

34

Fecha de presentación: Mayo, 2024
Fecha de aceptación: Octubre, 2024
Fecha de publicación: Noviembre, 2024

VULNERABILIDAD, DINÁMICAS COMUNITARIAS Y RESPUESTA SANITARIA A LA COVID-19 EN CUBA. ABORDAJE METODOLÓGICO Y DESAFÍOS **VULNERABILITY, COMMUNITY DYNAMICS AND HEALTH RESPONSE TO COVID-19 IN CUBA. METHODOLOGICAL APPROACH AND CHALLENGES**

Anna Pomaro ^{1*}

E-mail: anna.pomaro@ird.fr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7828-5892>

Yadira Díaz Leal²

E-mail: yadiradiaz15693@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8941-4559>

Dennis Pérez Chacón ³

E-mail: dennisperezchacon@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2993-933X>

¹ Instituto de investigación para el desarrollo sustentable (IRD), Centro de Estudios Población y Desarrollo (CEPED), Paris, Francia.

² Centro de Estudios sobre la Juventud (CESJ), Cuba.

³ Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK), La Habana, Cuba.

*Autor para correspondencia

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Pomaro, A., & Díaz Leal, Y., & Pérez Chacón, D. (2024). Vulnerabilidad, dinámicas comunitarias, y respuesta sanitaria a la COVID-19 en Cuba. Abordaje metodológico y desafíos. *Universidad y Sociedad*, 16(6), 335-346.

RESUMEN

La infección por SARS-CoV-2 y las formas severas de COVID-19 se asocian a procesos de determinación social de la salud y condiciones de vulnerabilidad. Sin embargo, durante la respuesta a la pandemia, predominó una concepción medicalizada de vulnerabilidad que no capta los cambios sociales, económicos, políticos y culturales generados por la crisis sanitaria, las múltiples vulnerabilidades asociadas y las nuevas formas de experimentar estas vulnerabilidades. El estudio de estos cambios se beneficiaría del abordaje teórico-metodológico de ciencias sociales como la socio-antropología, más abierto a una perspectiva multidimensional e intersubjetiva. La investigación que se presenta propone un diseño cualitativo, de corte etnográfico para analizar la relación entre las formas de vulnerabilidad emergentes o agudizadas por la pandemia y las respuestas sanitaria y comunitaria de contención del SARS-CoV-2/COVID-19 en un contexto tan peculiar como el cubano. Se anticipan desafíos metodológicos importantes en el proceso. El objetivo de este artículo es examinar los resultados preliminares de la fase exploratoria del estudio y sus implicaciones para el replanteamiento del protocolo propuesto.

Palabras clave: SARS-CoV-2/COVID-19, Vulnerabilidad, Dinámicas comunitarias, Acceso a la salud, Socio-antropología, Cuba.

ABSTRACT

The infection by SARS-CoV-2 and severe forms of COVID-19 are associated with social determinants of health and conditions of vulnerability. However, during the pandemic response, a medicalized conception of vulnerability predominated, failing to capture the social, economic, political, and cultural changes generated by the health crisis, the multiple associated vulnerabilities, and the new ways of experiencing these vulnerabilities. The study of these changes would benefit from the theoretical and methodological approach of social sciences such as socio-anthropology, which is more open to a multidimensional and intersubjective perspective. The presented research proposes a qualitative, ethnographic design to analyze the relationship between emerging or exacerbated forms of vulnerability due to the pandemic and the health and community responses to contain SARS-CoV-2/COVID-19 in a context as unique as Cuba.

Significant methodological challenges during the process are anticipated. The objective of this article is to examine the preliminary results of the exploratory phase of the study and their implications for the reconsideration of the proposed protocol.

Keywords: SARS-CoV-2/COVID-19, Vulnerability, Community dynamics, Health care access, Socio-anthropology, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-CoV-2 y las formas severas de COVID-19 se asocian a procesos de determinación social de la salud y condiciones de vulnerabilidad (Luna-Nemecio, 2020). Sin embargo, durante la respuesta a la pandemia, ha predominado una concepción “medicalizada” de vulnerabilidad (Lancet, 2020) (correspondiente a perfiles de personas mayores de 60 años, con comorbilidades, etc.), concepción que no capta los cambios sociales, económicos, políticos y culturales generados por la crisis sanitaria y las vulnerabilidades asociadas.

