

Diálogos sobre experiencias de la intervención médica y la enfermería durante la Pandemia del COVID-19

Pablo Gudiño Bessone

pablo.gbessone@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Villa María, CIS-IDES/CONICET

Jaquelina Rubiolo

jaquelinarubiolo@gmail.com

Universidad Nacional de Villa María

Diálogos sobre experiencias de la intervención médica y la enfermería durante la Pandemia del COVID-19¹

Resumen

Este escrito es resultado de una serie de conversatorios organizados en el marco del Proyecto de Extensión Universitaria UNVM 2021: *Conversatorios sobre dilemas bioéticos y experiencias de la práctica médica y la enfermería en contexto de pandemia por COVID-19 en la ciudad de Villa María*. El objetivo consistió en generar un espacio de intercambio interinstitucional con actores involucrados a los entes de salud pública y privada de la ciudad y la región a fin de conocer sus experiencias de intervención y trabajo durante la pandemia. Se realizaron cuatro conversatorios en modalidad virtual cuya línea temática invitó a la reflexión sobre un conjunto de dimensiones problemáticas que cobraron visibilidad en el escenario y contexto de las restricciones sanitarias.

Palabras clave: COVID-19; bioética; práctica médica; enfermería; salud

¹ Proyecto de Extensión Universitaria UNVM 2021 "Conversatorios sobre dilemas bioéticos y experiencias de la práctica médica y la enfermería en contexto de pandemia por COVID-19 en la ciudad de Villa María". Director: Dr. Pablo Gudiño Bessone (PEGDeS-CCONFINES (UE UNVM/ CONICET). Co-directora: Dra. Raquel Drovetta (CCONFINES (UE UNVM/ CONICET). Coordinadora: Lic. Jaquelina Rubiolo (IAPCH-UNVM). Integrantes: Lic. Diana Ahumada (IAPCH-UNVM); Lic. Micaela Crosetto (IAPCH-UNVM); Lic. Clarisa Sosa Enríquez (IAPCH-UNVM); Lic. Daiana Monti (CCONFINES-UNVM/ Becaria Doctoral CONICET); Lic. Camila Liberal (CONICET); Lic. Mariano Andreis (IAPCS-UNVM); Lic. Agostina Arzeno Gardella (IAPCS-UNVM); Lic. Silvina Musa (IAPCS-UNVM); María José Prospero (IAPCH-UNVM); Julia Mercado (IAPCS-UNVM); Micaela Tauber (IAPCS-UNVM); Carolina Merlo (IAPCS-UNVM); Micaela Rista (IAPCS-UNVM); Melania Ruiz (IAPCS-UNVM).

Introducción

La crisis sanitaria provocada por la pandemia del COVID-19 reveló, tanto en Argentina como en el escenario local y transnacional, procesos de profundización de las desigualdades sociales al tiempo que contribuyó a cristalizar problemas estructurales que venían afectando el desarrollo y funcionamiento del sistema de salud pública.

La rápida y vertiginosa propagación del virus en el territorio argentino y el aumento en la curva de contagios supuso la toma de medidas gubernamentales por parte del Estado Nacional y los Estados Subnacionales con el objeto de implementar políticas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) que impactaron de manera directa e indirecta en la dinámica y alcance de los servicios de salud.

La pandemia del COVID-19 y sus derivados pusieron en evidencia la sobrecarga a la que frecuentemente se encuentran expuestos/as los/as trabajadores/as del sistema público de salud, sumado a las tensiones y desafíos que surgieron respecto a la reorganización y definición de algunas áreas de la salud como prestación de servicios esenciales.

La emergencia sanitaria dio lugar a una proliferación de riesgos multidimensionales inmediatos que afectaron tanto a la población usuaria de los servicios como al universo de sus trabajadores. Médicos/as y enfermeros/as se encontraron expuestos a un aumento considerable de las exigencias de su trabajo debido a la vertiginosidad de la pandemia, también a aspectos emocionales, y a un aumento en los niveles de responsabilidades éticas vinculadas a la toma de decisiones discrecionales.

El escenario de la pandemia permitió identificar una diversidad de problemas relacionados con el campo de las decisiones bioéticas en salud que tuvieron lugar en el itinerario y la dinámica de las instituciones sanitarias. Entre estos aspectos y conflictos bioéticos fundamentales destacaron los dilemas que surgieron en relación a la tensión entre las políticas públicas y los derechos individuales, el colapso del sistema de salud, la consideración o no de algunas afecciones y patologías como prestación de servicios esenciales, y las posibilidades de garantizar o no la continuidad de los servicios básicos de salud ante el escenario crítico que significó la pandemia del COVID.

Los diálogos e intervenciones publicadas en este escrito se inscriben en el marco de una serie de conversatorios virtuales organizados desde el Proyecto de Extensión Universitaria (2021) que llevó por título: *Conversatorios sobre dilemas bioéticos y experiencias de la práctica médica y la enfermería en contexto de pandemia por COVID-19 en la ciudad de Villa María*. En líneas generales, el mencionado proyecto se propuso como objetivo generar instancias de reflexión crítica con actores involucrados a instituciones de salud pública y privada de la ciudad de Villa María. Los conversatorios contaron con la disertación de directivos, médicos/as y enfermeros/as que desempeñan sus tareas en el Hospital Regional Pasteur de Villa María, el Centro de Operaciones de Emergencia (COE), la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María y la Clínica de Especialidades. También, formaron parte de esta serie de diálogos efectores/as de salud de otras instituciones y localidades de la provincia de Córdoba, entre las que cabe mencionar personal sanitario del Hospital Materno Neonatal "Dr. Ramón Carrillo" y el Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba Capital, Instituto Superior "Madre Teresa de Calcuta" de San Francisco y la Residencia de la Tercera Edad "El Algarrobo" de la localidad de Oncativo.

Los conversatorios contribuyeron al diálogo sobre el escenario pandémico a nivel local y provincial, promoviendo el debate interdisciplinario con actores vinculados a las instituciones de salud y la comunidad docente y estudiantil de la UNVM de las distintas carreras del IAPCS y el IAPCH. Esto último, considerando la importancia de un cruce entre dimensiones analíticas sociosanitarias y sociopolíticas a la hora de abordar y reflexionar sobre los impactos de la pandemia. Las discusiones tuvieron como eje problemático los siguientes puntos: 1) Impactos de la pandemia COVID-19 en la práctica médica, 2) Desafíos de la enfermería en contextos de crisis y vulnerabilidad sanitaria, 3) Bioética, pandemia y salud comunitaria, 4) La pandemia del COVID-19 y la revalorización de la salud pública como política de Estado.

