

La crisis después de la crisis: la salud en Córdoba desde las narrativas de trabajadoras y trabajadores

Por Jaschele Burijovich (*)

¿Qué dejó la experiencia de la pandemia desde la perspectiva de quienes trabajan en el sistema de salud, claves en ese contexto de incertidumbre radical? ¿Qué pueden aportar esas narrativas y testimonios en la coyuntura actual que, aunque distinta a aquella del Covid, se avecina dura y traumática desde el punto de vista laboral y social? En el marco de la publicación de los resultados de la convocatoria PISAC, compartimos estos aportes surgidos del trabajo de un equipo de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, que indagó en la construcción de narrativas colectivas sobre las experiencias de atención, cuidado y autocuidado, a partir del análisis de los relatos singulares de quienes trabajan en las instituciones públicas de salud. El texto advierte también respecto a los riesgos de “despandemizar”, haciendo foco en la importancia de hacer un balance de todo lo vivido, reparar lo que sea necesario y elaborar colectivamente los traumas soportados.

Este artículo analiza lo que la pandemia nos dejó como experiencia a través de las historias de las trabajadoras y los trabajadores de la salud, quienes fueron interpelados como esenciales en un contexto de incertidumbre radical. Nos proponemos relatar la crisis producida por la irrupción del Covid-19 y la crisis que nos dejan los esfuerzos realizados para su atención. Son testimonios acerca de sus compromisos, sus miedos, sus impotencias, sus deseos. Frustraciones y logros. Peleas perdidas con mucha tristeza y bronca. Victorias que significaron el cuidado de las vidas en medio de una tragedia.

Estas narrativas fueron entregadas a nuestro equipo de investigación en el momento en que todo estaba sucediendo. Trabajadores y trabajadoras de la salud de distintos espacios y profesiones, operativos y jerárquicos, en hospitales y en centros de salud. Desde la atención en terapia intensiva, hasta el trabajo con las organizaciones sociales en los barrios.

Son relatos que hilvanan la historia reciente de la salud en Córdoba, la atención de la pandemia y el porvenir del sector. Demuestran que la crisis que estamos atravesando en esta nueva realidad sociosanitaria se gestó hace ya muchos años y se aceleró con el Covid-19. Revelan las situaciones preexistentes, muestran los diagnósticos actuales y las expectativas con las que podemos afrontar el futuro.

En el marco de un estudio nacional¹ donde se realizaron más de 300 entrevistas -43 de ellas a trabajadoras y trabajadores del sistema público de salud de la ciudad de Córdoba (enfermeras y enfermeros, médicas y médicos, trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas y psicólogos, fisioterapeutas, personal administrativo y de limpieza, etc.)-, nos proponemos hacer visible el trabajo y la producción de una gran cantidad de trabajadores del campo de la salud que han enfrentado el Covid-19 con inteligencia, cooperación y procurando humanizar los procesos de atención y cuidado. Si bien somos conscientes de que las experiencias y saberes son poco extrapolables, rescatarlas desde las voces de sus propios protagonistas y reflexionar críticamente sobre ellas es enriquecedor para repensar las políticas sanitarias.

¹ “Transitar de la pandemia a la pospandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as” (PISAC- COVID 19 cod. 077). El proyecto está financiado por la Agencia Nacional I+D+i, Convocatoria PISAC COVID-19, La sociedad argentina en la pospandemia del año 2020, RESOL-2020-131-APN-DANPIDTYI#ANPIDTYI, a través del Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCyT). Coordinadora: Dra. Anahí Sy (Univesidad Nacional de Lanús). Coordinadora Nodo Facultad de Ciencias Sociales de la UNC: Jacinta Burijovich. Integrantes del Nodo: Alicia Miranda, Ana Heredia, Cecilia Berra, María Teresa Bossio, Cecilia Carrizo, Elian Chali, Claudia Bilavzik, Jeremías Miretti, Iván Ase, José Mántaras, Rossana Crossetto, Solana Yoma, Valeria Nicora.

Con las entrevistas, abrimos un espacio para que nos cuenten cómo estaban experimentando esos procesos. Cada quien vivió y afrontó la pandemia de diferentes maneras, incluso dentro de un mismo lugar de trabajo. En nuestra investigación, quisimos escuchar todas esas voces, aprehendiendo la incidencia de lo colectivo en lo individual, el diálogo entre el pasado y el presente, la intersección de los proyectos personales y futuros con las circunstancias que les tocaron vivir.