Además, la pandemia de COVID-19 ha llevado a nuevas formas de experimentar la vulnerabilidad, (Fassin y Fourcade, 2022; Napier, 2020), y por ende se necesitan nuevas maneras de abordarla, desde el abordaje teórico-metodológico de las ciencias sociales, como la socio-anthropología, más abierto a una perspectiva multidimensional, que comprenda las dinámicas económicas, sociales y subjetivas (Ruiz et al., 2020). Hoy día es importante entonces entender cómo ha cambiado la experiencia y la percepción de la vulnerabilidad tras la pandemia.

La respuesta a la COVID-19 y el enfrentamiento de situaciones de vulnerabilidad también implicó movilizar las capacidades de cada territorio en términos de organización local: la reconfiguración de los servicios, la activación de redes de apoyo y las dinámicas comunitarias han sido clave en la gestión de los efectos de la pandemia en muchos contextos a nivel mundial (South et al., 2020; Wilkinson et al., 2020). En Cuba, la organización para el enfrentamiento a la pandemia y su relación con las vulnerabilidades, no solo se ha materializado de forma particular en los diferentes territorios del país; sino que también se ha visto influenciada de manera general por su sistema de salud y organización de los servicios (Pérez y Hernández, 2021), así como por las características sociopolíticas y socioculturales propias, que lo diferencia de otros países de medianos y bajos ingresos (Zabala, 2021).

El sistema de salud cubano se caracteriza por un fuerte nivel de atención primaria de salud (APS) que, por su enfoque multidisciplinario, intersectorial y comunitario, ha

jugado un rol crucial en el programa nacional de control de la pandemia (Mas Bermejo y Sánchez et al., 2021). Con la llegada de los primeros casos en Cuba se puso en marcha un plan de reorganización de los servicios de salud a todos los niveles, donde la APS fue considerada como un filtro clave para contener la propagación y garantizar un acceso a la salud lo más efectivo posible en el contexto de emergencia de la COVID-19.

Estas medidas nacionales se concretaron de acuerdo a las capacidades administrativas y organizativas de los territorios (ej. la posibilidad de organizar permanencias de equipo médico-enfermera en el consultorio, visitas a domicilio, asegurar una buena difusión de información, etc.).

El presente estudio apunta a una mejor comprensión del papel de la atención primaria de salud en el control de la pandemia, además de como los recursos o las vulnerabilidades a nivel territorial y las variables en la reorganización de los servicios pueden haber influido en la respuesta de la APS y de las comunidades. Se plantea como problema de investigación ¿cómo se dio la relación entre las formas de vulnerabilidad emergentes o agudizadas por la pandemia y las respuestas sanitaria y comunitaria para hacerle frente al SARS-CoV-2/COVID-19 en el contexto cubano? Los resultados constituirían un referente latinoamericano de enfrentamiento a emergencias sanitarias con impacto social y en salud de obligada consulta.

El objetivo de este artículo es examinar los resultados preliminares de la fase exploratoria del estudio y sus implicaciones para el replanteamiento del protocolo propuesto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Aspectos generales del protocolo de investigación

Se propuso un estudio cualitativo de corte etnográfico como diseño metodológico. El mismo combinará una serie de dispositivos metodológicos para documentar las relaciones entre vulnerabilidades, procesos comunitarios y espacio vivido con la pandemia y el confinamiento. En términos cronológicos el período de estudio se extenderá desde el reporte del primer caso en el país (marzo de 2020) hasta la administración de la primera dosis de cualquiera de las vacunas cubanas de la campaña masiva de vacunación en el país. La fecha de completamiento está en dependencia de cada una de las provincias involucradas en el estudio. La información será colectada en tiempo presente y de manera prospectiva (2023-2024) por lo que las percepciones sobre los temas objeto de estudio estará permeadas por la experiencia vivida posterior a la pandemia y en la vida cotidiana de la Cuba de hoy.

La investigación se llevará a cabo en tres provincias seleccionadas de acuerdo con características específicas tales como diferentes conexiones con el intercambio global (actividad económica, turismo, etc.) y estratificación social (variabilidad socioeconómica y, en particular, mayor pobreza), características urbanísticas y usos del espacio. Estas provincias son La Habana (la capital, caracterizada por un alto nivel de turismo, comercio y creciente estratificación social); Villa Clara (provincia central caracterizada por la mayor esperanza de vida); Cienfuegos (provincia que experimentó altos brotes de contagio, principalmente de origen autóctonos, superando incluso a la capital en ciertos momentos, y sin embargo no cuenta con estudios específicos sobre el impacto socio-sanitario de la pandemia).

Se combinarán varias técnicas de recolección de datos interrelacionadas, a saber: observación, entrevistas y mapas mentales.