La propuesta tuvo como objetivo conocer y compartir experiencias sobre las diversas formas en que los/as profesionales de la salud debieron enfrentar la crisis sanitaria. El objetivo fue promover el intercambio entre la comunidad universitaria, los actores que forman parte de las instituciones públicas de salud y la comunidad en general respecto a la complejidad de situaciones que se presentaron con la pandemia y sus impactos directos en el desarrollo de la práctica profesional.

La idea y armado de estos conversatorios surgió de la necesidad de atender a demandas específicas de los/as trabajadores/as del sistema local de salud y sus intereses por visibilizar y compartir experiencias laborales en el contexto de una crisis sanitaria. También, del interés de la comunidad docente y estudiantil de la UNVM por ampliar los márgenes de conocimiento y comprensión sobre los derroteros de la pandemia del COVID-19 en el escenario local.

A continuación, compartimos las disertaciones de referentes del sistema de salud local y de ciudades afines que, en sus diferentes roles y actividades, fueron partícipes institucionales del escenario de la pandemia y que decidieron compartir sus experiencias de intervención y trabajo en el marco de los conversatorios:

Sergio Arroyo

Médico

Director del COE Regional

Director del Hospital Regional Pasteur de Villa María

El 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud informó acerca de un conglomerado de casos de neumonía causado por un nuevo coronavirus en Wuhan, China. Desde ahí, el virus fue pintando el planeta a una velocidad inusitada. En Argentina, el primer caso se detecta el 3 de marzo de 2020, y el primero en la provincia de Córdoba el 6 de marzo. El 11 de marzo, la OMS declaró el coronavirus como pandemia. En tan solo tres meses el virus se había propagado por todo el planeta y era muy poco lo que se sabía de él. Durante el desarrollo de la pandemia, fuimos aprendiendo de todos los países, Argentina, con la ventaja de que lo sucedido en Asia, en Europa, en el hemisferio norte, sería lo que viviríamos nosotros, y eso nos daba un pequeño margen de tiempo para ir preparándonos.

En Argentina, el sistema de salud es mixto: público y privado; a su vez, el público está dividido en nacional, provincial y municipal. O sea, era muy complejo articular todos estos efectores en una misma línea para poder dar respuesta a una pandemia que ya teníamos encima. En Córdoba, se optó por la estrategia de conformar un centro de

operaciones de emergencia, el famoso COE, cuya misión era coordinar todas las acciones para planificar, direccionar, optimizar los recursos que teníamos a mano. Por supuesto que el Ministerio de Salud era la cabeza de este entramado. El COE de la provincia conformó, a su vez, 8 regiones, de acuerdo a los hospitales de cabecera ya instalados a lo largo de su territorio. Nosotros, con el número 7, y el "Hospital Pasteur" como hospital de cabecera, abarcábamos 71 municipios, y en cada uno de ellos se debía conformar un COE municipal. El primer diagnóstico de situación arrojó un número de aproximadamente 450.000 habitantes. Dentro de los 71 municipios, había 15 clínicas -o sea, gente y estructura para internar pacientes- de las cuales 5 estaban concentradas en Villa María, es decir que solamente 10 municipios tenían clínicas. En definitiva, había 61 municipios que tenían que derivar sus pacientes para ser internados.

Entre tanto, el virus se instalaba. Por aquel entonces, la única herramienta para diagnosticar era el hisopado para PCR, siendo el laboratorio central de Córdoba el único que los procesaba y, lógicamente, con una capacidad de proceso limitada. O sea que se hacía muy engorroso a la hora de tener que aislar el sospechoso, aislar a todos sus contactos estrechos, y aislar los contactos de contactos. Y el virus se seguía propagando.

Si bien el Pasteur está a punto de cumplir 100 años, el nuevo edificio data de 2015, con nueva estructura, nueva orgánica, nuevos recursos humanos; casi como un hospital nuevo. Para entonces, teníamos un ala aun cerrada, veníamos trabajando con 101 camas, pero la pandemia hizo que tuviéramos que abrir todo el hospital. Hubo que definir toda la estructura sanitaria, definir la acción en el primer nivel de atención, definir la circulación de cada uno de los enfermos que requería del segundo nivel. Y todo sin descuidar que el Hospital seguía trabajando con las patologías prevalentes, porque siguen naciendo 100 chicos por mes, sigue habiendo infartos, ACVs, pacientes pediátricos, etcétera, y toda esta demanda nueva era para sumar a lo que ya veníamos trabajando.

Se crearon instancias de capacitación, sobre todo con el servicio de infectología, para usar los equipos de protección personal (EPP). Se supone que un agente de salud sabe ponerse guantes, batas, barbijos, pero el proceso del uso de EPP tiene 17 pasos. Sin embargo, los agentes infectados se contagiaron en su ámbito social, quiere decir que la capacitación funcionó satisfactoriamente.

Se dispusieron 44 camas de piso y 26 camas de terapia intensiva exclusivamente para COVID. Se internaban un promedio de 500 pacientes por mes, de los cuales entre 100 y 150 eran COVID. Los picos fueron en setiembre-octubre de 2020 y mayo-junio de 2021. Nunca, ni siquiera tuvimos que derivar los pacientes de la zona programática, ni decirle a un paciente que no tenía la cama disponible para la complejidad que necesitaba. Se trabajó en red con las clínicas privadas, ya sea en asistencia por respiradores o por internación; alrededor del 50% de los pacientes internados en el hospital tenían cobertura y hubieran podido asistirse en clínicas privadas, pero la prioridad era la atención de todos.

La primera vacuna que se puso en el hospital fue el 29 de diciembre de 2020, la famosa Sputnik, a la que le tenían hasta miedo, porque no se sabía mucho, si usaba vectores virales, cuáles son las tecnologías modernas para desarrollar vacunas. Sin embargo, entre Sputnik, Astrazeneca, Sinopharm, CanSino y Pfizer han logrado controlar la pandemia.