No fue magia

El trabajo de las trabajadoras y los trabajadores de la salud se vio transformado de manera sustancial. Esta transformación no ocurrió libre de tensiones y contradicciones al interior de los propios equipos de salud, de estos en su relación con las usuarias y los usuarios y con las instancias superiores de gestión y toma de decisiones. Tampoco se hizo en el aire. Se asentó sobre un sistema de salud que ya evidenciaba importantes déficit de atención en términos de equidad y resultados.

La pandemia puso en evidencia los rasgos de la política sanitaria de los últimos 24 años. El modelo de gestión y de construcción de gobernabilidad al interior de las instituciones de salud que se venía implementando hizo agua con la aparición de este virus. Un entramado de relaciones más ligado a lealtades políticas que a competencias profesionales se resquebrajó, generando dificultades en las jerarquías².

A continuación, una caracterización no exhaustiva del “cordobesismo” sanitario: descentralización de servicios de salud gestionados por municipios desfinanciados, que produce una gran fragmentación; abandono del primer nivel de atención; presupuesto de salud muy ajustado por debajo de la media de lo que destinan el resto de las provincias y que, desde una concepción biologicista, se utiliza en obras y aparatología; modelo hospitalo-céntrico; lógica corporativa de vinculación con los actores; precarización laboral y desatención a la salud mental.

² Ase, I y Burijovich J.(2022) ¿Existe un cordobesismo sanitario? Sección Perspectiva. Cuadernos de Coyuntura N°7 (número continuo), pp. 1-25 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/CuadernosCoyuntura/article/view/38846>

Es un sistema de salud atomizado y fragmentado. La universalidad y la gratuidad se han perdido. Las y los profesionales son denunciados o señalados por su baja productividad o falta de compromiso. Se precarizó a través de la figura de monotributistas. Las “bajas” no son cubiertas. Se sostiene un discurso universalista pero las prácticas están focalizadas en la población sin cobertura y de menores recursos. No se desarrollan acciones intersectoriales. Se ha priorizado el cortoplacismo, las políticas “parche” y las medidas de alto impacto mediático.

Políticas, prácticas y malestares en pandemia

Los resultados de esta investigación mostraron que las necesidades, demandas y el proceso de trabajo cotidiano en salud, no siempre coinciden con aquello que desde las políticas de gestión sanitaria, se norma y regula como emergencia o urgencia médico-epidemiológica; tampoco con las expectativas y las necesidades sentidas por la población. Más aún, en un contexto de mucha incertidumbre. Esta situación conduce a que “se visualicen como ajenas, lejanas y externas las medidas que tienden a homogeneizar el territorio y a condicionar el trabajo en salud, al mermar la oportunidad de tomar medidas sensibles y consensuadas con las personas involucradas en la atención y cuidados colectivos en cada lugar”³.

La pandemia cambió nuestra realidad y el sector salud se vio especialmente sobreexigido. La jurisdicción provincial, en consonancia con muchas otras jurisdicciones, basó su estrategia de atención al covid-19 en un perfil fuertemente asistencialista y tecnológico, sin darle un lugar importante al primer nivel de atención y al enfoque comunitario.

En Córdoba, en marzo de 2020, a través de la Ley 10.690, se creó el Centro de Operaciones de Emergencia y se facultó al Ministerio de Salud a determinar medidas y acciones sanitarias de excepción. Esta decisión tiene un fuerte impacto en la vida de las trabajadoras y los trabajadores