La observación se centrará en el espacio doméstico, considerado como particularmente relevante para la salud pública (Castro, 2020). Esta tendrá el propósito de reconstruir las condiciones de vida al interior de las viviendas y analizar cómo se materializaron y amplificaron formas de desigualdad y riesgos en el espacio doméstico. Dará cuenta de las nuevas experiencias de la vulnerabilidad, el uso del espacio y las nuevas implicaciones durante la pandemia y las medidas de confinamiento. Se prestará atención a:

- Las condiciones de salubridad de la vivienda (p.ej., situaciones de hacinamiento; nivel de acceso a servicios básicos durante la pandemia como agua y gas).
- La distribución de los espacios dentro del hogar: como se comparten los espacios y los recursos de la casa, los equipos, disponibilidad de cuartos para aislamiento de enfermos; disponibilidad de portales, patios u otros espacios exteriores.
- Las condiciones de vida y de trabajo adentro de la vivienda: presencia de equipos y espacios no solo para el esparcimiento (tele) y el bienestar (ventilador, aire acondicionado, iluminación), sino también dedicados al trabajo a distancia y al teletrabajo.

Se realizarán entrevistas con personal de salud, miembros de organizaciones de masas, representantes del gobierno local y otros actores formales e informales que desempeñaron un papel en las iniciativas locales; servirán para documentar las experiencias de articulación entre los actores y las acciones de enfrentamiento a la pandemia. Las entrevistas a diferentes miembros de

familias seleccionadas tendrán el propósito de capturar percepciones y experiencias de exposición a distintos riesgos, de acceso a servicios, a redes de apoyo, según género, edad, situación socioeconómica entre otras dimensiones de equidad. Las entrevistas se realizarán con varios miembros de un núcleo familiar, con el fin de cruzar percepciones individuales con dinámicas y relaciones de poder, exposición diferenciada a riesgos y redistribución o concentración de las responsabilidades de cuidado dentro del núcleo familiar. Una parte de las entrevistas se realizarán en modalidad itinerante. Se realizarán desplazándose con los interlocutores por las cercanías de las casas, en sus recorridos habituales en el barrio durante el aislamiento. Este método permite capturar percepciones sobre el entorno y suscitar relatos y memorias de las circulaciones, actividades durante la pandemia.

Los mapas mentales o cartografía sensible es un método que pone el acento en la experiencia individual y subjetiva del espacio y su representación cartográfica. “Enfatiza la representación de las interacciones entre un individuo (o un grupo) y el espacio, así como las percepciones, emociones, sentimientos y opiniones (resumidas en información sensible) de este individuo (o grupo)” (Jolivet et al., 2021). Los participantes serán invitados a representar gráficamente la manera en que vivieron el espacio durante el confinamiento, tanto doméstico como a escala barrial, sobre todo frente a limitaciones de acceso a lugares, de recorrido y de prácticas. Este método permitirá alcanzar percepciones del territorio, de los recursos y servicios desde una representación gráfica, sensible y subjetiva.

La selección de los participantes será teórica y de variabilidad máxima. Se tendrá en cuenta el potencial de los mismos para dar respuesta al problema de investigación. En el caso particular de las familias, estas se seleccionarán según las características socioeconómicas y espaciales previamente establecidas. En la selección de los núcleos familiares participantes del estudio, se buscará alcanzar una representatividad según distintos criterios: variedad en la composición en cuanto a combinación generacional, distribución de los roles de cuidado por género y por edad en los núcleos familiares, color de la piel, nivel escolar, tipo de empleo, gastos e ingresos, entre otros.

Descripción del abordaje metodológico de la fase exploratoria

La fase exploratoria se llevó a cabo en el municipio de Playa. El municipio presenta varias características que pueden brindar una primera imagen significativa del impacto de la pandemia en la población y en los servicios de salud a nivel local. El municipio está situado al noreste de la provincia. Tiene una superficie de 36,2 km² compuesto

por varios barrios, suburbios y urbanizaciones. Tiene 177 773 habitantes (4 910,85 hab/km²); de los cuales el 53% son mujeres. Es uno de los municipios más desarrollados desde el punto de vista socioeconómico con un índice de condiciones de vida favorable. Sin embargo, algunos de los asentamientos y barrios del municipio se consideran socialmente complejos (Corral & Pría, 2015).

En el Atlas de la COVID-19, una mirada multi y transdisciplinar con un enfoque espacio-temporal de la epidemia en La Habana, Playa no se encuentra entre los municipios cuyas áreas de salud presentan una alta vulnerabilidad a la transmisión del SARS-CoV-2; no obstante, presenta altos índices de envejecimiento poblacional (es el segundo municipio, después de Plaza de la Revolución), con 24,4% de la población de más de 60 años. Segmento que ha sido considerado entre los de mayor riesgo de enfermar y agravar durante la pandemia (Remond y Pérez, 2022).