Fuimos aprendiendo mucho sobre la marcha, los/as terapistas tuvieron que ir formándose en ventilar pulmones rígidos, que no era una patología común; usar medicamentos como el ozono que nunca llegaron a tener respaldo científico suficiente para justificar su uso, pero no había otra cosa; los antivirales, la inmunoterapia, los anticuerpos

monoclonales, los corticoides que son los cuatro grupos de tratamientos que hoy se están usando en el mundo, y han tenido, en esta última etapa de la pandemia, una buena respuesta.

Quizá una de las debilidades del sistema sanitario provincial fue, en primer lugar, esperar hasta el día 9 para la internación. El desafío era bajar a 7, a 6, a lo sumo a 5 días la oportunidad de tratamiento. Otra debilidad era el seguimiento telefónico, para nosotros fue muy importante instalar una carpa frente al hospital para que el paciente, sí o sí, fuera visto presencialmente por un médico, se detectaban las neumonías en el estadio más precoz, y así había oportunidad de tratamiento con resultados mucho mejores.

Pedro Trecco

Médico

Secretario de Salud de la Municipalidad de Villa María

En diciembre de 2019, yo recién asumía como Director de la Asistencia Pública de la Municipalidad de Villa María y hablaba de que el problema estaba en el dengue, la chikungunya, los alacranes, y pensábamos que era muy poco probable que el virus nos alcanzara. Sin embargo, tres meses después, nuestro presidente tuvo que sacar un decreto de necesidad y urgencia declarando la cuarentena obligatoria.

Para ese entonces, sabíamos que el virus tenía una mortalidad del 3% y podía llegar al 35%. Un colega, con quien hice mi residencia y trabaja en Italia, me decía que a los mayores de 70 años los dejaban morir en sus casas, para no quitar la oportunidad del ventilador a alguien más joven. A cualquier profesional, decidir "esta persona vive, esta persona muere" lo deja marcado de por vida. No tenemos que llegar a esa instancia.

La cuarentena tan larga, tan discutida, que seguramente tuvo un costo económico terrible para el país, evitó una catástrofe. Veníamos de muchos años con un sistema fragmentado, desarticulado, dónde la referencia y la contra referencia prácticamente no existían, y hubo que armar el segundo y el tercer nivel. En cuanto al primer nivel de atención, en la década de 1990, el Estado nacional y provincial prácticamente se lo habían sacado de encima para tirárselo a los municipios, sin el presupuesto para solventarlo. En Villa María, hubo una política sanitaria muy fuerte que permitió la existencia de 13 centros de atención primaria (CAPS) y la Asistencia Pública.

Cuando surge el coronavirus, para los médicos, la dimensión biomédica parecía relativamente fácil, porque lo tenemos naturalizado como algo técnico. Una enfermedad es una patología, bien, entonces, entenderlo técnicamente fue sencillo y todo se direccionó al paradigma biomédico: produce neumonía, tengamos terapia intensiva con muchos ventiladores artificiales. El tema de esta dimensión es que, si uno simplifica, se complica. Siempre hay que analizar la complejidad, y la enfermedad tiene otras dimensiones. Tiene también la dimensión del paciente. Lo que para nosotros es una patología, para el paciente es un dolor que se expresa de diferentes modos. Cada uno asume el dolor de manera distinta.

Pero hay otra dimensión, el entorno familiar. Lo que, para nosotros, los médicos, se centra en una patología -y sostengo que debemos cambiar esa mirada- para el paciente es un dolor y para el entorno es un padecer. El coronavirus enfermaba al paciente, que también enfermaba a la familia y terminaba enfermado a toda la comunidad.

Todo esto, sumergido en el determinante social de la salud humana. De allí la estrategia de territorializar, ya que, independientemente de que el virus se extendió en toda la ciudad, el gran temor era que tomara rápidamente las zonas con más inequidades socioeconómicas. Nosotros ya teníamos la ciudad dividida en 5 territorios, lo que fue de gran ayuda. En la zona 5, mayormente habitada por la clase media acomodada, la zona centro, siempre salió en punta, porque son los que menos respetaban las reglas acerca del estilo de vida que había que asumir. La gente de los barrios periféricos, compra, se mueve, en su gran mayoría en su mismo hábitat, por eso el virus tardó en llegar. A pesar de que el virus se expandió, las olas siempre empezaron en la zona 5.

Analizábamos permanentemente estas variables: la razón del caso; la incidencia de casos de acuerdo al porcentaje de las poblaciones; el índice de positividad; la mortalidad. Hubo momentos, en los picos, cuando, a pesar de haber triplicado el sistema sanitario del segundo y tercer nivel de atención, el sistema saturaba. El día que decidimos subir la foto de las ambulancias haciendo cola en el Hospital Pasteur, no había camas en la ciudad. En el pico de 2020 hubo 5143 casos, con 120 fallecidos, lo que dio una letalidad del virus de 2.33%. En 2021, con la experiencia acumulada, y a pesar de haber muchos casos más, empezamos a tener los test rápidos, entonces detectamos más rápido y la letalidad cayó prácticamente un 52.6%. En Villa María, terminamos teniendo una letalidad de 1.68%, una de las letalidades más bajas del país y del mundo. En 2021 también hubo un cambio de estrategia, ya no se hizo seguimiento telefónico, sino domiciliario. Telefónicamente, lo que sí tuvimos y nos funcionó mucho, es la asistencia psicológica.

El coronavirus es una enfermedad altamente contagiosa e impredecible en cuanto a evolución. El 82% de los fallecidos son mayores de 70 años, pero hay un 18% o un 20% de gente de 40, de 30, de 25 años que no tenían comorbilidad y han fallecido por el virus. Sabemos que la edad, la obesidad, la hipertensión, son factores de riesgo muy importantes, pero también ha muerto gente absolutamente sana.

En la atención primaria se destacan 5 puntos básicos: el estilo de vida; los hisopados; las vacunas; la mesa epidemiológica y el equipo. Respecto al estilo de vida, hoy manda a usar barbijo, alcohol para limpiarnos las manos asiduamente, tocarnos la cara lo menos posible, no aglomerarse en ambientes cerrados y poco ventilados. Hay que empoderar a la gente, el estilo de vida es el determinante de salud más importante, y cada uno tiene la posibilidad de evitar engrosar la masa de contagios. No me contagio yo, no contagio a otros. Porque la evolución de la enfermedad es impredecible y, al día de la fecha, todavía no tiene tratamiento específico, salvo la prevención con las vacunas.