³ Sy, Anahí (UNLA) Valeria Alonso (INE-ANLIS), Mariana Isabel Lorenzetti (UNaM), Jacinta Burijovich (UNC), Lía Mónica Zóttola (UNSE), María Eugenia Suárez (UNSa), Edecia Muriel Ojeda (UNPA), Matías Stival (UNR) y Raquel Irene Drovetta (UNVM) Modos de producción de cuidados durante la pandemia por covid-19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública Doi: 10.54871/cl23p30d En PISAC COVID-19 La sociedad argentina en la pospandemia. Tomo III 978-987-813-457-4 Editorial/es:CLACSO. Agencia de I+D+d, Buenos Aires, mayo de 2023 <https://libreria.clacso.org/publicacion.php?p=2790&c=1>

de salud, porque implicó una transformación radical del sistema. Algunos de los cambios fueron, en infraestructura: aumento de camas críticas, terapias intensivas, circulación interna, hospitales modulares, cambios en los espacios, centros de salud para febriles y no febriles; en condiciones de trabajo: cambio de turnos, suspensión de vacaciones, cambios de actividades y de funciones, restricciones de personal por ser de riesgo, utilización de elementos de protección personal, contratos de contingencia; en la población asistida: restricciones a la atención de las enfermedades no-covid; en la forma de atención: trabajo en espejo, triage, operativos territoriales, reconfiguración de la tarea, reducción de los servicios, protocolos.

La política pública se articula en torno al reforzamiento de la infraestructura (camas de terapia, respiradores). Se introduce a las expertas científicas y los expertos científicos como una manera de legitimar las políticas públicas en términos de una lógica tecnocrática. En esta línea narrativa, el Ministerio de Salud de la provincia pone de relieve las medidas sanitarias implementadas por el Ejecutivo de cara a la contención y atención del Covid-19: información sobre un nuevo virus, conformación de un órgano institucional específico con representación de quienes saben; aislamiento para preparar al sistema de salud; sistema de salud fortalecido con camas de terapia intensiva y aparatología, con insumos suficientes; estrategias elaboradas con racionalidad sanitaria; control territorial (rastreo, detección, operativos, aislamiento); profesionales capacitados; sistema organizado; coordinación provincia-municipios, de donde se sigue la proyección de una gestión oportuna, prolija y eficiente. A la luz de esta trama argumental se reafirma el modelo cordobés de afrontar la crisis. Un tono discursivo sostenido en el “todo bajo control”, que contrasta fuertemente con los relatos de las trabajadoras y los trabajadores.

La orientación de la política de atención al Covid-19 se caracterizó por ser marcadamente hospitalocéntrica, lo que lleva a dejar en un lugar marginal las actividades de promoción, prevención, captación de pacientes y seguimiento de los mismos. Se profundizó la cultura médica tradicional que considera que el trabajo en el primer nivel de atención está más próximo a la asistencia social que a la práctica médica moderna, adoptando de esta forma una escala valorizada de los tipos de tareas que se efectúan en diversos niveles de atención y que responde a una particular conformación de una estructura de poder asimétrica. La desvalorización del trabajo en

la primera línea de atención es sostenida y reproducida. Hay dificultades, también, para superar las hegemonías disciplinarias⁴.

La transformación que se produjo en el sector salud a partir de la pandemia modificó las prácticas de atención, las referencias institucionales, la valoración de los saberes y la representación sobre el trabajo.

En algunas situaciones, se generaron superposición de funciones, desarticulación de la red asistencial y discontinuidad de la atención de todo lo que no fuera Covid-19. No fue suficientemente valorado el sistema de salud existente. Frente a algunos de estos casos, las trabajadoras y los trabajadores respondieron utilizando grados de autonomía, resistiendo y también desobedeciendo órdenes que no consideraban correctas. En general, las prácticas de resistencia tuvieron que ver con seguir brindando atención a lo “no covid”. No se limitaron a la atención de lo estrictamente biológico de la pandemia, sino que identificaron las demandas sociales y gestionaron recursos. En los primeros tiempos, el cierre o teletrabajo en diversas dependencias estatales responsables de dar respuesta a las demandas sociales (escuelas, centros vecinales, comedores comunitarios u otras organizaciones sociales en los barrios) implicó la suspensión de la trama de trabajo comunitario y en red en los territorios; quedó solo el centro de salud como el epicentro de recepción de las demandas más diversas, en muchos casos y según el relato de las trabajadoras y los trabajadores sin información ni recursos para gestionar y lograr resolverlas⁵.