Por la complejidad del tema y los desafíos operacionales potenciales anticipados en el abordaje del mismo (p. ej., sesgo de memoria) de las técnicas de recolección de datos previstas desde el diseño metodológico, se aplicaron aquellas en las que el equipo de investigación tenía amplio dominio: la observación del espacio doméstico y la entrevista con diversos actores del territorio y miembros de núcleos familiares. En ambos casos el énfasis fue puesto en el enriquecimiento y la adaptabilidad de los temas y criterios propuestos a las características del territorio, a las condiciones para coleccionar el dato directamente en el terreno y a las perspectivas disciplinares de los diferentes miembros del equipo de investigación. En lo concerniente a la observación de viviendas, no solo se realizó en tiempo real, sino que se hicieron registros fotográficos para su posterior análisis. Se aprovechó la oportunidad para valorar la factibilidad y los requerimientos técnicos mínimos necesarios para la aplicación de los mapas mentales.

Consideraciones éticas.

De manera general, previo a la investigación se solicitó la aprobación de las instancias correspondientes. Se tuvieron en cuenta los criterios éticos de la investigación con humanos sustentados en la Declaración de Helsinki actualizada (2013). En la fase exploratoria, se solicitó el consentimiento informado a todos los involucrados, se les garantizó la participación voluntaria, posibilidad de abandonar la investigación cuando lo cuando así lo desearan sin perjuicio para ellos, al igual que el anonimato, la confidencialidad de la información y su utilización sólo con fines científicos. Se utilizaron pseudónimos para

anonimizar a los individuos y núcleos familiares que participaron en el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Debido al abordaje etnográfico utilizado, se trabaja a escala local al interior del municipio de Playa. Se eligió un área de salud y adentro de esta, 2 barrios (denominados I y II en lo adelante) que ilustran la diversidad típica del municipio en cuanto a estado y características constructivas de las viviendas, nivel socioeconómico de sus habitantes, organización comunitaria y de los servicios de salud, por solo mencionar algunos aspectos.

Para entrar en contacto con personal de salud del territorio se visita un consultorio del médico y enfermera de la familia de cada barrio. En el caso del barrio I se sostuvo una conversación informal con un médico y dos enfermeras presentes en el consultorio al momento de la visita. En el caso del barrio II se realiza una entrevista con carácter más formal a la doctora y a la enfermera en el marco de una visita programada. Estas últimas, a diferencia del equipo médico del barrio I, tenían una experiencia de trabajo de 30 años en el mismo consultorio, y consecuentemente, un conocimiento del barrio y de su población de larga data.

De igual manera, se accede a 3 núcleos familiares, a partir de un primer contacto con una persona-recurso identificada en el barrio I. Las entrevistas se realizaron en la propia vivienda de los participantes, previa concertación. Se entrevistan 2 miembros de cada núcleo familiar, según disponibilidad de tiempo y voluntad al momento de la visita. En algunos casos los miembros de un mismo núcleo participan de manera simultánea a la entrevista, interactuando entre ellos. A continuación, se ofrece una descripción de los núcleos familiares en cuanto a su composición por género y etaria, situación laboral de sus miembros económicamente activos, distribución habitacional y presencia de casos de COVID-19 en la familia.

Familia Pérez

Composición actual: 6 miembros. 2 adultos-mayores (mayores de 65 años), 1 adulto, 2 adultos jóvenes (25-23 años), 1 menor de un año.

Al momento del confinamiento estaban viviendo en la casa 4 miembros: 2 adultos mayores, un adulto y un adulto joven; de estos 4, 2 son mujeres y 2 son hombres.

Situación profesional: 1 jubilado; 2 trabajadores estatales; 1 trabajador por cuenta propia (TCP). Todos los trabajadores estatales mantienen su trabajo y el 100% de su sueldo durante la COVID. El TCP se mantuvo trabajando y fue exonerado del pago de los impuestos.

Vivienda: planta baja, puerta de calle con portal, 4 cuartos, un baño, una sala y una cocina.

2 casos de COVID

Cuadro 2. Familia Martínez

Composición actual: 6 miembros. 2 adultos mayores, 2 adultos y 2 niños. 3 mujeres y 3 hombres

La composición del núcleo se mantuvo igual desde la pandemia hasta hoy.

Situación profesional: 3 trabajadores estatales, 1 ama de casa, 2 escolares. Dos de los trabajadores estatales mantuvieron su sueldo al 100% y uno al 60%.

