

# Salud para todos ¿en todas partes? Estrategias de atención hospitalaria en pandemia de COVID-19 en Santiago del Estero, Argentina

**Health For All - Everywhere? Hospital Care Strategies in the Covid-19 Pandemic in Santiago del Estero, Argentina**



**Laurencia Lucila Silveti**

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas,

Instituto de Estudios para el Desarrollo Social,

Universidad Nacional de Santiago del Estero,

Argentina

[laurenciasilveti@gmail.com](mailto:laurenciasilveti@gmail.com)

## Resumen

Este trabajo analiza la atención hospitalaria en Santiago del Estero durante la pandemia de COVID-19, enfocándose en las estrategias de los trabajadores/as para superar obstáculos estructurales y emergentes. Metodología: Desde un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas a diversos trabajadores/as de salud. Resultados: El análisis evidenció dificultades en el acceso a servicios y personal, así como sobrecargas laborales, con diferencias marcadas entre la capital y zonas rurales y remotas, aun en centros del mismo nivel de atención. Se tensionaron las formas de organización del sistema de salud, vinculadas a relaciones de poder en la distribución de sujetos y servicios. Conclusiones: La noción de salud rural, definida desde “arriba” resulta limitada frente a escenarios heterogéneos, y se destacan las categorías de estigmatización territorial y territorio para repensar los procesos salud-enfermedad desde “abajo”.

**Palabras Clave:** Política de la salud, Hospitales, Medio rural, Covid-19, Personal de salud, Condiciones de trabajo

## Abstract

This paper analyzes hospital care in Santiago del Estero during the COVID-19 pandemic, focusing on the strategies employed by healthcare workers to overcome structural and emerging obstacles. Methodology: Using a qualitative approach, interviews were conducted

with a variety of healthcare workers. Results: The analysis revealed difficulties in accessing services and personnel, as well as work overloads, with significant differences between the capital and rural and remote areas, even within centers of the same level of care. The study also highlighted tensions in the organization of the healthcare system, linked to power relations in the distribution of individuals and services. Conclusions: The concept of rural health, defined from the “top-down,” proves limited when addressing heterogeneous scenarios. The categories of territorial stigmatization and territory are emphasized as tools for rethinking health-disease processes from the “bottom-up”.

**Keywords:** Health policy, Hospitals, Rural area, Covid-19, Health Personnel, Working Conditions

## Introducción

En 1982, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzaron el Plan de Acción "Salud para todos en el año 2000", centrado en la Atención Primaria de la Salud (APS) y dirigido a mejorar la accesibilidad y equidad en los servicios de salud. Más recientemente, la pandemia de Covid-19, desde 2020, resaltó desigualdades en salud, especialmente en América Latina y el Caribe, y propició revisiones y cambios en políticas y enfoques estatales sanitarios. En Argentina, la pandemia evidenció realidades sociosanitarias críticas y puso al Estado en el centro de la escena, principalmente en torno a la capacidad de implementar medidas de refuerzo sanitario y social (Caravaca y Daniel, 2023).

Con esta breve contextualización, el objetivo de este trabajo es analizar experiencias de atención hospitalaria en pandemia en diferentes zonas geográficas de la provincia de Santiago del Estero, focalizando en las estrategias desarrolladas por trabajadores/as para superar obstáculos estructurales y emergentes. Los interrogantes que guiaron la investigación fueron: ¿en qué medida las diferencias geográficas han generado (o agravado) obstáculos para la atención hospitalaria en pandemia?, ¿qué estrategias se han generado? y ¿de qué modo la categoría de salud rural refleja la realidad desigual?

Santiago del Estero, provincia del noroeste argentino, tiene una población de 1.060.906 habitantes en 134.657 km<sup>2</sup>. Casi el 40% reside en el conglomerado urbano Capital-La Banda (en adelante, CU) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2022). Históricamente, registra altos índices de pobreza y dificultades en el acceso a servicios básicos (Gurmendi y Silveti, 2021). Actualmente, se encuentra entre las cuatro provincias con peores indicadores de acceso a cloacas, agua potable y energía (INDEC, 2022). En el primer semestre de 2024, ocupó el tercer lugar nacional en indigencia (22,9%) y el quinto en pobreza (64%) (Salvia et al., 2024). El sistema de salud provincial replica la lógica del sistema nacional: mixto (público, de seguridad social y privado) y fragmentado, lo que afecta la eficiencia y

equidad en la cobertura (Ramacciotti, 2021). El Ministerio de Salud distingue dos áreas de atención: "Capital y La Banda" (CU) y el "Interior". Capital y Banda concentran el 35,6% de los establecimientos sanitarios (Autorx et al., 2024).

Investigaciones previas han abordado diferencias geográficas a partir del concepto de estigmatización territorial y sus efectos en zonas urbanas (Wacquant et al., 2014; Kessler, 2012; Freidin et al., 2020; Ruiz Jabbaz, 2022). Estos estudios analizan cómo los discursos y políticas urbanas afectan la vida de sectores empobrecidos, racializados o marginados, y resaltan la importancia de reformular desde "abajo" las categorías impuestas desde "arriba" para atenuar sus efectos estigmatizantes. En este tipo de contextos de segregación, en la pandemia se agravaron problemas de salud mental, interrupción de terapias, aumento de violencia de género e institucional y de carencia de servicios esenciales (Mastrangelo et al., 2022). De este modo, la pandemia expuso con nitidez el peso de las desigualdades territoriales en la organización de las políticas sanitarias. Como señala Chiara (2020), las políticas de salud no pueden desentenderse de los condicionamientos espaciales ni de la historicidad de la segregación urbana y rural, que condicionaron la eficacia de las respuestas estatales frente al COVID-19. Este señalamiento resuena con los análisis de la geografía crítica latinoamericana (Santos, 2002; Guimarães, 2015; Guimarães et al. 2014; Gonçalves, 2001) que subrayan cómo la producción desigual del espacio configura oportunidades de acceso en general, y a la salud en particular, y refuerzan jerarquías socioespaciales. Integrar estas perspectivas permite mostrar que la pandemia no solo fue un evento sanitario, sino también un fenómeno territorial que reprodujo y aumentó desigualdades preexistentes, donde los equipos de salud debieron resolver diversas situaciones críticas, muchas veces, en condiciones de alta vulnerabilidad.

En esta línea, la importancia de focalizar el análisis sobre la salud rural se torna relevante en una provincia con un 25% de población rural mayormente dispersa (INDEC, 2022). Ramírez-Hita (2009) caracteriza centros de salud rural con déficit de personal, insumos insuficientes y condiciones laborales adversas: bajos salarios, falta de derechos y escasas oportunidades de crecimiento profesional, lo que impacta en la calidad de atención. Estas condiciones pueden incentivar o desalentar la permanencia en estos contextos (Antonietti et al., 2020). Si bien se reconocen programas contra la pobreza que afectan la salud en zonas rurales latinoamericanas (Parada-Parra, 2018), persisten carencias de estrategias integrales para su transformación (Bozzano, 2020).