Las trabajadoras y los trabajadores de la salud valoraron el trabajo en red realizado, especialmente el que se llevó adelante en demandas ligadas a la salud sexual y reproductiva, y a las que se produjeron luego de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Las redes

⁴ Buhlman, S., Burijovich, J., Heredia, A., Passini, M. y Yoma, S.M. (2022). El campo de la salud mental en el contexto de pandemia: políticas regresivas y derechos pendientes. Cuadernos de Coyuntura. 6: 1-10. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/CuadernosCoyuntura/article/view/36684>

⁵ Sy, Anahí (UNLA) Valeria Alonso (INE-ANLIS), Mariana Isabel Lorenzetti (UNaM), Jacinta Burijovich (UNC), Lía Mónica Zóttola (UNSE), María Eugenia Suárez (UNSa), Edecia Muriel Ojeda (UNPA), Matías Stival (UNR) y Raquel Irene Drovetta (UNVM) Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID-19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública Doi: 10.54871/cl23p30d En PISAC COVID-19 La sociedad argentina en la postpandemia. Tomo III 978-987-813-457-4 Editorial/es:CLACSO. Agencia de I+D+d. Ciudad de edición:Buenos Aires. Fecha de publicación: Mayo de 2023 <https://libreria.clacso.org/publicacion.php?p=2790&c=1>

comunitarias jugaron un papel relevante en el plano de la solidaridad. Algunas surgieron y otras se afianzaron a partir de situaciones concretas y emergentes de la crisis. Se destaca el esfuerzo de los movimientos de mujeres que, en articulación con las redes de trabajadoras de la salud, sostuvieron las agendas propias frente a las decisiones de orientar los recursos solo a la atención del Covid-19.

El abordaje biologicista de la pandemia, la presión asistencial, la excesiva demanda, la falta de tiempo, el uso de los elementos de protección personal, entre otros, dificultaron el trato más personal con las y los pacientes y sus familiares. Por esto, es sumamente importante visibilizar las prácticas de humanización de los servicios.

El trabajo en los territorios confrontó a los equipos con situaciones sanitarias y sociales complejas, las que los llevaron a potenciar la comunicación horizontal entre disciplinas, complementar la formación hospitalaria con modelos psicosociales y una visión integral de las familias y las comunidades. Los propios agentes fueron desarrollando estrategias, tendieron redes con la comunidad y se reorganizaron para seguir brindando respuestas. Hubo articulación con las organizaciones territoriales y se incrementaron los reclamos por la falta de recursos y de personal.

Las trabajadoras y los trabajadores de salud manifestaron sus conflictos y sufrimientos, expresados en distintos espacios: con su propia subjetividad, con sus compañeras y compañeros, con las autoridades inmediatas, con las decisiones institucionales y con las políticas públicas implementadas. Hay sentimientos de maltrato, dolor, desaliento, síntomas en el cuerpo. Se relatan situaciones de asimetría y desigualdad en las que se ejercita la violencia, donde se experimenta la distancia entre la exigencia y el reconocimiento.

En síntesis, se profundizaron los sentimientos de desvalorización y angustia, se visibilizó la falta de personal y de recursos, la ausencia de coordinación con el primer nivel de atención, entre otras situaciones, todo lo cual produjo un profundo malestar e insatisfacción hacia lo que estaba sucediendo.

Mientras miro las nuevas olas

Las olas de contagios pueden pasar, pero los aprendizajes deberían quedar y aprovecharse. ¿Cuáles son las mejores experiencias que se desarrollaron en pandemia? ¿Cuáles fueron los quiebres que se produjeron en la construcción de la gobernabilidad que se sostuvo por más de 20 años? Mientras la preocupación por la salud lentamente va saliendo de los primeros lugares de la agenda política, las trabajadoras y los trabajadores sostienen sus reclamos salariales y de condiciones de trabajo.

En los últimos meses de 2022 y gracias especialmente al proceso de vacunación, la situación desencadenada por el Covid-19 ya estaba controlada. Se inició en ese momento una fuerte movilización de las trabajadoras y trabajadores de los hospitales y de los centros de salud públicos provinciales.

Según los testimonios recogidos, durante la pandemia, se produjo un cambio radical en los efectores de salud. Esto produjo quiebres, malestares y reacomodamientos y premios y castigos, tanto burocráticos como simbólicos. Los jefes de los servicios y las autoridades políticas fueron cuestionados. Aun así, fue el Estado, la salud pública y sus empleadas y empleados estatales quienes dieron las principales respuestas. Se fue consolidando la idea que finalmente era el Estado y las instituciones públicas las que estaban cuidando la salud de la población.