Los grupos de hisopadores de Villa María han hecho un trabajo maravilloso. Para dar una idea, se han hecho 88003 test rápidos y casi 40000 test de PCR, es decir, prácticamente, hemos testeado a la ciudad dos veces. Para sostener el vacunatorio, ahora que vacunan a niños chiquitos, han llegado a disfrazarse de payasos para generar otro clima. La mayoría, en estos 18 meses, no han tenido más de 5 días hábiles de vacaciones. En Villa María, estamos en el orden del 94% de la población con una dosis y más del 70% con dos dosis. Se han colocado prácticamente 140000 vacunas y hay otros tantos cargando esa vacuna en el sistema, todo un trabajo. Pero estamos convencidos que la salida de esto, en este momento, es con las vacunas. Una de las fortalezas de nuestro sistema es que hoy hay 24 vacunas oficiales obligatorias y gratuitas, eso generó una cultura de la vacunación que otros países no tienen. Estados Unidos tiene entre 60 y 80 millones de individuos que son anti vacunas, porque las vacunas allá se compran.

Con respecto a la mesa epidemiológica, se trabajó 24 horas, en tres turnos de 8 horas, (incluso con voluntarios que no pertenecen al sistema de salud) con seguimiento a través del centro estadístico municipal que nos brindó la posibilidad de tener geolocalizado cada paciente y tener un reporte diario por parte del paciente. Estamos elaborando un pedido de ordenanza para que esta mesa epidemiológica permanezca en actividad permanente. Queremos naturalizar en la gente que la salud es un Derecho Humano.

Finalmente, cuando hablo de equipo, no es "de la salud" sino "por la salud" A veces nos preguntábamos: ¿Qué pasaría si en Villa María hay una catástrofe? Bueno, vivimos una catástrofe y la superamos por la calidad de cada uno de los integrantes del equipo, con momentos buenos y malos, pero siempre con la idea de equipo, de estar para y con la gente. Ahora sabemos que tenemos una misión: estar con la gente, pensando en el futuro del bienestar de la gente del conglomerado Villa María-Villa Nueva.

Samanta Arteta

Enfermera

Hospital Regional Pasteur de Villa María

Fue un año y medio bastante duro para quienes trabajamos en salud, y para todos en general. A pesar de que tuvimos preparación previa, ya sea en adaptarnos en la parte edilicia como en protocolos, esto generó mucha incertidumbre. Mucho miedo, miedo no sólo a contagiarnos, sino también de contagiar a otros. Cuando comenzamos a trabajar con los primeros pacientes no sabíamos si estábamos haciendo las cosas bien. Adaptarse a los equipos de protección personal, la falta de aire, el calor, no ayudó a trabajar con comodidad, pero nos fuimos afianzando con el tiempo.

Particularmente, la soledad fue algo que me afectó mucho. Soy bastante sociable y llegar a casa y estar sola, tener los familiares lejos, me provocaba altos grados de estrés y ansiedad. Eso, sumado a no poder permitir que los pacientes te reconozcan, que sólo puedan ver tus ojos. No poder compartir un café, un mate con tus compañeros, no poder compartir una charla, no poder verte la cara en realidad, los gestos, que a veces dicen muchas cosas, eso también generó mucha angustia. Lamentablemente, requerimos ayuda terapéutica, así nos mantuviéramos un poco más firmes y concentrados en el trabajo.

En cuanto a los pacientes, hay muchas cosas que nos han marcado de por vida, saber que no pueden ver a sus familiares, y ponerse en el lugar de los familiares también, a mí me generó mucha angustia. Fue estresante. Con el tiempo, uno se fue relajando para trabajar, pero no es lo mismo, aunque tratamos de estar con ellos lo más que podíamos, tomarles las manos a veces. El tema de afrontar la muerte de esta manera -a pesar de que nosotros convivimos con la muerte, más en las áreas críticas- afrontarla así, fue muy chocante, y yo creo que es algo que no voy a poder sacarme nunca de la cabeza. Ese es mi pesar hoy en día, y fue una de las cosas que me hizo decidir salir un poco de las áreas COVID. A pesar que uno da todo, y dio todo, no poder llegar al objetivo de mejorarle la salud a una persona, te hace sentir un poco impotente.

Cecilia Bruera

Enfermera

Hospital de Urgencias de Córdoba

La experiencia en el Hospital de Urgencias durante la pandemia fue diferente al resto de los hospitales. El Hospital de Urgencias brinda un servicio de poli traumas, se especializa básicamente en recibir accidentes de tránsito, traumatismos graves. Al iniciar la pandemia, el Hospital se encontraba prácticamente vacío, y eso nos mantenía en la incertidumbre. Era impactante recibir sólo uno o dos accidentes de tránsito al mes. Luego, por decisiones políticas de salud, se estableció que el Hospital sería el único que no recibiría pacientes COVID positivo. Lo que se hacía era recepcionar el paciente, hisoparlo y, si era negativo, quedaba en el hospital, si era positivo, se lo derivaba.

Lo que se empezó a recepcionar fueron casos con intentos de suicidio, autoagresiones. Es algo de lo que no se habló, o al menos no se visibilizó en los medios de comunicación, pero llegamos a mitad del año 2020 con un 80% de camas ocupadas con este tipo de casos. Creo que lo más desestabilizante para el personal del Hospital - independientemente de que todos estábamos en situación de vulnerabilidad- era que había que atenderlos con todos los protocolos y equipos de protección, algunas veces en situaciones muy críticas, pero, obviamente, primaba salvarles la vida.

El Hospital tiene un departamento de salud mental, y en 2019 nos estuvimos formando en todo lo referido a esa área. Se creó una red de atención con mucha continuidad en este tipo de casos, y cuando empezó a querer tomar forma, nos sorprendió la pandemia. Los casos que llegaban eran muchísimos y nunca estaba el equipo completo. A causa de la falta de personal que, además de sus enfermedades o necesidades que los obligaban a estar ausentes se sumaban los contagiados por COVID, nosotros, los/as enfermeros/as, estábamos prácticamente 12 horas al día ahí, enfrentando estas situaciones tan delicadas, así que tuvimos que empezar a ver cómo hacíamos para contener. Fue muy complicado, y creo que hasta el día de hoy todavía no nos quedó claro cómo hacer.