La reconversión hospitalaria, los nuevos protocolos y la salud mental del personal sanitario fue también un asunto de análisis sanitario durante la pandemia (Mendoza-Popoca y Suárez-Morales, 2020; Arias Ulloa et al., 2023). En este contexto, Feuerwerker (2021) planteó que el trabajo en salud es un proceso vivo, donde trabajadores/as no solo obedecen, sino que disputan su rol en la producción del cuidado, a partir de estrategias con dinámicas que oscilan

entre subordinación, resistencia y autonomía, influidas por políticas gubernamentales, condiciones locales y la autogestión de los y las propios/as trabajadores/as para afrontar la incertidumbre.

En ese sentido, las investigaciones sobre las estrategias desplegadas por los equipos de salud durante la pandemia en Sudamérica y Argentina destacan simultáneamente su capacidad de agencia y las tensiones estructurales que enfrentaron. Sánchez et al. (2023) muestran cómo la crisis profundizó la precarización y la sobrecarga laboral, pero también impulsó innovaciones en la organización del trabajo. La encuesta HEROES de la OPS (2022) evidenció altos niveles de desgaste psicosocial, confirmando que el cuidado se sostuvo en contextos de desigualdad y con recursos limitados. En Argentina, Pecheny (2023) subraya la centralidad de trabajadores/as en la construcción de respuestas colectivas, mientras que Sy et al. (2023) recuperan sus narrativas para visibilizar la reconfiguración subjetiva de sus prácticas de cuidado. Finalmente, Burijovich et al. (2022) plantean la necesidad de repensar la salud pública desde las experiencias y aprendizajes de los equipos sanitarios.

## Marco teórico

Desde la perspectiva teórica de la Salud Colectiva Latinoamericana, que integra aportes de las ciencias sociales y de la salud, se identifica un concepto clave para este análisis: el de territorio. Este concepto es entendido como un espacio donde los procesos de enfermar y morir varían según determinaciones sociales como jerarquías en el acceso a la salud y condiciones de vida (Borde y Torres Tovar, 2017), sosteniendo diferencias concretas, por ejemplo, entre territorios rurales, urbanos, periurbanos, marginales, zonas en conflicto, etc.

En este trabajo, se focaliza en las diferencias en la atención hospitalaria entre zonas urbanas y rurales de la provincia de Santiago del Estero, Argentina. La definición estadística de ruralidad en Argentina incluye poblaciones no agrupadas o con menos de 2000 habitantes (INDEC, 2022). Otras definiciones de organismos internacionales refieren que estos espacios presentan desigualdades estructurales y acceso limitado a servicios esenciales, reflejando asimetrías socioeconómicas con áreas urbanas (CEPAL, 2016; OPS, 2022).

Estas caracterizaciones reflejan la utilidad de categorías como la de estigmatización territorial. El estigma territorial atribuye inferioridad a ciertos espacios, construidos socialmente y a sus habitantes, generando representaciones sociales negativas que afectan tanto a individuos como a instituciones (Wacquant, 2013; Wacquant et al., 2014). Este fenómeno, internalizado y reproducido, se politiza en el Estado, que puede marginar ciertos territorios perpetuando desigualdades (Narváez Medina y Castaño Urdinola, 2016). En este marco, Arcaya et al. (2015) sostienen que las desigualdades geográficas en salud reflejan

estructuras sociales injustas que son dinámicas y transformables, mediante estrategias que resignifican identidades y recursos territoriales.

Ampliando esta línea, desde la geografía crítica, se retoman los aportes de Santos (1989, 2002), Guimarães (2015), Guimarães et al. (2014) y Porto Gonçalves (2001). La conceptualización de espacio y territorio desarrollada por Santos resulta clave para comprender los procesos de salud pública en su dimensión geográfica (Faria & Bortolozzi, 2009), al mostrar cómo las desigualdades territoriales (centro urbano vs. zonas rurales y remotas) no solo afectan el acceso a servicios, sino que forman parte de la organización espacial del sistema de salud.

Respecto de los aportes de la geografía crítica en salud, Guimarães (2015) señala que los circuitos médico-hospitalarios y la innovación tecnológica configuran tanto el espacio urbano como la atención en salud, inscribiéndose en la experiencia del cuerpo trabajador. Complementariamente, Guimarães et al. (2014) proponen comprender la salud como proceso socioespacial, atravesado por relaciones de poder y condiciones históricas y territoriales, donde interactúan escalas que van de lo cotidiano a lo global. Se destaca allí, además, la necesidad de superar fronteras disciplinarias y nacionales, introduciendo la noción de circuitos espaciales de atención, que integran infraestructuras, movilidad y trayectorias corporales.

Por su parte, las contribuciones de Porto Gonçalves (2001) propician una articulación posible entre geografía y sociología, al comprender que el territorio, en tanto espacio apropiado, produce identidades y territorialidades en transformación. La tríada territorio–territorialidad–territorialización permite pensar el territorio como construcción histórica y dinámica, simultáneamente material y simbólica. Este enfoque dialoga con la propuesta de Santos sobre el espacio como construcción social y con la noción Bourdieana de habitus, entendida como disposición inscrita en topologías sociales concretas (Bourdieu, 1990). Este marco relacional habilita analizar la experiencia de trabajadores y trabajadoras de la atención hospitalaria en Santiago del Estero durante la pandemia de COVID-19, mostrando cómo sus prácticas se configuran en la intersección entre estructuras sociales, procesos de territorialización y apropiaciones simbólicas y materiales del espacio.

Por último, se retoman aportes sobre trabajo en salud como proceso que oscila entre los disciplinamientos ejercidos por el Estado y el capital y la producción de cuidado a través de acciones autónomas y colectivas. Aunque se estructura desde políticas sanitarias, está condicionado por factores históricos, políticos y materiales: la presencia del sector privado, presiones locales, disputas profesionales, movimientos sociales y trayectorias de gestores, trabajadores y usuarios. Feuerwerker (2021) destaca que el trabajo en salud se produce y consume simultáneamente en el encuentro entre gestores, trabajadores y usuarios, donde

se configuran subjetividades en un espacio micropolítico de disputas de poder: en este proceso, el mismo equipo de salud que cuida también puede excluir.

## Metodología

Este estudio adopta un diseño cualitativo con enfoque interpretativo-crítico, que permite conocer experiencias de las y los actores desde su propia voz. Al considerar que la experiencia narrada está inmersa en la cultura y moldeada por emociones, vivencias previas y contextos, su análisis posibilita la comprensión de sentidos y significados vinculados a fenómenos sociales más amplios (Minayo et al., 2023).