Probablemente sea esta situación la que fortaleció el sentido de pertenencia de las trabajadoras y los trabajadores y la que permitió una nueva organización, que cuestionó a los viejos representantes y estableció una modalidad asamblearia. Se puso en discusión el *statu quo* tan eficiente para la construcción de la gobernabilidad hospitalaria en Córdoba durante más de dos décadas.

Los conflictos pospandemia en el sector salud

En noviembre de 2022 se inició en el sector salud provincial un proceso de movilización en sus efectores, cuyo último antecedente similar fue el conflicto contra las políticas de ajuste que desarrolló la Intergremial Hospitalaria en los últimos meses de la gestión del gobernador Ramón Mestre en 1998.

Este proceso desencadenó la renuncia de 17 médicos de guardia del Hospital San Antonio de Padua, de Río Cuarto. El pliego de reivindicaciones incluyó aumentos salariales, participación en las paritarias, cobertura de cargos (“altas por bajas”), equiparación de los grupos ocupacionales de la Ley 7625, incorporación de las trabajadoras y los trabajadores de la Ley 7233 que se desempeñan en salud a la Ley 7625, y el pase de monotributistas y becarios a contratos.

El plan de lucha incluyó marchas masivas en Córdoba Capital y en el interior, reuniones con las autoridades del Ministerio de Salud, asambleas hospitalarias, de delegadas y delegados y generales y un sector público de salud que continúa movilizado y en alerta, dispuesto a monitorear el avance de los acuerdos. Se desconoció la representatividad del Sindicato de Empleados Públicos (SEP), luego de la firma de un acuerdo paritario que no satisfizo a las trabajadoras y trabajadores; se conformó la Coordinadora Salud de Córdoba Unida, donde están representados más de 40 unidades de atención sanitaria entre hospitales, centros de atención primaria (CAPS) y centros de salud. Se integraron a este colectivo profesionales, administrativos y los colectivos de residentes y concurrentes. La consigna que sostuvo la Coordinadora fue “Salud somos todos”.

A diciembre de 2022, se obtuvieron importantes logros: los empleados de la administración pública que a noviembre habían logrado el mayor aumento salarial eran los del Ministerio de Salud. El blanqueo de los adicionales no remunerativos incorporados al básico para las trabajadoras y los trabajadores comprendidos en la Ley 7625; el adicional por recurso humano crítico para las Leyes 7625 y 7233; el compromiso del gobierno de pasar a contrato a monotributistas y el funcionamiento de una mesa técnica con representantes de la Coordinadora Salud de Córdoba Unida. También se obtuvo el compromiso de reabrir las paritarias en febrero de 2023. En los primeros días de febrero, la Coordinadora de Salud Córdoba Unida se declaró en estado de alerta y movilización por la baja del contrato a una médica delegada del Hospital Elpidio

Torres y exigió su inmediata reincorporación; se denunció también la violencia ejercida y la situación precaria que atraviesa el sector salud por falta de personal en sus efectores.

En síntesis, es posible identificar continuidades y discontinuidades entre el conflicto en el sector público de salud desde los últimos meses de 2022 y las prácticas y malestares de las trabajadoras y los trabajadores ligados a la gestión de la pandemia. Algunos de estos reclamos han sido considerados parcial o totalmente: aumento salarial, cambio en la condición de empleo de monotributistas, reforma de la ley del equipo de salud con la jerarquización de algunas profesiones e inclusión de trabajadoras y trabajadores que anteriormente estaban en la ley 7233. Otras no han sido ni siquiera abordadas, como las desigualdades de género, las violencias hacia las trabajadoras y los trabajadores y la necesidad de cuidar a quienes cuidan. El conflicto continúa, con final abierto.

Iniciativas del gobierno provincial después de la pandemia

El Ministerio de Salud ha tomado diferentes medidas después de la salida de la pandemia. Algunas de ellas son antiguos reclamos y reivindicaciones de las trabajadoras y trabajadores de la salud. Entre otras, aumentos salariales, eliminación de los adicionales no remunerativos -lo que implica un aumento importante para las jubilaciones-, pase de monotributos a contratos (desde el ministerio afirman que son 800), apertura de espacios de negociación por fuera del SEP. Dos de las disposiciones más importantes fueron la reforma de la Ley 7625, Régimen del Personal que integra el Equipo de Salud Humana y la creación de un Consejo Provincial de Salud.

