).^[17] Esta historia la dedicó a los trabajadores de la construcción del segundo piso vial ordenado

[16] Lucas y Gabriel Mesquita, *Eles poderíam estar vivos*, (2022), <https://www.youtube.com/watch?v=XHrMATXfQ8c>.

[17] *En el hoyo* (2006) Juan Carlos Rulfo [película documental].

por Andrés Manuel López Obrador cuando fue jefe de gobierno del entonces Distrito Federal (2000-2005).^[18] Sin dar información oficial de este proyecto, vemos a un grupo de albañiles, seleccionados por el director, trabajando día y noche, bromeando entre ellos, comiendo y respondiendo a la cámara preguntas concretas. También apreciamos la magnitud del megaproyecto urbanístico y el registro casi diario de los avances de la obra gracias al arduo trabajo de estos albañiles.

La segunda, se vincula más con un trasfondo propagandístico y descalificador del gremio magisterial que son perceptibles en el controvertido documental *De panzazo* (2012).^[19] Este documental evidencia el fuerte conflicto magisterial sucedido en México en el año 2012, el último del gobierno de Felipe Calderón (2006-2012) y el consecuente descrédito hacia los maestros de educación básica, entre otras cosas.

En *Cartas a distancia* parece que Rulfo regresó a visibilizar a trabajadores que parecían desdibujados en plena pandemia. Desconocemos si cuando filmó estaba de acuerdo o no con las medidas gubernamentales para combatir la pandemia, pero lo que sí dejó claro en las múltiples entrevistas que atendió después de su estreno, es que se mantuvo al margen de esta discusión. Desde el inicio su idea original fue dedicarlo a los trabajadores de la salud, principalmente personal de enfermería, a los pacientes y a la relación comunicacional que establecieron entre ellos. Para contrastar con el histórico protagonismo femenino, en este documental la aparición del enfermero Jorge Gómez alias *El Calavera*, sobrenombre derivado de su afición por la lucha libre, como protagonista ya ofrece una variante atractiva. Durante cinco álgidos meses de la pandemia, de mayo a septiembre del 2020, se grabó este documental definido como un «ejercicio comunicacional pensado por el personal de salud en un hospital mexicano para apelar al distanciamiento social entre enfermos por COVID-19 y sus familiares a

[18] El 5 de febrero del 2017 desapareció oficialmente el Distrito Federal para dar paso a la ciudad de México.

[19] *De panzazo* (2012) <https://www.youtube.com/watch?v=i4BbdUds90s> (completa) dirigida por Juan Carlos Rulfo y Carlos Loret de Mola.

través de cartas».^[20] En palabras del director, su idea surgió porque se enteró que en la Clínica 27 del IMSS el personal de enfermería encabezado por *El Calavera*, hacía lo ya comentado por La Jefa Fabiana: llevar y traer cartas entre pacientes internados en esta clínica y sus familiares apostados afuera de ella; así como promover videollamadas entre ellos. *El Calavera*, quien manifestó a Rulfo su afición por la fotografía, grabó al interior del hospital mientras el cineasta y su reducido equipo de producción permanecieron dos meses afuera socializando con los familiares que también participaron de las historias contadas en el documental. El enfermero convertido en un aprendiz de cineasta utilizó una «camarita Osmo Pocket» entregada por el director para que grabara al interior de la clínica, espacio completamente restringido para el cineasta y en donde, supuestamente, no se podía grabar. Aun así, lo hicieron y una respuesta pendiente es saber si las autoridades del IMSS otorgaron algún permiso especial de último momento o si al ver el documental con imágenes no autorizadas se pronunciaron al respecto y cómo. Mientras, el director y su equipo ofrecieron al personal de enfermería un taller de video y fotografía en línea que sirvió para afinar encuadres, pero también como espacio de diálogo colectivo para desahogar emociones e intercambiar ideas. El resultado fue un *collage* de cinco historias familiares cuya coincidencia fue tener un pariente (hijo, padre, madre o abuelos) internado en la clínica 27 con quien se comunicaban por medio de cartas escritas o videograbadas llevadas y traídas por *El Calavera* y sus compañeras. El contacto con los familiares que aceptaron participar se materializó con cientos de escenas en sus hogares mostrando fotografías de su paciente internado y recordando con nostalgia sus virtudes. El director intimó con estas personas que, como muchos mexicanos, vivíamos la pandemia deseando no encontrarnos en su situación. De esta manera, las historias en este documental transitan de manera paralela en dos espacios, afuera de la clínica 27 y adentro en donde la «buena intuición» que el cineasta adivinó en *El Calavera*, fue fundamental. Además, como lo explicó Rulfo, partieron de la base de no hacer una película amarillista, querían

[20] «Crítica de *Cartas a distancia* un documental de Juan Carlos Rulfo en tiempos de pandemia» (19 febrero de 2023), Juan Pablo Russo, en: página electrónica *Escribiendo cine...* Consultado el 23 febrero de 2024.

«que no fuera demasiado escandalosa, teníamos mucho respeto por los personajes, no necesariamente es una estridencia pornográfica del dolor».^[21] Tenemos entonces un documental que conjunta imágenes de diferentes cámaras, la de afuera y la de adentro, para construir historias unidas por el miedo al contagio y el dolor por la pérdida. Afortunadamente se alejan de la vorágine mediática acusatoria que otros medios de comunicación propiciaron y Rulfo lo explica de la siguiente manera: «Lo irónico es que en un momento complejo a nivel de comunicación, esta falló. Había medios de comunicación por todos lados y nada más estaban dándose trancazos, que si los gobiernos no están funcionando, que las decisiones no son buenas, pero los enfermos en las camas eran como el índice bursátil, la gente no existía».^[22] A esta invisibilidad de la «gente» se agrega el personal de enfermería que trabajaba en una clínica pública y en un contexto de emergencia sanitaria, a quienes el cineasta con esa mirada social plasmada *En el hoyo*, visibilizó. Sin duda, las experiencias particulares de los enfermeros y enfermeras filmadas por Rulfo coinciden con las de miles de colegas en diferentes países del mundo, pero se particularizan cuando son verbalizadas con nombre y apellido y un mensaje individual. Así a la historia narrada en *Cartas a distancia* y a las imágenes logradas por *El Calavera*, agregamos el testimonio de la enfermera Berenice quien leyó frente a la cámara, lo que escribió de camino a su casa después de una larga jornada de trabajo en la clínica:

«Queridos derechohabientes [sic] Como enfermera estoy hasta la madre de que lleguen pacientes contagiados y digas “es que me fui a Acapulco”. Okey, te vale la vida y te brindo los cuidados necesarios para que te recuperes. Salgo de mi unidad de trabajo y me tengo que quitar el uniforme que con mucho orgullo porto porque afuera hay un montón de ojetes que piensan que soy portadora del virus ¡tantita madre! Enojada y agradecida, atentamente enfermera Berenice que con todo y mi pinche enojo te voy a atender y te voy a brindar cuidados de calidad, aunque me agredas».

[21] Reyes Isabel, «Cartas a distancia, el documental que retrata la lejanía entre pacientes y familiares por el COVID-19», En UDG TV Portal. Consultado el 23 febrero 2024.

[22] «Cartas a distancia de Juan Carlos Rulfo: correspondencias a través de la tragedia», (2021) Entrevista, IMCINE, consultado el 22 febrero 2024.

Palabras como estas rompen con el tono políticamente correcto utilizado en los medios masivos de comunicación o con las moderadas respuestas de Fabiana a preguntas sobre la negligencia de muchos ciudadanos. Lo expresado por Berenice quizá coincidió con lo que otros de sus compañeros y compañeras silenciosamente pensaron y sintieron frente al inexplicable y aún inadmisible comportamiento de muchos ciudadanos. Estas palabras sin duda abren otra interesante veta de investigación sobre nuevas historias aún no contadas por el personal de enfermería.

1.5 Conclusiones

Los casos aquí expuestos son testimonios de un contexto muy particular: la pandemia de COVID-19 con el personal de enfermería mexicano como protagonista y representado a través de La Jefa Fabiana y *El Calavera*, sin dejar de lado a la enfermera Berenice. En su momento aparecieron en la televisión y en algunos foros en donde se estrenó el documental antes de ser exhibido en Netflix, lo que supuso una mayor difusión hacia la población. Representan al personal de enfermería que pese a la incertidumbre por lo poco que se conocía epidemiológicamente del virus, sumado a la adversidad por falta de insumos en los hospitales que les garantizara condiciones básicas para realizar su trabajo, nunca dieron tregua ni se detuvieron. Su compromiso y ética superan estas barreras, así como los insultos y agravios que también recibieron de quienes, quizá llegaron a un hospital en condiciones delicadas y fueron bien recibidos y atendidos por este personal. Analizados desde el presente estos personajes guardan para la historia de la pandemia de COVID-19 y el personal de enfermería en México un lugar especial porque lo revisado para escribir este texto demuestra que en otros países latinoamericanos no fue necesaria la intervención de las autoridades sanitarias como agente mediador para convocar a la ciudadanía a confiar en enfermeras y enfermeros, no agredirlos y garantizar su protección en las calles.

Con respecto a la nueva filmografía sobre COVID-19, el documental de Juan Rulfo se erige como uno que plantea una versión despolitizada del manejo de la pandemia en México para convertirse en uno con un discurso social y de vida cotidiana de aquellos que

sufrieron el contagio de familiares, mantuvieron guardias hospitalarias afuera de la clínica en espera de noticias, escribieron cartas o grabaron mensajes para que *El Calavera* las llevara o trajera.

Además, *Cartas a distancia* es quizá de los únicos materiales fílmicos en los que el protagonista es un enfermero y por esto el valor de su testimonio desde su casa, mostrando al director su espacio personal, su colección de afiches de lucha libre y confesando que estudió enfermería para darle gusto a su madre, a cambio de su permiso para alcanzar su sueño de ser luchador, humaniza aún más al personaje de tal manera que los espectadores quedamos con un doble sentimiento de admiración y agradecimiento. Ninguno de nuestros protagonistas se quejó por falta de insumos en el hospital o problemas al interior de sus clínicas lo cual no niega que estos problemas existieran, pero ayuda a matizar futuros análisis y evaluaciones pendientes en la relación COVID-19/personal de enfermería. Por lo pronto, es innegable que la conferencia vespertina en la que apareció La Jefa Fabiana y el documental *Cartas a distancia* con *El Calavera* son estrategias comunicacionales «a la mexicana» y dejaron una relevante impronta que las convierte en un ejemplo único en el nivel internacional.

CAPÍTULO 2

Más allá del miedo: estrategias de la enfermería en Argentina

CLARA GILLIGAN, CARLA MORA AUGIER,
KARINA RAMACCIOTTI y DANIELA TESTA

2.1 Introducción

El martes 3 de marzo de 2020, durante una conferencia de prensa realizada en el Ministerio de Salud de la Nación, los ministros Ginés González García y el de la Ciudad de Buenos Aires, Fernán Quirós, anunciaron el primer caso confirmado de COVID-19. Este suceso marcó el inicio de una experiencia que entrelazó incertidumbres y temores. El hecho de que la primera persona contagiada hubiese viajado en primera clase de avión desde Italia y que, además, viviera solo, fue interpretado como un aspecto atenuante en relación con la transmisión de la enfermedad. Sin embargo, tan solo cuatro días después –cuando el número de contagios había superado los 100 000 casos en el mundo– en un hospital público del distrito porteño se registró la primera muerte por COVID en Argentina y Latinoamérica.

El 19 de marzo, el gobierno nacional encabezado por Alberto Fernández (2019-2023) estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) por medio del cual solo trabajadores «esenciales», entre los que quedó incluida la enfermería, podrían movilizarse. Esta medida implicó una reorganización del sistema sanitario para enfrentar la emergencia, pero su adecuación no devino en una situación de mayor tranquilidad para el personal de

salud. Fueron días vertiginosos dado que era una enfermedad nueva, en un escenario poco previsible, con el desconocimiento sobre cómo evolucionaría. La reorganización de los espacios asistenciales implicó cambios en las formas de comunicación tanto entre pares como al interior del sector y entre enfermos y familiares. Ante la masividad de los contagios y las dudas respecto al tratamiento, el aislamiento se instaló como principal estrategia. Tal como lo señalan Caretta y Gayol se trató de un contexto extraordinario que modificó los vínculos de los enfermos con el personal de salud (Caretta y Gayol 2022).

En los hospitales, esto transformó algunas rutinas para reducir el contacto con las personas que atravesaban la enfermedad. Para las enfermeras y los enfermeros fue muy difícil de materializar, dado que los cuidados que llevan adelante involucran un contacto corporal directo y constante. Algunas herramientas de sociabilidad habituales como identificar rostros, interpretar gestos, percibir emociones y otro conjunto de habilidades que podemos denominar como propias de la comunicación no verbal se redujeron de manera abrupta, tanto por el uso de los equipos de protección, como por los cortos tiempos de contacto interpersonales para disminuir las posibilidades de contagio.

En este capítulo analizaremos cómo la pandemia de la COVID-19 transformó las condiciones de posibilidad de los vínculos interpersonales y cómo el sector de enfermería elaboró estrategias subjetivas intentando asegurar la comunicación con las personas requeridas de tratamiento, sus familiares o vínculos afectivos. Se trata de un ámbito cuyo campo comunicacional está atravesado por relaciones de poder que involucran el espacio público y mediático, junto con las relaciones entre trabajadores de salud, personas usuarias y familiares. Los mensajes se construyen en una interrelación entre las nociones adquiridas en la formación profesional, las inquietudes personales, los vínculos que se establecen entre colegas y las directivas institucionales o normativas. En la emergencia sanitaria, los procedimientos de bioseguridad protocolizaron tareas; sin embargo, surgieron respuestas en el día a día a partir de las situaciones vividas en la coyuntura (Petracci y Waisbord 2011).

Estas estrategias de comunicación creadas al calor de una crisis han quedado tanto en la memoria como dentro de la batería de

recursos con los que cuentan los profesionales en la práctica cotidiana. Por tal motivo revisaremos el rol de la enfermería tanto en la comunicación en los espacios de internación prolongada tales como residencias geriátricas u hospitales neuropsiquiátricos, así como en espacios de internación hospitalaria. Además, nos aproximamos a las percepciones de enfermeras que describen distintos modos de gestión de las emociones, especialmente las vinculadas con las situaciones de comunicación de la muerte. Este capítulo se basa en un conjunto de diez entrevistas de distinto tipo (abiertas, semiestructuradas y en profundidad) que fueron seleccionadas dentro de un corpus más amplio a partir de la identificación de ciertas temáticas comunes emergentes que son las que nos proponemos analizar. Las entrevistas fueron realizadas entre 2021 y 2023 a trabajadoras y trabajadores del sector de enfermería que se desempeñaron durante la pandemia de COVID-19 en el sistema público y privado de salud en diferentes provincias de Argentina. Los resultados obtenidos derivan de la construcción y del análisis interpretativo de datos de tres proyectos federales de investigación interdisciplinaria, financiados por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Argentina.^[1]

2.2 La sociabilidad desafiada

De la mano del incremento de tareas que tuvo el sector de enfermería también se asumieron labores que, antes de la pandemia de coronavirus, se podían delegar. María, enfermera de un hospital

[1] Los resultados de este capítulo están vinculados con los siguientes proyectos dirigidos por Karina Ramacciotti: «Los cambios y las continuidades en la formación de enfermería a partir del COVID-19», de la convocatoria PICTO REDES. Financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, 2023-2024; convocatoria PISAC COVID-19 n.º 22 «La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la pospandemia del COVID-19 (Argentina, siglo XX y XXI)»; convocatoria PICTO GÉNERO «Jerarquización de los cuidados remunerados en Argentina. Transformaciones, continuidades y propuestas en pandemia y post pandemia». Para preservar la confidencialidad, los nombres de las personas entrevistadas se modificaron.

público monovalente de salud mental de la ciudad Buenos Aires, se refiere a la complejidad del «doble encierro» que implicó el contexto. Algunas de las personas internadas en residencias de larga estadía cuentan con márgenes de autonomía para movilizarse por el amplio predio de la institución que tiene pequeños comercios, una cantina, parques, un gimnasio y actividades de recreación. A partir de la pandemia, los requerimientos de aislamiento sanitario llevaron a restringir actividades y limitar los movimientos para evitar contagios. Estas medidas de resguardo sanitario implicaron un incremento de las tareas realizadas por el personal de enfermería. Un ejemplo de ello son las listas que las personas realizaban y entregaban con su nombre para la compra de alimentos, elementos de higiene personal y otros consumos particulares (véase imagen 2.1).

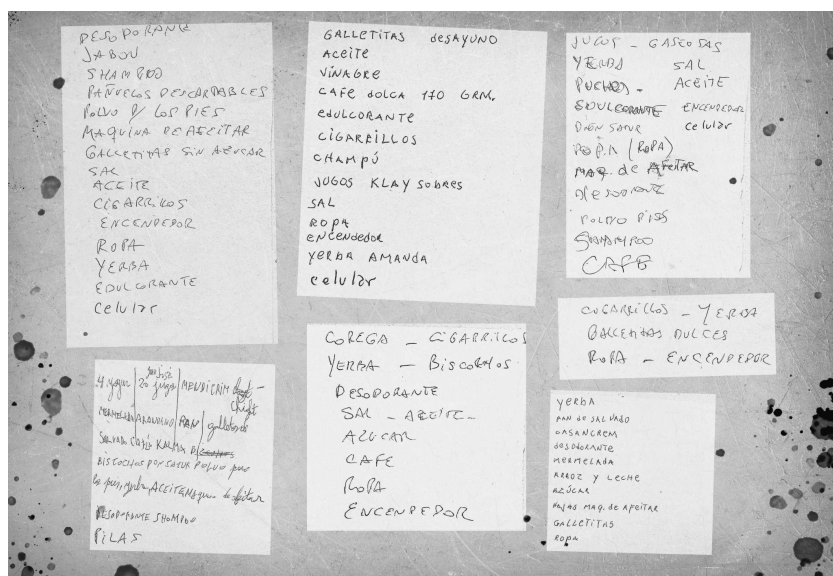


Imagen 2.1. Lista de compras de personas internadas en residencias de larga estadía entre abril y mayo de 2020.

Algo similar se vivió en una residencia de adultos mayores, donde se recibían visitas y, en algunos casos, podían realizar de manera autónoma alguna salida breve. Javier, un enfermero que trabajaba en un geriátrico en la ciudad de Buenos Aires, recordaba que esas salidas y las visitas de familiares y amigos se suspendieron.

El único contacto con el exterior se efectuaba 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».^[2]

Fueron escenarios marcados por el miedo a una enfermedad cuyas formas de contagio no se conocían de manera certera al inicio de la pandemia. Es el caso que nos trae Gabriela, enfermera de un hospital monovalente de salud mental de gestión pública porteño: «Usar barbijo, antiparras, cofia, guantes 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 decir «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 mantené 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 anímicas».^[3]

Las modalidades de comunicación y de llevar adelante los vínculos personales no escaparon a las limitaciones que impusieron los

[2] Javier, ciudad de Buenos Aires, junio de 2021. Las entrevistas se transcriben con pseudónimos, ciudad de trabajo y fecha de realización.

[3] Gabriela, ciudad de Buenos Aires, abril de 2021.

26 Clara Gilligan | Carla Mora Augier | Karina Ramacciotti | Daniela Testa

protocolos asistenciales. El personal de los equipos de salud entrevistado reconoció la importancia de saldar, de alguna forma, la distancia impuesta por las restricciones y buscó formas de lograr cierta cercanía, por ejemplo, por medio del uso de los dispositivos móviles como señala Gabriela:

«Hay pacientes que tienen celulares y los saben manejar y 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 videollamadas con los pacientes para que se comunicaran con los familiares más cercanos. 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. Es muy triste, es terrible, te da mucha impotencia».^[4]

Entre las múltiples tareas que llevan adelante las enfermeras, se encuentran las asociadas a las técnicas y a las referidas a los vínculos personales. Durante el aislamiento sanitario y la restricción de las visitas, muchas actividades que antes de la pandemia eran delegadas, compartidas con personas cercanas o estimuladas para que se hagan de manera autónoma se vieron trastocadas y, como consecuencia, recargaron las rutinas laborales.

2.3 *La jaula de los leones: adentro y afuera de la UTI*

Jacinta, una enfermera de terapia intensiva, refirió mediante la metáfora «mandar a la jaula de leones» a enviar a los recién graduados sin experiencia ni capacitación previa a las unidades de terapia intensiva. Esta dura descripción, que remite al peligro y a la cercanía de la muerte, nos lleva a reflexionar sobre algunas cuestiones vinculadas con la organización hospitalaria. Retomamos el trabajo de Comelles, quien analizó las dificultades de la estructuración de las unidades de terapia intensiva refiriendo a un juego de palabras entre «dentro» y «fuera». Siguiendo esta propuesta:

«(...) meter "dentro" sustrae al enfermo de su red social y lo encierra en un espacio de secreto que lleva al límite la idea de la institución total, en la

[4] *Ibíd.*

que ni siquiera los procesos vitales más elementales son controlados por el internado. La interacción 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» (Comelles 2000).

Esta escisión *dentro/fuera* se agudizó aún más en la pandemia, ya que el objetivo no era únicamente garantizar el aislamiento de esa persona que requería cuidados intensivos, sino además, reducir las posibilidades de contagio del personal. En este sentido, Jacinta y Catalina, dos enfermeras de distintos hospitales públicos porteños, se refirieron a los cambios vinculados al tiempo requerido para realizar las tareas en las UTIs. Jacinta expresó:

«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».^[5]

La demarcación entre un *adentro* y un *afuera*, que sin duda pre-existe a este contexto, se intensificó con el uso de los elementos de protección personal y la serie de acciones que implicaba la preparación de la indumentaria cada vez que se entraba o se salía. Estas descripciones del tiempo involucrado en cambiarse que se adiciona al horario laboral, y el impacto que tenía en la facilidad y en la rapidez para *entrar*, son menciones habituales en las entrevistas de quienes trabajaron en las UTIs, como lo explica detalladamente también Jacinta:

«Uno se cambia, se viste antes de entrar, o sea, vamos con la ropa de calle. Nunca salimos con el uniforme por una cuestión esto de las infecciones y todo que todavía no sabemos bien cómo es el tema: si el virus se transmite por la ropa o no (...) no se puede andar con ambos en la vía pública, cosa que antes sí ¿viste? Uno iba ya vestido de acá y ya directo para entrar a la sala, pero ahora ya no. Hay todo un protocolo. (...) Nuestra terapia, tiene un área limpia, que es donde nosotros llegamos y nos vestimos. Ahí tenemos otra

[5] Jacinta, ciudad de Buenos Aires, abril de 2021.

sala que es de descanso, que desayunamos y que almorzamos, que es aparte de la UTI. O sea, está conectado, pero nos vamos turnando para ir y venir y no dejar la sala sola. Y la terapia cuenta con un área limpia y un área sucia. El área limpia es donde preparamos medicación y donde vemos las carpetas, que es la rutina que se hace a la mañana».^[6]

«Entramos, a veces, no sé, un montón de veces a la sala. Hay veces que de las doce horas las pasás, no sé, diez horas entrando y saliendo. Que entrás, salís y cada vez que entrás no es que entrás diez minutos y después salís. Entrás y te quedás dos horas ahí adentro. Salís y por ahí ya te sonó otra bomba, volvéis a entrar».

Por un lado, los tiempos de preparación para *entrar* se volvieron más extensos y, por otro lado, la reducción de las interacciones corporales cercanas con personas que tenían COVID-19 era la recomendación más extendida para prevenir el contagio. Así lo relata Catalina cuando describe los cambios que implicó la relación entre la enfermería y el manejo de las nuevas tecnologías: «Los monitores uno los puede operar desde afuera: eso para nosotros es importante porque podemos estar afuera y operar el monitor. Antes teníamos que vestarnos nuevamente y entrar. El monitor permite operar por fuera y evitar ingresar nuevamente. Ese cambio lo facilitaron estos nuevos monitores. Si bien el protocolo dice dos veces, en realidad, esas dos veces no siempre fue así. ¿Qué implica eso? Que ingreses más veces a ver el paciente que está infectado, que utilices más recursos materiales y que te expongas».^[7]

La paradoja del aislamiento hospitalario es que, en nuestra cultura, los familiares u otras personas asumen, de manera consuetudinaria, su representación. La persona que permanece internada y no puede expresarse por sí misma tiene sus portavoces en el *afuera*. La comunicación con ese exterior, con los vínculos afectivos de las personas internadas, pasa a ser 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.