La población estuvo conformada por trabajadores/as de atención hospitalaria. Se trabajó con consentimiento informado y se respetaron las pautas éticas de la Declaración de Helsinki de 2013. La recolección de datos, realizada entre agosto y noviembre de 2020, se desarrolló en un contexto de alta sobrecarga laboral y emocional. Para minimizar el impacto en el descanso de los y las participantes, se aplicó un muestreo no probabilístico, con selección inicial por contactos previos del equipo de investigación, que fueron contactados a través de WhatsApp y se fue ampliando la muestra a partir de la técnica de bola de nieve hasta alcanzar la saturación teórica (Martínez-Salgado, 2012).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas virtuales (plataforma Zoom), con una duración de entre 45 y 90 minutos, guiadas por una matriz de indagación basada en el proyecto marco. Las entrevistas fueron grabadas y transcriptas. El esquema de indagación abordó: (1) Datos sociodemográficos (edad, género, residencia, formación, situación laboral, antigüedad en salud pública), (2) Condiciones y dinámicas laborales previas a la pandemia (infraestructura, recursos, comunicación, formación, turnos, perfil de pacientes, obstáculos y estrategias para su superación), (3) Cambios en la atención hospitalaria durante la pandemia (modificaciones en turnos, tipos de consultas, principales obstáculos y estrategias para enfrentarlos) y (4) Desafíos y aprendizajes derivados de la pandemia en la atención.

El material fue analizado mediante un sistema de codificación basado en categorías predefinidas a partir del esquema de indagación, incorporando también dimensiones emergentes. La categorización se realizó organizando los resultados en una matriz de datos (Ynoub, 2014) con dos dimensiones: (1) Distribución geográfica de recursos, personal y condiciones laborales y (2) Transformaciones en la atención hospitalaria durante la pandemia (cambios en la demanda, estrategias ante obstáculos y la dimensión afectiva del trabajo sanitario).

## Resultados

Como punto de partida del análisis, se destaca que los organismos internacionales como la OMS y la OPS se refieren a zonas no centrales como rurales, remotas y *desatendidas*, zonas a las que es preciso *atraer, captar y retener* recursos humanos (OPS, 2022). Es posible advertir que estas formas de nombrar las diferencias geográficas como algo dado, pueden incidir en cierto modo en la naturalización de desigualdades y al generar estrategias que no resuelven lo estructural.

De ello, los resultados se presentan teniendo en cuenta la localización del centro de atención hospitalaria y sus condiciones edilicias, de recursos materiales, de personal y el género de las personas entrevistadas. Se advierte, por un lado, la feminización del trabajo en salud y, por otro lado, las diferencias concretas en todos los aspectos mencionados de acuerdo a la ubicación del centro de salud, aun tratándose del mismo nivel de atención, entre Capital-La Banda y el Interior, siendo éste último homogeneizado a partir de la precarización de las condiciones de vida y de trabajo, radicalizadas a partir de la pandemia.

### Composición de la muestra

Participaron 33 trabajadores/as, cuyos nombres fueron modificados para preservar la confidencialidad. De ellos/as, 27 se desempeñaban en 6 centros de atención hospitalaria del CU (sobre un total de 7) y 6 se desempeñan en centros de atención hospitalaria del Interior (Dptos. Jiménez, Copo, Quebrachos, Loreto, Termas de Río Hondo y Robles). El 80% fueron mujeres. Se procuró diversidad disciplinaria, de jerarquías, antigüedad en salud pública y zonas geográficas. La tabla 1 presenta la caracterización de participantes según función laboral y ubicación geográfica.

**Tabla 1.** Características de la muestra

| Localidad   | Tipo de zona geográfica*   | Tipo de desempeño  | Cargo/Campo disciplinario   |
|---|--|--|---|
| <b>Centros de atención hospitalaria en Santiago del Estero (Capital) y La Banda (Banda)</b> | Conglomerado Urbano Santiago del Estero-La Banda [CU] (zona urbana central). | Dirección de establecimiento (gestión)                       | 1 dirección médica (médico)   |
|   |  | Jefatura/coordinación de área (combina asistencia y gestión) | Jefatura de enfermería (1 enfermera y 1 enfermero)<br>Jefatura de maternidad (1 Médico)<br>Coordinación de obstetricia (1 obstétrica)<br>Dirección médica (1 Médica)<br>Jefatura de guardia (1 médica)<br>Coordinación de infectología (1 médica) |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | Asistencial                             | 4 Médicas (2 psiquiatría, 1 ginecología, 1 residente salud mental, 2 clínicas) y 2 médicos (1 clínico y 1 de guardia)<br>3 Enfermeras<br>6 Psicólogas<br>1 Obstétrica<br>2 Educadoras para la Salud<br>1 Trabajadora social |
| <b>Centros de atención hospitalaria en el interior - zona rural</b>  | pueblo rural remoto** (noroeste)                 | asistencial sin cargo de gestión formal | Enfermero   |
| <b>Centros de atención hospitalaria en el interior - zona urbana</b> | ciudad turística cercana*** a la Capital (oeste) | asistencial sin cargo de gestión formal | Médica generalista  |
|  | ciudad remota (noreste)**                        | asistencial sin cargo de gestión formal | Enfermero   |
|  | ciudad remota (sur)**                            | asistencial sin cargo de gestión formal | Obstétrica  |
|  | Ciudad cercana (sur)***                          | asistencial sin cargo de gestión formal | Obstétrica  |
|  | Ciudad cercana (centro)***                       | asistencial sin cargo de gestión formal | Trabajadora social  |

\*Definición de zonas en base a dimensiones demográficas (cantidad de habitantes: >2000 zona rural, <2000 zona urbana) y de distancia geográfica (cercanía con grandes aglomerados urbanos)

\*\* más de 100 km

\*\*\* menos de 100 km

### Distribución geográfica de recursos, personal y condiciones laborales

Respecto de los recursos de trabajo, los centros descritos se ubican en escenarios heterogéneos que son clasificados por el Ministerio de Salud de Santiago del Estero en dos grupos: hospitales de Capital y La Banda (CU) y hospitales del Interior. En cuanto a cantidad de población, los centros del interior en los que se desempeñan las personas entrevistadas se ubican en zonas cuya población oscila entre 2.974 y 14.772 habitantes. Las personas entrevistadas en centros del CU, corresponden a zonas de 407.618 habitantes para los del CU (INDEC, 2022). De esta manera, se observa que todas las experiencias corresponden

centros ubicados en lo que estadísticamente se define como urbanos en Argentina -mayor a 2000 habitantes-, aunque en realidad, comparten características de dinámicas rurales y urbanas.