Vivienda: apartamento interior, planta baja, 2 cuartos, 1 baño y 1 cocina, 1 sala, patio exterior

1 caso de COVID

Familia Hernández

Composición actual: 4 miembros. 1 adulto mayor, 1 adulta, 1 adulta joven, 1 adolescente. 3 son mujeres y 1 hombre

Durante el confinamiento solo dos miembros del núcleo (1 adulto mayor y 1 adulta joven) permanecen en la vivienda durante todo el periodo. Una adulta mayor falleció durante la pandemia por otras causas.

Situación profesional: 2 estatales (100% de sueldo), 1 jubilado recontratado al 60%, 1 estudiante.

Vivienda: apartamento, planta baja, puerta de calle, con portal, 1 1/2 cuarto, 1 baño y 1 cocina, 1 sala

Ningún caso de COVID-19

Los resultados de la fase exploratoria se organizaron en tres ejes de análisis: 1) riesgos, dificultades y respuestas a la pandemia a nivel familiar; 2) percepción de accesibilidad a los servicios de salud, 3) redes de apoyo y dinámicas comunitarias.

Riesgos, dificultades y respuestas a la pandemia a nivel familiar

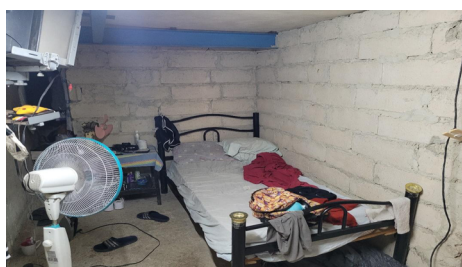
El primer eje de resultados preliminares apunta a cómo ha impactado la pandemia en las formas de vulnerabilidad vividas por las familias. Desde las primeras observaciones y entrevistas, emergen puntos claves donde la pandemia ha llegado a crear o agudizar situaciones de vulnerabilidad existentes y brechas en el acceso a recursos para hacer frente a diferentes riesgos. Esto se refleja por ejemplo en las condiciones de la vivienda y la cercanía a los servicios en tiempo de confinamiento:

"Vivimos en dos cuartos, entonces todos nos enfermábamos, era lo que yo decía: si todos nos enfermamos, los

niños... Entonces para donde nos aíslan, porque ya no había tanto espacio como para uno... Y sí, me daba, me dio mucho, mucho miedo, que se contagiaran todos, no solo yo, todo el mundo, porque estábamos todos aquí mismo” (adulto, familia Martínez).

Aun cuando la distribución de los espacios de la vivienda permite que algunos miembros pudiesen contar con cuartos donde poder aislarse solos, las condiciones de estos pudieron determinar dificultades a la hora de mantenerse por muchos días en espacios angostos o muy ca-
lurosos (figura 1).

Fig 1: Cuarto que sirve para aislar a un miembro de la familia enfermo durante la pandemia.



Fuente: registro fotográfico realizado como parte del trabajo de campo.

La exposición a la inestabilidad del empleo y de los ingresos también ha constituido un factor de vulnerabilidad para las familias. En el caso de las familias encuestadas, todos los miembros laboralmente activos previo a la pandemia pueden mantener ingresos constantes, ya sea manteniéndose en el trabajo como cuentapropistas (cuadro 1) o, en el marco de empleos estatales, accediendo al teletrabajo (cuadro 1), siendo reubicados a otras tareas (cuadro 3) o recibiendo el 60% de su sueldo antes la imposibilidad de trabajar (cuadro 2). Sin embargo, las tres familias no se enfrentan a las mismas dificultades a la hora de lidiar con la gestión de los gastos y los ingresos. Todas no tienen acceso a las mismas redes de apoyo y desarrollan estrategias familiares diferentes para hacer frente a la inseguridad generada por el confinamiento, para buscar apoyo logístico y económico, y para el aislamiento y cuidado de los enfermos.