[6] *Ibíd.*

[7] Catalina, ciudad de Buenos Aires, abril de 2021.

Las mencionadas tensiones entre un modelo de atención concebido como si fuera independiente de la vida social se expresaron en emociones de trabajadoras y trabajadores de salud, quienes experimentaron cotidianamente la confrontación entre su identidad cultural y su formación 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» (Comelles 2000). Aun así, sea por teléfono, sea gestionando una visita presencial, el nexo con el *afuera* es parte de las tareas que llevan adelante cada día, como señala Jacinta:

«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 podés 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».^[8]

La manera de comunicar los eventos, de informar, es unidireccional, desde *adentro* hacia *afuera*, y la responsabilidad de transmitirlos es parte de las incumbencias profesionales, fundamentalmente, de médicas y médicos. Sin embargo, como sugerimos, el vínculo continuo y sostenido del personal de enfermería en estos espacios, su inevitable rol de intérpretes de signos y gestos de las personas internadas, ubica a estas y estos profesionales como 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 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.^[9]

[8] Jacinta, ciudad de Buenos Aires, abril de 2021.

[9] *Ibíd.*

30 Clara Gilligan | Carla Mora Augier | Karina Ramacciotti | Daniela Testa

La pandemia fue un escenario propicio para la redefinición de tareas y organización del trabajo. Así como Jacinta señala que los partes telefónicos eran asignados a profesionales de la medicina, Catalina recupera transformaciones que ocurrieron en el servicio donde trabajaba y que nos muestran otras dinámicas:

«Otra situación que vi que mejoró fue la comunicación de enfermería con la familia. Dado que no se veía al familiar internado lo único que se recibía eran los informes telefónicos. Que no es lo mismo haber recibido el informe telefónico y estar con el familiar. Esa posibilidad que la enfermería se relacione con los familiares a través de contactos telefónicos, pero también de otra manera de como lo puede llegar a hacer el médico».^[10]

Catalina profundiza en sus propias percepciones sobre las maneras en que la reorganización del trabajo generó transformaciones en las dinámicas que, hasta el momento, eran habituales para ella

«en la terapia la comunicación es muy vertical. A raíz de la pandemia hubo que reorganizar, actuar sí o sí en equipo de trabajo. Entonces pude ver esta diferencia de una organización donde la comunicación se hizo un poco más transversal. Con más participación en la organización de protocolos y de la readecuación edilicia y espacial. Valía mucho la participación de todos y de cada uno; fue importante para definir el cuidado propio y el cuidado hacia los pacientes».^[11]

Los elementos de protección personal, su uso adecuado, la preparación cuidadosa para el ingreso en las salas de cuidados intensivos y la comunicación con el *afuera* emergen cargadas de sentidos que solo pueden ser comprendidos si reponemos el contexto de estas vivencias. En el caso de Irina, enfermera de una UTI, esto cobra más relevancia:

«Nos fuimos formando nosotros en el tema de cómo cuidarnos, cómo usar los elementos de protección. Al principio daba todo tanto miedo que decíamos "primero nosotros, primero nos protegemos y después entramos" por más de que esté en paro o lo que sea, primero nosotros y después... Porque si no vamos a terminar».^[12]

[10] Catalina, ciudad de Buenos Aires, abril de 2021.

[11] *Ibíd.*

[12] Irina, provincia de Buenos Aires, abril de 2021.

El vínculo cotidiano con la muerte, el miedo al contagio, la mortalidad asociada a la enfermedad y también a la falta de capacitación y experiencia subyacen en estas entrevistas a enfermeras de terapias intensivas. Estas percepciones nos conectan con el próximo apartado, en el que analizamos la gestión de las emociones y las vinculaciones con el *afuera* que, como veremos, lo habitan tanto las personas que conforman el círculo de sociabilidad de cercanía de las personas internadas como quienes trabajaban allí.

2.4 Gestionar las emociones

«Solo cuando la vida y la muerte se dan la mano puede continuar la historia» (Horvilleur 2022).

En las entrevistas fue una mención habitual la escasa capacitación con que cuentan las y los enfermeros para enfrentar situaciones vinculadas al final de la vida. Refirieron que la carrera está centrada en contenidos para atender, rehabilitar y cuidar de manera profesional, pero las situaciones vinculadas al acompañamiento en la muerte no son un tópico de la formación: «nadie te prepara», afirma Claudia.^[13] «No estamos muy capacitados ni tenemos muchas herramientas en cuanto a cómo manejar situaciones ligadas a la muerte, es algo en lo que estamos bastante flojos. No sabes qué hacer, si acompañar desde el silencio o diciendo una palabra que los pueda tranquilizar», expresa Aldana.^[14] Esta falta de preparación para la comunicación verbal y no verbal constituye una reflexión reiterada tanto de estudiantes como de profesionales.

Las situaciones vividas en el nuevo escenario potenciaron esta carencia de formación dado que la cantidad de personas que fallecieron fue mayor que la habitual, y el desenlace era muy rápido. Durante el segundo año de la pandemia (2021), la juventud de las personas sin complicaciones previas que morían fue otro factor que incrementó el miedo y la congoja. Si bien en la división de tareas al interior de los equipos de salud son los profesionales de la medicina quienes comunicaron el deceso y suelen hacerlo a partir de ciertas recomendaciones para enfrentar el momento, es muy

[13] Claudia, ciudad de Buenos Aires, mayo de 2023.

[14] Aldana, Mar del Plata, marzo de 2021.

32 Clara Gilligan | Carla Mora Augier | Karina Ramacciotti | Daniela Testa

habitual que el sector de enfermería esté más cerca del momento del final de la vida.

Catalina recupera las formas en que estas experiencias se cuelan invariablemente en sus tareas y obligan a gestionar las propias emociones y redefinir estrategias adecuadas a un conjunto de parámetros de sociabilidad y valores morales compartidos:

«La mayoría de los pacientes que han estado internados fallecieron. Y en estas situaciones, el paciente quedaba muy solo. [Durante el 2021] se trabajó un poco más el protocolo del cuidado humanizado en las terapias y los familiares pudieron entrar a terapia, vestidos y con todos los elementos necesarios de protección. Estando en agonía, y sabiendo que muy pronto iba a fallecer. Eso fue un logro y un cambio de estructura de lo que son las terapias intensivas».^[15]

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

«Hoy me tocó recibir una paciente con COVID, entró a terapia pidiendo que se comuniquen con su hijo, la calmé y le dije que 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 un 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. ¿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”» (Redacción 2020b).

El relato vívido de Emilia, enfermera en un hospital de Rosario, plantea con claridad el dilema que tenían los enfermeros ante el miedo al contagio y la necesidad de entablar contacto, y al mismo tiempo convertirse en mediadores de la comunicación con los familiares y contenerlos:

[15] Catalina, ciudad de Buenos Aires, abril de 2021.

«La relación [con el paciente] tratamos que se mantenga igual, pero al principio teníamos miedo y hacíamos lo justo y necesario, pero después no puedo hacer esto e irme. Aparte con las personas mayores vos necesitás acercarte porque no los escuchas y no podés decir no me acerco porque tiene COVID. Otra cosa que hice fue pedir permiso para mandarle mensajes a los familiares diciéndole que soy la enfermera, que necesitan que les traigan los lentes, el perfume. He hecho que manden desde mi celular audios a sus familiares los dejaba tranquilos. No hice videollamadas porque nunca tengo crédito, pero siempre dejo que ellos manden audios a sus familiares. Recuerdo que en una oportunidad un abuelo con cáncer de pulmón empezó a toser. Me decía yo ayer no tenía esta tos. Les expliqué a los médicos lo que pasaba, lo hisoparon, terminó dando positivo, tuvieron que aislarlo. A la otra semana me tocó atenderlo a mí. Estaba re deteriorado y no hablaba nada. Yo estaba buscando una medicación que tenía de él, y veo que atrás de la cama tenía una bolsa con todas sus cosas y cuando la abro veo que tenía fotografías que le había mandado la familia. Y digo cómo es que tiene estas fotos acá y nadie le dice. Entonces, se las empecé a mostrar, abrió los ojos, reconoció a la nieta, me habló lo que no había hablado hasta ahí. Se las pegué en la pared. Y él miraba las fotos. En ese momento, que vio a la familia, es como si le hubiera dado como un empujón, terminó falleciendo».^[16]

Los protocolos de ingreso a las habitaciones con pacientes COVID fueron diseñados para evitar el contagio. Pero Elena, una enfermera que trabajaba en el Conurbano bonaerense, reflexiona sobre cómo la pandemia la llevó a replantearse situaciones en torno a esas normativas. Recuerda: «Yo estoy todo el día cerca de la muerte, porque todos los días se me han muerto personas. Me pone mal porque hice de todo por esa persona. Y me molesta que las personas se mueran solas. ¿Y sabés cuál es la última persona que ven? Es a mí. Eso me afecta. No la muerte en sí. Me afecta saber que sus familiares no lo vieron nunca más. A veces yo hago trampa, lo admito, y alguno que otro dejo pasar para que lo vea».^[17]

Las experiencias atravesadas cobraron diferentes sentidos y dieron lugar a nuevas habilidades en el ejercicio de la profesión, sobre todo en las etapas más críticas. Entre las características que se relatan están las de haber logrado empatía, escuchar, contener,

[16] Emilia, Rosario, marzo de 2021.

[17] Elena, provincia de Buenos Aires, junio de 2021.

buscar otras formas de tranquilizar que no sean mediando el contacto físico. Convivieron con el dolor y el sufrimiento. Fue, para muchas enfermeras, una manera de aumentar su resistencia. Según las palabras de Mirta, una enfermera de Tucumán, fue «*hacernos más duras*. Entre otras cuestiones debían consolar, dar apoyo, superar lo que sentían y priorizar a las personas que transitaban la enfermedad».^[18]

La pandemia modificó las relaciones humanas y las nuevas formas de vinculación emergieron como un desafío. En el contexto de aislamiento sanitario esto impactó en las rutinas laborales del sector de enfermería, que debió adecuar los lineamientos de las autoridades sanitarias a las posibilidades concretas de las instituciones y gestionar sus propias emociones. Como explica Catalina:

«Valía mucho la participación de todos y de cada uno; fue importante para definir el cuidado propio y el cuidado hacia los pacientes. En ese aspecto creo que se escucharon diversas voces y participamos. (...) fue casi autoaprendizaje en grupos, porque si bien las directivas desde el Ministerio de Salud o de las grandes organizaciones de salud daban unos lineamientos generales a cada servicio, bueno luego esos lineamientos se tenían que adaptar a la realidad de ese servicio. Y también ahí se organizaron clases, los mismos enfermeros o médicos participaban en esto de enseñarnos y de aprender».^[19]

«Es difícil, es muy difícil. Uno como que se pone (...) herramientas de defensa que uno se hace, o cosifica más que nada la muerte y esas cosas. No es fácil, no es sencillo. Yo hago terapia psicológica hace dos años ya. Una maneja la muerte, está acostumbrada y entiende también de que a veces es hora de que se vaya, uno también entiende que viene a este mundo de paso no más, que tampoco estás eternamente».^[20]

«Antes el paciente en una terapia normal se recuperaba, se lo daba de alta y se iba de terapia saludándose, después de haber estado 15 días con un tubo en la boca. Y ahora no. Hubo un tiempo que era todos los fines de semana. Nosotros decíamos *embolsar*. Bolsa roja, doble bolsa roja para todos. Y la primera

[18] Mirta, Tucumán, noviembre de 2021.

[19] Catalina, ciudad de Buenos Aires, abril de 2021.

[20] Irina, provincia de Buenos Aires, abril de 2021.

vez que me tocó era como que [silencio] después te vas acostumbrando» (Jacinta).^[21]

Good (2003) definió al hospital como el ámbito no solo de tratamiento, sino como el escenario del drama moral. La confrontación con el padecimiento, el temor y la muerte tanto de las personas que atraviesan una enfermedad como de quienes están a su cuidado ponen en evidencia los intentos por contener el drama. La dimensión eminentemente moral del padecimiento irrumpe a pesar de los esfuerzos por manejar estas situaciones desde un abordaje técnico-racional. Las emociones –que suelen relegar a un plano secundario– emergen y se recuerdan de manera vívida (Good 2003).

En efecto, vemos cómo estas experiencias desbordan sus propios límites en tanto sucesos biomédicos y las herramientas con las que contaban hasta ese momento las enfermeras se mostraron insuficientes. Las adaptaciones que surgieron llegaron más allá de los objetivos de contener la enfermedad, limitar su transmisión y garantizar un tratamiento universal. En alguna medida, contribuyeron a sostener la sociabilidad de las personas en un contexto adverso. Las enfermeras, que efectivamente comparten la mayor cantidad de tiempo en contacto directo con las personas internadas, «intuyen el valor terapéutico de la sociabilidad» (Comelles 2000). Es en este marco que interpretamos las acciones sostenidas con las personas internadas y aisladas no solo a partir de la interacción directa con ellas, sino también oficiando de intermediarias con sus vínculos afectivos.

2.5 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 mantenimiento del distanciamiento social. Para el sector de enfermería la limitación del contacto físico trajo como consecuencia cambios en las rutinas laborales, sobrecarga de tareas y un incremento de las responsabilidades de la mano de una rápida

[21] Jacinta, ciudad de Buenos Aires, abril de 2021.

adecuación a los lineamientos de las autoridades sanitarias. Estas modificaciones implicaron un constante ajuste entre los protocolos y las posibilidades de llevarlos a la práctica en contextos diversos.

El dolor experimentado frente al miedo, la incertidumbre y la muerte involucró las dimensiones afectivas del trabajo en salud. Las emociones, generalmente escindidas de las prácticas profesionales por ser consideradas intuitivas o poco científicas, se vieron expuestas en mayor medida en las prácticas de cuidados sanitarios durante la pandemia. El año 2020 es recordado por varias de las personas entrevistadas como un año de aprendizaje dados los desafíos que impuso el contexto para conocer los protocolos cambiantes, mejorar las medidas de bioseguridad, discernir entre la información certera y la incorrecta. Una vez atravesado este primer momento, surgieron distintas estrategias tendientes a sostener los vínculos y sortear las dificultades en la comunicación, ya sea con las personas que atravesaban la enfermedad, con las familias o con los vínculos afectivos.

En este capítulo mostramos que los intentos de mantener un cuidado profesional no obturan la búsqueda de relaciones afectivas. En el ejercicio cotidiano de la enfermería, esta dimensión de la vida se vuelve imposible de relegar a un segundo plano. Esto se debe a que, a pesar de los esfuerzos 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 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, restringió la identificación de rostros, la interpretación de gestos y otras capacidades sociales fundamentales, este conjunto de trabajadores y trabajadoras adaptó sus competencias a un contexto inédito y desafiante.

CAPÍTULO 3

Os desafios da enfermagem em unidades de terapia intensiva no Sul do Brasil

ANA PAULA KORNDÖRFER y RITA DE CÁSSIA MARQUES

3.1 Introdução

Enfermeiros e enfermeiras compuseram a linha de frente no combate à pandemia da COVID-19, decretada pela OMS em 11 de março de 2020. Até o dia 28 de março de 2024, o Brasil apresentava 711.249 óbitos ocasionados pelo vírus SARS-COV-2, segundo dados oficiais.^[1] Já no que se refere aos índices de mortalidade de enfermeiros, bem como de médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem em decorrência da COVID-19 no Brasil, Maria Helena Machado *et al.* (2023) afirmam que, entre março de 2020 e março de 2021, 622 médicos, 200 enfermeiros e 470 auxiliares/ técnicos de enfermagem vieram a óbito em virtude da enfermidade no país. Estes números se baseiam em dados dos Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem e do estudo sobre o inventário de óbitos da Fundação Oswaldo Cruz. Ainda segundo os autores, considerando o impacto da pandemia na força de trabalho em saúde em todo o mundo, mostrou-se imprescindível analisar as condições laborais e a saúde mental destes profissionais (Machado *et al.* 2023).

É neste sentido que propomos uma reflexão sobre as alterações nas rotinas de trabalho de profissionais de enfermagem atuantes

[1] Coronavírus Brasil. Painel coronavírus: <https://COVID.saude.gov.br/> (consulta: 29 de março de 2024).

em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) – COVID-19, ou seja, profissionais atuantes nos cuidados aos pacientes acometidos pelas formas mais graves da enfermidade. Esta reflexão será desenvolvida a partir de entrevistas concedidas por Anderson Betile Rodrigues e Carine Rocha dos Santos, supervisores de UTI COVID da Santa Casa de Porto Alegre^[2], importante complexo hospitalar localizado na capital do Rio Grande do Sul (RS), estado mais ao Sul do Brasil. O RS faz fronteira com a Argentina e o Uruguai e possui aproximadamente 11 milhões de habitantes, correspondendo a 6% da população nacional.^[3] As entrevistas foram concedidas no âmbito do projeto *Documentando a experiência da COVID-19 no Rio Grande do Sul*, projeto interinstitucional coordenado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul (APERS).^[4] A partir das fontes orais, é possível problematizar não apenas as alterações e os desafios nas rotinas de trabalho nas UTIs, mas analisar também os impactos da pandemia, em termos pessoais, sobre estes profissionais.^[5]

3.2 O projeto *Documentando a experiência da COVID-19 no RS e as entrevistas*

O objetivo do projeto *Documentando...*, iniciado na metade de 2020, consiste em documentar e preservar registros sobre o período

-
- [2] Agradecemos ao Arquivo do Centro Histórico-Cultural Santa Casa de Porto Alegre, nas pessoas de Giovanna Adam Ferreira e Vêra Maciel Barroso, pelo acesso às fontes analisadas neste trabalho.
 - [3] Governo do Estado do Rio Grande do Sul: <https://www.estado.rs.gov.br/inicial> (consulta: 9 de julho de 2024).
 - [4] Além da UFRGS e do APERS, participaram do projeto as seguintes instituições e entidades: Universidade Federal de Pelotas (UFPe), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), Grupo de Trabalho História e Saúde da Anpuh-RS, Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS), Close - Centro de Referência da História LGBTQI+ do RS, Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC Santa Casa), Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM) e Casa da Memória Federação Unimed.
 - [5] Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul - Documentando a Experiência da COVID-19 no Rio Grande do Sul: <https://www.apers.rs.gov.br/documentando-COVID19-rs> (consulta: 26 de março de 2024).

pandêmico para futuras análises de pesquisadores(as) e interessados(as) em geral.^[6] O impulso do projeto foi, assim, registrar a experiência da pandemia no momento em que ela estava se desenvolvendo, como afirmou a historiadora Carla Rodeghero, vinculada à UFRGS. Além disso, Rodeghero sublinha que «o engajamento político e a mobilização social associados à pesquisa estiveram relacionados ao combate ao negacionismo, um dos elementos que marcou particularmente o contexto brasileiro durante a pandemia» (Rodeghero 2023). Com relação a este aspecto, como sublinha Gabriel Lopes, o enfrentamento da pandemia por parte do governo de Jair Messias Bolsonaro foi marcado, entre outros aspectos, pela desarticulação política entre governo federal e estados, omissões e negacionismos (Agostoni *et al.* 2022). O projeto, «uma ação coletiva, interinstitucional e interdisciplinar para recolhimento e difusão de registros sobre o cotidiano e a experiência subjetiva da pandemia em nosso estado» (Agostoni *et al.* 2022), desdobra-se em dois eixos:

- 1) preenchimento espontâneo de formulário online;
- 2) realização de entrevistas de história oral.

As fontes utilizadas neste texto se vinculam, como já sublinhado, ao segundo eixo do projeto. A adoção da metodologia da história oral deu origem a centenas de entrevistas, possibilitando o registro do cotidiano de diferentes grupos sociais. As diversas instituições que participaram do projeto realizaram diferentes atividades e registros (Rodeghero 2023).

O Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Porto Alegre, através do seu Laboratório de História Oral, realizou 60 entrevistas no âmbito do projeto, além de uma entrevista-piloto, com profissionais da saúde vinculados à instituição e atuantes em diferentes áreas, como gestão, segurança, cemitério, psicologia e enfermagem, por exemplo. A entrevista-piloto foi realizada com uma enfermeira, Maira Isis dos Santos Stangler, em 08 de junho de 2020. A início das entrevistas ocorreu, efetivamente, em 13 de janeiro de 2021 e estas foram realizadas até agosto de 2022. O roteiro das entrevistas com

[6] Projeto Documentando a experiência da COVID-19 no Rio Grande do Sul: <https://www.apers.rs.gov.br/documentando-COVID19-rs> (consulta: 26 de março de 2024).



Imagem 3.1. Card de divulgação do projeto. Fonte: Site do APERS. <https://www.apers.rs.gov.br/midia/imagem/09143326-03-creditada-jpg>, (foto: ASCOM; Clarissa Sommer).

profissionais da saúde possuía dezenas de questões que abrangiam aspectos da vida pessoal e profissional dos entrevistados, incluindo, por exemplo, alterações na rotina de trabalho em virtude da pandemia; perspectivas sobre protocolos adotados; opiniões relativas à atuação dos governos federal, estadual e municipal no combate à pandemia, bem como sobre o papel da imprensa, entre outros.

Como já apontamos, selecionamos, para nossa análise, duas entrevistas: a de Anderson Betile Rodrigues e a de Carine Rocha dos Santos. Estas entrevistas, concedidas à historiadora Vera Maciel Barroso, possibilitam discutir pontos importantes da atuação de profissionais da enfermagem em UTI COVID no Sul do Brasil, na

linha de frente no combate à pandemia. Antes, porém, de iniciarmos a análise das entrevistas selecionadas, traremos breves informações sobre a instituição na qual os profissionais atuavam e abordaremos alguns aspectos relativos à história da enfermagem, em especial, na própria Santa Casa.

3.3 A Santa Casa e a enfermagem

A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, instituição de origem portuguesa, foi fundada em 1803, sendo o hospital mais antigo do Rio Grande do Sul. Quando de sua criação, a instituição tinha como atribuições recolher «alienados», menores abandonados, doentes e pessoas necessitadas que não tinham para onde ir, além de enterrar, gratuitamente, os indigentes (Weber 2008). Atualmente, a Santa Casa é um moderno complexo hospitalar, contando com quatro unidades que se constituem em hospitais gerais (adulto e pediátrico) e cinco unidades especializadas (cardiologia, neurocirurgia, pneumologia, oncologia e transplantes). A instituição hospitalar é a única do país a realizar todos os tipos de transplantes. No que se refere ao ensino, é, desde os anos 1960, Hospital Escola da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA.^[7] Os profissionais da enfermagem exercem atividades essenciais para o funcionamento da Santa Casa, e a instituição desempenhou, inclusive, um papel de destaque na formação de pessoal no Rio Grande do Sul.

A enfermagem é uma profissão recente, embora a função seja milenar. A atividade foi exercida por homens e mulheres, geralmente ligados aos baixos extratos da sociedade, mas também por militares, religiosos e religiosas. A profissionalização é atribuída a Florence Nightingale, uma dama britânica que atuou na guerra da Crimeia (1853-1856). Seu pioneirismo se deu na organização de uma rotina de cuidados centrada no paciente, que incluía a lavagem das mãos e rondas noturnas. Houve a organização dos conhecimentos em publicações e a fundação de uma escola para enfermeiras no Hospital Saint Thomas, em Londres.

[7] Informações sobre a instituição podem ser encontradas em WEBER, 2008 e no site <https://www.santacasa.org.br/pagina/sobre-a-santa-casa> (consulta: 26 de março de 2024).

A revolução empreendida por Florence Nightingale na formação das enfermeiras inspirou a criação de diversas escolas de enfermagem. No Brasil, o modelo nightingaleano chegou por meio da atuação de enfermeiras norte-americanas, no Rio de Janeiro, em 1923. A Escola de Enfermagem Anna Nery surgiu vinculada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e criou o padrão de enfermeiras diplomadas difundido no país. Inicialmente restrita às mulheres jovens, solteiras, brancas e escolarizadas, de preferência normalistas e focada na Saúde Pública, com o tempo e a necessidade de formar quadros para atender às demandas do crescente mercado de trabalho hospitalar, a profissão se ampliou em termos de regulamentação e se abriu a novos públicos (Ferreira y Azevedo 2019).