En hospitales del CU, los recursos tecnológicos y edilicios en la mayoría de los establecimientos fueron caracterizados como satisfactorios y en proceso de modernización/ampliación. Respecto de la disponibilidad de tecnologías duras (aparatos) resaltan que, si bien la terapia intensiva y el aumento del número de camas fue significativo durante la pandemia, en general este aspecto es reconocido como escaso, con falencias en mantenimiento, reposición y actualización de equipos. Así lo refiere una de las personas entrevistadas: “hacemos lo que podemos con lo que tenemos. Pero hay cosas que ya no dependen de nosotros” (Pablo, médico del CU, comunicación personal, agosto 2020).

Por el contrario, en los diferentes centros del Interior, las experiencias destacan que subsisten brindando atención hospitalaria básica y derivando al CU. Señalan que existe una base mínima sobre la cual trabajar, sin el equipamiento necesario para potenciar el uso de los servicios ni personal capacitado para ello, lo cual coincide con las características descriptas por Ramírez-Hita (2009) y Antonietti et al. (2020). Por otro lado, indican que la red de internet para teleconsultas -que resolvería en cierto modo la distancia geográfica-, es insuficiente: “Si tenemos Internet, no es buena. Quizás la planta edilicia tiene la estructura para tener una terapia intensiva, pero lamentablemente no tenemos la aparatoología suficiente, no tenemos profesionales, ni médico, ni otros auxiliares de la medicina” (Mariana, enfermera del Interior, comunicación personal, septiembre 2020).

En estos centros del Interior se identifica la jerarquización de la figura del personal médico como única opción para resolver burocracias: “[el hospital] está en un nivel bajo, sinceramente. Si bien es un hospital (...) que es grande, no cuenta con muchas cosas. A veces no tenemos ni agujas para una inyección. No tenemos muchos medicamentos. Y al no tener médicos... solo podemos entregar [medicamentos] si lo autoriza el médico del hospital de otra localidad” (Carolina, enfermera del Interior, comunicación personal, agosto 2020). Otra entrevistada relata: “Necesitamos un médico, él podría pedir más cosas, él podría solicitar. A nosotros no nos dan [personal no médico]” (Julia, enfermera del Interior, comunicación personal, septiembre 2020).

La insuficiencia de personal y las condiciones laborales precarias reflejadas en los relatos implican una serie de obstáculos para su desempeño, debido a la sobrecarga de tareas, muchas de ellas inespecíficas. Particularmente en el Interior, la escasez generalizada de recursos materiales y de personal de salud implica traslados y derivaciones permanentes. Estos se resuelven muchas veces bajo responsabilidad de las personas usuarias, quienes dejan sus lugares de residencia, asisten a largas esperas por turnos, realizan pagos de

consultas privadas por demandas básicas, entre otras. Quienes no logran sortear estos obstáculos, se enfrentan a la desatención sanitaria absoluta.

Los recursos que se evidenciaron como escasos en general giran en torno a la falta de personal de salud, los bajos salarios y la necesidad de capacitación permanente para lograr la integralidad de la atención. Las entrevistas refieren que no hay decisión institucional suficiente para incluir la formación permanente y que esto permitiría potenciar los avances tecnológicos y mejorar la calidad de atención, lo cual recae en una decisión individual: “hay muchas propuestas de formación, pero depende de la voluntad de cada quien, porque es algo que tenemos que hacer aparte de nuestro horario laboral y no hay financiamiento” (Daniela, médica del Interior, comunicación personal, noviembre 2020). Otra persona entrevistada advierte que es necesaria: “una formación sanitaria, sí, pero también cívica, humana, social, y solidaria. El trabajo en conjunto de pares, con canales de comunicación fluidos, que permita superar el trabajo mecánico, más aún en situaciones desconocidas” (Victoria, médica del CU, comunicación personal, octubre 2020). Cabe destacar que todas las personas entrevistadas cuentan con formación de grado y algunas de ellas con formación de posgrado en curso que se financia y sostiene de manera personal.

Respecto del flujo de intercambios en cada hospital y entre instituciones, si bien existen algunos casos de trabajo en red, esta no es la situación predominante. La mayoría de las personas de desempeño asistencial en el CU sostiene que no conocen cómo trabajan sus compañeros/as ni las demás dependencias dentro del hospital o del sistema. En centros del interior provincial la situación es diferente, dado que la falta de recursos y de personal moviliza la generación de redes entre colegas e instituciones para la derivación, lo cual se gestiona en el día a día y genera situaciones de estrés por la falta de un entramado interinstitucional sólido, que se resuelve de acuerdo a voluntades particulares.

En cuanto a modalidades de contratación del personal, existen diferencias significativas entre centros del CU y del interior. En el CU, la totalidad de las personas entrevistadas se encuentra en situación de planta permanente o contrato de servicio (semejante a planta transitoria). En el interior, sólo dos de las personas entrevistadas son de planta permanente, las demás trabajan bajo contrato de servicio o beca.

### **Cambios en la atención hospitalaria en pandemia**

Con la pandemia, en toda la provincia se redujo la circulación de personas en general y el sistema de salud reorganizó la gestión de turnos. Éstos se tornaron más acotados y mejor programados para evitar el amontonamiento de gente en espera. Antes de la pandemia, las personas usuarias debían pasar la noche o madrugadas para conseguir turnos en veredas o pasillos, muchas veces siendo citadas a la misma hora y atendidas conforme al orden de

llegada. Las personas entrevistadas, en general, refieren que las medidas de aislamiento para reducir la propagación del virus generaron “crisis de nervios” que se vieron tanto en compañeros/as de trabajo como en pacientes, porque también tuvieron compañeros/as que “saturaron psicológicamente” (Ana, médica del CU, comunicación personal, septiembre 2020).

En los hospitales del Interior, muchas situaciones quedaron sin resolver porque “muchas gente no se animaba a venir o no ha podido llegar por sus propios medios. Y se trata de situaciones complejas que, si no las movemos, no aparecen, no se genera la demanda” (Josefina, trabajadora social del Interior, comunicación personal, noviembre 2020). La gente dejó de ir a controles e interrumpió tratamientos porque no lograban llegar a los hospitales, además de reconocer que la atención se redujo y que la respuesta era derivar al CU. Esto generaba gastos y temores de acercarse al CU por contagios, lo que dio protagonismo a las estrategias de autoatención:

Sólo en cuestiones mínimas podemos indicar tratamientos, pero por lo general se deriva [a hospitales del CU]. Ahora la gente no quiere ir al hospital, primero porque no tenemos cómo movernos y también porque tienen miedo de ir por los contagios. Tiene que ser algo muy grave, sino la gente resuelve con lo que tiene, remedios caseros o compran medicamentos para salir de paso (Estela, médica del Interior, comunicación personal, agosto 2020).