En el caso de la familia Pérez, los miembros se benefician de la estrategia de apoyo preexistente a la pandemia, tanto adentro del hogar como con parientes externos al núcleo familiar:

“Bueno aquí nosotros ya te dije somos varias personas. Mami compra unas cosas, yo compro otras, mi hija aporta lo que puede, mi hijo consigue cuando puede, mi esposo compra cuando puede, y más o menos nos bandeamos,

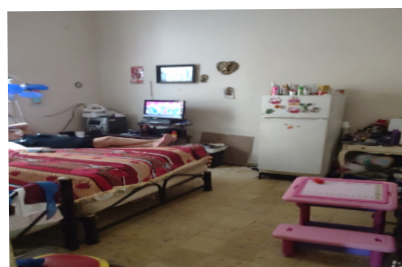
[...] en el caso de nosotros, mi casa, la mía, todo el mundo tiene que ponerse, unos más, unos menos porque es como todo, pero tratamos de que todo el mundo coma. Ya lo que tu hagas que lo coma todo el mundo es un poco complicado, eso pasa en cualquier casa, pero aquí, la comida es para 5, mi mamá, la cabeza de la familia, yo y mi esposo y mis dos hijos que son adultos, somos 5, más o menos [...] entonces al final se nos hace más llevadera la cosa en el mes. [...] Lo que hacemos nosotros es, como somos dos casas, mi hermana allá y yo aquí, nosotros todo lo compartimos, es un hábito que tenemos, lo que traen se divide en dos casas, esta y aquella, siempre fue así” (adulto, familia Pérez).

En el caso de la familia Martínez, se identifican prácticas de cuidado a su interior, que llevan a gestionar los consumos y los insumos que circulaban adentro del hogar de manera más separada, debida a la presencia de enfermos en la casa:

“Mi papá se contagió y tuvimos un encierro para acá y para allá, porque no todos [podíamos estar] en un área. Entonces cuando mi papá se infectó todo el mundo fue para aquella área y él se quedó allí con mi mamá; porque ellos eran los que convivían juntos y nosotros ahí le cuidábamos, le pasábamos la comida, no nos quitábamos el nasobuco ni para dormir, los baños, todos, aislados todo el mundo, dentro de la misma casa, pero aislados todo el mundo” (adulto, familia Martínez).

En la observación de la vivienda de esta misma familia se constata esta práctica: en uno de los dos cuartos de la casa, donde vivía la pareja de adultos y los dos niños, estaba instalado un refrigerador (figura 2), además del que se encontraba en la cocina al momento de la visita. Esto muestra como prácticas habituales de consumo al interior de las familias se modificaban en función de un criterio más importante como el del aislamiento de sus miembros al interior de la vivienda como medida de protección.

Fig 2: Cuarto con refrigerador: estrategias de división del espacio doméstico en el confinamiento.



Fuente: registro fotográfico realizado como parte del trabajo de campo.

De manera general, las diferentes estrategias familiares fueron influenciadas por las características propias y experiencia previa del núcleo familiar; así como por el momento de la pandemia y los cambios en el protocolo de actuación para el manejo de los casos y su aislamiento.

Otra brecha identificada en el acceso a fuentes de apoyo e ingresos complementarios es el contacto y la disponibilidad de recursos garantizados por parte de familiares en el extranjero, estas últimas denominadas remesas en el contexto cubano.

"Mira yo tengo una sobrina que vive en Francia hija de un hermano mío que falleció [...] En el caso de ella, puntualmente una de las cosas que siempre hizo durante ese período fue mandarnos combos, nos mandaba combos de comida. Un ejemplo: aceite, tomate, carne, entiende. [También] una prima mía, una que se crió conmigo, ella vive en los Estados Unidos, que toda la vida se ha acordado que yo soy su prima... (adulta mayor, familia Pérez) [a lo que agrega otro miembro presente al momento de la entrevista] Y toda la vida hasta hoy, le recarga el teléfono a mi mamá, hoy por hoy todos los meses le recarga a mi mamá"... (adulta, familia Pérez).

"Nosotros tenemos a mi tío, a un tío que vive en Canadá. Pero a él le salía muy caro mandarnos dinero por un tercer país porque Canadá no es... no sé ahora, porque realmente ahora no tengo conocimiento; pero en aquel momento Canadá no tenía forma directa de enviar dinero, tenía que enviarlo por un tercer país; y como al final todos los países tenían COVID le era muy costoso y entonces nosotros no teníamos como otras familias el apoyo económico de una persona que vive en el exterior. Éramos nosotras o morirnos de hambre por así decirlo" (adulta joven, familia Hernández).

Por último, algo sobresaliente resulta ser la reconfiguración de los roles de cuidado por género y por edad en los núcleos familiares y las responsabilidades aumentadas del cuidado hacia enfermos, niños y personas mayores.