No que se refere à Santa Casa, no Rio Grande do Sul, quando de sua fundação, no início do século XIX, a assistência caritativa era exercida por pessoas sem escolarização, em bases puramente empíricas) (Torresini 2020). Os auxiliares que socorriam os enfermos contavam, assim, com os conhecimentos adquiridos a partir da experiência. A situação sofreu alterações no final do século XIX, em 1893, com a vinda das Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã. As Irmãs, provenientes da Alemanha, «trouxeram outra concepção de enfermagem, de caráter técnico, iniciando uma fase inovadora no trato do cuidar». Lideradas pela Irmã Madre Ana Moeller, assumiram posições nos diversos setores da instituição, incluindo as enfermarias. No início do século XX, surgiu o cargo de enfermeiro técnico. Este cargo foi acrescentado ao já existente de enfermeira geral e ocupado, naquele momento, apenas pelas Irmãs (Barroso 2020).

Com o passar do tempo e o aumento da procura pela Santa Casa, o número de profissionais responsáveis pelo cuidado com os pacientes se tornou insuficiente. Em 1951, então, Irmãs organizaram, na instituição, um curso para enfermeiros auxiliares: a Escola de Auxiliares de Enfermagem São Francisco de Assis. A Escola recebeu não apenas matrículas de atendentes de enfermagem da Santa Casa, mas também de interessados de diversas partes do estado e do país (Barroso 2020).

A crescente demanda por profissionais da área resultou, ainda, na criação de uma nova instituição de ensino de enfermagem alguns

anos depois, em 1955: a Escola Superior de Enfermagem, posteriormente transformada em Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Madre Ana Moeller. Esta Faculdade de Enfermagem foi a segunda criada no Rio Grande do Sul (a da atual Universidade Federal do Rio Grande do Sul foi criada em 1950). Alguns anos depois, foi ofertado ainda o curso de Pós-Graduação em Obstetrícia. A Santa Casa formou várias turmas de profissionais da enfermagem. Nos anos 1970, o Curso de Auxiliares encerrou suas atividades, e a Faculdade, por sua vez, passou para a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Barroso 2020).

Nas últimas décadas, com o crescimento do complexo hospitalar, diversos postos foram abertos na área da enfermagem na Santa Casa, e o quadro de funcionários é formado por profissionais técnicos e graduados, como os personagens deste texto, Anderson Betile Rodrigues e Carine Rocha dos Santos, enfermeiros que atuaram na instituição durante a pandemia de COVID-19 e deixaram registros desta experiência através do já mencionado projeto. Passemos, então, à análise das entrevistas.

3.4 Anderson Betile Rodrigues*

A primeira entrevista que gostaríamos de explorar é a de Anderson Betile Rodrigues. Nascido em 1978, casado e pai de uma menina, atuava como supervisor de enfermagem das UTI COVID na UTI Central do Hospital Santa Clara em 13 de janeiro de 2021, data em que concedeu a entrevista à historiadora Véra Barroso. Quando Anderson concedeu sua entrevista, o Brasil ainda não havia iniciado a vacinação contra a COVID-19, o que ocorreu quatro dias depois, em 17 de janeiro de 2021. O enfermeiro realizou sua formação na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e atuava na Santa Casa desde 1998. Ao ser questionado sobre sua rotina antes da pandemia, afirmou que era uma

«(...) rotina de liderança, de uma unidade clínica cirúrgica, pós-operatórios imediatos, assim como pacientes também com comorbidades e outros agravantes da saúde né... que vinham se recuperar ou estabilizar o quadro mais

* Entrevista Rio Grande do Sul, janeiro de 2021.

grave dentro da UTI Central (...)».^[8] Segundo o enfermeiro, no início de 2020, com o avanço e o agravamento da COVID-19, houve uma preparação para lidar com a mesma, em termos de paramentação da equipe e preparo físico e emocional: «(...) físico (...) de lidar com assistência, o emocional, o meio como nós iríamos recebê-los [os pacientes] né, e como nós iríamos estar nos protegendo também. Isso fez, foi baseado em treinamentos (...)».^[9]

Em meados de 2020, a UTI Central começou a receber efetivamente pacientes COVID.

Ainda segundo Anderson, a leitura e o estudo, a preparação, não forneceram muitos subsídios para lidar com a doença na prática. Havia, ainda, o medo de adquirirem a enfermidade:

«(...) teve um impacto emocional de como iríamos lidar, até ao mesmo tempo, o medo de sermos também atingidos pela doença, né? De adquirirmos o vírus. Isso estava muito presente porque nós... como tudo era muito novo, a gente não sabia lidar exatamente com isso, como sabemos hoje em dia né... isso foi bem impactante».^[10]

Havia, como observamos, a preocupação em lidar com a enfermidade, mas também em não ser contaminado pela mesma.

A pandemia exigiu estudos constantes e alterou a rotina da UTI Central da Santa Casa. Anderson Betile Rodrigues sublinha, por exemplo, que, antes, atendia pacientes que se recuperavam de cirurgias, de enfermidades, muitas vezes com agravantes. Com a pandemia, o cenário se tornou «bem pesado», «deplorável»:

«(...) se tu olhasse uma UTI, como a minha, por cima, tu iria enxergar pacientes, alguns em ventilação, outros se recuperando, outros com oxigênio. Hoje, tu olha uma UTI, com todos... eu vou lhe dizer: de 20, 18 estão em ventilação mecânica, uns 10, 12, estão em posição prona, que a gente chama, que são viradinhos de barriga pra baixo, né... pra poder melhorar a ventilação, o pulmão, junto com a ventilação mecânica. Pacientes que ficam muito doentes a nível... em questão renal. A função renal, ela fica bem... bem desestabilizada, então, precisam de hemodiálise... Então, é uma situação bem complicada».^[11]

[8] *Ibíd.*

[9] *Ibíd.*

[10] *Ibíd.*

[11] *Ibíd.*

Os pacientes da UTI COVID demandavam, de acordo com Rodrigues, atenção constante em virtude da gravidade da doença e de seus quadros de saúde. A necessidade de diálise de pacientes COVID também é destacada:

«E o tratamento dialítico mesmo, por si só, ele já é pesado por várias situações: concentração do profissional, os riscos de erro, podem acontecer, e é grande, porque são muitas demandas de afazeres durante a assistência».^[12]

Vivenciando a UTI 24 horas por dia como supervisor da enfermagem, Anderson mencionou que, diante do cenário triste e preocupante, observava profissionais exaustos e amedrontados. Vários colaboradores acabaram contaminados e internados na UTI, ocasionando abalos emocionais aos profissionais. Havia, neste sentido, necessidade de treinamentos e atenção constantes, bem como acompanhamento psicológico. A primeira ação concreta de segurança ou contenção da doença que tomou, como liderança, foi com relação à utilização do Equipamento de Segurança Individual – EPI. Mesmo assim, houve contaminados:

«Tinha aquelas pessoas que achavam que não iam se contaminar nunca e retiravam... porque ele tem uma maneira de ser retirado. Ele coloca de uma forma e a gente retira de outra, em locais determinados, dentro da UTI, para não se contaminar as áreas. Então, essas pessoas acabavam se contaminando mesmo».^[13]

Em seu relato, Anderson enfatiza que os protocolos de trabalho eram atualizados diariamente, à medida que se observava a necessidade para tal. Ao parabenizar a instituição e os colaboradores pelo trabalho realizado, o enfermeiro informa que houve a necessidade de remanejamento de profissionais de outros setores para as UTIs COVID, profissionais estes que nunca haviam pisado no setor e que aprenderam a trabalhar no dia a dia.

Outra alteração na rotina de trabalho da UTI se refere à relação entre os profissionais e os familiares dos pacientes. Com as restrições às visitas impostas em virtude das características da

[12] *Ibíd.*

[13] *Ibíd.*

COVID-19, profissionais da enfermagem intermediavam, juntamente com o médico intensivista, os contatos entre pacientes e familiares, através de ligações realizadas diariamente no turno da tarde e, em alguns casos, através de chamadas de vídeo. Psicólogos e residentes de psicologia poderiam participar da atividade, uma vez que a equipe da UTI é multidisciplinar, sendo composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, psicólogo, residentes de psicologia, residentes de enfermagem e medicina.

Em virtude da restrição de contato entre pacientes e familiares, Anderson sublinhou que a notificação de falecimento se tornou um processo difícil. Algumas vezes, segundo o enfermeiro, este se sentiu impotente por não conseguir fazer aquilo que gostaria de fazer. Experimentou várias perdas na UTI, inclusive de mães que passaram por cesáreas na Unidade. O profissional também destacou a tristeza que sentia nas oportunidades em que os pacientes precisavam ser entubados, pois, algumas vezes, já havia se estabelecido uma relação, já se sabiam «algumas coisas mais particulares» do paciente. Assim, ter consciência de que a situação poderia piorar, perceber o medo e a angústia do paciente, presenciar a despedida dos familiares e os pedidos por orações e pensamentos positivos eram situações muito difíceis para o enfermeiro. Com relação às perdas, afirmou: «Mas isso eu aprendi a lidar, eu fiquei, eu te confesso que hoje eu tô um pouquinho mais calejado. Mas não passou, não passa a tristeza que a gente sente de ver as pessoas nessa... com essa doença».^[14]

Ao elaborar sobre o impacto da pandemia no emocional, o supervisor de enfermagem afirmou que percebeu o abalo em si próprio e nos colaboradores. Com relação a si, afirmou que estava com o emocional mais fragilizado: «Às vezes, vou te dizer, às vezes a preocupação é tanta que dá vontade de chorar, dá vontade de parar num lugar e ficar só paradinho, quietinho. Isso sim, ocorre por algumas vezes no decorrer das semanas, se tá muito forte a coisa mesmo».^[15] Segundo o enfermeiro, a situação enfrentada o fez refletir sobre vários aspectos de sua vida pessoal e profissional.

[14] *Ibíd.*

[15] *Ibíd.*

Mencionou, por exemplo, a distância com relação aos familiares, em virtude do isolamento social, necessário para a proteção de todos. No que diz respeito ao isolamento, Anderson afirmou que o considerava uma estratégia muito importante no combate à doença. Este aspecto, inclusive, foi alvo de críticas por parte do profissional com relação às ações dos governos federal, estadual e municipal. Favorável ao *lockdown*, Anderson criticou as medidas governamentais neste sentido, que deveriam ser, segundo ele, mais «rígidas em várias situações». Além disso, afirmava entender ser necessário divulgar informações sobre uso de máscaras, de álcool em gel, sobre a lavagem das mãos, entre outros aspectos.

No que se refere ao emocional da equipe, observou que percebia todos afetados: «Não tem pessoa que não te diga ou que não demonstre um tipo de abalo emocional. Tanto abalo emocional de choros e sair do setor e pedir para ir embora, e pedir para voltar para outro setor, ou pedir para sair da Casa [Santa Casa], ou pedir desligamento... Isso eu vivencio quase que toda semana».^[16] O abalo emocional e a fragilização destes profissionais se refletiam em choro e, em casos mais extremos, em pedidos de desligamento da instituição.

Ao analisar, porém, as perspectivas aportadas pela pandemia para a área da saúde, Anderson Rodrigues afirmou que a pandemia havia trazido um vasto conhecimento «da parte da assistência», além de deixar os profissionais mais firmes e seguros em algumas tomadas de decisão. Ao comparar a pandemia a uma guerra, o profissional afirmou que a UTI não possuía mais a mesma organização do contexto anterior e que o tempo dos processos também não era mais o mesmo:

«Atualmente, eu me sinto como se eu tivesse numa guerra, trabalhando em galpões, porque não tem mais as organizações... Tem! É tudo muito organizado, mas a gente não tem mais aquela, o tempo adequado pra viver aquele... o controle de tais situações, tudo muito certinho. (...) Não, a pandemia veio para nos botar pra todas as áreas, todas as situações do dia a dia, e nos mostrar que a gente tem um leque de opções pra resolver a situação, mas de uma forma como estivesse na guerra mesmo».^[17]

[16] *Ibíd.*

[17] *Ibíd.*

Às vésperas do início da vacinação contra a COVID-19 no Brasil, Anderson, que mencionou ter sofrido preconceito, na pandemia, por trabalhar na área da saúde, manifestava contentamento por ter conseguido salvar vidas, por realizar seu trabalho, mas, ao mesmo tempo, manifestava tristeza por ter perdido pessoas e, muitas vezes, não ter conseguido realizar suas funções como gostaria; a doença «deixou cicatrizes». Desejava voltar ao normal em sua vida pessoal e profissional, voltar a atender os pacientes e a equipe «como antes».

3.5 Carine Rocha dos Santos *

Um mês após a entrevista com Anderson, em 18 de fevereiro de 2021, a historiadora Véra Barroso realizou a entrevista com Carine Rocha dos Santos, também nascida em 1978 e casada com um enfermeiro. Carine possui formação em enfermagem pelo Instituto IPA Metodista do Sul, especialização em Urgência, Emergência e Trauma e MBA em Gestão em Saúde. Ingressou na Santa Casa em 2011, tendo se afastado em 2015 e reingressado em 2019. No momento da entrevista, Carine era supervisora de enfermagem das UTIs COVID do Hospital Santa Clara (4º e 5º andares). As Unidades de Terapia Intensiva sob responsabilidade de Carine foram estruturadas para atender a demanda da pandemia, contavam com 136 pessoas compondo uma equipe multidisciplinar, assim como a supervisionada por Anderson.

Ao analisar sua rotina de trabalho anterior à pandemia, Carine sublinhou, entre suas atividades, o cuidado com os pacientes, treinamentos, escalas, promover o engajamento da equipe, realizar a moderação entre o médico e a equipe, entre outras. A partir da pandemia, a supervisora de enfermagem afirmou que foi necessário um «novo jeito de trabalhar», um desafio marcado pelo misto de ansiedade e medo. Segundo a enfermeira, muitas conversas eram necessárias para buscar trazer tranquilidade ao pessoal, uma vez que, enquanto liderança, era sua função proporcionar segurança. É interessante sublinhar que Carine destacou o papel negativo das *fake news* sobre o pessoal da enfermagem, podendo ocasionar

* Entrevista, Rio Grande do Sul, fevereiro de 2021.

instabilidade, «pânico». Instrumentalização, treinamento e protocolos foram necessários para que o «novo jeito de se cuidar e de cuidar dos pacientes» pudesse ser posto em prática. As primeiras atividades de Carine no combate à COVID ocorreram na UTI do Hospital Santa Rita, passando pela UTI do Pavilhão Pereira Filho e, finalmente, no Santa Clara.^[18]

A atuação no combate à pandemia e no atendimento aos pacientes de COVID-19 exigia uma formação continuada, segundo Carine, que relatou como a equipe aprendeu a pronar um paciente: «O que que a gente vai fazer? Vamos lá!», pronar um paciente, que é a manobra que a gente faz de deitar o paciente então, com a barriga pra baixo (...). A equipe não sabia pronar. A gente precisa pronar. Veio então o médico, explicou, o fisioterapeuta, e eu gravei (...).^[19] Muitos protocolos acabaram sendo alterados em virtude do tratamento à doença. A manobra de prona, que já existia como tratamento para minimizar eventos pulmonares, passou a ser mais utilizada. A enfermeira destaca que foi necessário, ainda, aprender a administrar mais sedativos, como Maleato de Midazolam e Fentanil, pois os pacientes COVID exigiam sedação pesada. Os médicos, segundo ela, também precisaram estudar para trabalhar com estes pacientes.

Além das mudanças relacionadas ao uso de medicamentos, como as mencionadas acima, Carine também sublinhou as modificações realizadas na paramentação da equipe, como a necessidade de utilizar *face shield* (protetor facial) e uma sobreposição ao avental, em virtude dos germes multirresistentes. Com uma equipe composta, parcialmente, por profissionais que nunca haviam atuado em UTIs, a supervisora da enfermagem sublinhou que houve a necessidade de aprender a trabalhar. Alguns dos recursos utilizados consistiam na confecção de cartazes com informações técnicas, bem como conversas frequentes, «muita luta, muita resiliência, muito apoio».

O avanço da doença exigiu alterações nos protocolos, como observamos no seguinte trecho: «Essa semana eu tava conversando

[18] Hospital Santa Casa de Porto Alegre: <https://www.santacasa.org.br> (consulta: 26 de março de 2024).

[19] *Ibíd.*

com o doutor, aí ele me disse assim: “Bah, Carine! Parece que no mês de janeiro e esse início de fevereiro, alguma coisa nesse vírus tá diferente, porque a gente tem que tá usando mais sedativo pra conseguir sedar o paciente, pra conseguir entubar”. Então... literatura, protocolo... e revisando, olhando e treinando».^[20] O constante aprendizado, a necessidade de «aprender a trabalhar novamente» para lidar com uma doença desconhecida foi um elemento recorrente na entrevista de Carine.

O trabalho de assistência e acolhimento realizado com relação aos familiares dos pacientes também foi sublinhado pela enfermeira. Em virtude das restrições às visitas, foi necessário aprender a transmitir informações através das ligações realizadas diariamente aos parentes dos internados. As visitas estavam proibidas inclusive para pacientes em estado gravíssimo e as despedidas ocorriam em casos excepcionais. A impossibilidade das despedidas e o papel de notificar o óbito também apareceram no relato de Carine como alterações na rotina ocasionadas pela pandemia: «(...) porque antes da pandemia, tinha o óbito, e a gente esperava a família chegar, pra família se despedir, porque é a tradição. É assim. Então, pra gente é bem complicado também fazer essa interface ali. É um momento tenso, momento que a gente tem que tá apoiando, sem poder tocar, sem poder abraçar. Ali... só dar notícia mesmo».^[21]

Outro aspecto sublinhado por Carine foi o fato de que os pacientes COVID demandam mais atenção em relação a outros pacientes em UTIs:

«(...) os pacientes demandam muito cuidado, e eu sempre falo: a gente pode ter assim... o dobro de equipe, e sempre vai ser cansativo, porque o emocional da gente fica muito impactado de ver pacientes né... de ver que esses pacientes que tem um cuidado diferente das outras UTIs. Ponto! Eles são diferentes né... Então, a equipe cansa bem mais, e cansa bem mais o psicológico, muito mais (...)».^[22]

A equipe à qual Carine fez menção era, como já apontamos, uma equipe multidisciplinar composta, em parte, por integrantes

[20] *Ibíd.*

[21] *Ibíd.*

[22] *Ibíd.*

remanejados da UTI Central e também por alguns profissionais deslocados de outros setores para atuar nas UTIs COVID. Segundo a enfermeira, houve, no início, resistência por parte de alguns destes profissionais:

«As pessoas, elas tavam muito apavoradas, elas tavam muito resistentes a trabalhar com esses pacientes, porque eu sou contratada pra trabalhar no serviço de emergência, eu tenho o perfil de emergência, eu tenho o perfil pra trabalhar no bloco, eu sou instrumentadora, eu tenho perfil pra trabalhar com criança... E a gente tava numa crise né... a gente tinha que deslocar essas pessoas pra trabalhar lá. Então, no início, não foi fácil. Teve uma resistência muito grande (...).»^[23]

Apesar das resistências iniciais, Carine afirma que estes profissionais aprenderam muito com a experiência.

Ao refletir sobre a pandemia e seus reflexos nas UTIs, Carine estabeleceu a comparação com uma guerra, mas afirmou que as Unidades deram certo nesta «guerra diária», pois «(...) elas estão estruturadas, elas estão bonitas, elas tão organizadas, elas tão limpas (...).»^[24] Carine, diferentemente de Anderson, não teceu críticas aos governantes, mas também afirmou que entendia o isolamento social como muito importante para o enfrentamento à doença e que a situação teria sido muito pior sem o mesmo, «tomaria um rumo bem mais complicado».

A supervisora de enfermagem recuperou vários momentos difíceis ao longo da entrevista, como a perda de um colega de profissão e o próprio fato de, assim como o marido, ter se contaminado com o vírus. Carine sublinhou o medo existente, durante o isolamento domiciliar, de que a condição de ambos piorasse e de que houvesse, justamente, a necessidade de internação em uma unidade de terapia intensiva como aquela na qual atuava. Para lidar com as diferentes situações que enfrentava, buscou apoio profissional. Realizou leituras sobre inteligência emocional e empatia para desempenhar melhor as suas atividades. A saúde mental da equipe também foi uma preocupação, havendo a indicação de séries e a ênfase das folgas como importantes para o descanso, por exemplo. Quando

[23] *Ibíd.*

[24] *Ibíd.*

Carine concedeu a entrevista, havia realizado, no dia anterior, a 2ª dose da vacina. Afirmou que se sentia com o dever realizado e que não pensava muito no pós-pandemia, pois ainda estava vivendo a pandemia, mas esperava um futuro melhor.

3.6 Conclusões

Poucas semanas após a concessão das entrevistas de Anderson Betile Rodrigues e Carine Rocha dos Santos, em 02 de março de 2021, a Santa Casa de Porto Alegre publicou uma nota afirmando que a instituição estava «no limiar da sua máxima capacidade de assistência aos pacientes infectados com o coronavírus, internados em suas instalações». Ainda de acordo com a nota, a instituição buscava disponibilizar, nos dias subsequentes, 15 novos leitos de UTI COVID. Naquele momento, porém, todos os 109 leitos de UTI para tratamento à enfermidade existentes nos hospitais que compunham o complexo hospitalar Santa Casa de Porto Alegre estavam em plena operação e totalmente ocupados. O cenário abordado neste texto ainda demoraria a ser alterado (Contieri Abad 2021).

Como afirmamos no início deste texto, nossa proposta era realizar uma reflexão sobre as alterações nas rotinas de trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em UTIs COVID –e seus impactos– através das entrevistas concedidas por Anderson Betile Rodrigues e Carine Rocha dos Santos no âmbito do projeto *Documentando....* Como é possível observar nas entrevistas dos supervisores de enfermagem de UTIs COVID da Santa Casa de Porto Alegre, a pandemia alterou drasticamente suas rotinas de trabalho. Em um contexto marcado pelo medo e pela insegurança, ambos compararam a situação que viviam à guerra. A necessidade constante de preparação, estudo e atualização de protocolos foram aspectos sublinhados pelos profissionais da enfermagem, assim como o desgaste emocional (seu e dos colaboradores). As UTIs foram (re)estruturadas, houve a incorporação de profissionais sem experiência em Unidades de Terapia Intensiva, e os tempos, as dinâmicas de funcionamento das unidades, se alteraram. Os pacientes COVID demandavam mais atenção, exigindo, inclusive, procedimentos pouco utilizados antes da pandemia, como a pronação.

Outro aspecto destacado nas entrevistas foi o papel desempenhado pelos profissionais da enfermagem em sua relação com os familiares dos pacientes. Com a proibição das visitas, enfermeiros e enfermeiras tiveram seu papel na assistência às famílias reforçado, fornecendo notícias e amparo. Apesar do cansaço, do desgaste e da tristeza, tanto Anderson quanto Carine apontaram, também, elementos positivos, como o saber adquirido em diferentes aspectos e o fato de as UTIs «estarem estruturadas, bonitas, organizadas, limpas». Estavam salvando vidas.

A partir das informações e análises aqui apresentadas, esperamos, de alguma maneira, contribuir com os estudos que vêm sendo realizados, em diferentes contextos e a partir de diferentes perspectivas e abordagens, sobre os impactos da pandemia de COVID-19 no que se refere à atuação de profissionais de saúde, mais especificamente, da enfermagem. No Brasil, o governo federal decretou o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional pela COVID-19 em 2022. O mesmo foi estabelecido, em termos internacionais, pela OMS em 2023. A doença, no entanto, não desapareceu, e seus efeitos, nos mais distintos setores da sociedade, seguem, e seguirão, sendo objeto de atenção de pesquisadores das mais diferentes áreas.

CAPÍTULO 4

Cuidados y autocuidados en la enfermería en Perú

YESENIA MUSAYÓN-OBLITAS, ROXANA OBANDO y MIGUEL ALBINO

4.1 Introducción

La primera infección por coronavirus fue reportada en el Perú, el 6 de marzo de 2020. Desde entonces, la enfermedad ocasionó desenlaces fatales, así como reacciones del gobierno y de autoridades sanitarias para poder hacerle frente a ella. Desde la confirmación del primer caso y la sospecha de la propagación masiva, el presidente Martín Vizcarra (2018-2020) tomó una serie de medidas necesarias. La primera de ellas fue la emisión de un decreto que estableció el aislamiento social obligatorio por 15 días, el estado de emergencia en todo el territorio nacional y la determinación de que todas las entidades de salud, públicas, privadas y mixtas, así como funcionarios y trabajadores quedaban bajo la dirección del Ministerio de Salud (MINSA). Con este documento se fortalecieron las atribuciones de esta institución para una gestión expeditiva ante semejante urgencia sanitaria.