Con respecto a la modificación de la Ley de los Equipos de Salud, la misma tiene por finalidad jerarquizar las diferentes posiciones ocupacionales y, en este sentido, se establecen cinco grupos.

Otro aspecto de la nueva normativa es la incorporación voluntaria a este nuevo régimen previsto en la Ley 7625, del personal que actualmente se desempeña en el sector salud en el marco del Estatuto de la Administración Pública Provincial (Ley 7233). Los cambios en la ley van en la dirección de no sostener desigualdades al interior de los equipos de salud, más allá de las tareas y funciones diferentes.

El Consejo Provincial de Salud creado muy recientemente es un organismo asesor que posibilita la participación de diferentes actores en la planificación e implementación de políticas sanitarias, tales como los municipios y comunas, representantes del subsector privado, instituciones académicas y asociaciones profesionales, junto a la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS).

Nuevos escenarios en la salud en Córdoba

Respiradores, terapia intensiva, riesgo, camas críticas, integraron construcción social sobre la pandemia que consiguió mayor hegemonía. Sin embargo, también ha quedado en evidencia la necesidad de un entendimiento integral, multidimensional y colectivo de la salud, que es mucho más que una dimensión biológica individual. Se requiere de un sistema de salud más fuerte, atento a las demandas sociales, a los cuidados y a lo comunitario. Son pistas posibles para una salida diferente.

Pensar la crisis después de la crisis es no “despandemizar” la sociedad. “Despandemizar”, en el sentido de construir un relato y un imaginario colectivo que minimice los efectos de esta crisis sanitaria. La vuelta a la “normalidad” de 2019 no es posible ni deseable. “Despandemizar” es convivir con miradas naturalizadoras de tanta enfermedad y afectación. A pesar de todos los esfuerzos tuvimos que lamentar más de 128 mil muertes. “Despandemizar” es darle lugar a los insistentes modos de negacionismo recurrentes en nuestra historia.

La salida de la pandemia abre seriamente la discusión acerca de los desafíos del sistema de salud para atender una sociedad padeciente. Las condiciones de vida se conjugan con la diversidad de manifestaciones que adquiere el malestar social. Dentro de ellas, la salud mental es una deuda pendiente que se vio afectada por las condiciones del aislamiento, la ausencia de dispositivos de socialización, así como las transformaciones en los vínculos sociales.

La imagen deseable futura es aquella que considera que la política debe ser coherente con un camino de reformas que tiendan a la consolidación de un sistema de salud más equitativo, que logre una cobertura universal, que democratice al sector, que incluya la determinación social en

los procesos de salud / enfermedad / atención, que regule la incorporación de la tecnología y los avances de la investigación y que amplíe la oferta de servicios al incorporar tratamientos y medicinas complementarias a las que se ofrece desde la biomedicina, que sean respetuosas de las concepciones y necesidades sentidas en cada contexto sociocultural local⁶.

Es importante hacer un balance de todo lo vivido, reparar lo que sea necesario, elaborar colectivamente los traumas soportados. Tarea a realizar para lograr una comunidad que fortalezca sus mejores aspiraciones inclusivas e igualitarias.

(*) Vicedecana de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Coordinadora del Nodo Córdoba del proyecto de investigación “Transitar de la pandemia a la pos-pandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as”.

Grupo de Integrantes del Nodo Córdoba (Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba): Jacinta Burijovich. Equipo: María Teresa Bosio, Claudia Lourdes Bilavcik, Rossana Crosetto, José Mántaras, Alicia Miranda, María Valeria Nicora, Iván Ase, Cecilia Berra, Solana Yoma, Cecilia Carrizo Villalobos, Manuel Ducant, Jeremías Miretti, Elian Chali, Marcela Bella, Guillermina Pruneda y Ana Heredia.

⁶ Burijovich, J.; Sy, A.;Drovetta R. y Buhlman S. Nuevo Pacto por la salud en la Argentina pospandemia. Foro Universitario del Futuro.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/salud_preencion_y_estrategia_sanitaria.pdf