En el mismo sentido que refieren Calvario Parra y Arellano Gálvez (2022), las estrategias de autoatención emergentes (o profundizadas) en base a las medidas de prevención durante la pandemia podrían abrir espacios para ser indagadas e integradas con mayor profundidad. Sin embargo, este asunto que solo se reconoce y menciona en centros de salud del interior y no se integra a la atención hospitalaria, lo que reforzó la jerarquización entre saberes y prácticas científicas y populares, a pesar de reconocer la eficacia de éstas últimas.

### ***Estrategias y desafíos frente a obstáculos para la atención sanitaria situada***

Entre las acciones institucionales del Ministerio de Salud provincial que resaltaron los relatos, encontramos la construcción de respuesta protocolizada para pacientes Covid-19 positivo en dos de los Hospitales del CU. Algunos de ellos, fueron acondicionados progresivamente con una nueva terapia intensiva debido a la gran demanda de ciertos períodos. En este sentido, los relatos reflejan que en el CU “se logró dar respuestas satisfactorias” (Pedro, médico del CU, comunicación personal, octubre 2020).

La implementación progresiva de medios digitales para la obtención de turnos y realización de consultas (con recursos personales y/o dispositivo de telesalud) fue percibida como

positiva entre las experiencias de hospitales del CU. En consultorios específicos y ambulatorios, los turnos presenciales fueron reemplazados por la modalidad virtual.

Así, la virtualización de la atención fue una de las estrategias para resolver la continuidad frente a las medidas de aislamiento durante la pandemia (Zúñiga-Lara et al., 2022). Sin embargo, en centros del Interior, por la ineficiencia de la red de internet y la escasez de dispositivos digitales, esta no resultó una estrategia tan exitosa. A pesar de ello, la virtualización como posibilidad de reemplazo de la presencialidad propició la valorización de los vínculos y la producción de modos alternativos de sostenerlos. Se buscó aumentar la comunicación por redes sociales como Facebook y radiodifusión, de construir redes comunitarias donde se compartían dispositivos con conectividad -cuidando el aislamiento indicado- y de “retomar lo antes posible la presencialidad” (Lorena, obstétrica del Interior, comunicación personal, septiembre 2020) en formatos cuidados: al aire libre, respetando el distanciamiento, con el uso de tapabocas y de higienización de manos. La generación de espacios cuidados presenciales comenzó a producirse a partir del tercer mes del inicio de la medida de aislamiento (mayo 2020).

Respecto de roles y desempeños, en la mayoría de los hospitales del CU se produjo la afectación obligatoria de profesionales de diferentes áreas a un área específica-ambulatoria para la atención de pacientes con Covid-19, siendo “las mujeres las que ocuparon los nuevos roles al principio” (Ana, médica del CU, comunicación personal, septiembre 2020). En centros del Interior no se generaron áreas específicas para la atención de Covid-19. Estos casos, como muchos otros, se derivaron a centros del CU por falta de personal, de insumos, materiales, de recursos y de capacitación.

En relación con la mencionada falta de recursos para resolver traslados y la condición de los caminos para ser transitables en centros del Interior en pandemia –problematizada en trabajos previos (autor et al., 2024), se identifica que se buscó resolver con recursos personales de trabajadores/as, lo cual implicó asumir una nueva responsabilidad:

...y las grandes distancias, el hecho de que no haya transporte... Ahora no tenemos ambulancia, antes teníamos, pero se echó a perder. Y solo podemos ir con nuestros propios medios, pero eso también nos genera un costo a nosotros a nivel personal que muchas veces no podemos costearlo (Cristina, obstétrica del Interior, comunicación personal, octubre 2020).

### ***La dimensión subjetiva del trabajo y la atención hospitalaria en pandemia***

Respecto de las sensaciones que les produjo el trabajo en salud en pandemia, la totalidad de las personas entrevistadas manifestaron agotamiento físico y mental por la imposibilidad de desconectarse de las situaciones laborales. La preocupación que les producía la situación

propia y ajena y, la demanda alta y sostenida de diagnóstico y atención configuraron situaciones abrumadoras. Sumado a ello, las licencias se suspendieron indefinidamente y el ritmo de trabajo aumentó de forma considerable, junto a nuevas responsabilidades asumidas, para las que no se sentían suficientemente preparados/as. En relación con la dimensión afectiva, manifestaron sentimientos de angustia e incertidumbre que sufrieron por la necesidad de acostumbrarse a nuevos protocolos de uso de materiales y de trato con pacientes, lo cual relatan como “un proceso crítico y caótico” (Ernesto, médico del CU, comunicación personal, noviembre 2020). Estos cambios implicaron una primera instancia en la que tuvieron que formarse y formar equipos y aprender a implementar protocolos diversos, por ejemplo, con equipos de protección que les generaba menor audición, menor visión y mucho calor. No solamente se trataba de cuidar al/la paciente sino de cuidarse entre trabajadores/as (Inés, psicóloga del CU, comunicación personal, octubre 2020).

En centros del Interior destacan los cambios en las dinámicas de atención a partir de la necesidad de implementar distanciamientos: “antes había contacto estrecho con las pacientes, que formaba parte de nuestra labor, el tema de la contención” (Cristina, obstétrica del Interior, comunicación personal, octubre 2020). En estos centros caracterizados por la precarización (Ramírez Hita, 2019), se resalta la capacidad de las y los trabajadores/as de sostener la valorización de los vínculos. Sin embargo, se advierte que las situaciones a resolver dependen en gran parte de la capacidad de los y las trabajadores/as de *poner el cuerpo*:

Los tiempos y demandas asociadas a lo biológico son diferentes, hay demandas que son más amplias y complejas. Los espacios de formación durante la cuarentena han permitido que sigamos acompañando, abordando cuestiones puntuales por el desgaste. Los niveles de concentración y atención están agotados, y el tener que estar conectados todo el día ha generado una nueva realidad. El acompañamiento era permanente. Las demandas no eran sobre lo biológico sino sobre asuntos más integrales (Nancy, trabajadora social del Interior, comunicación personal, noviembre 2020).

Estas situaciones de precariedad en centros del Interior parecen favorecer cierta empatía desde el personal de salud. En estos contextos adversos, se identifican diferencias entre atención y cuidado:

Es muy diferente pensar estrategias de cuidado, pero nadie piensa en estrategias de cuidado para el equipo de salud. (...) nadie nos ha formado en lo humano en cómo acompañar y contener, eso es lo que sigue generando crisis y conflicto y nadie se preocupa por el equipo de salud. No había recetas, siguen estando todos concentrados en lo biológico, pero mientras tanto hay

que ir acompañando otros procesos. No hemos descuidado nada, pero el costo es personal (...) estamos cansados emocionalmente, el estrés... el estar para otros y que las cosas hayan funcionado ha implicado que nosotros hayamos puesto nuestro cuerpo todos los días y no sé si eso es saludable. Hay una tensión constante en nuestros deberes y sentires y hay que seguir problematizando en este transitar (Josefina, trabajadora social del Interior, comunicación personal, noviembre 2020).