El aislamiento social obligatorio, que pretendió solo ser aplicado por quince días, fue ampliándose por semanas y meses hasta llegar casi a los dos años. Esta situación trajo consigo problemas económicos; así como el descuido y desatención de todas las demás enfermedades, como las crónicas o de tratamiento prolongado, lo que mermó, aún más, la salud de la población. Aunado a ello, se incrementaron los trastornos de salud mental originados por el aislamiento y el alejamiento de la familia, seres queridos, amigos

y redes de apoyo; lo que sumó depresión, agresividad, angustia y sobrecarga de estrés.

La esperanza para salir de la crisis sanitaria fue la vacuna, y si bien el gobierno manifestaba que realizaba gestiones para obtenerla, dentro de un contexto de escasez mundial, solo se veían resultados infructuosos y la preocupación se incrementaba.

El presente capítulo tiene como propósito relatar las experiencias de enfermeros y enfermeras durante la pandemia de COVID-19. Para ello se realizaron entrevistas a profesionales, quienes se constituyeron en la llamada primera línea de defensa contra la enfermedad, ya que atendieron de manera directa y presencial, así como de manera remota a pacientes y sus familiares. Cabe manifestar que los relatos también incluyen experiencias propias de los profesionales de enfermería quienes padecieron la infección y tuvieron un rol destacado en la campaña de vacunación.

4.2 La gestión del cuidado ante el colapso

El sistema de salud en Perú estaba fragmentado y en crisis antes de la COVID-19. La pandemia llevó al extremo esta situación llevando al colapso los servicios sanitarios. La falta de camas para la hospitalización, agravada en las unidades de cuidados intensivos (UCI), y la carencia de oxígeno fueron los indicadores más evidentes de la saturación del sistema. Los profesionales de salud tuvieron que tomar decisiones que lidiaban con situaciones de «quién vive y quién estaría condenado a la muerte» dada la falta de asistencia médica y de soporte vital. A continuación, presentamos algunos testimonios en este sentido.

Angélica, jefa de un hospital nacional, menciona:

«Se pensó que solo algunos hospitales iban a atender a pacientes con la COVID-19, pero las demandas rebasaron las necesidades. Se incorporó inicialmente una carpa de atención y un servicio de hospitalización, luego se buscó el servicio más cercano a emergencia, pero se tuvo la necesidad de ampliar la atención a más servicios. No ingresaban pacientes con enfermedades comunes, se suspendieron cirugías electivas, quedaron casos clínicos complejos, oncológicos, diabetes (DBT) e hipertensión arterial (HTA) descompensadas, se empezó a dar de alta de manera masiva. Parecía un campo de guerra. Hubo mucho temor, los médicos no sabían cómo manejar los casos,

las enfermeras menos. No sabían cómo protegerse, cundió el pánico y la ansiedad».^[1]

Nos encontramos frente a una patología totalmente desconocida, nadie estaba preparado para enfrentarla, pues no se conocían con claridad la o las formas de contagio o fisiopatología exacta, mucho menos la terapéutica o los cuidados apropiados.

Rafael, especialista en cuidados intensivos quien labora en la UCI Quirúrgica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud,^[2] cuenta que recibieron la información de que iban a atender a los pacientes con problemas cardiovasculares de otros centros de salud. Sin embargo, a fines de abril de 2020 todas las UCI estaban abarrotadas con pacientes COVID-19. Un mes más tarde, en mayo, el área donde él trabajaba, se convirtió también en UCI COVID-19.^[3]

Muchos médicos y enfermeras tuvieron que entrenarse en oxigenoterapia y en el manejo de dispositivos para su administración, desde cánulas simples hasta de alto flujo, así como en ventilación mecánica. Angélica menciona: «las salas empezaron a llenarse de residentes jóvenes, quienes entraban en conflicto con enfermeras de más experiencia que gestionaban los servicios hospitalarios con más habilidad y pericia».^[4]

Marco, licenciado en enfermería, comandante de la Policía Nacional del Perú (PNP) y especialista en cuidados intensivos, recuerda:

«Durante la primera ola, no estábamos preparados para enfrentar este virus, sentí mucho miedo, pero lideré con mucha responsabilidad el primer equipo con el cual se creó la primera UCI en el área de emergencia con capacidad de 10 camas. Luego conté con un pequeño grupo de licenciados intensivistas y otro grupo de licenciados de diferentes especialidades, a quienes tuvimos que capacitarlos conforme pasaban los días, para lograr tener destreza en la atención de pacientes con COVID-19. Pero la realidad era otra, porque la

[1] Angélica, Lima, mayo de 2024. Las entrevistas se transcriben con pseudónimos, ciudad de trabajo, fecha de realización.

[2] Sistema de seguridad social en salud que brinda prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales a los asegurados y sus derechohabientes.

[3] Rafael, Lima, diciembre de 2023.

[4] Angélica, Lima, mayo de 2024.

tasa de mortalidad era alta y sentí mucha frustración al ver morir a toda una familia completa. La demanda de la atención de los pacientes con COVID-19 era alta y no se contaba con muchos de los medicamentos como los sedantes y los relajantes musculares».^[5]

Además de la organización institucional, la falta de oxígeno e insumos fue un problema que se hizo evidente a los pocos días que se multiplicaban los casos de manera exponencial. En algunos hospitales y clínicas que tenían oxígeno a través del sistema empotrado en la pared, no tuvieron mayor problema con el abastecimiento, pero el número de camas con esta conexión era insuficiente. Para la gran cantidad de pacientes, que llegaban a servicios o ambientes hospitalarios con abastecimiento de oxígeno a través de balones, la atención fue crítica. En muchos servicios, la recomendación era que cada paciente debía llegar con su balón de oxígeno, para instalarlos luego en carpas. Benito, enfermero asistencial en un hospital público, recuerda: «Me sentí mal por no poder ayudar a vivir a tantas personas que dependían de mi cuidado, decía: maldito oxígeno, ¡porque se acabó! No deseo recordar caritas de gente muy joven que ahora está en el cielo».^[6]

Para los casos extremos, la edad fue una variable importante. Es así como la decisión de a quién brindar atención, favorecía a los más jóvenes a expensas del sacrificio de los más ancianos o de aquellos con comorbilidades. Esta descarnada situación, golpeó las emociones, los sentimientos y la moral de muchos profesionales de salud y en especial de enfermería, que atendía a los pacientes las veinticuatro horas del día.

Nicky, enfermera intensivista cuyo servicio se convirtió en UCI COVID-19, sostiene: «Era muy frustrante no poder ayudar más a los pacientes y hacer acciones para salvarles la vida; porque era triste escuchar a los pacientes: señorita ¿me van a dormir y luego voy a despertar aliviado? decían antes de ser intubados y algunos ya no despertaban porque se morían».^[7] Por su parte, Juana, enfermera con especialidad en Emergencias y Desastres de un hospital del Seguro Social, reflexiona: «La ayuda espiritual ayudó mucho,

[5] Marco, Lima, mayo de 2024.

[6] Benito, Callao, mayo de 2024.

[7] Nicky, Callao, mayo de 2024.

les decía a los pacientitos tengan fe, verán que van a salir bien y después los veía morir como plantitas, y miraba al techo y decía Dios mío ¿porqué suceden las cosas así?». ^[8] Angélica precisa: «Otros profesionales hicieron cuadros psiquiátricos que detonaron por la carga emocional, otros dejaron la carrera por miedo». ^[9] El 18 de marzo de 2020, se publicó una resolución ministerial, a través de la cual se aprobó el documento técnico «Plan Nacional de reforzamiento de los Servicios de Salud y contención de la COVID-19». Este documento precisó que los servicios de atención primaria debían readecuar su atención a urgencias y emergencias, fortalecer el *triaje* diferenciado y dar seguimiento domiciliario. La promoción de la salud orientaría sus acciones al aislamiento social. Belinda, enfermera de un servicio de atención primaria, menciona: «Cambié la rutina, teníamos que trabajar ciento cincuenta horas, pero como se cerraron los servicios –de atención primaria– esas horas debían ser pagadas. A la mitad del personal se los llevaron al hospital como personal rotativo de guardia». ^[10] Sin embargo, esto ocasionó un problema colateral, los profesionales de atención primaria, con frecuencia llevan más de cinco años atendiendo a pacientes con enfermedades crónicas, de manera ambulatoria, por lo que, si bien tenían conocimiento del manejo de pacientes hospitalizados, por su formación profesional, debían entrenarse para poder reinsertarse en un servicio hospitalario y más aún, en un escenario crítico.

Esta medida, causó además diferenciación salarial, dado que se originó el incremento de la remuneración para personal COVID-19, y no así para los NO COVID-19. Cabe mencionar, que estos últimos frecuentemente, eran profesionales con muchos años de servicio con un salario que fue incrementado a lo largo de los años, por meritocracia y experiencia laboral. Sin embargo, el nuevo contingente de profesionales superó, en días, el salario de los primeros. A pesar de no tener años de experiencia, ingresaban a trabajar luego de un entrenamiento intensivo para el manejo de pacientes COVID-19.

[8] Juana, Lima, mayo de 2024.

[9] Angélica, Lima, mayo de 2024.

[10] Belinda, Callao, mayo de 2024.

4.3 Nuevos protocolos

El Plan de Reforzamiento de los Servicios de Salud del MINSA, estableció que el segundo y tercer nivel de atención servirían de articulación para la atención del paciente COVID-19 en todo el ámbito nacional. En función de estas normativas los profesionales de enfermería realizaron un cambio rápido a la gestión del cuidado, desde la organización de los servicios, la distribución del recurso humano hasta la atención de los familiares de los pacientes. El repensar la gestión del cuidado, exigió no solo adaptarse a una nueva normatividad, que en su mayoría llegaba a destiempo, sino a revisar experiencias de otras latitudes quienes ya habían presentado el mayor golpe de la ola de contagios.

En un inicio la organización de los cuidados estaba enfocada a referir a los pacientes positivos a los hospitales COVID-19, para lo cual se implementaron áreas de *triaje* diferenciada manejada por enfermeras.^[11] Todos los hospitales tuvieron que reconvertir los cuidados, implementando escalonadamente las áreas COVID para los pacientes agudos que pasaban a UCI y áreas de hospitalización; es así como los hospitales quedaron organizados en dos áreas claramente definidas: área COVID y área No COVID.

Esta reconversión significó la modificación de protocolos o procesos de cuidado diarios, el uso de vestimenta apropiada, la reconfiguración del flujo de atención de los pacientes con los servicios de farmacia, laboratorio, radiografías e imágenes entre otros, para evitar la contaminación de una a otra área. Sin embargo, para brindarles los cuidados respectivos a los pacientes COVID-19, el profesional de enfermería estaba expuesto de manera permanente. A pesar de ello, muchos profesionales se ofrecieron como voluntarios para ingresar en el primer grupo que atendería a los pacientes con COVID, específicamente en lo que hoy se reconoce como «la primera línea de atención». En los primeros meses, la muerte era casi inminente, el miedo y el pánico se fue apoderando de algunos profesionales de salud, quienes comenzaron a decir que

[11] El área de *triaje* es donde se evalúa clínicamente y se clasifica a los pacientes para derivar a la atención pertinente, esto a fin de atender rápidamente con criterio clínico y de manera eficiente la demanda tan acelerada de casos positivos.

padecían asma, diabetes y otras patologías con el afán de sentirse parte del grupo aparentemente «privilegiado» que era apartado de la atención directa. En otros casos, a pesar del riesgo y el miedo, el incentivo económico que se implementó empezó a jugar un rol importante para decidir permanecer en los servicios, incluso en turnos adicionales.

Con el temor a contagiarse y afectar a sus propias familias y seres queridos, de manera permanente, los profesionales de salud tuvieron que lidiar con la pérdida de colegas, la infección de miembros del equipo y con ello la disminución del personal para la atención diaria, las renunciaciones, los descansos médicos y el abandono de trabajo.

Algunos profesionales de enfermería fueron alejados de la atención directa por descanso médico dado que presentaban factores de riesgo como la edad avanzada, hipertensión y otras patologías. Otros enfermeros, como veremos más adelante, se infectaron; otros fallecieron. Es así que se tuvo que discriminar al personal de edad o con comorbilidad, para ser trasladado a actividades de menos riesgo y de menor contacto con pacientes, en ocasiones implementando labores de trabajo remoto.

Con el equipo de enfermería reorganizado, la gestión del cuidado estuvo orientada no solo a la atención de la persona y familia, sino también al personal de enfermería y a los equipos multidisciplinarios. También se programó a enfermeras para atender a sesenta pacientes, restringiendo su actuar principalmente a la atención terapéutica y la identificación de signos de alarma, esto permitía llegar a todos los pacientes que requerían atención inmediata. En las UCIs COVID se reforzó con profesionales disponibles, que con frecuencia eran profesionales sin experiencia, pero con predisposición para aprender del manejo de pacientes en ventilación mecánica prioritariamente. La escasez de personal se tornó muy crítica, pero en estos momentos muchos de ellos tomaron turnos de veinticuatro horas. Frente a la necesidad de personal el gobierno emitió incentivos para el personal por contrato administrativo de servicios y se abrió el ingreso de bachilleres en enfermería y profesionales extranjeros. Esta estrategia intentó paliar la alta demanda.

Para la atención directa de los pacientes positivos al coronavirus se implementaron procedimientos y protocolos para escenarios diferentes. Entre estos, la disponibilidad de dispositivos para compartir un balón de oxígeno entre dos pacientes, guías para intubación endotraqueal con cascos cefálicos, guías de cuidado para sedar y aliviar el dolor, lo que se conoce como sedo analgesia prolongada, reanimación cardiopulmonar, desinfección de equipos y de camas. Para acortar los tiempos en la redacción de los registros del enfermo, se implementaron otros formatos simplificados y orientados para tener información de manera rápida. Marco explica:

«Sí, implementamos medidas que nos ayudaban a mejorar en cuanto a los cuidados de enfermería en pacientes con COVID-19, como la pronación en forma de nadador tanto de lateral derecho como lateral izquierdo esto nos permitió disminuir las lesiones por presión sobre todo en cara y tórax».^[12]

La comunicación de la enfermera con el paciente y su familia fue un factor clave para la recuperación del enfermo. En otros casos, los más dolorosos, cuando los pacientes se despedían de sus seres queridos. La enfermería utilizó diversas estrategias tales como videollamadas con las cuales los pacientes escuchaban a sus familiares y seres queridos. Debido a que la atención se había despersonalizado porque los equipos de protección personal (EPP) impedían distinguir rostros, los profesionales de enfermería promovieron los mensajes escritos, pintaron sus trajes con sus nombres y mensajes de saludo y aliento, otros dibujaron imágenes que motivaron a los pacientes, aún en momentos de angustia, a sonreír o suspirar porque la idea era evitar la soledad.

Angélica nos comenta:

«Pasó la crisis de miedo y entró la segunda etapa, de hacer la vida más alegre. Se pintaban los mandiles con mensajes de: “no te olvides que yo te quiero”, “yo estoy aquí para ayudarte ¿Cómo amaneció? ¿Cómo se siente?”, despertando respuestas con dedos hacia arriba o sacudida de manos en señal de más o menos. Fue iniciativa del sector de enfermería, que cuando un paciente salía de alta, se hacía una feria en todo el servicio».^[13]

[12] Marco, Lima, mayo de 2024.

[13] Angélica, Lima, mayo de 2024.

En otras instituciones se implementó el telecuidado que estimuló la comunicación con los pacientes o entre familiares y pacientes; así como apoyo emocional a las o los enfermeros que fueron positivos a COVID. El telecuidado involucra brindar cuidados enfermeros a través de la llamada telefónica o por enlaces virtuales con teleconferencias. Por su parte, Belinda explica que a mediados del 2020:

«se empieza a dar a orden de realizar trabajos de forma remota. Empecé a trabajar para la Gerencia Central, en el Comité Nacional de Enfermedades Cardiovasculares. Teníamos que gestionar un plan para atender a esta población de “crónicas”. Para atención por teleconsulta para pacientes crónicos de HTA: teníamos la base de datos de todos los pacientes y empezamos a llamarlos por teléfono. Y de paso resolvimos todas sus dudas, se les aconsejó que se compren glucómetros y otros insumos, se les contactaba para que los llame nutrición y psicología y enviarle todas sus recetas, o se les orientaba para que un familiar vaya a recoger sus medicamentos. Otra alternativa era que el paciente se podía inscribir y EsSalud enviaba a las farmacias denominadas “farmacia vecina” sus medicamentos para que pueda recogerlos con facilidad. Estas farmacias debían tener convenio con EsSalud. “Farmacia vecina” era un programa que ya se tenía y se activó, en pandemia».^[14]

Las experiencias de otros países sirvieron de referente para la reconversión del cuidado como, por ejemplo, el trabajo de enfermería bajo el «modelo espejo» que implica hacer las mismas actividades en dos áreas, con la finalidad de reducir el riesgo de exposición innecesario, así como para ahorrar suministros de protección, tener acceso en físico a la historia clínica y facilitar reportes médicos a los familiares. Esta experiencia permitió que se implementara la denominación de «enfermera espejo». Mientras una enfermera daba cuidado directo al paciente en el servicio con todas las restricciones, riesgos y limitaciones por el uso de EPP; la otra profesional, de manera remota, daba indicaciones o recomendaba sobre el cuidado indirecto desde su domicilio o se contactaba con los familiares para dar orientación o algunas indicaciones. Estas recomendaciones eran transmitidas por medio de llamada telefónica o por mensaje de WhatsApp.

[14] Belinda, Callao, mayo de 2024.

En general, la gestión del cuidado implicó reorientar la planificación, organización, dirección y control, tomando en consideración que, a pesar de encontrarse con debilidades y amenazas, se trabajó por largas jornadas laborales, con escaso EPP y con altas dosis de creatividad para intentar salvar vidas y combatir los miedos y angustias.

En las UCI el equipo instauró protocolos de atención: al paciente que ingresaba, se le intubaba rápidamente, porque llegaban con máscara de reservorio con oxígeno al cien por ciento, pero saturaban entre cuarenta y sesenta por ciento (la saturación de oxígeno en una persona adulta en condiciones normales está entre el noventa y cinco por ciento al cien por ciento). Rafael recuerda «En todos mis años nunca había atendido pacientes con saturación de oxígeno tan baja, pero lo que llamaba la atención es que se encontraban todavía con lucidez y capaces de responder al interrogatorio. Sin embargo, llegaban para ser intubados y ser conectados al ventilador mecánico, y así poder tener la oportunidad de salvar la vida».^[15]

Cada día la interacción era desgarradora «no quiero morir» era la expresión de todos, «ayúdame». Otros pedían que se les comunicara con sus familiares porque probablemente iba a ser la última vez que pudieran hablar con ellos.

Con frecuencia llegaban pacientes en estado crítico a quienes se le instalaba en cama, algunos, con saturación de oxígeno del cuarenta y dos por ciento, y cuando el equipo se disponía a intubar con todos los materiales en mesa y ya sedado, hacían paro cardiorrespiratorio. Y aun cuando la reanimación se realizaba nunca salían de su estado.

Muchos pacientes morían rápido, por la hipoxemia refractaria, dejando la impotencia de que se pudo haber realizado algo más para mantener su vida.^[16] Otros pacientes no toleraban la ventilación mecánica, por lo que se les administraba dosis altas de sedación, analgesia y relajantes musculares. Casi el noventa por ciento de

[15] Rafael, Lima, diciembre de 2023.

[16] Se llama hipoxemia refractaria a la condición persistente, a pesar del suministro de oxígeno, de las bajas concentraciones de oxígeno en la sangre arterial y por consiguiente la poca oxigenación de los tejidos.

pacientes adoptaron esta posición prona, que en el mejor de los casos llegaba a durar hasta dos semanas.

A pesar de ello, la mortalidad era muy alta. Dos a tres defunciones por turno y con la misma velocidad eran cubiertas las camas con pacientes de igual a mayor gravedad. Dada la falta de estas, en muchas ocasiones los pacientes fallecían en hospitalización porque no lograban llegar a la UCI. Con las noticias, a principios del 2021, de que el gobierno ya había comprado vacunas, y los primeros en ser vacunados serían los profesionales de salud, los ánimos mejoraron y se pasó a otra etapa.

4.4 La salvación: ¡Pongo el hombro!

Con miras a lograr la inmunización el gobierno suscribió acuerdos y contratos con farmacéuticas para la provisión de vacunas contra la COVID-19, entre ellas se encontraban: Astrazeneca UK Limited, Sinopharm International HK, Gavi Alliance y Pfizer-BioNTech. El Plan Nacional de Vacunación determinó tres fases.

- 1) En la fase I, se vacunó al personal de salud (sector público y privado), personal de las fuerzas armadas y policiales, bomberos, Cruz Roja, personal de seguridad, serenazgo, brigadistas y personal de limpieza, estudiantes de salud y miembros de mesa electorales.
- 2) En la fase II la vacunación se focalizó en adultos mayores de sesenta años a más, personas con comorbilidad, población de pueblos originarios, personal del Instituto Nacional Penitenciario y personas privadas de la libertad.
- 3) En la fase III, se vacunaron a las personas de dieciocho a cincuenta y nueve años. El 7 de febrero del 2021, arribaron las primeras 300 000 dosis de vacunas contra la COVID-19 y la enfermería desempeñó un rol importante, en la gestión y dirección del proceso de vacunación.

Como adelantamos, el primer grupo vacunado fueron los profesionales de salud, entre ellos, preferentemente los trabajadores de enfermería. Nuevamente demos voz a algunos de ellos. Nicky rememora: «Me sentí muy alegre al saber que nos iban a vacunar en el hospital porque ya no me podría enfermar o complicarme si

me daba de nuevo el COVID».^[17] Algunos profesionales no fueron inoculados en la campaña nacional porque habían participado como voluntarios en experimentos con vacunas. Tal es el caso de Patricia: «Yo no me puse la vacuna cuando inició la vacunación por parte del MINSA porque había participado del programa de voluntariado del Cayetano Heredia para experimentar con las vacunas, por suerte y gracias a Dios me habían puesto las 3 dosis de la vacuna *Pfizer*. Me sentí muy aliviada en esa época, porque el experimento salió bien y porque me sentí bendecida por la suerte de la vacuna».^[18]

La directora de Inmunizaciones del MINSA, María Elena Martínez, compartió la labor realizada para asegurar que los biológicos cumplieran con los criterios de seguridad al ser recibidos y distribuidos en todo el territorio nacional.^[19] Las reuniones de gestión con los equipos técnicos y científicos, proveedores de las vacunas, resultaron de relevancia para conocer los detalles técnicos, procesos regulatorios y principios científicos requeridos. Uno de los aspectos claves fue la verificación de la temperatura de los biológicos, la cuál era de cincuenta a setenta grados centígrados bajo cero. Medida que debía tomarse con mucho cuidado para asegurar la viabilidad del biológico ya que la vulneración de la cadena de frío podría originar el descarte de las vacunas con el subsiguiente reporte a la Contraloría de la República, por tratarse de recursos estatales. Además, al tratarse de una gestión pública debía realizarse con mucha transparencia. La Contraloría General de la República, solo se han reportado un total de once informes realizados por control concurrente o de oficio relacionados por la vacuna de la COVID-19. Estos informes refieren a obstáculos para concretar la vacunación debido a limitaciones de ambientes de atención, largas colas y reportes administrativos no oportunos.

Mantener la cadena de frío fue clave para poder llegar a todos los lugares del país, para este proceso se requería conservar el biológico de dos a tres meses y, en otros casos, hasta seis meses en temperaturas de dos a ocho grados centígrados. Para ello se

[17] Nicky, Callao, mayo de 2024.

[18] Patricia, Lima, mayo de 2024.

[19] María Elena, Lima, enero de 2024.

realizaron gestiones con los gobiernos regionales, la policía nacional, las fuerzas armadas, los bomberos, los colegios profesionales, escuelas o universidades. Se debían disponer de ambientes amplios para la atención y posterior vacunación e insumos como jeringas, agujas, colectores de desechos biológicos, etcétera.