Germán Gallera

Enfermero

Hospital Materno Neonatal "Dr. Ramón Carrillo" de Córdoba

En los primeros meses de pandemia, en neonatología no había situaciones vinculadas al COVID-19, pero había una gran incertidumbre. Nos decían que era un área blanca, un espacio limpio de COVID, pero cuando todo se saturó, también nos tocó a nosotros. Al principio teníamos miedo, porque no sabíamos qué características tendría el virus en los recién nacidos, si estábamos preparados para cuidarlos correctamente. En casi todas las maternidades de Argentina, la política es la maternidad segura y centrada en la familia. Esta filosofía empodera a las familias, y las hace dueñas del cuidado, establece que los profesionales debemos, por decirlo de alguna manera, bailar al ritmo de ellas. Nuestras terapias intensivas eran abiertas, sin horario de visita, podían entrar a ver a sus hijos en cualquier momento, pero eso se cerró, y la mamá, el papá, solo podían entrar una horita a la mañana y traer un PCR.

Durante 2020 no tuvimos bebés huérfanos por COVID, en 2021, sí. Hubo que hacer cesáreas para sacar a los bebés de las mujeres que colapsaban, para poder ventilarlas, porque no las podían pronar, ¿quién prona a una embarazada? Para entonces, empezamos a tener los primeros bebés huérfanos por COVID. Eso nos conmocionó mucho. Si bien nosotros ya habíamos trabajado con la pandemia del H1N1 -que no afectaba a toda la población, pero sí a las embarazadas- y tuvimos muchos bebés huérfanos, no teníamos el miedo instalado colectivamente.

Más adelante, también empezamos a atender bebés infectados, y los bebés no transitaban la experiencia COVID igual que los adultos, no colapsaban respiratoriamente, colapsaban por desequilibrio hidroelectrolítico, porque tenían grandes diarreas, muchos vómitos. Esto determinó que tuviéramos que aprender nuevos lenguajes corporales de los bebés. Fue un gran desafío, tanto para hacer lo correcto con los bebés -y hacer lo correcto no era solamente tener cuidado en la administración de medicaciones- sino también hacer lo correcto con la familia. Por ejemplo, no podíamos vincular a las mamás que estaban internadas por cesárea con los bebés internados, entonces empezamos a mandar videos de los bebés a las enfermeras que estaban cuidando a las mamás en la terapia. Empezamos a establecer estrategias emancipadoras para que estas madres pudieran vincularse con sus bebés, porque estaban en estado grave. La verdad, fueron meses bastante atípicos, donde nuestras emociones estuvieron muy comprometidas, pero acá estamos.

Victoria Gallo

Enfermera

Instituto Superior "Madre Teresa de Calcuta" de San Francisco

ATSA

Mi experiencia fue como docente. Me encontré aprendiendo a habilitar espacios nuevos, a través de WhatsApp, zoom, Meet, y llevar las clases hacia otro nivel, porque cómo hacer para compartir conocimiento, compartir experiencias siendo que del otro lado no tenemos la gestualidad o la energía que se puede percibir en la presencialidad.

Por otra parte, había algunos que contaban con acceso a internet y varios dispositivos, pero otros no. Muchos tenían hijos escolarizados que necesitaban usar los mismos dispositivos, entonces había que adaptar la clase a un formato virtual de *classroom*, dejar material audiovisual para ser visto en otro momento, había que asegurar las clases en tiempo y forma, pero adaptadas a las posibilidades de la mayoría.

Fue un desafío importante, primero estuve muy negada, tenía mucho enojo porque me costaba salir de las estructuras a las que estaba acostumbrada. Después, pasé a la desesperación, sentía miedo e incertidumbre de no saber cómo afrontar las cosas, si lo estaba haciendo bien o no. Fue muy difícil explicar y dar contenidos prácticos de manera virtual. Lo único que me sostenía era ese proceso de *feedback*, de entender que los estudiantes también manifestaban lo que sentían, y así poder generar oportunidades para todos, cada uno con su individualidad y su dificultad particular. En ciertos momentos, también colapsé, me sentí con mucho trabajo extra, estar en el hogar y tener que adoptar muchos roles: madre, profesional, docente, y también ser docente de mi hijo.

Con el correr de los meses comprendí que el aula no es el único espacio para aprender. La gran pregunta era: ¿Cómo llevar el hospital, llevar el ámbito clínico a la casa?

Y empezaron a surgir un montón de ideas: generamos proyectos, compartimos experiencias con otros docentes, organizamos charlas vía Zoom o Meet con profesionales en servicios de distintas áreas de UTI, de guardia, de área COVID. Ellos contaban a los estudiantes sus experiencias, recalcando su tarea pre COVID y las diferencias durante el curso de la pandemia. También recurrimos a las técnicas por escrito, material audiovisual, reconociendo y utilizando materiales adecuados para cada técnica; aprovechamos el tiempo de una manera útil, y así estar lo mejor preparados posibles para cuando tuviéramos que hacer la práctica en sí.

El contacto con otros docentes nos dio mucho apoyo, mucho sostén, porque nos sentíamos desprotegidos, sin saber qué hacer, cuánto tiempo iba a durar y qué se iba a tener que sostener. Nos ayudó compartir experiencias, sostenernos en esa red en un momento de emergencia sanitaria, con el sistema colapsado y la obligación de brindar a los estudiantes herramientas para trabajar en un entorno totalmente distinto. Darles herramientas que quizás nosotros tampoco teníamos, porque también nosotros debimos informarnos y, muchas veces, sentir que uno quisiera hacer más y no puede.

Esta experiencia me abrió un universo de posibilidades, me di cuenta de muchas cosas. Tuve que aprender de aceptación, de accesibilidad, de apertura, de cerrar ciclos, de dejar ir para comenzar de una manera nueva. La virtualidad también me ayudó a comprender que podemos expandir mucho las fronteras de la enfermería, que conecta muchísimo y quizás no le dábamos el valor que le correspondía. Se transformó en algo muy rico como herramienta para explorar, veíamos videos realizados en 2015, 2016, que ahora nos eran de muchísima utilidad.

Nos dimos cuenta de cuán necesarios somos los/as enfermeros/as. La comunidad necesita que estemos presentes, que estemos cerca, nos dimos cuenta de la importancia de un abrazo, un abrazo a la comunidad. Hoy comprendemos que, a pesar de todo, pudimos seguir formándonos para ser mejores profesionales, pudimos apoyarnos y abrazarnos sin tocarnos. Esto también fue una oportunidad para crecer. Como profesionales de enfermería convivimos con la miseria humana, con el dolor, el sufrimiento, la muerte; pero también hay cosas muy bellas que nos hacen ver la trascendencia de lo que hacemos.