Por último, respecto de los conflictos en la atención hospitalaria en pandemia según zona geográfica, una entrevistada reconoce diferencias entre zonas centrales y periféricas:

Todo se analiza, se centra, se focaliza en la capital. Las necesidades que vive el interior son totalmente diferentes. Es necesario incorporar nuestra mirada para recuperar voces y conocer nuestras realidades. Más allá de que haya lineamientos y protocolos en común, los recursos simbólicos, económicos son totalmente dispares (Josefina, trabajadora social del Interior, comunicación personal, noviembre 2020).

De este modo, la pandemia permitió visibilizar diversos aspectos que configuran la atención en salud pública, particularmente los modos de planificación y organización sanitaria que repercuten en la producción de desigualdades.

## Discusión

Los datos analizados permiten reflejar coincidencias con los antecedentes en cuanto a la reorganización de la atención y el desgaste físico y emocional de los y las trabajadores/as, aspectos que en centros del Interior se intensificaron por la conjugación de la precarización estructural previa, la falta de recursos para abordar institucionalmente lo emergente y la ausencia de políticas situadas acordes a la heterogeneidad de escenarios, priorizando la resolución de conflictos desde dinámicas del CU. Esto permite visibilizar relaciones de poder, jerarquías estatales y procesos de hegemonía y resistencias que producen y reproducen conflictos, estigmatización territorial y desventajas vinculadas al espacio geográfico con efectos en la salud (Friedin et al., 2020).

En diálogo con investigaciones recientes en Argentina y América Latina, los resultados se alinean con antecedentes respecto del análisis de las estrategias de los equipos de salud, que fueron decisivas para sostener la atención en condiciones de precariedad y sobrecarga (Pecheny, 2023; Sánchez et al., 2023; OPS, 2022; Sy et al., 2023; Burijovich et al., 2022). Al mismo tiempo, la pandemia expuso con claridad el peso de las desigualdades territoriales en

la efectividad de las políticas sanitarias, en línea con las contribuciones de Chiara (2020) sobre la centralidad del territorio en contextos segregados.

La jerarquización de diferencias sociales vinculada al espacio geográfico permite pensar en los efectos de lugar, teniendo en cuenta que espacio social y espacio físico no pueden pensarse por separado. En sociedades desiguales los espacios se encuentran jerarquizados y expresan distancias sociales (Bourdieu, 1999; Wacquant, 2013). La estructura espacial de distribución de agentes se relaciona con la estructura espacial de distribución de los bienes y servicios. De esta manera, las representaciones de los sectores más desfavorecidos son - muchas veces- espacializadas y su valoración negativa suele traducirse en una patologización de sus espacios e identidades (lo rural, el interior). En esta dinámica se construyen estigmas vinculados a tipos de lugares habitados por tipos de personas (Bayón 2012). Sin embargo, los datos reflejan que se aborda de manera diferencial el vínculo entre agentes de salud y personas usuarias entre CU y el Interior: los espacios despojados del Interior -pero a la vez más lejanos al control central-, son donde el vínculo parece ser menos descuidado.

Estos aportes sociológicos se pueden ampliar al articularse con las teorías de la geografía crítica que aborda la relación espacio–sociedad, aportando densidad interdisciplinaria. En ese sentido, cabe referir que la atención hospitalaria en Santiago del Estero durante la pandemia de COVID-19 reveló profundas dificultades en el acceso a servicios y personal, así como sobrecargas laborales, con diferencias marcadas entre la capital y zonas rurales y remotas, incluso en centros del mismo nivel de atención. Estas inequidades reflejan estructuras territoriales históricas de diferenciación y subordinación espacial. En línea con la perspectiva de Santos (2002), es posible comprender que el espacio no es un mero soporte neutro, sino un producto social atravesado por relaciones de poder, donde la producción desigual del espacio genera jerarquías territoriales y reproduce injusticias sociales. Esta lectura desde la geografía crítica permite conectar los hallazgos con procesos más amplios de marginación territorial y exclusión social que exceden lo estrictamente sanitario.

En esta apuesta interdisciplinaria, las estrategias desplegadas por trabajadores y trabajadoras para sortear obstáculos emergentes en su práctica pueden comprenderse desde una doble clave: por un lado, como prácticas situadas que responden a disposiciones sociales incorporadas —es decir, desde el *habitus*—, lo que explica la manera en que los sujetos internalizan esquemas de acción y formas de organización del cuidado en contextos de crisis; y, por otro lado, como procesos inseparables de la configuración espacial en la que se desarrollan, que inscriben en los cuerpos y en las instituciones las marcas de las desigualdades territoriales (Guimarães, 2014). Esta articulación entre *habitus* y configuración espacial permite dar cuenta de las prácticas subjetivas como de las estructuras materiales que condicionan la atención hospitalaria en contextos periféricos.

En este sentido, la geografía crítica aporta categorías para robustecer el análisis. La geografía inscrita en el cuerpo refleja cómo las condiciones espaciales y tecnológicas median la experiencia de salud y trabajo hospitalario. Este trabajo en salud se produce trascendiendo fronteras, convirtiéndose así en un proceso capaz de superar las divisiones normativas (urbano/rural, capital/interior) y de atender a los procesos de desigualdad espacial que emergen en escenarios concretos (Guimarães, 2015; Guimarães et al., 2014). Esta perspectiva refuerza el vínculo entre espacio y justicia social, que permite comprender que la organización sanitaria no es neutral, sino que responde a relaciones de poder que configuran los territorios y jerarquizan a las poblaciones (Santos, 2002; Faria y Bortolozzi, 2009).

Frente a la noción de salud rural concebida “desde arriba”, el enfoque de salud pensada “desde abajo” permite tensionar las categorías oficiales con las experiencias locales. La articulación entre la noción de *habitus* y los aportes de la geografía crítica permite construir una lectura interdisciplinaria que enriquece el análisis de la atención hospitalaria en Santiago del Estero durante la pandemia. Mientras el *habitus* ilumina cómo las disposiciones sociales incorporadas orientan prácticas y estrategias cotidianas de trabajadores y trabajadoras en contextos de crisis, la geografía crítica —en la línea de Santos (2002), Guimarães et al., (2014) y Gonçalves (2001)— aporta categorías para comprender la producción desigual del espacio, la configuración de jerarquías territoriales y sus efectos sobre el acceso a la salud. Esta apuesta epistemológica hace posible analizar simultáneamente las dimensiones subjetivas y estructurales de los procesos de cuidado, mostrando que las respuestas locales no pueden pensarse desvinculadas de las formas históricas y espaciales de organización del sistema sanitario. En este sentido, el entrelazamiento de perspectivas sociológicas y geográficas constituye una vía fértil para problematizar las desigualdades territoriales en salud y avanzar hacia una comprensión situada de los procesos salud-enfermedad.