Se usó, además, todo tipo de transporte posible, aéreo, terrestre, fluvial o a pie, siempre con resguardo policial, dada la relevancia que significaba en ese momento acceder a una dosis de vacuna. La enfermera Juana, responsable de la estrategia de vacunación en una Dirección Regional de Salud, recuerda: «La voluntad política jugó un papel muy importante para la gestión, y el apoyo de las autoridades fue básico para poder llegar con las vacunas a los sitios más lejanos. Las colegas de provincia se preguntaban ¿cómo voy a llegar a los lugares lejanos?, y decidieron trabajar con los alcaldes de las comunidades y a ellos se les pedía apoyo, un local seguro, espacio para conservar la vacuna con resguardo, porque la gente quería vacunarse, pero al inicio teníamos el mandato que solo se vacunara a personas vulnerables, para ello ya las autoridades habían coordinado con personal del Registro Nacional de Identidad y Estado Civil».^[20] En temas de organización, «¡las enfermeras somos campeonas!».^[21]

El despliegue nacional de la vacunación tomó el nombre de *Pongo el Hombro* en alusión al lugar donde se inculaba y como metáfora de colaboración y solidaridad. Perú no estuvo exento de las campañas antivacunas. Medios periodísticos reportaron, al menos, ocho grupos antivacunas, financiados con aportes voluntarios y cuyo sustento descansaba en teorías conspirativas, nunca probadas (Ccoillo Sandoval 2021). También existieron grupos de personas con megáfonos que se acercaban a las afueras del MINSA para esparcir opiniones contrarias a la vacuna. Contra ello, todas las instituciones del Estado, las particulares, las de salud y de formación, que se preciaba de realizar acciones socialmente responsables, apoyaban el discurso a favor de la vacunación. También se presentó, de manera espontánea, un movimiento en redes en el que se decía que «la mejor vacuna es la que llega a mi brazo».

[20] Juana, Lima, mayo de 2024.

[21] María Elena, Lima, enero de 2024.

Estas expresiones populares y con gran difusión en redes sociales reforzaron la voluntad de ser vacunado y mitigar, de alguna manera, el miedo a recibir el biológico. El proceso de vacunación fue recibido con alegría y fue captado por medio de fotografías que circulaban en todas las redes.

Como resultado, gracias a un discurso intenso por parte de las instituciones representativas y el movimiento espontáneo ciudadano, se logró llegar a diciembre del 2023 a tasas mayores del noventa y dos por ciento de peruanos completamente vacunados y en edades de doce a diecisiete años se completó al cien por ciento el esquema primario.^[22] En contraste con lo proyectado por algunas encuestadoras que habían pronosticado que el cuarenta y ocho por ciento de peruanos no se vacunarían.^[23] Según, *The New York Times*, a marzo del 2023 el Perú logró ubicarse como el segundo en cobertura de vacunación a nivel de Latinoamérica y en el puesto catorce a nivel mundial (Holder 2021).

La desesperación de la población por acceder a la vacuna era tal, que la distribución debió contar con resguardo policial y militar. Un aspecto importante fue el trabajo interdisciplinario que se gestionó para cada campaña de vacunación. Si bien el equipo era liderado por los profesionales de enfermería, se requirió armar brigadas. Al inicio, por cada cinco profesionales de enfermería en el rol de vacunadores se unía un médico, cuando se trató de quince a veinte vacunadores participaban dos o tres médicos. Todos estuvieron preparados para identificar el evento adverso supuestamente atribuible a la vacunación e inmunización; atenderlos, gestionar su reporte y su registro.

Una lección aprendida en la cual la enfermería tuvo un lugar central fue contar con registros digitales y, de esta forma verificar o confirmar, a través de la página *web*, la cantidad de vacunas o dosis recibidas a la fecha. Esto facilita una serie de gestiones e incluso viajes o desplazamiento de ciudadanos. Se pasó del registro en papel a lo digital y esta práctica se extendió para todo el calendario de vacunación.

[22] «Perú Perfil de país para la vacunación contra la COVID-19».

[23] «CIUP C. 48 % de peruanos que no se vacunarían contra el COVID-19 creen que faltan más pruebas a las vacunas».

4.5 Cuidado y autocuidado profesional

Muchos profesionales de la salud empezaron a contagiarse e incluso, a morir. Frente a esto, por disposición nacional e institucional, se decidieron formas de atención y organización del cuidado. Si bien el uso de mascarilla fue obligatorio para toda la población, los profesionales de salud debían usar EPP y «sellar» todo el cuerpo, impidiendo dejar cualquier área de piel expuesta. Más aún, evitaban abrir su ropa especial incluso para satisfacer sus necesidades básicas. Es así que casi todo el personal empezó a usar pañales porque no podían ir a los servicios higiénicos, debido al riesgo latente de vulnerar la protección.

Por muchas razones la incomodidad era permanente: los lentes se empañan con el vapor de agua emanado de la propia respiración lo cual dificultaba la vista al humedecer la mascarilla, incluso llegaba a romperla; el mameluco sintético generaba calor corporal. La presencia permanente de la mascarilla limitaba la ventilación de aire fresco, por lo que muchas enfermeras se desvanecieron dada la falta de aire y sensación de ahogo, entraban en pánico por la sensación de falta de oxígeno y salían corriendo de la UCI COVID. Adicionalmente, se generaban lesiones por el contacto en el puente de la nariz, dada la presión de las mascarillas.

Benito, enfermero del servicio de emergencia, explica algunas de esas incomodidades cotidianas: «Sí, fue lo peor adaptarme a la mascarilla, lloré por las lesiones en nariz y el pabellón auricular me ardía, pero tenía que soportar las veinticuatro horas de trabajo, solo me consolaba que ya no regresaría hasta después de cuatro días».^[24] Por su parte, Marco agrega otra de las consecuencias que tuvo por portar los EPP: «No presenté lesiones de piel, pero si dolor de cabeza por la presión de las mascarillas que, poco a poco, teníamos que adaptarnos ya que nuestro trabajo como licenciados a diferencia de otros profesionales de la salud, nos exigía permanecer las veinticuatro horas con el paciente».^[25]

El rol de las gestoras y líderes fue determinante para asegurar que todos los profesionales de salud, tuvieran las medidas de protección apropiados, pero además supieran usarlos o manipularlos

[24] Benito, Callao, mayo de 2024.

[25] Marco, Lima, mayo de 2024.

de manera correcta. Sin embargo, se tuvo que lidiar con la escasez de EPP para el cuidado directo, en muchos lugares incluso lo poco que había, era reusado; con el riesgo que esto implicaba. En este sentido Nicky precisa las estrategias que se realizaron para suplir la falta de equipamiento: «El hospital nos proporcionó los EPP, pero luego tuvimos que comprar mascarillas con filtro porque ya no nos dieron».^[26]

Mientras que María, enfermera emergencista, señala: «La institución donde laboro me proporcionó los EPP, pero yo también tuve que comprar con mis propios medios los EPP, porque eran de mejor calidad y porque debía tener disponibilidad en caso necesite más».^[27] Muchos profesionales de salud tuvieron que disponer de cierto monto de dinero para comprar su propio material de protección o adquirir uno de mejor de sus propias canastas familiares. Benito comenta «Al inicio usé lo de la institución, después compré porque no se tenía seguridad que sean N95, eran los EPP de mala calidad, me compré con mi peculio».^[28]

Se fortalecieron las actividades de capacitación en medidas de bioseguridad, especialmente en la colocación y retiro de los equipos de protección personal, implementadas en el área de vestuario. En este contexto, el apoyo de un supervisor garantizaba la correcta colocación de dichos equipos, lo que reforzó la seguridad de los enfermeros. Este procedimiento era el primer paso para dar confianza, considerando que un pequeño descuido y vulneración de los EPP podría ocasionar el contagio.

La descripción que aquí continúa es la de un profesional de enfermería, especialista en cuidados intensivos y docente universitario, quién a los cuatro meses de brindar cuidados en la UCI COVID-19 se infectó.

A continuación, Rafael hace un relato detallado de su experiencia con la enfermedad. Él menciona que se encontraba trabajando en UCI COVID desde marzo del 2020, tanto en el Seguro Social como en una clínica privada. Al empezar la pandemia, el servicio donde trabajaba tuvo que reorganizarse para empezar a atender

[26] Nicky, Callao, mayo de 2024.

[27] María, Lima, mayo de 2024.

[28] Benito, Callao, mayo de 2024.

pacientes críticos. A finales del mes de junio del 2020 empezó con fiebre de 38.5 °C, al día siguiente acudió al médico laboral donde le realizaron la prueba rápida de descarte de COVID, la misma fue negativa. Sin embargo, toda la semana presentó temperatura persistente por las mañanas y por las noches, acompañado de malestar general, cefalea, escalofríos. La fiebre cedía con antipiréticos orales, pero solo bajaba hasta 37°C.

La visita al médico se dio en tres oportunidades, repetía la prueba rápida; pero salía negativa. Cabe manifestar que los test de autodiagnóstico fueron cuestionados por la poca sensibilidad que demostraron, reportando una eficacia del cuarenta y tres por ciento. Lo grave de la situación, fue que muchas personas positivas quedaban sin diagnosticar y sin aplicar los cuidados respectivos. Por un lado, originaban una ventana mayor de períodos de contagios a la población en general y, por el otro, el retraso en la determinación de cuidados y atenciones para reducir el impacto del daño ocasionado por el virus.

Sin embargo, por tratarse de un profesional de salud, cuyas decisiones no solo se basaron en el resultado de pruebas de apoyo, sino en la valoración e interpretación de la clínica; solicitó al médico una tomografía pulmonar, a pesar de que este le decía que: «no era necesario», porque no tenía tos, respiraba normal y saturaba noventa y ocho por ciento. A pesar de las pruebas rápidas negativas y la apreciación médica, Rafael seguía con malestar general y fiebre; tenía la convicción, por la sintomatología, el cuadro clínico y un PCR mayor de 120 mg/l que tenía COVID-19; así, esperó el resultado final de la prueba molecular, que demoraba una semana.

Después de la tomografía el médico diagnosticó COVID-19, pero además tenía el cincuenta por ciento de sus pulmones inflamados, por lo que le sorprendió que no desaturaba. Con esta condición fue enviado a casa con descanso médico; porque no había cama hospitalaria, pero con la indicación que ante cualquier signo de gravedad acudiera a emergencia.

En su casa tuvo que aislarse en una habitación y descansar de día y noche boca abajo. Él asumió el rol de su propio enfermero: controlaba la saturación de oxígeno de manera permanente, llegando hasta noventa y un por ciento, esperando que bajara más para ir por emergencia. La disnea se iba instalando, con el miedo en

progresión por seguir empeorando, sabía que pronto requeriría una cama UCI, pero también sabía que no encontraría una cama libre en ningún hospital o clínica. Los pensamientos persistentes sobre la vida y la muerte permanecían en su mente, y la preocupación por el bienestar familiar abarrotaban sus sentimientos: «qué sería de mi familia y de mi madre si me complicaba y no me recupero de esta enfermedad». En contraste, hacia el exterior trataba de mantener la calma y darse fuerza anímica para no sentirse más afectado. No podía hablar, ya que hacerlo agotaría su energía e incrementaría la demanda de oxígeno por lo que recibió mucho apoyo emocional de su familia, de amistades y colegas del trabajo que le escribían y enviaban fotos con mensajes de apoyo y fortaleza para una pronta recuperación. Estuvo con descanso médico por dos meses aproximadamente y mejoró; quiso volver a trabajar en UCI COVID, pero el médico se lo prohibió porque sus pulmones no soportarían otra infección así que tenía que esperar seis meses para que se desinflamaran completamente y pudiera volver a la normalidad y a sus rutinas.

Con esta experiencia, siempre «al borde de la muerte» aprendió y entregó mucho de sí como enfermero intensivista no solo para el cuidado de otros, sino también para el cuidado personal y de su entorno familiar. A pesar de que la entrega a la labor profesional, en esta ocasión puso en riesgo real (ya no solo potencial) su vida y la de su familia; el afianzamiento del compromiso y la dedicación a la profesión se afianzaron con más fuerza.^[29]

Las experiencias dramáticas vividas por la COVID-19 generaron de manera muy intensa en la población el apego a su fe religiosa, los servicios religiosos tuvieron un pico muy elevado de atenciones, las misas de urgencia por la salud de los enfermos se realizaban todos los días y a todas horas. Por ejemplo, la situación descrita líneas arriba, del enfermero que logró superar la enfermedad sustenta lo dicho con la siguiente expresión: «Agradezco a Dios por tan valioso aprendizaje y haber sido un instrumento para salvar la vida de muchas personas que se contagiaron de COVID».^[30]

[29] Rafael, Lima, diciembre de 2023.

[30] Ibíd.

Sin embargo, este es un caso de muchos que se presentaban en los profesionales de salud. Para todos ellos, las instituciones de salud tenían reservadas camas para una posible hospitalización. Pero para poder llegar a hospitalización los profesionales atravesaban diferentes fases.

Marco precisa: «Durante la segunda ola, por estar expuesto al cuidado de los pacientes con coronavirus presenté sintomatología, me tomé la prueba y salió positivo por lo que me aislé en casa durante siete días, me hicieron un control tomográfico de inicio diagnosticaron el quince por ciento pulmones afectados. Hasta la hospitalización ya tenía un sesenta por ciento de daño pulmonar».^[31]

Muchas decisiones sobre el autocuidado de los profesionales de enfermería siempre están mediadas por la experiencia y el conocimiento de una carrera en Ciencias de la Salud. Decisiones que primaron incluso desde el lado preventivo. Patricia, enfermera emergencista, precisa: «Solo tomé precauciones porque en ese tiempo estaba viviendo con mi papá y mi abuelita ambos con comorbilidades, compré paracetamol, Azitromicina y concentrador de oxígeno».^[32]

Sin embargo, en el sistema de salud, el profesional, se reportaba enfermero e inmediatamente le realizaban consulta y recomendaban cuidados en casa. Otros profesionales hacían uso de su red de contactos. Benito menciona:

«Al inicio me tomaron la prueba y salió negativa, pero por temor a contagiar a mi mamita solo me aislé en casa, pero la fiebre seguía y es donde acudí a amistades médicas y fui a la clínica y me tomé una tomografía y salió veinticinco por ciento de afectación pulmonar, por apoyo de amigos médicos me hospitalizaron. Tuve fiebre y mucho dolor de articulaciones, me sentía muy débil. Cuando uno es de salud, en ocasiones, tenemos más miedo porque sabemos que nos puede pasar. Por ello tomaba lo que daban en el hospital».^[33]

Marco cuenta:

[31] Marco, Lima, mayo de 2024.

[32] Patricia, Lima, mayo de 2024.

[33] Benito, Callao, mayo de 2024.

«Cuando enfermé me aislé en mi propia casa, recibí tratamiento de forma ambulatoria bajo el cuidado de mi esposa y mis hijos porque no contaba con una cama UCI. Al no mejorar mi esposa y amigos del hospital me trasladaron a una clínica para mi hospitalización y de forma inmediata me sometieron a cánula de alto flujo. Mis amigos de la UCI me informaron que tenía que someterme a ventilación mecánica y lo único que me acuerdo estando consciente es que le dije al doctor que confiaba en su decisión y que lo dejaba en sus manos».^[34]

En el colectivo de enfermería generaba un golpe duro recibir noticias sobre el deceso de colegas. Los colegios profesionales colocaron fotos de los fallecidos en homenaje y reconocimiento a la labor realizada. Solo el tiempo, el proceso de vacunación, el mayor conocimiento del manejo clínico de los casos COVID-19 fue ayudando a superar la pena.

Es probable que estemos más fortalecidos, con más experiencia, pero definitivamente aprendimos que somos vulnerables y no importa el tamaño del agente que nos afecte, el SARS-COV-2 es microscópico y se llevó millones de vidas. Si es posible, siempre será mejor estar preparados, pero lo que no podemos perder es el sentido de humanidad, saber por qué estamos aquí, para cuidar del otro y cuidar de sí. Los profesionales de enfermería estudian, se entrenan, investigan y se preparan científicamente para brindar cuidados a la persona, familia y comunidad y aunque en ocasiones son pocos valorados, fue la pandemia que puso en evidencia la importante función que tienen en el sistema de salud y en la sociedad: cuidar de todos.

4.6 Conclusiones

El cuidado de enfermería se muestra en una relación interpersonal, única y dialógica. A pesar de las limitaciones propias de la pandemia, a saber, la expresión oral o contacto físico con los pacientes, la enfermería brindó cuidados humanizados a las personas, familiares y grupos humanos, con valor científico, ético y moral, con el objetivo de brindar bienestar sobre todo en momentos de adversidad y crisis, reconfigurando su papel en la sociedad.

[34] Marco, Lima, mayo de 2024.

El papel de gestión asumido por la enfermería fue fundamental en las etapas de prevención, tratamiento y recuperación. A pesar de las limitaciones estructurales del sistema, los profesionales de enfermería trabajaron de manera coordinada para reconstruir el tejido social afectado por la pandemia, devolviendo la salud y el bienestar a las personas en sus entornos familiares, laborales y sociales. De este modo, se evidenció que la enfermería tiene un impacto real en la salud, el bienestar de la sociedad y su economía. La situación extrema de crisis sanitaria puso a prueba la creatividad de los profesionales enfermeros para asegurar la continuidad de la atención, implementando diversas formas de comunicación, de continuidad del cuidado, de tecnologías para asegurar la satisfacción de la necesidad básica de oxígeno, entre otras.

La letalidad y altas tasas de mortalidad del COVID-19 le mostró a la sociedad que aun cuando los profesionales de enfermería ponían sus vidas en riesgo; la responsabilidad y el compromiso profesional les dio la fortaleza suficiente para enfrentar sus miedos, temores, ansiedades, así como la depresión. Estos sentimientos vividos, en un fuerte conflicto existencial, familiar y social; ayudó a muchos profesionales de enfermería a reafirmar su identidad profesional y a extender sus competencias de «cuidador de cuidadores», de manera solidaria entre colegas.

CAPÍTULO 5

Enfermería y protesta social en Colombia

NATALIA MARÍA GUTIÉRREZ URQUIJO

5.1 Introducción

Las reflexiones acerca del desempeño y el rol de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 han sido de interés para los miembros de su propio campo. A través de eventos y revistas especializadas de las facultades de Enfermería y Medicina encontramos algunas huellas de sus experiencias e impresiones sobre el manejo de una enfermedad desconocida. A pesar de que en otros países latinoamericanos como México, Argentina y Perú, las y los historiadores han comenzado a reflexionar sobre el papel de estos profesionales y las implicaciones sociales que trajo consigo el tiempo del confinamiento, en Colombia es un tema que apenas tiene atención después de dos años de finalizada la emergencia sanitaria. En contraste, y a pesar de la yuxtaposición de los hechos, los reflectores académicos y los ejercicios de memoria se han enfocado en registrar, entender y recordar el paro nacional, acontecimiento político y social que contó con importantes movilizaciones en todas las regiones del país en 2021, sobre todo entre el 28 de abril y el 30 de junio.

La conjunción de pandemia y protesta social –ambos sucesos de alcance nacional– evidenció los elevados niveles de desigualdad e inequidad por los que atravesaba el país. De esta coyuntura político-sanitaria, la movilización social tomó mayor relevancia porque aglutinó una variedad de demandas ante el desamparo estatal y la difícil situación socioeconómica que padecieron los co-

lombianos durante los años 2019-2021. Las consecuencias adversas del COVID-19 en la vida de la población y en el sector salud, hicieron parte de los múltiples tópicos que exhibieron el cuestionable papel estatal. Los trabajadores de la salud y los afectados, directa o indirectamente por la enfermedad, exigieron al Estado mejoras en la salud pública, pero también se unieron a las demandas por mayor asignación de recursos públicos y derechos laborales. Igualmente, se manifestaron contra la violencia policial, la corrupción, las políticas y los proyectos económicos, entre otros asuntos.

En este contexto, considero necesario volver a lo sucedido en Colombia en el marco del COVID-19 con el propósito de complejizar la mirada sobre aquel evento y aportar a las discusiones propuestas desde las ciencias sociales para la comprensión de una situación a todas luces inédita para la generalidad del continente y del mundo. Se trata de resaltar, e incluso rescatar, las diferentes actividades que realizaron las y los trabajadores de la salud para enfrentar una coyuntura excepcional. De forma especial, se hace preciso conocer las representaciones sobre las funciones de la enfermería y las valoraciones sobre sus demandas en un momento histórico que tornó indispensable esta ocupación —generalmente relegada e invisibilizada— por su capacidad de adaptación rápida ante la emergencia sanitaria y su posición medular en la atención social y hospitalaria.

En Colombia, la enfermería está dividida entre profesional y técnica. Los estudios universitarios tienen una duración de entre cuatro y cinco años y se obtiene el título de enfermera/o. Estos profesionales están capacitados en planeación, ejecución y evaluación del cuidado de los pacientes y de la población en general. Entre tanto, los auxiliares de enfermería hacen estudios técnicos de dos años para prestar servicios básicos de atención en salud y brindar asistencia directa a los enfermos dentro de las instituciones hospitalarias. En este campo prevalece el cuidado como una capacidad femenina. Para abril de 2020, el Ministerio de Salud estimaba que había 279.324 auxiliares de enfermería y 66.540 enfermeras y enfermeros profesionales, de los cuales el ochenta y siete por ciento estaba constituido por mujeres (Orozco Tascón 2020).

Profesionales y auxiliares asumieron el cuidado de los pacientes afectados por el virus y sirvieron de enlace entre los enfermos

aislados en hospitales y clínicas y sus familias. La posición central que ocuparon en la cotidianidad para afrontar la enfermedad llevó a que las experiencias de los trabajadores de enfermería tuvieran presencia, como nunca antes, en los diferentes medios de comunicación. Este protagonismo se debió fundamentalmente por ser el segmento dentro de los profesionales sanitarios más afectados por la pandemia en dos niveles. El primero remite al colapso de las instituciones prestadoras de salud que agudizó las difíciles condiciones laborales en las que se desempeñaban, en especial las y los auxiliares. Esta situación hizo visible la tercerización laboral, las demoras en los pagos, la contratación irregular, la ausencia de elementos de protección individual y de mecanismos de bioseguridad, la insuficiencia ratio enfermera-paciente, las largas jornadas de trabajo, y la gran responsabilidad de cuidado. El segundo, al ser considerados la «primera línea de batalla contra la pandemia», estuvieron más expuestos a los contagios durante sus jornadas laborales y padecieron, junto a los médicos, la mayoría de los fallecimientos dentro del personal sanitario.

Por estas razones, el presente texto describe el interés que tuvo la prensa nacional por informar acerca del COVID-19 a partir del desafío que implicó para la enfermería colombiana enfrentar la pandemia. Cabe destacar que la presencia de los trabajadores de enfermería en la opinión pública suele pasar desapercibida en contextos donde imperan condiciones relativamente estables de salud. En cambio, en un escenario particular de enfermedad, de epidemias o pandemias, surge la posibilidad de acceder a información relacionada con la cotidianidad, las representaciones y los retos que afrontaron en un momento de alerta continua. En un contexto donde la rapidez de las redes sociales domina la producción, circulación y consumo de información, es llamativo que la enfermería tuviera un lugar importante en la agenda mediática. Sus historias de vida, hazañas y sufrimientos, preocupaciones sociales y participación política, gozaron del interés de los periodistas que vieron en este personal sanitario una fuente de información valiosa que podía ser de utilidad para el público. No obstante, ante la preeminencia que alcanzaron otros acontecimientos, las consecuencias de la pandemia en general y la enfermería en particular pasaron a

un segundo plano hasta desaparecer de las lentes de las cámaras y de los espacios de difusión de los medios tradicionales.

En tal sentido, el presente capítulo está organizado de forma cronológica y responde a tres momentos. El primero muestra las dificultades que tuvo que enfrentar el personal de enfermería al inicio de la pandemia y las maneras como se dio cierta visibilidad de la profesión. El segundo, pone el acento en las demandas y luchas por mejorar sus condiciones laborales específicas y las del sector salud en general. Por último, como parte del comportamiento de la pandemia se detiene en el declive de la importancia pública de este segmento de los trabajadores de la salud en el tercer pico del COVID-19 debido al predominio mediático que adquirió el estallido social.