"Después cayó mi hijo que si vive aquí que fue aislamiento dentro de la casa y no toques el baño y no hagas esto y no hagas aquello y sube la comida y baja la comida. [La carga de trabajo] fue doble, por lo menos para mí. Un ejemplo: yo que soy la que cocino, no quería que mi hijo ni tocara a mi mamá, decía "mami no te quites el nasobuco, no te muevas de ahí". Entonces mi hijo iba al baño yo dejaba la tapa subida, orinaba, no toques nada y yo iba y descargaba. Cuando terminaba de bañarme y después que él se bañaba, porque ya el baño era otra cosa, yo limpiaba el baño y me bañaba. Y para la comida igual, era su plato, su vaso, su cubierto, su pomo de agua. Se le subía por la

mañana, se vaciaba el pomo y volvía a cambiar el pomo, "mamá tengo más sed, cámbiame el pomo", así, entonces yo en el sube y baja en el día entero [...] porque eso me generaba a mi estrés, [...] y el riesgo, porque además en ese mismo período aquí había dos personas mayores de 60: mi esposo y mi mama, que son altamente vulnerables" (adulta, familia Pérez).

"Me pasé la COVID entera aquí adentro con los niños jugando, en el patio, los teleclases, ayudándolos a estudiar, copiando sus teleclases, haciendo las tareas, todo [...] cuando la COVID cocinaba yo, y todo lo hacía yo en la casa [...] la carga de trabajo fue el doble de lo que era cuando ninguno estábamos enfermo. [...] Yo cogía unos señores mayores que no podían salir y les hacía los mandados para ayudarlos porque no tenían familia, y yo así les hacía los mandados, iba y le buscaba las cosas. Cuando mi papá estuvo enfermo hice un poco de trabajo de delegada [de la circunscripción]" (adulta, familia Martínez).

"Mi abuelo [...] esa carga no cayó sobre mí, más bien cayó en mi mamá, mi mamá era la que venía le daba vueltas. [...] Mi abuelo como era vulnerable porque era una persona mayor que tenía en ese tiempo 80 años era una persona vulnerable y él no podía salir, entonces él estaba aquí todo el tiempo en la casa; mi mama era la que le traía la comida, las cosas [...]. Mi mama venía, decía "papa no puedes salir tienes que quedarte en la casa" [...] y si yo o algún vecino que somos nacidos y criados aquí decía "oye vi a tu abuelo en no sé dónde" entonces llamaba a mi mama, "mami mi abuelo está en no sé en dónde." Pero como tal eso de estar pendiente, la presión y "dónde está mi abuelo", no la tuve yo, más bien fue mi mamá. [...] Mi mamá mantuvo a mi hermana en una burbuja, mi hermana no podía salir de la casa para nada". (adulta joven, familia Hernández)

Se evidencia como la mayoría de la carga de trabajo de cuidado agregada por la pandemia recae principalmente sobre las mujeres adultas. Esto implica tanto las labores domésticas como la preparación de alimentos y el cuidado de los niños (tareas, tiempos de juego), como la responsabilidad en el cuidado y la protección de la salud y el bienestar. Las medidas de aislamiento doméstico implicaron el cuidado de enfermos y la gestión del riesgo a enfermar para ellas y otros miembros de la familia. En dos de las tres familias, estas mujeres, además de la carga de trabajo de cuidado doméstico, mantenían sus responsabilidades laborales; la otra tuvo que asumir responsabilidades en la coordinación de ayudas, como sustituta su papá como representante del gobierno local, mientras este estaba enfermo, y posteriormente manteniéndose como ayuda.

Percepción de accesibilidad a los servicios de salud

El segundo eje emerge de la reflexión sobre la manera en que se organizan los servicios de atención primaria de salud y la percepción de la población en cuanto al acceso a los mismos. Con la llegada de los primeros casos en Cuba se puso en marcha un plan de reorganización de los servicios de salud a todos los niveles, donde el nivel de atención primaria fue considerado como un filtro clave para contener la propagación de manera efectiva y mantener la cobertura universal y el acceso a los servicios de salud en el contexto de la emergencia sanitaria.

En la fase exploratoria se observa una asincronía entre la implementación de las indicaciones ministeriales y la percepción de las personas sobre la organización de los servicios. Y también hubo variabilidad en las percepciones de los individuos según su propia experiencia: algunos expresan haber tenido mayor dificultad para acceder a servicios de salud para otras enfermedades no relacionadas directamente con la COVID-19.

“Los niños cuando se enfermaban, que si salíamos al consultorio y lo veían y después le ponían el tratamiento y esas cosas [...] Era un poquito más complicado que de costumbre, pero bueno se resolvía verlo. [...] Estaban todos en el tema de la COVID y era un poquito complicado verlo, pero bueno. [...] Los consultorios estaban hasta cerrados, a veces había hasta que llamar para ver si podías ir” (adulta, familia Martínez).