En esta línea y siguiendo a Haesbaert (2021), lo analizado invita a repensar binarismos rural/urbano y CU/Interior como categorías académicas y gubernamentales para el ordenamiento del territorio y a poner en tensión su validez y utilidad -particularmente respecto de salud rural-, entendiendo que su polisemia desencadena acciones concretas con implicancias políticas para el ordenamiento socioespacial. Estos usos políticos abarcan tanto el espacio concebido o representado como el espacio vivido. Diversos grupos sociales emplean esta categoría como referencia y, en función de ello, moldean prácticas cotidianas y comportamientos. No obstante, estas representaciones generan efectos tangibles a través de su implementación y la contestación social.

## Conclusiones

El análisis de experiencias de trabajo en salud en distintos territorios, pero en un mismo nivel de atención (hospitalaria), revela un desarrollo desigual entre la capital provincial (CU) y el Interior. En este escenario, el estigma territorial aparece como una construcción legitimada, aunque también constituye un campo de disputa simbólica. Como se señaló previamente, dicho estigma no es únicamente negativo: si bien busca subordinar ciertos espacios, también se impulsan procesos de subjetivación que habilitan resignificaciones y resistencias. Esto se refleja en las estrategias desplegadas por trabajadores/as de la salud en el Interior, quienes, a partir de experiencias de precariedad laboral y de vida, transforman el estigma en motor de cambios institucionales y relationales y sostienen demandas de políticas públicas situadas.

En la misma línea, la precariedad que atraviesa el trabajo en salud en el Interior parece favorecer una mayor empatía entre trabajadores/as y usuarios/as, a diferencia de lo observado en el CU, donde la disponibilidad de mayores recursos técnicos tiende a generar una distancia en el vínculo asistencial. El desafío consiste, así, en lograr una distribución más equitativa de personal y recursos hacia el Interior, sin perder el componente relacional y vivencial del cuidado. Al mismo tiempo, resulta necesario abrir espacios de reflexión en el CU que permitan recuperar la dimensión vincular como parte constitutiva del trabajo en salud.

Desde una perspectiva geográfica y estructural, estas diferencias entre capital e Interior — aun en instituciones hospitalarias de igual nivel— pueden leerse a la luz de la geografía crítica, que muestra cómo el territorio se organiza a partir de fuerzas externas y desigualdades espaciales históricas que trascienden fronteras y se inscriben en los cuerpos.

El análisis permite, así, cuestionar categorías que orientan las políticas sanitarias, como la distinción entre zonas centrales y el Interior, que supera la dicotomía urbano-rural estadística. Muchos centros urbanos del Interior presentan dinámicas propias de la salud rural, evidenciando los límites de políticas rígidas y alejadas de los territorios, que desatienden las condiciones sociosanitarias de poblaciones urbanas remotas y reproducen desigualdades estructurales. Asimismo, la mencionada clasificación de zonas rurales, remotas y desatendidas bajo una misma categoría refuerza un determinismo geográfico que invisibiliza factores políticos y económicos, mientras que la diferenciación CU/Interior del Ministerio de Salud provincial refleja y homogeneiza desigualdades territoriales ya presentes en los datos.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se reconoce la necesidad de ampliar la muestra, especialmente en centros del Interior y de incorporar estrategias de recolección presencial que permitan captar matices que no emergen a través de los medios virtuales.

En este trabajo se reflejaron algunos de los desafíos para alcanzar “salud para todos” a partir de identificar la necesidad de analizar heterogeneidades y jerarquizaciones dentro del sistema sanitario según zona geográfica en un mismo nivel de atención. La tensión entre organización del sistema de salud y relaciones de poder en la distribución de personas y servicios se refleja en los desafíos contemporáneos para una geografía de la salud sensible a la complejidad territorial. Esto permitiría trascender categorías binarias como urbano-rural y CU/Interior. La estigmatización territorial resulta, aquí, un concepto relevante para problematizar estructuras y dinámicas de dominación y alternativas de agencia vinculadas a la dimensión geográfica.

De este modo, las experiencias analizadas en Santiago del Estero se inscriben en un panorama regional más amplio, en el que las prácticas situadas de los equipos de salud se articulan con procesos estructurales de producción desigual del espacio, evidenciando la necesidad de impulsar políticas públicas sensibles a las condiciones territoriales y orientadas a la justicia social en salud. Reconocer estas dinámicas supone interpelar la producción desigual del espacio y proyectar horizontes de transformación hacia sistemas de salud más equitativos, democráticos y enraizados en las experiencias territoriales.

## REFERENCIAS

- Antonietti, L., Ortiz, Z., Esandi, M. E., Duré, I., y Cho, M. (2020). Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1-8. 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.111>
- Arcaya, M., Arcaya, A., y Subramanian, S. (2015). Inequalities in Health: Definitions, Concepts, and Theories. *Global Health Action* 8(1), 261-271. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Arias-Ulloa, C. A., Gómez-Salgado, J., Escobar-Segovia, K., García-Iglesias, J. J., Fagundo-Rivera, J., & Ruiz-Frutos, C. (2023). Psychological distress in healthcare workers during COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of safety research* 87 (2023) 297–312  
<https://doi.org/10.1016/j.jsr.2023.07.016>
- Bayón, M. (2012). El “lugar” de los pobres: espacio, representaciones sociales y estigmas en la ciudad de México. *Revista Mexicana de Sociología* 74(1), 133-66. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v74n1/v74n1a5.pdf>
- Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em debate* 41, 264-275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>
- Bourdieu, P. (1990). El sentido práctico. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Vol. 1. Akal.

Bozzano, H. (2020). Territorios rurales en Argentina El método stlocus: qué ruralidad, qué lugares, qué ciencia, qué política. En Cerdá, J. y Mateo, G. *La ruralidad en tensión* (25-74). Teseo. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/121466>

Burijovich, J., Sy, A., Drovetta, R., y Buhlman, S. (2021) Nuevo pacto por la salud en la Argentina postpandemia. En: Informe Foro Universitario del Futuro. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/salud\\_prevencion\\_y\\_estrategia\\_sanitaria.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/salud_prevencion_y_estrategia_sanitaria.pdf)

Calvario Parra, J.E. y Arellano Gálvez, M. (2022). Las personas jornaleras y la COVID-19: prevención y condiciones laborales en Sonora, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 20(1), 210-225. <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v20i1.48645>

Caravaca, J., y Daniel, C. (2023). *Afrontar lo inesperado: El Estado argentino ante la crisis global del COVID-19*. Editorial Biblos.

Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. *Debate Público*, 10(20), 14.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina*.

[https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz\\_de\\_la\\_desigualdad.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf)

Faria, R. M., & Bortolozzi, A. (2009). Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no brasil. RAEGA - O Espaço Geográfico Em Análise, 17.

<https://doi.org/10.5380/raega.v17i0.11995>

Feuerwerker, L. (2021). Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. *Salud Colectiva* 17 (mayo): e3356.

<https://doi.org/10.18294/sc.2021.3356>

Freidin, B., Ballesteros, M. S., Krause, M., y Wilner, A. (2020). Territorial stigmatization and health: Experiences of social inequality in the periphery of Buenos Aires. *Estudios demográficos y urbanos*, 35(1), 153-183. <https://doi.org/10.24201/edu.v35i1.1857>

Gonçalves, C. W. P. (2001). Geo-grafías: movimientos sociales, nuevas territorialidades y sustentabilidad. Siglo XXI.

Guimarães, R. B. (2015). Introdução. En Saúde: fundamentos de geografia humana (pp. 7–16). Editora UNESP. <http://books.scielo.org>

Guimarães, R. B., Pickenhayn, J. A., & Lima, S. C. (2014). Geografia e saúde: sem fronteiras. Assis: Universidade Estadual Paulista.

Gurmendi, M., y Silveti, J. (2021). La Terciarización forzada en las Regiones Subcapitalizadas de la Periferia. Santiago Del Estero, 1994-2007. *Actualidad Económica*, 31(103), 43-55.

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/acteconomica/article/view/32920>

Haesbaert, R. (2021) *Território e descolonialidade: sobre o giro (multi) territorial/de(s) colonial na América Latina*.

Buenos Aires: CLACSO; Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia; Universidade Federal Fluminense. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20210219014514/Territorio-decolonialidade.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>

Kessler, G. (2012). Las consecuencias de la estigmatización territorial: Reflexiones a partir de un caso particular. *Espacios en blanco. Serie indagaciones*, 22(1), 165-197.

Martínez-Salgado, C. (2012) El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias». *Ciência & Saúde Coletiva* 17(3), 613-19. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>

Mastrangelo, A., Hirsch, S., & Demonte, F. (2022). COVID-19 en los barrios populares de dos ciudades argentinas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(11), 4091-4105. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.04382022>

Mendoza-Popoca, C. y Suárez-Morales, M. (2020). Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología* 43(2), 77-82. <https://doi.org/10.35366/92875>

Minayo, M., Ferreira Deslandes, F. y Gomes, R. (2023). *Investigación social: Teoría, método y creatividad*. 1ra. ed. EDUNLA. <https://doi.org/10.18294/9789878926261>

Narváez Medina D. y Castaño Urdinola J. (2016). El desarrollo geográfico desigual como factor de construcción de estigma territorial: el caso de La Dorada en el Magdalena Medio. *Rev Antropol Sociol Virajes*. 18(2), 75-93. <https://doi.org/10.17151/rasv.2016.18.2.6>

Organización Panamericana de la Salud (1982). *Salud Para Todos En El Año 2000: Plan de Acción Para La Instrumentación de Las Estrategias Regionales*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39468>

Organización Panamericana de la Salud (2022). *Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas. Una revisión rápida*. Washington, D.C. <https://doi.org/10.37774/9789275324721>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). The COVID-19 health care workers study (HEROES). Informe regional de las Américas. Washington, DC: OPS. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>

Parada-Parra, L. (2018). Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*, 20(33), 79-94.  
<https://doi.org/10.15332/22484914.4878>

Pecheny, M. (2023). Prólogo. En: PISAC COVID-19 (Ed.), La sociedad argentina en la postpandemia (Tomo III). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Ramacciotti, K. (2021). La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28, 301-305. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100016>

Ramírez Hita, S. (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá*, (14)

Ruiz Jabbaz, S. (2022). Estrategias de enfrentamiento de la estigmatización territorial. Etnografía en una población de Santiago de Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 35(51), 171-189.  
<https://doi.org/10.26489/rvs.v35i51.8>

Salvia, A., Donza, E., Vera, J., Jara Álvarez, R. y Correa, M. (septiembre de 2024). *Pobreza por ingresos en base a la encuesta permanente de hogares (EPH-INDEC) Argentina urbana: 2°s 2016-1°s 2024*. Observatorio de la Deuda Social Argentina – Universidad Católica Argentina. Disponible en:  
[https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Prensa/Informes/2024-Prensa-ODSA-Informe-Pobreza\\_1S2024.pdf](https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Prensa/Informes/2024-Prensa-ODSA-Informe-Pobreza_1S2024.pdf)

Sánchez, M. Z., Benítez, A. R., & Enrici, A. J. (2023). Estado del arte de las condiciones laborales de profesionales de salud en Suramérica durante la pandemia covid-19. *Enfermería Investiga*, 8(2), 83-93. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i2.2008.2023>

Santos, M. (2002). A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção (Vol. 1). Edusp.

Sy, A., Alonso, V. M. L., Lorenzetti, M. I., Burijovich, ... y Drovetta, R. I. (2023). Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID-19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública. En: PISAC COVID-19 (Ed.), La sociedad argentina en la postpandemia (Tomo III). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 151-204

Wacquant, L., Slater, T., y Borges Pereira, V. (2014). Estigmatización territorial en acción. *Revista invi*, 29(82), 219-240. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-83582014000300008>

Wacquant, L. (2013). Los condenados de la ciudad. Gueto, periferias y estado. Buenos Aires, Siglo XXI.

Ynoub, R. (2014) Cuestión de Método. Aportes para una metodología crítica. Universidad Nacional de México. México, DF., Cengage Learning Editores.

Zúñiga-Lara, E. M., Rodríguez Piña, M. D., Hinojosa-Juárez, A. C., Vargas Hernández, J. A. y Mendieta Zerón, H. (2022) Atención médica virtual. Oportunidades para paliar rezagos y trascender. *Inteligencia Epidemiológica*. 1, 14-17. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/141342>

## Sobre la autora

**Laurencia Lucila Silveti.** Licenciada en Psicología por la Universidad Católica de Santiago del Estero, Magíster en Salud Familiar y Comunitaria por la Universidad Nacional de Santiago del Estero y Doctoranda en Ciencias Sociales y Humanas por la Universidad Nacional de Luján. Desarrolla una beca doctoral del CONICET, es docente de grado en la Facultad de Humanidades, Cs. Sociales y de la Salud en la Universidad Nacional de Santiago del Estero y de posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Es directora de proyectos de investigación y de extensión de la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Sus publicaciones en revistas nacionales y extranjeras se inscriben en la línea de análisis de políticas sanitarias y su implementación con perspectivas del Sur Global.