5.2 Exposición mediática: riesgo y discriminación a inicios de la pandemia (marzo-septiembre de 2020)

El 6 de marzo de 2020, Colombia confirmó el primer caso de COVID-19 en el territorio nacional. Para el 24 del mismo mes, el presidente Iván Duque (2018-2022), miembro del partido político Centro Democrático, decretó el aislamiento preventivo obligatorio que se extendería hasta el 31 de agosto del mismo año –con algunas medidas de confinamiento–. Ante el desconocimiento de esta enfermedad, desde los primeros días la prensa quiso consignar los silencios de los días de encierro, las medidas sociales impuestas para evitar los contactos, y los esfuerzos que estaban haciendo los gobiernos locales y las instituciones de salud para afrontar un panorama angustioso por el aumento de los casos positivos. Sobre el personal sanitario, el objetivo inicial fue generar esperanza y confianza entre la población que estaba en pánico, al mostrarlos como personas valientes, «héroes anónimos» capaces de poner en riesgo su vida por los demás.

A pesar de que la enfermería ganó notoriedad con la pandemia, recibió menos respaldo –social y estatal– del esperado. A medida que el virus fue volviéndose más complejo y un verdadero problema de salud pública en el país y el mundo entero, salieron a la luz las múltiples dificultades que estaban afrontando quienes desempeñaban este trabajo. El trato discriminatorio, la falta de

elementos de bioseguridad, la crítica situación laboral y el déficit de personal, fueron las principales cuestiones expuestas en la prensa. Los «gladiadores contra el coronavirus», que se enfrentaban a lo desconocido, no solo libraban una batalla contra la enfermedad, sino contra los prejuicios sociales, la incapacidad estatal y la insuficiencia del sistema de salud (Velásquez Jiménez 2020).

Es importante precisar que el sistema de salud colombiano opera bajo un modelo de aseguramiento con dos regímenes coexistentes: el contributivo (privado), al cual se deben afiliar las personas con capacidad de pago, y el subsidiado (gratuito y público). Ambos funcionan a través de las EPS (entidades promotoras de salud), empresas regionales de sanidad responsables de conformar una red de servicios de salud y de la afiliación de los usuarios; y de las IPS (instituciones prestadoras de salud), encargadas de brindar los servicios médicos. Este sistema enfrentaba una crisis por causas de desfinanciamiento, corrupción, ineficiencia y desigualdad en el acceso a la atención médica. Con el COVID-19, las EPS fueron acusadas por los hospitales de ser sus deudores morosos y de evadir el pago de los gastos que generaba la pandemia, mientras que sus directivos culpaban al gobierno de adeudarles los desembolsos. Inicialmente, ni siquiera estaba claro quién debía asumir los pagos de los elementos de bioseguridad del personal en general y cómo debía distribuirse entre los distintos trabajadores.

Desde las primeras semanas de propagación de la pandemia en Colombia, el sistema de salud se vio rebasado y poco preparado. Según el gremio de la enfermería, no se tomaron las debidas precauciones a pesar de estar al tanto de la expansión del virus hacia Europa. Por tanto, para el mes de marzo de 2020 no había protocolos preestablecidos para capacitar y proteger tanto el personal de salud como a la población. Tampoco los implementos adecuados para enfrentar la pandemia. Los trabajadores de la salud cumplían su labor con miedo, situación que llevó a que algunos compraran de su propio peculio caretas individuales o vestidos antitúndidos para evitar infectarse. A través de los sindicatos, los y las enfermeras solicitaron a las aseguradoras y a la administración de los hospitales los insumos necesarios para prestar la atención con tranquilidad (batas, gorros, polainas, tapabocas, gafas protectoras y caretas transparentes).

Con el aumento vertiginoso de pacientes severos y las limitaciones de recursos humanos y materiales, las deficiencias tuvieron que ser superadas por los mismos trabajadores de enfermería con los suministros que tenían a mano. Consuelo Alvarado, jefe de enfermería del servicio de urgencias de la Subred Norte ESE en Bogotá, afirmaba que los protocolos habían llegado tarde a Colombia aun cuando desde finales del 2019 otros países se estaban preparando. Por tanto, no se alcanzaron a ajustar a las necesidades propias del país para capacitar y proteger con tiempo al personal de salud. En medio de la urgencia, el miedo y el desconocimiento, la experticia sobre la atención de la enfermedad se adquirió en la marcha. Los y las enfermeras asumieron gran parte de esta responsabilidad por ser quienes atendían primero a los pacientes en los servicios de urgencias y cualquier error podía costar una vida (Pérez Campos 2020).

Erika Fernanda Bonilla, jefe de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital San José en Bogotá, comentaba sobre el ambiente tenso que vivieron en el hospital en los primeros días de la pandemia. Inicialmente, atendían en una misma UCI para adultos a pacientes quirúrgicos y con otros problemas, junto con los pacientes COVID-19. A medida que fueron conociendo las especificidades de la enfermedad, separaron la UCI COVID de las demás unidades para adultos, lo cual ayudó a modificar la percepción de peligro:

«(...) Allí pudimos empezar a atender a los pacientes con más tranquilidad y organizarnos para la emergencia. Al principio todo fue un desorden, empezando porque parte del personal se negaba a estar ahí dentro por temor a enfrentar a su familia e hijos. No hacían el trabajo con vocación y tenían miedo de acercarse a los pacientes. Pero después de cierto tiempo todos nos fuimos acostumbrando. Ya sabemos cuándo debemos hacer una pronación, ya sabemos que soportar todo el turno con un vestuario distinto al del resto. Asimilar todo en tan poco tiempo no es fácil, pero por lo menos hoy ya sabemos cómo atender a los enfermos, lo que necesitan y en ese sentido el trabajo nos va quedando más fácil (...)» (Redacción 2020a).

Los y las enfermeras profesionales, versados en asistencia, gestión y administración, tuvieron que repensar en cómo tratar la urgencia de un paciente con un virus que se comportaba extraña-

mente, y en cómo organizar y mejorar los servicios sin sacrificar la calidad. La pandemia obligó a cambiar procesos, estudiar para sustentar la toma de decisiones, extremar las medidas de bioseguridad, ampliar los servicios, ubicar personal en otras posiciones dentro de los hospitales, clínicas y centros de salud. Igualmente, cuando la pandemia estalló en el país, este personal sanitario se vio obligado a rotar entre la atención a los pacientes y las tareas administrativas para subsanar las difíciles condiciones de equipamiento, contratación e infraestructura. Mientras tanto, las auxiliares de enfermería asumieron altas responsabilidades en el cuidado de los enfermos, muchas veces sin contar con la experiencia y formación para ello (Rojas *et al.* 2021).

Más allá de la división de tareas, profesionales y auxiliares tuvieron que realizar extensos turnos que, en algunos casos, podían durar entre doce y catorce horas diarias. Solo con la vigilancia epidemiológica a los sospechosos, que consistía en autorizar la toma de pruebas de laboratorio, interrogar cada detalle del paciente y su círculo cercano, y hacer seguimiento de síntomas, la carga laboral de la enfermería incrementó sin que se viera reflejado en una ampliación de personal. La jefa de enfermería María, trabajadora de un hospital de primer nivel en Antioquia, comentaba que, si un sospechoso había tenido contacto con quince personas, debía hacer seguimiento a cada uno durante mañana y noche a lo largo de catorce días. En su lugar de trabajo era la única enfermera que realizaba ese trabajo y no contaban con algún reemplazo o relevo (Redacción 2020d).

En la prensa quedó registrado el desamparo que sentía la enfermería en medio de una crisis donde tenían grandes responsabilidades sociales y poca escucha sobre sus temores y necesidades. La Organización Colegial de Enfermería y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia expusieron la sobrecarga en el trabajo de cuidado que tenían como gremio y las presiones que aceptaban de sus superiores por amenazas de perder el empleo. Las angustias laborales también consistieron en retrasos en el pago de los salarios y en la inestabilidad contractual al tener contratos a través de cooperativas sin derecho a vacaciones, primas y mucho menos organización sindical. La pandemia, como en otras partes de América Latina, dejó al descubierto los empleos precarios en

los que se desenvolvía esta profesión. Las condiciones laborales eran lamentables y ni siquiera momentos de emergencia mundial habían impulsado su corrección.

La enfermera Consuelo Alvarado, quien por motivos personales y laborales evitaba expresar en las entrevistas las actividades que realizaba y el hospital específico donde estaba empleada, afirmaba que la enfermería iba más allá de unos aplausos públicos a la labor que estaban desempeñando. Aunque se sentía agradecida con la gente que valoraba su profesión, quería llamar la atención sobre la desprotección en que se encontraba la salud en Colombia. Sus denuncias destacaban las difíciles condiciones sociales y profesionales en las que el gremio desempeñaba su trabajo, a pesar de ser quienes «ponían el pecho» diariamente a las necesidades más básicas del paciente y a sus patologías. Alvarado comentaba:

«Siendo una profesión de riesgo no contamos con un salario que compense tanta dedicación y responsabilidad. Hay carruseles ruines de contratación en las EPS, no se nos ofrecen garantías ni con los elementos de protección, ni con puestos de trabajo dignos, y sumemos la agresión por parte de pacientes y familiares. A esto súmelo un sinfín de actividades administrativas. No se puede brindar cuidado cuando se tiene la atención de un servicio con veinticinco o más pacientes y una auxiliar con once o trece o más pacientes. Por eso es que en Colombia la enfermería tiene un déficit de profesionales» (Alvarado 2020).

La prensa consideró a la Medicina la autoridad primordial para hablar de la enfermedad. Además, otorgó mayor importancia a las experiencias de los profesionales, es decir, jefes de enfermería, por encima de los auxiliares. Paradójicamente, el Gobierno nacional subestimó el conocimiento de los y las enfermeras al establecer diálogos solamente con el gremio médico para asesorar diversos aspectos relacionados con la emergencia sanitaria. A diferencia de países como México donde se incluyó la enfermería para plantear las medidas estatales contra el COVID-19. A través de La Jefa Fabiana, jefa de enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social, el gobierno también educó a los mexicanos sobre las acciones de autocuidado e informó acerca de los esfuerzos que realizaba el personal sanitario —tema que aborda María Rosa Gudiño Cejudo en esta misma obra—.

En tal sentido, la enfermería fue relegada en la construcción y elaboración de políticas públicas que definían su campo y sus competencias. Frente a esta situación, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia manifestó su inconformidad y denunció el trato diferenciado que recibían. Su representante, Edilma Suárez, aseguró que mientras los médicos recibían implementos necesarios para la seguridad en su trabajo, como era el tapabocas N95, los demás colaboradores de la «primera línea», entre los que estaban los y las enfermeras, tenían pocos elementos de protección personal o los inadecuados para garantizar la seguridad en su trabajo.^[1]

Según un estudio que realizó la ONG Cuso Internacional, en alianza con la Universidad de los Andes, y que retoma la revista *Semana*, el cincuenta y cuatro por ciento de las enfermeras, auxiliares de enfermería y mujeres sin educación superior dedicadas al cuidado de la salud en Bogotá no contaban con un empleo formal. El treinta y tres por ciento no tenía cobertura contra riesgos profesionales y un sesenta y un por ciento no aportaba al sistema de pensiones. Asimismo, a mayor jerarquía encontraron mejores sueldos y reconocimiento para el personal masculino, mientras que las auxiliares y enfermeras estaban más abajo en el eslabón profesional del sector (Redacción 2020e). Así pues, la crisis desatada desnudó un entramado de desigualdades de género, clase y formación.

A estas condiciones de desprotección, había que añadirle la discriminación y la estigmatización que sufrió el personal de salud que, en algunas ocasiones, llevó a la agresión física. El miedo general al contagio, sumado a la desinformación y noticias falsas que circularon a través de cadenas de WhatsApp, generó que algunos ciudadanos vieran en el uniforme blanco una persona portadora del virus que debía ser señalada y segregada. El rechazo en los sitios de vivienda, las calles, los mercados y el transporte público, los obligó a refugiarse en el anonimato escondiendo sus batas blancas en el espacio público para utilizarlo únicamente en los lugares de trabajo. Algunas noticias muestran cómo enfermeras pedían

[1] Entrevista a Edilma Suárez, representante de la Asociación Nacional de Enfermeras, (2020), <https://www.rcnradio.com/bogota/enfermeras-denuncian-trato-discriminatorio-del-gobierno-en-medio-de-emergencia-de-salud>.

protección de la Policía Nacional para movilizarse tranquilamente, ya que recibían insultos, ataques y amenazas.

Un ejemplo de esta situación se vivió en Barranquilla, ciudad ubicada en la costa Caribe colombiana. Carmen Vargas, auxiliar de enfermería que trabajaba para House Care Medical, IPS que presta atención domiciliaria, fue agredida por cuatro hombres cuando se dirigía a la casa de un paciente. Ella fue acusada de estar contagiada y de poner en riesgo a los habitantes del barrio. Aparte de los insultos, la agredieron físicamente hasta provocarle una herida con un vidrio en una de sus manos, y le arrebataron el tapabocas, elemento de protección ante el COVID-19 y símbolo del mismo. Aunque el ataque a Vargas no llegó a mayores gracias al auxilio que recibió a tiempo de otros vecinos que escucharon sus gritos de ayuda, este era un caso más que se sumaba a las denuncias que muchos trabajadores de la salud hacían ante las autoridades por el temor constante a ejercer su profesión. El Gobierno nacional pidió a alcaldes y gobernadores imponer medidas de protección especiales que garantizaran la seguridad del personal de enfermería en las calles y en los centros de salud (Redacción 2020c).

Luego de seis meses de pandemia el sector salud estaba agotado. La prensa comenzó a registrar las primeras muertes de auxiliares y profesionales de enfermería. El primer pico de contagios se había presentado en el país entre el 20 de julio y el 16 de agosto con un promedio diario de 315 muertes. Para este momento, los trabajadores de enfermería representaban el cuarenta y ocho por ciento del total de contagios del sector. Uno de cada tres contagios se dio en auxiliares de enfermería y la mayoría de trabajadores se infectó durante sus jornadas laborales. Es decir, el virus se ensañó sobre todo en aquellas mujeres y hombres que formaban el eslabón más débil y desprotegido en la jerarquía sanitaria. Esto sucedía porque a pesar de estar en la «primera línea» de atención y del alto nivel de exposición a la enfermedad que enfrentaban a diario, muchos seguían trabajando con limitaciones en cantidad y calidad de los elementos mínimos de protección.

La pandemia hacía más visible la enfermería, pero también su vulnerabilidad. Las difíciles condiciones laborales se habían agudizado y el sentimiento de zozobra por el permanente riesgo a la enfermedad hacía que algunos conservaran su empleo en una

mezcla de vocación y necesidad. Principalmente, los y las auxiliares de enfermería tenían que ingeniárselas para superar las carencias. Algunas noticias mostraron de qué manera tuvieron que hacer uso de bolsas de basura como trajes temporales y reutilizar los tapabocas. Este fue el caso de Fabián Palacios Pulido, auxiliar de enfermería del Hospital Cari Mental de Barranquilla. Este auxiliar y líder sindical, había expresado ante los medios de comunicación la preocupante situación en el centro hospitalario. Denunció que por negligencia de la ARL (Administradora de Riesgos Profesionales), a la que toda empresa debe estar afiliada, recibían solo un tapabocas al mes, el cual debían lavar y reparar para su uso, y no se reconocía el COVID-19 como una enfermedad profesional, sino como una enfermedad común. Palacios, quien además estaba subcontratado a través de una cooperativa y su sueldo presentaba retrasos, murió a causa del virus (Herrera Delgans 2020).

5.3 «Homenaje y protesta» (octubre de 2020-marzo de 2021)

Con la pandemia, la enfermería había entrado en una crisis de bienestar laboral y personal. La reapertura paulatina de algunos sectores de la economía autorizó nuevamente el tránsito de la gente en los espacios públicos –aunque con temores y una concurrencia parcial–. Con esta posibilidad, el 26 de octubre el personal de salud hizo un homenaje a sus colegas difuntos a causa del COVID-19 en la Plaza de Bolívar ubicada en el centro de Bogotá. Con flores y sillas blancas que representaban a cada uno de los fallecidos, recordaron el sacrificio y el trabajo sin descanso que venían enfrentando durante meses. Este homenaje a sus compañeros también fue una protesta con un claro propósito político. En el Congreso de la República, que sesiona en un costado de la mencionada plaza, se debatía el proyecto de ley 010 de 2020 (radicado el 20 de julio) para modificar el sistema de salud, el cual había causado gran malestar entre el gremio por considerar que buscaba privatizar completamente la salud pública y la red hospitalaria (Moreno 2020).

Las asociaciones de enfermería, junto con las organizaciones sindicales de trabajadores de la salud, habían firmado una carta dirigida al Congreso para que se archivara el proyecto de reforma presentado por el partido Cambio Radical y apoyado por el

gobierno de Iván Duque. El rechazo se debía a que la propuesta profundizaba el modelo de negocio de la salud al beneficiar a las EPS y no a los afiliados y trabajadores. El proyecto de ley 010 planteaba, entre otros, la desaparición de las EPS para convertirlas en Aseguradoras en Salud (AS) –siendo, igualmente, las encargadas de administrar el sistema con base en la rentabilidad financiera de aseguradores y prestadores de salud–, la conformación de una comisión que tomara decisiones sobre la salud manejada por el gobierno, el pago de cuotas por incumplimiento a los lineamientos de autocuidado establecidos, y el condicionamiento de la prestación de servicios a paquetes por los que debía pagar el paciente. Además, el proyecto carecía de referencias para dar cumplimiento a los derechos laborales del personal sanitario.

Según Gilma Rico González, presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, la reforma apuntaba a que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se seguirían lucrando de los recursos públicos sin ningún control. Mientras tanto, la iniciativa dejaba por fuera los serios problemas sobre la gestión en salud y el mejoramiento de las condiciones de trabajo del personal que, con la pandemia, habían sido evidentes. Además, el proyecto concebía a un modelo de atención centrado en los médicos, lo cual excluía las demás profesiones como era el caso de la enfermería que también contaba con personal altamente capacitado con especializaciones, posgrados y doctorados.

La inconformidad y la incertidumbre sacaron en plena pandemia a los trabajadores de enfermería de los espacios hospitalarios y los llevó a las calles. La ola de protestas desatadas en contra de la violencia y el abuso policial, luego del asesinato en Bogotá de Javier Ordóñez, estudiante de Derecho, a manos de la Policía Nacional, revivió las movilizaciones sociales contra las políticas económicas, sociales y ambientales del gobierno nacional iniciadas en noviembre de 2019 y que habían sido truncadas por el confinamiento. Con el lema «Salud en el paro», la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia y la Organización Colegial de Enfermería, se sumaron a las marchas convocadas por el Comité Nacional de Paro entre septiembre y noviembre de 2020 en defensa de la salud. Su propósito era archivar el proyecto de ley 010, el cual no solucionaba los problemas evidenciados por la pandemia y demostraba

el poco interés del Gobierno nacional por mejorar el sistema de salud y las condiciones laborales. Además, buscaban un cambio profundo del modelo de salud colombiano –que rige desde 1993 con la expedición de la ley 100–. Las asociaciones de enfermería exponían su posición y hacían un llamado a unirse al paro de la siguiente manera:

(...) La pandemia COVID-19, dejó al descubierto el desastre de la Ley 100; sin embargo, el gobierno de Duque en vez de liderar una reforma profundamente estructural para superar las deficiencias descubiertas, avala con un mensaje de urgencia un proyecto que arrasa con la ley estatutaria 1751 de 2015, fortalece la intermediación y la integración vertical, elimina la responsabilidad y control estatal en materia de salud e inicia cambios lesivos al Instituto Nacional de Cancerología; profundiza la segregación social, privilegia el negocio por encima de la vida, pauperiza aún más a trabajadores y profesionales de la salud. / El propósito criminal de Cambio Radical, Partido Conservador, Centro Democrático y los sectores políticos que respaldan a Duque contando con las mayorías, HAN LOGRADO UNIFICAR a más de 200 organizaciones, sociales, sindicales, gremiales, académicas, científicas y a las víctimas del modelo de la Ley 100, en un gran bloque de resistencia contra el nefasto proyecto 010-2020. HEMOS PEDIDO SU ARCHIVO Y NOS ALISTAMOS PARA PARTICIPAR EN EL PARO Y MOVILIZACIONES EL PRÓXIMO 20 Y 21 DE OCTUBRE. / Nuestra lucha no es solo contra el proyecto de Ley 010, sino contra el modelo de salud que encarna la Ley 100 y su remplazo por uno que garantice la salud como derecho fundamental, la responsabilidad y dirección del Estado, elimine la intermediación, saque la salud y la vida del mercado, garantice los derechos humanos, la igualdad, la dignificación del trabajador, el fortalecimiento y modernización de la red hospitalaria, la atención primaria y la investigación. Todos los sectores al paro y movilización nacional el 21 de octubre. / Los que no puedan salir de sus hospitales, deben elaborar pancartas, sacar pasacalles y hacer mítines 3 veces al día. HAY QUE ATENDER LAS URGENCIAS.^[2]

A comienzos de 2021, Colombia había pasado por el segundo pico de la pandemia (29 de diciembre de 2020 a 27 de enero de 2021) y las peticiones del gremio de la salud seguían sin ser escuchadas

[2] Comunicado «Paro Nacional por la democracia, la salud y la vida, 20 y 21 de octubre», Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia y Organización Colegial de Enfermería. Subrayado en el original.



Imagen 5.1. Salud en el paro. Fuente: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/355-paro-nacional-por-la-democracia-la-salud-y-la-vida-19nov>.

por el Gobierno nacional que, en vez del diálogo, optó por restarle impulso al movimiento social y respondió con el uso de la fuerza. El proyecto de ley 010 continuó su curso en el Congreso de la República a pesar de la evidente debilidad del sistema de salud y el aumento de la pobreza, la desigualdad, la segregación, el desempleo y la violencia. El COVID-19 había profundizado y agravado las carencias en todos los niveles de la vida de los colombianos lo cual llevó a una creciente y generalizada indignación con el Gobierno en una sociedad que tuvo más temor al hambre que al virus.

5.4 Estallido social: agradecimiento y olvido (abril-noviembre de 2021)

El COVID-19 generó más pobreza y muchas familias habían visto morir a los suyos debido a un sistema congestionado. A pesar de una inmensa batería de actos administrativos y lineamientos oficiales, el manejo de la pandemia por el Gobierno nacional había sido deficiente, las ayudas a los más necesitados eran insuficientes y el programa de vacunación, que había empezado a mediados de febrero, tenía problemas de ejecución. En este contexto, el movimiento social recobró todo su vigor a finales de abril de 2021. El rechazo al proyecto de reforma tributaria fue el principal impulso que llevó a cientos de miles de colombianos a participar en las manifestaciones tanto en los espacios públicos como en las redes sociales. Con esta reforma, el Gobierno nacional pretendía enfrentar los impactos negativos que había dejado la pandemia en la economía. Sin embargo, las medidas estipuladas beneficiaban a las empresas y a las clases altas mientras afectaba a las clases medias y asalariados. El retiro del proyecto de ley de reforma a la salud y el fortalecimiento del plan de vacunación contra el COVID-19, también estimuló la participación en las protestas.

Para ese entonces, el país estaba en el tercer pico de la pandemia y vivía una serie de confinamientos para frenar su avance. La preocupación por las aglomeraciones, el incremento de contagios y la saturación de los servicios clínicos, hizo que algunos gremios de la salud solicitaran aplazar las marchas que estaban convocadas para el 28 de abril. Otros apoyaron las movilizaciones solicitando a los participantes tener especial autocuidado, cumplir las medidas de bioseguridad y mantener el distanciamiento social. Desde el Ministerio de Salud y Protección Social se trató de frenar las protestas por el alto índice de ocupación de hospitales y de mortalidad por causa del COVID-19. El argumento de la autoridad sanitaria era que la tercera ola estaba afectando especialmente a los jóvenes, por tanto, hacía un llamado a los marchantes a quedarse en casa para no contagiar a las personas mayores de las familias. Con el objetivo de reducir y desalentar la participación de la población, las autoridades llamaron a la solidaridad con el personal médico y de enfermería que estaban pasando por signos de agotamiento y cansancio (MSPS 2022).