Gessica Onnainty

Enfermera Hospital Regional Pasteur de Villa María

Me desempeño como enfermera en la UCI pediátrica del Hospital Pasteur, una terapia semi abierta que habilita la permanencia de un familiar las 24 hs., además, antes de la pandemia, permitíamos la visita de un familiar o dos, dependiendo de la cantidad de internados. Cuando empezó todo esto, primero tuvimos que aprender a vestirnos y desvestirnos, disfrazarnos de astronautas, así le decíamos a los niños para que no sintieran temor o desconfianza. También tuvimos que adaptarnos a los nuevos protocolos, al comienzo, todos los niñitos que ingresaban con fiebre asociada a alguna infección respiratoria, se aislaban, se les hacía un test rápido y un PCR y hasta no tener la confirmación estaban aislados. Después, la sintomatología empezó a abarcar otros sistemas, así que todos los pacientes que venían con fiebre, más vómitos, más diarrea, más algún proceso respiratorio se aislaban; y se hisopaba a la mamá, el papá o el familiar

a cargo, y hasta no tener el resultado, esa familia estaba aislada. Fue una situación bastante compleja, y tuvimos que restringir el ingreso.

Personalmente, tuve momentos muy tristes, los niños son guerreros, quieren vivir y cuando se van de alta te abrazan, te hacen caritas, nosotras les inflamamos los guantes y se los regalamos, pero en pandemia nada de esto pasaba, y era triste.

Todos los años, en el invierno, tenemos lleno con pacientes respiratorios, tanto pediatría como la UCI, pero, sobre todo en 2020, al no haber clases, guarderías y estar todo restringido, no teníamos esos pacientes respiratorios. Sin embargo, empezamos a ver mucha demanda de otros casos, como accidentes domésticos, quemaduras, sospechas por abuso, y eso a mí me sorprendió e impactó mucho. También tenía miedo de contagiar a mis seres queridos, por eso estuve 9 meses sin ir a mi pueblo, a mi casa, y si bien hacía videollamadas y todo eso, me encontraba un poco sola. El apoyo pasaba por mis compañeros y compañeras, que vivían la misma situación.

Otro escenario por el que me tocó pasar fue el área de salud de la universidad. Por un tiempo estuvo cerrada, pero cuando se reabrió, tuvimos que cambiar todos los protocolos. Ahí yo hago la parte de la antropometría, y tuvimos que cambiar de espacio porque donde estábamos antes no había buena ventilación, no cumplía los protocolos. Así que tuvimos que acomodarnos, todos los días sacar las cosas, entrar las cosas, exigirles a los deportistas que usaran barbijo en el momento del estudio, te decían "pero no puedo respirar". Fue complicado. Recuerdo que una amiga me decía: "Amiga estoy harta, estoy harta de ver gente morir. Harta de hacer todo, para que después se mueran". ¡Qué difícil, qué difícil!

María José Prósperi

Enfermera

Residencia de la Tercera Edad "El Algarrobo" de Oncativo

En mi caso, tuve dos ambientes diferentes de trabajo. En uno, la atención y cuidado de personas que se realizan endoscopía, solo tuvimos que implementar el uso de los elementos de protección personal, algunos más de lo habitual. En cuanto a la residencia, ahí sí tuvimos que transitar muchos cambios. Había mucha incertidumbre, miedo a lo desconocido, el miedo de las familias de los residentes, es muy difícil contener y apoyar a los demás cuando nosotros tampoco estábamos preparados. Las personas que habitan esta residencia normalmente reciben visitas de sus familiares, amigos, y durante la pandemia, el aislamiento fue obligatorio, no pudieron decidir, se los aisló socialmente de sus afectos.

En un primer momento se realizaron videollamadas, luego fuimos adaptándonos, aprendiendo, y con los protocolos que nos enviaban tanto del COE como de PAMI se pactaron visitas que llamamos "cuidadas", realizadas a través de un vidrio. Pero la realidad es que hasta agosto de 2021 no pudieron volver a tener contacto físico con sus familiares. Mucha angustia, mucho dolor, hubo residentes que fallecieron lejos de sus familiares, como así también familiares que fallecieron y ellos no pudieron acompañarlos. Fue difícil poder encajar entre lo que nos dicen que hay que hacer y lo que uno realmente considera y vive desde el punto de vista humanitario.

Yo, como jefa de personal, tuve que capacitarme para luego capacitar al personal, a todo el equipo interdisciplinario, construir juntos para que los residentes no se sintieran tan lejos, tan solos, aunque viéramos que era así. Debíamos buscar las maneras para brindar distracción, afecto, poder tomarles la mano, darles el abrazo que no podían darles sus familiares, sus amigos, que eran con quienes ellos querían estar.

También tuvimos que adaptar la institución, lo edilicio. Las personas que debían internarse por complicaciones por el COVID, o que debían internarse por otras complicaciones, al regresar del segundo nivel, como se le llama a las clínicas o los hospitales donde se los deriva, debían estar 14 días aislados en una habitación. Eso para las personas mayores es terrible, es muy difícil, sobre todo en las personas que están desorientadas y hay que decirles que es para cuidarlas. El aislamiento ha provocado mucho daño en la salud mental de las personas, hablo de todas las personas, en general. Se ha hablado de los intentos de suicidio y las autolesiones, creo que esto nos deja mucho para aprender.

Patricia Anatrini

Médica generalista Unidad de Terapia Intensiva (UTI) Hospital Regional Pasteur

Soy médica desde hace 25 años. En 2009, creí haber vivido la peor experiencia profesional de mi vida, fue a raíz de la epidemia de "gripe A" y en ese contexto, como equipo de salud, nos vimos enfrentados a una situación que, ni mis compañeros ni yo habíamos experimentado nunca. Sentíamos como catastrófico esto de que una gran cantidad de gente se enfermara de golpe y pasara a ser parte de las estadísticas. Gente que uno creería no debería pasarle nada, porque era gente joven, muy joven y, sin embargo, se enfermaba y moría. Lo que más nos preocupaba en ese momento era que esas personas estaban fuera de los grupos de riesgo. Se nos dio vuelta el mundo, y nos enfrentamos a la rotura de esa estructura en el contexto de una situación para la cual no estábamos preparados en absoluto. Fue un bombazo que duró relativamente poco y se pudo resolver relativamente en menos tiempo de lo que se pensaba.

Ahora bien, creíamos que nunca más viviríamos una cosa así y, de pronto, comenzaron a aparecer noticias de estas nuevas infecciones, la aparición de esta gripe, de este virus, que no se sabía si era natural o había sido modificado, si era una agresión biológica, o lo que fuera, pero generó todo un movimiento que, otra vez, nos dio vuelta el mundo.

Esta situación nos quebró desde muchos puntos de vista, nos hizo romper con nuestra forma de trabajar, porque la mayoría de las profesiones tienen protocolizado el accionar de acuerdo a la situación que se enfrente, y en este caso, nos estábamos enfrentando a algo que no conocíamos y, en consecuencia, no tenía protocolo. Se sumaron recursos, se sumaron camas, se sumó personal, pero mientras estábamos recibiendo todo eso, también recibíamos noticias horribles acerca de la cantidad de enfermos y de muertos. Y dentro de estos muertos, había muchos pertenecientes a los equipos de salud. Uno de mis primeros recuerdos de todo esto -y espero que esta vez no me equivoqué y sea ésta la peor catástrofe que me toque vivir como profesional- fue el hecho de pensar que cualquiera de nosotros se podía enfermar y morir, porque nosotros

teníamos exactamente la misma chance. Pasaba en el mundo, ¿por qué no nos iba a pasar a nosotros?

Una de las peores cosas que me tocó vivir fue perder a dos compañeros, dos amigos del hospital. Otro momento terrible fue cuando nos informaron que se iba a cerrar el estacionamiento del hospital, debido a que allí se armaría una cámara para poner a los muertos, porque no daban abasto ni las morgues ni los crematorios. Creo que, a pesar de toda la preparación, como equipo de salud no tuvimos el apoyo suficiente desde lo psicológico para resguardarnos del miedo que sentíamos. Gran parte del equipo de salud tuvo mucho miedo, porque lo vivíamos como personas, como familias; porque muchos de mis compañeros, como yo, teníamos nuestros papás viejitos; y tenemos hijos adolescentes que tuvieron que cortar su adolescencia y cambiar su forma de vida, y fue un gran trabajo, desde lo personal, que los chicos entendieran por qué los teníamos encerrados, por qué no podían ver a sus abuelos. Esto fue muy movilizante para todos, no solo para el equipo de salud.

Otra cosa que viví como un verdadero horror fue que, literalmente, los pacientes se quedaban solos, porque no había cómo acompañarlos. Muchos pacientes murieron en esas condiciones, sin alguien que los tuviera de la mano. Personalmente, muchas veces, tuve que dar la noticia de la pérdida de un familiar por teléfono. Esta es una de las cosas más horribles que nos toca hacer como médicos.

A pesar de todo, esto nos enseñó a trabajar en equipo, a ponernos en el lugar del otro, a entender que uno solo no puede hacer nada y siempre depende de otros, de que alguien te acompañe, te dé una mano, te ayude a tomar decisiones. En la guardia, muchas veces nos juntábamos a discutir qué hacer con esto de avisarle al paciente que lo íbamos a entubar y sería bueno despedirse de su familia con un llamado telefónico, o una videollamada. Esto ocurrió al principio de la pandemia, con el paso de los meses, la gente que se enfermaba estaba al tanto que los pacientes que entubábamos, casi siempre morían. Teníamos una mortalidad de más del 98% de pacientes entubados. Fue una de las cuestiones más críticas que viví, tener que decirle a un paciente que lo íbamos a poner en un respirador, que había que dormirlo y que tratara de despedirse de su familia para dejarla "en paz", decirles que los quería, perdonar y pedir perdón.

Y vuelvo a recalcar, la mayor ganancia que esto me dejó es la de aprender a que solos no podemos hacer absolutamente nada de nada, necesitaba al chico de la limpieza para que me ayudara a sacarme la ropa, a enfermería, a las mucamas, a los técnicos de laboratorio, a los chicos de rayos.

En todo el mundo se está trabajando para bajar el número de muertos por COVID, seguimos peleando para que la gente se vacune, algunos países están estableciendo la vacunación como obligatoria, como el caso de Austria, por ejemplo. Me produjo -y me produce- mucha ira que la gente no entendiera que debía usar barbijo, que había que hisopar rápido y aislarse. Comprendiendo todas las realidades, por supuesto, pero sigue enojándome.

Hoy me fijé en el número de muertos que tuvimos por COVID en Argentina, 116000 personas. También busqué el número de muertos por accidente de tránsito del año 2020, 6630 personas, y me pregunto: ¿Por qué no le ponemos más energía a tratar de bajar todos los números? ¿Por qué no le dedicamos también un poco más de tiempo a disminuir el número de muertos que tenemos todos los años por accidente de tránsito, el pan nuestro de cada día en la terapia y en la guardia? Dejo esta inquietud como algo para pensar.

Sandra Gill

Médica generalista Emergencia y cuidados paliativos Guardia central Hospital Regional Pasteur

Todo fue bastante duro. Cuando comenzó el aislamiento obligatorio, los trabajadores de la salud estábamos muy expuestos. Desde el caso número 1, comenzamos a hacer hisopados casa por casa, con autos, ambulancias, combis de la municipalidad. A veces llegábamos a una casa para hisopar a alguien sospechoso de haber estado en contacto y no lo encontrábamos, eso generaba impotencia, ni qué decir del trabajo enorme que fue contar los casos.

Cuando cursaba infectología y me contaban lo que era una pandemia, nunca imaginé ser protagonista de una. Recuerdo que pensaba que acá no iba a llegar, pero en una semana o 10 días comencé a recibir los primeros casos en la guardia, y empezamos a trabajar arduamente, y a ver los primeros fallecidos.

No se podía entrar al área roja sin un compañero porque, debido a la contaminación, entraba uno y el otro lo asistía. En este sentido, tengo que agradecer enormemente a los médicos residentes, porque nos dieron una mano enorme en la guardia, pero era arduo. Recuerdo que una vez llegó la gente de Salud Mental, para apoyarnos, pero era tanto el trabajo que al final no se pudo. Y cuando empezaron a caer los primeros compañeros, fue realmente doloroso. De estar trabajando juntos un viernes a la otra semana ya no verlo más. Médicos, enfermeros, amigos, gente que uno conoce de toda la vida, gente sana.