A pesar de las restricciones, advertencias y temores, la protesta del 28 de abril fue masiva en todo el país y se convirtió en el inicio del llamado «estallido social» que puso en jaque al gobierno de Iván Duque. Las asociaciones de enfermería apoyaron las manifestaciones y reiteraron el rechazo a la reforma tributaria y, especialmente, al proyecto de Ley 010 al cual el Gobierno nacional había puesto un mensaje de urgencia para que continuara avanzando su discusión en el Congreso de la República. En varias ciudades, el personal de salud que estaba en su lugar de trabajo, salió a balcones, puertas y ventanas para demostrar su respaldo a la protesta. Vestidos con sus elementos de protección, saludaron a los manifestantes y exhibieron pancartas de apoyo. También recibieron cánticos y aplausos de agradecimiento por su labor durante la pandemia. Ante la presión de la protesta, el Gobierno nacional el 2 de mayo retiró el proyecto de reforma tributaria y el 19 de mayo el de la reforma a la salud.

A medida que el paro nacional tomó fuerza y se convirtió el tema más relevante en la agenda mediática, los colombianos pusieron en un segundo plano la pandemia. Aunque en las manifestaciones y en los espacios públicos la población continuaba haciendo uso del tapabocas y pendiente de algunas medidas de autocuidado, el COVID-19 fue perdiendo importancia para darle paso a la «primera línea» de la protesta, es decir, a aquellos jóvenes que con escudos, gafas, cascos y máscaras antigás, defendían a los participantes en las movilizaciones de la acción de la fuerza pública.

Tanto la prensa, que continuamente a lo largo de la pandemia había expresado interés por conocer qué pasaba con los trabajadores de la salud, como la población, fueron olvidando poco a poco a los «héroes anónimos» que habían combatido un virus sin precedentes. Las dimensiones que alcanzó la movilización social en todo el territorio nacional, así como la brutal represión oficial que dejaba muertos, heridos y desaparecidos, cubrieron los problemas sanitarios que había develado el COVID-19. En particular, profesionales y auxiliares de enfermería continuaron con las carencias laborales que había manifestado y, aunque hubo algunas mejoras en la distribución de insumos y elementos de bioseguridad, siguieron aguantando extensas y agotadoras jornadas de trabajo por falta de personal y los contratos precarios. Incluso, las bonificaciones al personal de la salud por el trabajo realizado durante la pandemia

fueron inequitativas, ya que se asignó los montos según los perfiles profesionales, siendo la enfermería uno de los menos beneficiados a pesar de haber constituido la «primera línea» contra el COVID-19 (ONS 2021).

Desde una posición de reprobación del movimiento social, el diario *La República* de Bogotá se preguntaba ¿Para dónde se fueron los aplausos? El medio afirmaba que cuando había comenzado la pandemia se aplaudía a los trabajadores de salud que combatían contra el COVID-19 y ya nadie se acordaba de ellos. El «vandalismo y los bloqueos» habían invisibilizado al sector salud que seguía librando una «batalla sin cuartel contra el coronavirus» que estaba causando la muerte de quinientas personas diariamente y tenía a las instituciones médicas al borde del colapso. La vuelta a la normalidad que de forma inesperada había generado la protesta llevó el COVID-19 al olvido a pesar de que a inicios de junio se estaban viviendo las semanas más críticas de la tercera ola. La conexión que estableció *La República* entre el aumento de los casos positivos y la imprudente movilización social en tiempos de pandemia, obviaba deliberadamente la precariedad del sistema de salud y las razones que llevaron a las multitudes colombianas a salir a las calles para demandar una vida más digna (Redacción 2021a).

Las unidades de cuidados intensivos estaban copadas en varios municipios, las urgencias no daban abasto con los pacientes, había una demanda de oxígeno del cuatrocientos por ciento y algunos medicamentos escaseaban. Pese a este difícil escenario, el personal de salud dejó de interesar: «Ya no se roban las portadas y muchos colombianos parecen haber olvidado que continúan en la primera línea de atención». Según la enfermera jefe Valentina Jaimes, Colombia había normalizado las muertes y los contagios justo en un momento cuando los hospitales se habían quedado sin la capacidad de atender a todos los pacientes que requerían una cama en cuidados intensivos. Para Jaimes, esas muertes se habrían evitado si el personal y los insumos necesarios hubiesen estado disponibles. No obstante, las enfermeras, auxiliares y médicos se habían quedado solos con la responsabilidad (Redacción 2021b).

5.5 Conclusiones

La enfermería retornó a la invisibilidad sin haber terminado la pandemia. Las luchas y demandas que parecían tener eco finalmente entre la población, volvieron a ser significativas solo para los interesados. Los desafíos que habían enfrentado –y seguían enfrentando– por las duras condiciones que imponía el COVID-19, dejaron de preocupar a la sociedad. Ante una mayor profundización en sus inadecuadas condiciones laborales debido a la emergencia sanitaria, los trabajadores de enfermería continuaron ejerciendo su labor a través de contratos indirectos con salarios precarios. Según el Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario, entre 2018 y 2021, el personal de enfermería y de medicina había presentado aumentos constantes en las horas trabajadas a la semana y en el promedio de pacientes atendidos. El estudio también concluyó que las mujeres enfermeras cuidaban un mayor número de pacientes en promedio y tenían mayor probabilidad de estar en condiciones precarias (Redacción 2022).

En la memoria colectiva colombiana el «estallido social» quedará fijado por varias generaciones. En los últimos años de manera recurrente se conmemora el 28A en un afán por evocar los motivos de la movilización y recordar a los jóvenes que murieron o perdieron un ojo a causa de la violencia policial. Sin embargo, no pasa lo mismo con el COVID-19. En diciembre de 2021, el Ministerio de Salud reconoció el papel del personal sanitario en la dedicación por el bien común y la salud pública otorgándole a la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, entre otras agremiaciones de salud, la condecoración Cruz Cívica del Mérito Asistencial y Sanitario Jorge Bejarano. Con este acto, pequeño y privado de la Presidencia de la República, se terminaron los agradecimientos a los protagonistas del COVID-19. Aparte de ser un marcador temporal (es usual emplear la referencia a la pandemia como un antes y un después), hemos desestimado las dificultades asociadas a este hecho histórico. Llama la atención que en tiempos donde el cuidado se ha erigido como uno de los tópicos claves de la reflexión sobre lo social, la primera línea de enfermeras y auxiliares de enfermería no hagan parte de la memoria viva de un país que perdió, según cifras oficiales, 142 727 vidas. Quizás sea tiempo de volver sobre sus experiencias.

CAPÍTULO 6

Aportes y desafíos de la enfermería: imágenes y voces en España

BÁRBARA BADANTA y MARÍA ROCÍO MESEGUER-FERNÁNDEZ

6.1 Introducción

El 14 de marzo de 2020, tan solo tres días después de que la OMS declarase que la situación de emergencia ocasionada por el brote epidémico de la COVID-19 constituía una pandemia, se decretó en España el estado de alarma, extendiéndose hasta el 21 de junio de ese mismo año. Esto implicó el confinamiento domiciliario, la suspensión de actividades educativas, comerciales, recreativas y de ocio, entre otros. Se limitaron las salidas de particulares y solamente estuvieron autorizadas la compra de productos básicos como alimentos y medicamentos, o salidas ante la necesidad de asistir a servicios sanitarios. No obstante, algo que resultó curioso e incluso, en ciertos aspectos jocosos, fue la apertura permitida a los centros de belleza durante el confinamiento. Por último, solo en el caso de aquellas profesiones que prestaron servicios como los mencionados, estuvo habilitada la salida de las personas al trabajo.

La pandemia impactó en la salud, la vida y los medios de subsistencia, causando una crisis social, económica y sanitaria a nivel mundial, caracterizada por el desempleo masivo y el aumento del empobrecimiento y la desigualdad. En el ámbito sanitario se produjo una alteración en la disponibilidad de los recursos sanitarios, ocasionando un aplazamiento de citas médicas, y de intervenciones quirúrgicas, entre otras.

En España se sucedieron seis oleadas de contagios, suponiendo hasta diez millones de casos y más de cien mil muertes por COVID-19 y siendo muy notorias las consecuencias en el primer año de pandemia. En la primera ola, al iniciarse la pandemia, se alcanzó la saturación hospitalaria, y el nivel de mortalidad fue tan elevado que espacios deportivos y otros tuvieron que ser adaptados como morgue. Más tarde, a pesar de reiniciar las salidas de forma escalonada para pasear con mascotas, con los hijos, e incluso reiniciar poco a poco la vida social en negocios y restaurantes, un flujo constante de casos dio lugar a otra ola en el segundo cuatrimestre de 2020.

Sin embargo, la ventaja fue el inicio de la campaña de vacunación un 27 de diciembre de 2020, fecha en la que los contagios se estaban disparando por el amplio aumento de la actividad social durante las fiestas del período navideño, sumadas al clima frío de la temporada invernal. Esto se caracterizó por mayor presión por ocupación de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI), colapso de camas de hospitalización y picos de muertes. Pero, dado que se disponía de un escaso número de dosis de vacunas, se comenzó vacunando a la población más vulnerable, sanitarios y ancianos, notando en las residencias una disminución notable del número de contagios. Llegados a este punto y fruto del escalonamiento en las vacunaciones, las personas más afectadas fueron los jóvenes de entre veinte y veintinueve años.

A pesar de las medidas sanitarias y sociales adoptadas, el número de muertes en España fue de uno de los más altos del mundo (121 852) y la sobrecarga de trabajo del personal de urgencias y la falta de recursos hospitalarios, fueron problemas de gran magnitud. Además, el personal de enfermería no solo ha sido mano de obra en esta pandemia, sino ciudadanos también afectados. Según datos de una encuesta nacional, el veintinueve por ciento de las profesionales de enfermería encuestadas aseguró haber tenido o tener síntomas de COVID-19, lo que podría suponer que, sin considerar a las asintomáticas, en torno a 73 950 enfermeras estuvieron potencialmente infectadas (considerando un universo de 255 000 enfermeras en asistencia), algunas incluso afirmando haber trabajado con síntomas (5.3 %).

6.2 La enfermería en España

A pesar del peligro percibido para el propio bienestar, los profesionales de la salud fueron capaces de adaptarse a nuevos y estrictos protocolos, gestionar cambios en las unidades y servicios y en la forma de brindar atención sanitaria. En definitiva, lograron reinventar el sistema sanitario para dar respuesta a esta emergencia.

Las enfermeras en España cuentan con una formación universitaria de cuatro años y constituye una de las apuestas más consensuadas por los sistemas de salud de los países miembros de la Unión Europea y de la OMS. La enfermería desplegó todas sus estrategias para hacer frente a las necesidades sanitarias. Específicamente, el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, la aplicación de las tecnologías a los cuidados, y la puesta en práctica de técnicas de liderazgo, fueron competencias esenciales para enfrentar las demandas durante la pandemia.

Sin embargo, el requerimiento de un elevado número de profesionales de enfermería con formación especializada puso de manifiesto una brecha formativa, especialmente, en cuidados críticos, emergencias y desastres. Se sucedía una rápida proliferación de UCI improvisadas en espacios periféricos y ajenos a los servicios habituales de cuidados críticos (quirófanos, paritorios, salas de despertar u otros espacios de uso no clínico). Ante la necesidad de una incorporación masiva de profesionales a estas nuevas unidades, no siempre se podía contar con personal con adecuada especialización y experiencia. Y es que, con independencia de la preparación formativa de estas enfermeras, lo primordial era proporcionar cuidados inmediatamente.

Entre todos ellos, la llegada de personal novel adquirió una dimensión superlativa. Los equipos de profesionales estaban formados de manera muy diversa, con diferentes procedencias y con especialización disímiles. Asimismo, dos factores incidieron en la heterogeneidad de los equipos durante la emergencia y en la calidad de la atención. Por un lado, entradas y salidas de sus miembros por bajas por portar COVID-19, ceses voluntarios, o reubicaciones. Por otro lado, una dinámica de trabajo que se centró en la cobertura de las necesidades inmediatas y demandas más emergentes del

día a día, sin contemplar una visión de continuidad de cuidados a medio plazo.

Las exigencias laborales vividas en un momento crítico constituyeron el escenario en el que el personal sanitario no especializado fue adquiriendo experiencia. Sin embargo, estas prácticas y conocimientos *in extremis*, también implicaron que las enfermeras tuvieran que enfrentar miedo, estrés y ansiedad ante situaciones nunca experimentadas previamente. Esto motivó que en algunas ocasiones rechazaran contratos laborales en servicios donde se encontraban desbordadas.

6.3 Cuidando y afrontando la pandemia

Para entender cómo fueron las condiciones en las que el personal de enfermería en España brindó cuidados y cómo, a pesar de los momentos vivenciados, se pusieron en marcha mecanismos de afrontamiento para continuar con su desempeño laboral, haremos uso de los resultados de diferentes informes y publicaciones. En primer lugar, el Consejo General de Enfermería de España ofreció un informe sobre una encuesta realizada con más de 11 500 enfermeras en abril de 2020 para determinar el impacto del COVID en la enfermería. En segundo lugar, una investigación analizó experiencias de profesionales sanitarios en España (entre ellos enfermeras) durante la pandemia (Badanta *et al.* 2021).

Desde el inicio de la pandemia y de forma abrupta, el personal de sanitario se vio obligado a modificar y planificar nuevas formas de brindar cuidados con respecto a sus procedimientos habituales. Entre el personal de enfermería que participó en la encuesta nacional, destaca que, desde el inicio de la pandemia, el 77.6 % estaba trabajando a diario con pacientes COVID y para el 45.7 %, la mayoría de su trabajo se focalizó en estos pacientes. De repente, los problemas de salud abordados hasta ahora habían cambiado, y el foco principal lo constituía el coronavirus, con la consiguiente carga laboral y estrés asociados, los cuales no se verían reducidos, sino todo lo contrario. A juzgar por la percepción de poca o nula formación específica en la atención de pacientes con COVID (76.2 %) y en entrenamiento en el manejo de los Equipos de Protección Personal (EPP) (82.2 %), así como por la excesiva ratio

enfermera-paciente a la que se enfrentaban, cada enfermera se situaba con una media de atención a diez pacientes con COVID-19 y 3-4 en unidades de cuidados intensivos. Además, aunque el 73 % mantenía su mismo puesto de trabajo que antes, cerca de una cuarta parte de los profesionales de la enfermería fueron trasladados de su actividad diaria.

En general, el sentir de las enfermeras fue que estaban trabajando sin la protección personal adecuada, contando con material adquirido de mala calidad, o accediendo a material re-esterilizado o reutilizado (hasta el 84 %) que no admitía dicho uso. En definitiva, esto suponía un elevado riesgo para su propia salud y la de sus pacientes, y un gran impacto psicológico (el 80.2 % informó un impacto psicológico del COVID-19 alto o muy alto).

Para lidiar con todo ello, algunos de los mecanismos de afrontamiento empleados se basaron en el manejo de las emociones. A fin de captar toda la subjetividad y las vivencias exclusivas del personal de enfermería en diferentes partes de España, varios autores condujimos un estudio cualitativo mediante el uso de la técnica *Photovoice*. Método que utiliza fotografías tomadas por los participantes, permitiéndoles acompañar las imágenes de comentarios y reflexiones sobre sus experiencias durante los eventos cotidianos. Este estudio en particular consistió en utilizar imágenes tomadas por los profesionales de la salud de diferentes centros sanitarios de España, tanto públicos como privados, durante la pandemia por el COVID-19. En aquel momento, partimos de la hipótesis de que los profesionales tendrían fácil acceso y habilidades para el uso de tecnologías simples como el teléfono móvil, permitiendo con estos dispositivos la captura de las fotografías.

Cada imagen se combinó con la narrativa que contextualizaba la misma (donde se obtiene, en qué momento o período y quien toma la fotografía) así como con la reflexión para al menos, estas cinco preguntas: ¿qué muestra la foto?; ¿qué está pasando realmente aquí?; ¿cómo se relaciona esto con su trabajo?; ¿por qué existe esta situación?, y ¿qué se puede hacer sobre eso? Incluso si hubiese sido necesario, la flexibilidad de la técnica habría permitido agregar otras preguntas.

Una vez capturadas las imágenes y acompañadas de la correspondiente narrativa, una reflexión grupal permitía la participación

plena de los profesionales para con todas las fotografías y reflexiones. De esta forma, cada persona no solo opinó y debatió sobre sus creaciones, sino que también participó del debate originado por otros, creando un discurso narrativo de gran riqueza. Sin embargo, no olvidemos que, en tiempos de pandemia, la necesidad de adaptación al confinamiento y el distanciamiento social también impregnó este estudio, y todos los encuentros e intercambios se efectuaron mediante el uso de herramientas digitales.

Los resultados del estudio evidenciaron un sentido general de responsabilidad experimentado por la mayoría de los profesionales de la salud, incluidas las enfermeras, y el sentimiento de estar ocupando un papel importante en la crisis sanitaria, lo que otorgó mayor fortaleza para enfrentar la situación. Este sentido de responsabilidad les permitió a estos superar situaciones de estrés y enfrentar la rutina extenuante. Esto se vio fortalecido por las muestras de cariño obtenidas de la sociedad, al recibir reconocimiento de la ciudadanía. Las empresas obsequiaron pequeñas muestras de sus productos comestibles o máscaras de *snorkel* con capacidad de adaptación para su uso clínico seguro, los dulces inundaron las salas de estar de las enfermeras, muchos de ellos acompañados con mensajes como «Gracias por cuidarnos», y desde algunas escuelas, los niños enviaban cartas motivacionales. Muchas mujeres se organizaron para coser mascarillas y gorros de tela, y tejer diademas que sujetaran las mascarillas. Hasta algunos personajes famosos del mundo de la moda proporcionaron batas de protección, con las cuales se trató de estimular el sentimiento de sentirse elegante y distinguida, aunque sea por un instante. A todo ello se unía la práctica internacional colectiva de aplaudir en los balcones de las viviendas a las 20 h, momento que resultaba emocionante incluso para quienes al escribir estas líneas aún recordamos esos fuertes sonidos mientras salíamos del turno. En definitiva, era la primera vez que el colectivo de enfermería percibía tal reconocimiento por su trabajo, ya que, hasta ahora, las enfermeras no han dejado de cuidar y, al mismo tiempo, han aceptado la invisibilidad social de su labor.

De esta forma, las enfermeras se mostraron con puños cerrados en alza como símbolo de fortaleza y orgullo por su trabajo. En la imagen 6.1 «Ganaremos la batalla a la COVID-19» se retrata una

enfermera de treinta y siete años en un servicio de medicina interna de un hospital público, quien con su gesto de manos en alto y puños cerrados y su uniforme de alta protección contra contagios representa el triunfo ante una «batalla». Ella refería que la gravedad con la que el coronavirus atacaba a muchas personas mayores hacía que indudablemente tuvieran conciencia de la alta mortalidad que supondría. Aun así, se veían fuertes en la colectividad que formaban, para brindar cuidados de calidad y atender las necesidades de las familias o suplirlas cuando las medidas de distanciamiento impedían el acompañamiento de los seres queridos.



Imagen 6.1. Ganaremos la batalla a la COVID-19.

La imagen 6.2 «Ánimo, valiente» fue enviada por una enfermera de treinta y tres años, quien trabaja en una UCI de un hospital público del sur de España. Su foco fue evidenciar las muestras de gratitud que recibía desde la sociedad civil. Una asociación de mujeres que realizaba EPP también confeccionó corazones confeccionados en tela y que portaban leyendas de ánimo y fortaleza. Estos corazones se prendían en algún lugar de los uniformes de UCI. Estas muestras de gratitud no eran habituales y fueron vividas como expresiones de cariño y afecto. Pretendían acompañar durante todo el día a las enfermeras, alegrándoles el ánimo. De la misma forma refería que, a pesar de ser una época triste, estaba animada por pertenecer a un colectivo que ahora, por fin, recibía cierto reconocimiento. Iba a trabajar cada día enseñando los

corazones que personas ajenas habían proporcionado a ella y sus compañeros, como una forma de retribución por todo el bien que estaban haciendo a la sociedad.



Imagen 6.2. ¡Ánimo, valiente!

Por otro lado, también se encontró el empleo de otras estrategias de afrontamiento como la espiritualidad, el humor, o actividades conjuntas de ocio y momentos reflexivos para superar estos retos. Con la imagen 6.3 «Florence Nightingale en tiempos de pandemia» se quiso mostrar que, si bien lo habitual fue capturar imágenes de enfermeras en acción, en este servicio se optó por poner el foco en la representación de una enfermera realizada con insumos hospitalarios. El recurso del humor y referencias históricas fue usado como una forma de expresar lo que sentían, aludiendo incluso a frases como «Si Florence Nightingale levantase la cabeza...». Cabe señalar que Nightingale es recordada como una pionera de

la enfermería occidental quien con sus prácticas de mejora de la ventilación y la higiene y la reorganización en la distribución de camas mejoró los índices de mortalidad de los heridos de guerra a mediados del siglo XIX. El trabajo en equipo permitió compartir momentos para representar aspectos como la indumentaria general de las enfermeras en tiempos de pandemia. Esto se caracterizó por múltiples capas de protección, una prueba de COVID siempre consigo, y algo más profundo: «ella (haciendo alusión a la creación) está las 24 h aquí, entregada noche y día, como nosotras». Además, el humor en forma de comentarios hacia su creación les hacía sobrellevar las condiciones de escaso personal y recursos.



Imagen 6.3. Florence Nightingale en tiempos de pandemia.

En la imagen 6.4 «Todo COVID y un poco de humor» se muestra la tapa de un libro *Nosotras, enfermeras. Historias de unos días que nos cambiaron para siempre*, cuyo autor es un enfermero, Héc-

tor Castiñeira, quien utiliza como nombre de fantasía *Enfermera Saturada*. En sus libros, repasa sin tecnicismos, con humor y descaro, la actualidad de su hospital, que se podría trasladar a otro nosocomio de España o del mundo, ya que su difusión en redes sociales alcanzó una amplia circulación. Este libro, publicado en octubre de 2020, refleja según su propia sinopsis «la historia de una enfermera que luchó contra el coronavirus en primera línea, armada con una bolsa de basura y una mascarilla reutilizada. Pero, en realidad, es también la de todos los enfermeros y enfermeras que plantaron cara al virus, esos a los que la sociedad llamó héroes, y por quienes aplaudía a las ocho, mientras ellos y ellas vivían con el miedo pegado a su espalda. Es el testimonio de sus lágrimas, temores y sacrificios, y a la vez de la inmensa felicidad que sentían cada vez que apagaban un respirador y entregaban el alta a un paciente». Quien captó la imagen es un enfermero de cuarenta y cuatro años que trabaja en el sector público y privado (residencia de mayores). Mencionó que él y muchas otras enfermeras se sentían reflejados en dicho libro, y que les permitía recordar que lo que estaban viviendo era cierto, y compartido por todo el colectivo profesional. Además, consideraron que es un libro que permitiría mantener en la memoria la situación que se vivió durante la pandemia y cómo se pudo afrontar, así como ayudar a crear conciencia a la sociedad general al tratarse de una escritura amena y accesible a cualquier público.

Por último, en algunos momentos específicos de la pandemia (especialmente de menor intensidad de internaciones por disminución de casos), algunos dispositivos y elementos del entorno clínico sirvieron como ornamentos y adornos para simular vestimentas, fiestas y tradiciones populares. Estas estrategias permitieron aliviar el estrés del personal y de los propios pacientes a quienes involucraban en sus representaciones. Por ejemplo, como vemos en la composición de las imágenes 6.5 y 6.6 «¡Protégete en Navidad!», capturada por una enfermera de atención primaria de cincuenta y seis años, durante el período navideño se utilizaron decoraciones como forma de hacer el lugar más familiar y acogedor. No obstante, se emplearon elementos para recordar o remitir sobre la situación que se estaba viviendo. Es por ello, que varias enfermeras disfrutaron poniendo mascarillas a las figuras del belén cristiano,



Imagen 6.4. Todo COVID y un poco de humor.

«para proteger al niño, ya que no nos podemos permitir más camas de hospital ocupadas», y creando un árbol de navidad a base de fotografías de todos los profesionales sanitarios del centro.

Todo esto permite reconocer que el uso de Photovoice no se trata de una mera técnica para conducir investigaciones, sino que en sí misma puede entenderse como un método que se empleó como forma de denuncia de la situación vivida durante la pandemia



Imagen 6.5. ¡Protégete en Navidad!

y como forma de liberación emocional en un contexto de crisis sanitaria. Se desprende que los profesionales, especialmente las enfermeras contribuían a una denuncia política y social, que, además, comprenderían que se extendería dadas las nuevas necesidades y demandas sociosanitarias que sucederían tras las infecciones agudas por coronavirus.