Y los miedos, tantos miedos. Recuerdo cuando llegó la vacuna. Yo siempre le tuve confianza, pero existían tantas dudas, sabíamos tan poco, nada, que por supuesto que generaba miedos.

También rescato el trabajo en equipo, el sostenernos unos a otros. Yo tenía poco miedo por mí, pero tenía terror de llegar a mi casa y contagiar a mis hijas, por ejemplo. Era una psicosis, algo desconcertante. Logramos pasarlo con la ayuda de los compañeros y de la gente, y es en estas circunstancias cuando se conoce realmente a las personas. Yo aprendí mucho sobre compañerismo y sobre la fuerza de la familia.

Se trabajó mucho desde la Municipalidad, desde el COE, desde la Asistencia Pública. En un momento, tuvimos que aislar a todo el equipo de cuidados paliativos y quedé yo sola. Pueden imaginar la desesperación. Tuve que salir con mi auto a llevar la medicación a algún paciente porque la gente que lo hacía estaba aislada. Me siento muy orgullosa de pertenecer al equipo de salud, se trabajó sin medir consecuencias, todos a la par. Había momentos en que no teníamos ni donde atender, porque estaba todo lleno. Me sentía como en un sueño, en una pesadilla, venían ambulancias de todos los pueblos y hacían cola para que los atendiéramos. No dábamos a basto, el hospital parecía una cosa irreal, había situaciones en las que no quedaba otra más que sentarte, e incluso ponerse a llorar.

Me acuerdo que estaba con una colega el día que perdimos a un compañero, se hizo un silencio en la guardia, pero teníamos que seguir trabajando con ese nudo en la garganta. Estuvimos expuestos a un montón de pruebas, pero el recurso humano ha sido excepcional. Rescato esto más allá de todo.

También tengo que reconocer que nunca faltaron recursos para trabajar. Cuando comenzó la pandemia, la gente de Villa María empezó a hacer barbijos, batas, y nos llegaban un montón de esas cosas. Igual, cada uno de nosotros comprábamos, porque no sabíamos si nos iban a alcanzar.

Villa María es una de las ciudades con mayor número de muertes por accidentes de tránsito, y antes de la pandemia estábamos en emergencia sanitaria por ese motivo, se estaba trabajando en eso. En pandemia, casi no vimos accidentes, y ahora que pasó un poco volvemos a tenerlos. Esto también es como una pandemia.

Natalia De Dominici

Médica clínica

Gerontología

Clínica de Especialidades

En nuestro país, vivimos dos olas de COVID que afectaron a diferentes poblaciones y tuvieron repercusiones diferentes. Durante la primera ola, yo también trabajaba en un geriátrico, en residencia de larga estadía, y las más afectadas eran las personas mayores de 65 años con algún factor de riesgo y las personas que vivían en confinamiento. Los únicos tratamientos con los que contábamos eran compasivos, o tratamientos que estaban en fase de investigación.

Desde el punto de vista de la residencia, obviamente, se tuvieron que tomar medidas de confinamiento. Muchas residencias comenzaron a cerrar y la calidad de vida de las personas mayores empezó a disminuir porque dejaban de tener contacto con quienes los iban a visitar, o las personas que vivían con ellos se enfermaban. Esto tiene sus repercusiones ahora, y se ve en las tasas de ansiedad y depresión en adultos mayores que han aumentado significativamente en la primera ola de la pandemia y en el post confinamiento.

En este período en que la gente no concurría al médico por miedo a contagiarse, o porque el sistema de salud estaba saturado, todas las enfermedades crónicas no transmisibles no se controlaron y se desencadenaron. También ha aumentado la morbimortalidad, porque estas enfermedades crónicas no se pudieron controlar o detectar en forma precoz. Haciendo un análisis retrospectivo sobre las diferentes olas que atravesaron el país, podemos decir que tuvieron diferentes niveles de atención. El primero, que estuvieron en la asistencia, el hisopado. El nivel secundario, de las residencias al nivel de internados, que también me tocó vivir, cuando el que llegaba a recibir asistencia respiratoria artificial tenía una probabilidad de mortalidad del 99%. Por un lado, esa fue la realidad que vivieron los pacientes, pero también tenemos lo que vivió el sistema de salud.

En ese momento, yo tuve el apoyo de quién era la directora del Hogar de Ancianos municipal de Villa María, con quien tomamos todas las medidas y ninguno de los residentes presentó contagio durante la primera ola. En el contexto del internado, donde me desenvuelvo en el área privada, fue donde más casos tuvimos durante la primera ola, y la morbimortalidad de los adultos mayores fue altísima. La mayoría de los pacientes pasaba a terapia, y solamente teníamos un tratamiento paliativo, el ibuprofeno inhalado, cuyas reacciones adversas eran pocas, pero, al no tener absoluta seguridad acerca de los resultados, debíamos hacerle firmar al paciente su conformidad.

Era incalculable el miedo, el pánico del paciente al quedarse solo, sin nadie que lo asistiera más que el equipo de salud, y el equipo de salud debía entrar con un equipo de protección con el cual solo se nos ven los ojos. La primera ola fue muy triste, la mayoría de la gente grande con factores de riesgo que pasaba a terapia, se moría.

Cuando tuvimos acceso a las vacunas y empezamos con el plan de vacunación, la segunda ola atacó a gente joven y, desde el equipo de salud, a veces uno no está preparado para esa situación. Porque se fueron colegas, gente joven, y teníamos el mismo miedo, el mismo pánico y la misma incertidumbre que teníamos con el adulto mayor. Gracias a Dios, con la mayoría vacunada, si se contrae la enfermedad, se puede evitar la gravedad. De todos modos, dentro de la parte privada, vivimos lo mismo que en la primera ola. Teníamos miedo, miedo de revisar, de contagiarnos. En la parte pública, a lo mejor había más gente, pero en la parte privada éramos pocos recursos humanos, o sea que, si teníamos que aislarnos, no había quién nos reemplazara. Tuvimos que aprender a hacer telemedicina, a atender semejante magnitud de pacientes, a hacer llamados y dar informes de pronósticos sombríos y de muertes telefónicamente.

También rescato que, aunque con mucho dolor y sufrimiento, pudimos soportarlo con el apoyo del equipo.

Esto no se acabó, hay que seguir vacunando y vacunándose, y trabajar para tener cada vez mejores políticas de salud. Nosotros no la pasamos bien, no quedamos bien, quedamos con secuelas.