6.4 Enfermeras, ¿preparadas para lo que se viene?

Todos los esfuerzos centrados en dar respuesta a las altas tasas de mortalidad que acompañaron al coronavirus y el desarrollo de vacunas mantienen en segundo plano preocupaciones más allá de la fase aguda del COVID-19. El síndrome de COVID persistente aparece en un plano de olvido y desafío de esta crisis sanitaria, no solo en lo que respecta a la afectación de los pacientes, sino también en relación con la planificación del trabajo asistencial que deben continuar desarrollando las enfermeras. Para llevar al frente esta realidad, es necesario conocer las voces de estos protagonistas. Quizás el uso de *Photovoice* pueda ser una herramienta útil en este sentido, y ser utilizado por las enfermeras con pacientes



Imagen 6.6. ¡Protégete en Navidad!

que padecen COVID persistente. Si bien la OMS muestra que el 10-20 % de las personas afectadas pueden presentar la condición de COVID persistente, y los síntomas pueden repercutir de forma negativa en el plano físico, psicológico, social y económico, no es habitual contemplar la participación de estas personas en estudios de análisis o investigación.

La captura de imágenes por parte de estos pacientes permitiría acompañar las voces que al menos, ya han comenzado a ser escuchadas mediante el desarrollo de entrevistas en diferentes regiones de España. Es por ello por lo que la acción participativa de estas personas, tomando sus propias fotografías y exponiendo sus reflexiones, podría ser un llamado a las mejoras de las intervenciones, programas y políticas sanitarias, liderados por las enfermeras.

Los pacientes con COVID persistente son personas que tras ser contagiadas y haberse recuperado de esta afección, presentan una serie de síntomas generalmente dentro de los tres meses des-

de el inicio de la infección, mantenidos a largo plazo (al menos dos meses). Teniendo en cuenta que, según algunas personas entrevistadas, llevan padeciendo el síndrome durante años, resulta indispensable que las enfermeras adopten un rol crucial en la atención de estas personas, y ayudarles a expresar sus necesidades y emociones mediante el uso de técnicas creativas podría fomentar un clima de cooperación mutua. Y es que el éxito en los cuidados provistos por las enfermeras no solo debería contabilizarse durante la pandemia o en la infección aguda de la infección, sino en la continuidad de cuidados integrales de calidad ofrecidos con el transcurso del tiempo.

Hasta ahora, las fotografías se han empleado en la atención sanitaria de una forma pasiva. Ejemplo de ellos son las imágenes de la piel tomadas para observar la evolución de úlceras o heridas, así como para diagnosticar o proveer tratamiento a distancia de otros problemas dermatológicos, haciendo uso para ello, de programas telemáticos de envío de imágenes a centros de especialidades. ¿Por qué no podrían ser los propios pacientes quienes tomasen imágenes de aquellos aspectos que más les preocupan para que a partir de su exposición, las enfermeras podamos tomar las medidas oportunas para garantizar su calidad de vida? Todo esto permite también plantear la apertura de un nuevo escenario laboral, una nueva forma de atención a pacientes con este síndrome, donde el uso de la competencia digital y las tecnologías faciliten el contacto e interacción enfermera-paciente.

Muchas personas que padecen COVID persistente manifiestan sentirse desatendidas e incomprendidas por el personal sanitario, y refieren que han tenido temor de expresar sus síntomas por miedo a los prejuicios. Los participantes de algunos estudios consultados describieron el duro trabajo que supuso encontrar un médico de atención primaria que creyera que los síntomas que refería eran reales. En ocasiones, las imágenes pueden ser un buen aliado para expresar aquello que resulta más vergonzoso o causa temor con palabras. La interacción surgida con *Photovoice* podría derivar en un mayor acercamiento al personal sanitario, evitando así que muchos pacientes acudan a dietas, medicamentos o suplementos en portales de internet no verificados, en un intento desesperado de mejorar su estado de salud.

En la actualidad, se está poniendo en marcha un estudio sobre experiencias con el COVID persistente, en la que se unen entrevista y *Photovoice*. Sin duda destacará como algo interesante contar con la participación de una paciente que constituye un binomio que aúna las experiencias de una persona con dos perspectivas, la de paciente y la de profesional sanitario. Según refiere Carmen (pseudónimo), mujer de sesenta y siete años, enfermera y psicóloga de profesión, quien ha trabajado en el sector público hasta su actual jubilación: «Cuando empiezas a ver que esta enfermedad se queda como algo crónico, empiezas un período de pura resiliencia a los síntomas que se te quedan. Es difícil el momento en el que aceptas que ya no es una enfermedad aguda, sino crónica, nueva, desconocida, rara y en la que mucha de la gente dedicada a la sanidad no cree que es real. Yo por suerte, di con mi compañero que siempre ha pensado lo que le decía, pero también otros compañeros o familiares han pensado que podía estar exagerando, dándole muchas vueltas a las cosas y yo les decía: me conocéis de toda la vida y si os digo que no, ¿por qué no me podéis creer?». ^[1] Podría entenderse que Carmen es una paciente privilegiada, quien tiene un acceso mucho mayor al equipo sanitario que cualquier otra persona. Aun así, ¿no resultaría desmoralizador para una persona cualquiera saber que ella también ha sentido la falta de credibilidad entre sus propios compañeros o familiares? ¿Cómo podría atreverse cualquier persona a hablar abiertamente sobre estas cuestiones que le afectan desde meses o años después de haberse contagiado por coronavirus? Quizás las imágenes podrían ayudar a empoderar a estas personas para alzar su voz, al mismo tiempo que generar sensibilidad en quien las recibe, el personal sanitario, ya que como se suele decir, una imagen vale más que mil palabras.

De repente, cuando Carmen se torna en su rol de enfermera, es capaz de mostrarnos aspectos que hasta ahora desconocíamos. Ella refirió que a pesar de haberse creado unidades de atención sanitaria pos COVID, no se produjo así para con el COVID persistente, o al menos no de forma sistemática o mantenida en el tiempo. Esto nos lleva a pensar, ¿cómo serían estas unidades?, ¿existe alguna muestra gráfica de lo que fue y ya no existe? Es complicado intentar

[1] Carmen, Madrid, agosto de 2023.

explicar cómo se podría desarrollar el rol de enfermería para con este tipo de pacientes, cuando ni siquiera existe una conciencia profesional que lleve a la implantación de estos servicios. Quizás los pacientes, con sus reflexiones gráficas, ayudarían a plantear nuevas necesidades o modelos de organización de servicios especializados. Se trata pues, de contar con las propias personas afectadas para diseñar la atención más adecuada a sus necesidades, y para ello, es indispensable la participación de los interesados.

Lo que acontece actualmente en España; ocurrió con anterioridad en otros países con otras enfermedades como la pospolio. En el reconocimiento de esta enfermedad hubo controversias, así como para su seguimiento médico. Estamos ante enfermedades que quedan en el olvido a nivel social, político, sanitario, después de las epidemias o pandemia acontecidas. Todo ello dificulta que las enfermeras tengan competencias y roles definidos dado que ni siquiera hay consenso a la hora de diagnosticar esta enfermedad o implementar programas de actuación. Por tanto, la enfermería tiene un camino abierto para ofrecer una atención integral a pacientes que padecen COVID persistente en colaboración con otras disciplinas.

Pero para ello, es imperativo escuchar las voces de los protagonistas como Carmen. Sus voces acompañadas de lo que captan sus ojos. Como adelanto a los resultados finales, algunas imágenes como la imagen 6.7 «El COVID persistente es ver la vida pasar» dan muestra de lo que la propia paciente siente al padecer COVID persistente. Ella indica: «Mi vida consiste ahora en ver la vida pasar desde mi sofá. Esa es mi vida ahora. Esta situación solo se puede acabar con la investigación y con un tratamiento». Retrata, por tanto, algo más profundo que una mera afectación física, se refiere a una alteración completa de su vida, en todos los planos. Esto debería llevarnos como sanitarios, a pensar en la creación de unidades multidisciplinarias para garantizar el correcto seguimiento de la evolución de su enfermedad. También en función de las limitaciones generadas, el personal de enfermería junto con trabajadores sociales y administraciones públicas y/o privadas podrían colaborar en la gestión de diversas ayudas para asistir a estas personas en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria,

de forma que, aunque limitados por las secuelas de la enfermedad, puedan vivir con una buena calidad de vida.



Imagen 6.7. El COVID persistente es ver la vida pasar.

6.5 Conclusiones

Los estragos del COVID-19 sitúan a España como uno de los países con mayor número de muertes, donde la sobrecarga de trabajo del personal sanitario y falta de recursos hospitalarios fueron un problema de gran magnitud durante las oleadas que caracterizaron a la pandemia por coronavirus. El personal médico, incluidas las enfermeras, lograron reinventar el sistema sanitario para dar respuesta a esta emergencia social y sanitaria. Sin embargo, las condiciones de inseguridad en el trabajo, el cambio en la forma y rutina para prestar los cuidados, así como la necesidad imperiosa de adquirir nuevos conocimientos actuaron como amplificadores del malestar psicológico. El uso de una técnica innovadora de investigación participativa como es el *Photovoice*, reveló las múltiples

estrategias de afrontamiento empleadas por las enfermeras en su día a día en la lucha contra el coronavirus. Si bien las fotografías se habían empleado hasta ahora en el campo de la salud de una forma pasiva, ahora se plantea su uso como una forma de ayudar a desarrollar mayores competencias digitales en las enfermeras, como forma de denuncia social ante situaciones vistas como injustas y de permitir a los propios pacientes reflejar sus necesidades, preocupaciones y demandas para la mejora de la atención sociosanitaria. Así es como se propone su utilización en pacientes afectados por coronavirus más allá de la fase aguda, en lo que se denomina síndrome del COVID persistente.

Referencias

AGOSTONI, CLAUDIA

- 2023 «Dejar morir: la trágica gestión de la pandemia de la COVID-19 en Brasil», en *Historia, Ciência, Saúde-Manguinhos*, vol. 30, n.º 1, referencia citada en página 14.

AGOSTONI, CLAUDIA; KARINA RAMACCIOTTI Y GABRIEL LOPES

- 2022 «Historia en tiempos pandémicos: COVID-19 en Latinoamérica», en *História, ciências, saúde. Manguinhos*, vol. 29, n.º 2, referencia citada en página 39.

ALVARADO, CONSUELO

- 2020 «Así es ser enfermera en la primera línea contra el coronavirus», en *El Espectador*, recuperado de <<https://www.elespectador.com/salud/asi-es-ser-enfermera-en-la-primera-linea-contra-el-coronavirus-article-919129/>>, referencia citada en página 84.

BADANTA, BÁRBARA; ROSA ACEVEDO-AGUILERA; GIANCARLO LUCCHETTI Y ROCÍO DE DIEGO-CORDERO

- 2021 «A picture is worth a thousand words "A photovoice study exploring health professionals" experiences during the COVID-19 pandemic», en *Journal of Clinical Nursing*, págs. 3657-3669, DOI: 10.1111/jocn.15887, referencia citada en página 98.

BARROSO, VÉRA LUCIA MACIEL

- 2020 «Cuidar dos pobres doentes nas memórias de enfermeiras religiosas na Santa Casa de Porto Alegre (1956-1973)», en *História Revista*, vol. 26, n.º 1, referencia citada en páginas 42, 43.

CARETTA, GABRIELA Y SANDRA GAYOL

- 2022 «Muertes, rituales y políticas en pandemias. Notas al dossier», en *Andes. Antropología e Historia*, vol. 33, n.º 2, págs. 411-426, referencia citada en página 22.

CCOILLO SANDOVAL, MELINA

- 2021 *Ocho grupos antivacunas difunden mentiras en el Perú*, recuperado de <<https://saludconlupa.com/noticias/los-grupos-antivacunas-trabajan-en-red-para-ganar-a-deptos-en-la-pandemia/>>, referencia citada en página 67.

COMELLES, JOSEPH

- 2000 «Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo», en *Medicina y cultura. Estudios entre la Medicina y la Antropología*, Barcelona: Bellaterra, referencia citada en páginas 27, 29, 35.

CONTIERI ABAD, ADRIANA

- 2021 *Santa Casa no limite da sua capacidade máxima de assistência COVID-19*, recuperado de <<https://www.santacasa.org.br/noticias/2021/3/2/santa-casa-no-limite-da-sua-capacidade-maxima-de-assistencia-COVID-19>> (visitado el 13-04-2024), referencia citada en página 52.

FERREIRA, LUIZ OTAVIO Y NARA AZEVEDO

- 2019 «Origem social e racial e a formação de enfermeiras profissionais no Brasil (1930-1960)», en *Revista da ABPN*, vol. 11, referencia citada en página 42.

GOOD, BYRON

- 2003 *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Barcelona: Bellaterra, referencia citada en página 35.

HERRERA DELGANS, LEONARDO

- 2020 «Enfermero que murió en Barranquilla trabajaba con mascarilla remendada», en *El Tiempo*, recuperado de <<https://www.eltiempo.com/colombia/barranquilla/enfermero-que-murio-infectado-por-coronavirus-trabajaba-con-mascarilla-remendada-505780>>, referencia citada en página 87.

HOLDER, JOSH

- 2021 *Tracking Coronavirus Vaccinations Around the World*, recuperado de <<https://africacheck.org/sites/default/files/media/documents/2021-05/Covid%20World%20Vaccination%20Tracker%20-%20The%20New%20York%20Times-March%205.pdf>>, referencia citada en página 68.

HORVILLEUR, DELPHINE

- 2022 *Vivir con nuestros muertos Pequeño tratado de consuelo*, Barcelona: Libros del Asteroide, referencia citada en página 31.

MACHADO, MARIA HELENA *et al.*

- 2023 «Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por COVID-19 no Brasil: uma abordagem sociológica», en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 28, n.º 2, referencia citada en página 37.

Referencias

115

MORENO, MAURICIO

- 2020 «Homenaje y protesta: el emotivo acto del personal de salud en Bogotá», en *El Tiempo*, recuperado de <<https://www.eltiempo.com/salud/coronavirus-en-medicos-de-colombia-homenaje-al-personal-de-la-salud-en-bogota-545363>>, referencia citada en página 87.

MSPS [Ministerio de Salud y Protección Social]

- 2022 *Mortalidad en Colombia periodo 2020-2021. Medición de la mortalidad por todas las causas y COVID-19*, Bogotá, referencia citada en página 91.

ONS [Observatorio Nacional de Salud]

- 2021 «COVID-19: progreso de la pandemia y sus desigualdades en Colombia», en *Informe Técnico*, n.º 13, referencia citada en página 93.

OROZCO TASCÓN, CECILIA

- 2020 «Médicos y enfermeras, maltratados por Colombia», en *El Espectador*, recuperado de <<https://www.elspectador.com/colombia/mas-regiones/medicos-y-enfermeras-maltratados-por-colombia-article-915285/>>, referencia citada en página 78.

PÉREZ CAMPOS, DIANA

- 2020 «¿A nosotras quién nos cuida?, se preguntan las enfermeras en su día», en *El Tiempo*, recuperado de <<https://www.eltiempo.com/salud/dia-de-las-enfermeras-como-estan-en-colombia-con-la-pandemia-de-coronavirus-494260>>, referencia citada en página 82.

PETRACCI, MÓNICA y SILVIO WAISBORD

- 2011 *Comunicación y salud en la Argentina*, Buenos Aires: La Crujía, referencia citada en página 22.

REDACCIÓN

- 2020a «Al principio me sentía tan sucia que no quería llegar a la casa», en *Semana*, recuperado de <<https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/coronavirus-enfermera-colombiana-sobre-la-vida-en-las-uci/689840/>>, referencia citada en página 82.
- 2020b «El gesto de una enfermera que dejó a un hijo despedir a su madre: “es inhumano no hacerlo”», en *Izquierda diario*, recuperado de <<http://www.laizquierdadiario.com/El-gesto-de-una-enfermera-que-dejo-a-un-hijo-despedir-a-su-madre-Es-inhumano-no-hacerlo>>, referencia citada en página 32.
- 2020c «Enfermera en Barranquilla fue atacada tras ser acusada de tener COVID-19», en *Semana*, recuperado de <<https://www.semana.com/nacion/articulo/coronavirus-en-colombia-agreden-a-enfermera-en-barranquilla-por-la-covid-19/664524/>>, referencia citada en página 86.

REDACCIÓN

- 2020d «Especiales Semana: Los gladiadores contra el coronavirus», en *Semana*, recuperado de <<https://especiales.semana.com/heroes-contra-el-coronavirus-en-colombia-medicos-enfermeras-personal-sanitario/index.html>>, referencia citada en página 83.
- 2020e «Pandemia deja al descubierto crítica situación laboral de enfermeras», en *Semana*, recuperado de <<https://www.semana.com/economia/articulo/enfermeras-en-medio-del-coronavirus-situacion-laboral-critica/675806>>, referencia citada en página 85.
- 2021a «¿Para dónde se fueron los aplausos?», en *La República*, recuperado de <<https://www.larepublica.co/opinion/editorial/para-donde-se-fueron-los-aplausos-3179893>>, referencia citada en página 93.
- 2021b «Coronavirus en Colombia: así vive el personal de salud el tercer pico», en *El Espectador*, recuperado de <<https://www.elespectador.com/salud/tercer-pico-en-la-voz-del-personal-de-salud>>, referencia citada en página 93.
- 2022 «Médicos y enfermeras atendiendo 25 pacientes por día y sin buen salario: el país olvidó a los que aplaudió en pandemia», en *Semana*, recuperado de <<https://www.semana.com/economia/empresas/articulo/medicos-y-enfermeras-atendiendo-25-pacientes-por-dia-y-sin-buen-salario-el-pais-olvido-a-los-que-aplaudio-en-pandemia/202259/>>, referencia citada en página 94.

RODEGHERO, CARLA SIMONE

- 2023 «História Oral: reflexão sobre sua prática e algumas notas sobre o Projeto Documentando a Experiência da COVID-19 no Rio Grande do Sul (Brasil)», en *Experimentações de patrimônio: práxis para uma educação dialógica*, Porto Alegre: Evangraf, referencia citada en página 39.

ROJAS, JUAN; ADIELA FORERO PULIDO; MARTA LOPERA BETANCUR y LUZ GARCÍA AGUILAR

- 2021 «Cuidar al paciente con COVID-19: entre la incertidumbre y el deseo de salir adelante», en *Revista Colombiana de Enfermería*, vol. 20, n.º 2, págs. 1-13, referencia citada en página 83.

TORRESINI, ELIZABETH ROCHADEL

- 2020 *Caminhos da enfermagem: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre do século XIX ao XX*, Porto Alegre: ISCMPA, referencia citada en página 42.

VELÁSQUEZ JIMÉNEZ, CLAUDIA

- 2020 «Enfermería en Colombia en tiempos de la pandemia por coronavirus», en *Revista Ciencia y Cuidado*, vol. 17, n.º 2, referencia citada en página 81.

Referencias

117

WEBER, BEATRIZ TEIXEIRA

- 2008 «Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre», en *Instituições de saúde de Porto Alegre*, ed. por Beatriz Teixeira Weber y Juliane Conceição Primon Serres, Porto Alegre: Ideograf, referencia citada en página 41.

Índice de autoras y autores del aparato bibliográfico

Agostoni, Claudia, 14, 39
Alvarado, Consuelo, 84
Azevedo, Nara, 42

Badanta, Bárbara, 98
Barroso, Véra Lucia Maciel, 42,
43

Caretta, Gabriela, 22
Ccoillo Sandoval, Melina, 67
Comelles, Joseph, 27, 29, 35
Contieri Abad, Adriana, 52

Ferreira, Luiz Otavio, 42

Gayol, Sandra, 22
Good, Byron, 35

Herrera Delgans, Leonardo, 87
Holder, Josh, 68
Horvilleur, Delphine, 31

Machado, Maria Helena, 37
Moreno, Mauricio, 87
MSPS, 91

ONS, 93
Orozco Tascón, Cecilia, 78

Pérez Campos, Diana, 82
Petracci, Mónica, 22

Redacción, 32, 82, 83, 85, 86, 93,
94

Rodeghero, Carla Simone, 39
Rojas, Juan, 83

Torresini, Elizabeth Rochadel, 42

Velásquez Jiménez, Claudia, 81

Waisbord, Silvio, 22
Weber, Beatriz Teixeira, 41

Sobre las autoras y el autor

Ana Paula Korndörfer — Mestre em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e Doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). É vice-coordenadora do Laboratório de História Social e Comparada do Cone Sul (IFRS - CNPq). Atua como professora e pesquisadora junto ao Programa de Pós-Graduação em História da Unisinos.

Bárbara Badanta — Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora titular de la Universidad de Sevilla. Pertenece al grupo de investigación PAIDI-CTS 1050 "Atención compleja, cronicidad y resultados en salud". Ha publicado sus producciones en revistas de gran circulación.

Carla Mora Augier — Licenciada en Letras en la Universidad Nacional de Tucumán y doctoranda en Ciencias Sociales y Humanidades en la Universidad Nacional de Quilmes. Es becaria doctoral de CONICET con lugar de trabajo en la UNQ.

Clara Gilligan — Antropóloga y Magíster en Antropología Social por la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como asesora técnica en el Ministerio de Salud de la Nación y como docente universitaria en la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Su último libro es *Después de Parir. Una etnografía de la atención obstétrica posparto* (2024).

Daniela Edelvis Testa — Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, Magíster en Diseño y Gestión de Programas Sociales (FLACSO), especialista en Evaluación y Gerencia Social (FLACSO) y Licenciada en Terapia Ocupacional por la Universidad Nacional de San Martín. Es docente en la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Ha publicado *Del alcanfor a la vacuna*

Sabin. La polio en la Argentina (2018) y *Esenciales en debate* (2021), junto a Adrián Cammarota.

Karina Ramacciotti — Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires e investigadora del CONICET. Ejerce la docencia en la Universidad Nacional de Quilmes. Directora de proyectos de investigación de alcance nacional financiados por AGENCIA I+D, Universidad Nacional de Quilmes y Universidad José Clemente Paz. Su último libro es *Estudiar, cuidar y reclamar. La enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19* (2023).

María Rosa Gudiño — Doctora en Historia por El Colegio de México. Realizó un posdoctorado en el Instituto Nacional de Salud Pública y actualmente es profesora- investigadora en la Universidad Pedagógica Nacional. Autora de *Educación higiénica y cine de salud en México, 1925-1960* (2016).

María Rocío Meseguer Fernández — Graduada en Enfermería por la Universidad de Sevilla. Doctoranda en el Doctorado Interuniversitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Sevilla.

Natalia María Gutiérrez Urquijo — Doctora y Maestra en Historia por El Colegio de México. Historiadora por la Universidad de Antioquia. Se desempeña como docente de cátedra en la Universidad del Norte en Barranquilla. Autora de *Regenerar la infancia y asistir a la madre. Historia de una política social en Colombia, 1918-1938* (2024).

Rita de Cássia Marques — Historiadora. Mestre em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Profa titular da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em História da UFMG. Coordenou o Centro de Memória da Escola de Enfermagem da UFMG entre 2006-2021.

Yesenia Musayón-Oblitas — Vicerrectora Académica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, coordinadora del Grupo de Investigación para el Desarrollo, validación e Implementación de Cuidados –CuidART– e investigadora titular del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt-UPCH. Doctora en Salud

Pública, Magíster en Epidemiología, Magíster en Docencia e Investigación en Educación Superior. Posdoctorada en Epidemiología.

Roxana Obando Zegarra — Directora de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Jefa de la Unidad funcional de Investigación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Doctora en Salud Pública, Magíster en Administración y Gestión en Servicios de Salud, Especialista en Emergencias y Desastres y en Administración y Gestión de Servicios de Salud. Posdoctorada en Investigaciones Humanísticas.

Miguel Albino López — Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos. Coordinador del Servicio de Hemodinamia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Magíster en Gestión y Servicios en Salud.

Colofón

La composición tipográfica de este libro se realizó utilizando gbTeXpublisher.

Las familias tipográficas utilizadas dentro del libro son: IBM Plex, una superfamilia de tipografía abierta, diseñada y desarrollada conceptualmente por Mike Abbink en IBM con colaboración de Bold Monday y Libertinus, bifurcación de la fuente Linux Libertine, diseñada para el texto del cuerpo y la lectura extendida.