“Tema COVID, verdad que era COVID, pero no podías ir al consultorio a más nada, si tenías un dolor podías rezar para no morirte, entonces era complicado el tema COVID [...] En sentido general el país si se preocupó por la COVID, si se preocupó porque las personas no se murieran, si se preocupó por la vacunación, sí, pero cada cual trabaja como quiere en su municipio, y hay veces que trabajan mal, no es justo que yo vaya a mi consultorio y no haya un médico a las 9 de la mañana, no es justo” (adulta, familia Pérez).

Como se ilustra en la cita anterior, las indicaciones ministeriales en relación a los servicios se concretan de acuerdo a las capacidades administrativas y organizativas de cada territorio, y resultan por lo tanto variables y exponen brechas de equidad territoriales existentes previo a la pandemia.

Esto lleva a preguntarse qué aspectos en la organización de los servicios de salud pueden generar una percepción de mayor o menor accesibilidad. En las entrevistas se resalta la percepción de no haber sido sostenidos en la carga de responsabilidad para la gestión de enfermos a domicilio, la evolución de la enfermedad y la protección del riesgo a enfermar el resto de la familia.

“Yo te puedo hablar desde mi experiencia aislada, la mía, pero es así, el médico era el que tenía que venir, yo tenía que estar llamando al médico, [...] él era el que tenía que venir y preocuparse, por lo menos; entonces ese seguimiento correcto no lo hacían [...]. No es el estar aislado en una casa, porque además pienso que antes de tu aislar a una persona en una casa, creo yo, tenían que haber visto las condiciones de la casa, ver si se podía, porque en el caso mío, aquí todo el mundo estaba bien, rezando por no enfermarnos, muy importante, porque cuidar a un paciente COVID, podía enfermarnos” (adulta, familia Pérez)

Los habitantes percibieron la movilidad de los médicos y enfermeras de la familia como desventaja, tendencia que pudo haberse acentuado durante la pandemia.

“Igual pienso, que no viene al caso, el médico de la familia, para lo que se concibió, no es lo que funciona hoy en día. Aquí yo no conozco ni al médico, el médico no sabe quién soy yo, yo voy y le digo que padezco de la presión y me lo cree. Lo que si sabe que soy asmática porque si está en mi historia clínica de toda la vida, si es que no se ha perdido en el consultorio. Tú conoces al médico y a los 15 días tú vas a una receta y no es el mismo médico, si es que está” (adulta, familia Pérez).

En el intercambio con un médico de la familia del barrio I, este relata que, si bien él estaba a cargo de ese consultorio al momento de la entrevista, no fue así durante la pandemia, período en el que había prestado servicio en varios centros de aislamiento. En cambio, el médico de familia del barrio II refiere una situación distinta:

“Yo estoy aquí desde hace 30 años. La enfermera trabaja ahí desde hace 15 años. [Tenemos la] suerte de estar en un área con un nivel de entendimiento alto, [con personas] que las conocemos de muchos años, y cooperan mucho” (médico de familia, barrio II).

Esto tiene varias implicaciones no solamente en la percepción del acceso a la atención por parte de los pacientes, sino también en la organización de las medidas de enfrentamiento a nivel de barrio y en la vinculación con otros actores,

externos al sistema de salud en las estrategias locales de respuesta a la pandemia y sus efectos, tanto sanitarios como sociales.

Redes de apoyo y dinámicas comunitarias

El tercer eje de resultados preliminares se enfoca en las formas de organización local, las redes de apoyo y las dinámicas comunitarias y en cómo estas resultan clave en la gestión de los efectos de la pandemia, sobre todo en su apoyo y su articulación con los servicios de salud.

Primeramente, se constata como la pandemia fortalece o impulsa el uso de redes sociales y aplicaciones de comunicación virtual. Esto favoreció la circulación de información desde los canales oficiales hacia la población y de las personas hacia los servicios de salud o instituciones, para manifestar necesidades o señalar situaciones de riesgo.

El médico de familia del barrio II impulsa la creación de un grupo WhatsApp con todos los vecinos, administrado por él mismo y los presidentes de los CDR, que empieza durante la pandemia y que cuenta hoy con más de 830 participantes. El objetivo era contar con un medio de comunicación donde socializar informaciones médicas y organizativas fundamentales durante el confinamiento, por ejemplo: “*información de casos*”, pero también sobre “*a quien le toca comprar*”, lo que hay disponible a la tienda, en la farmacia; también se informa sobre medidas higiénicas, “si hay focos de mosquitos, cuando toca la época de fumigación para el dengue”. Este instrumento de comunicación, efectivo para circular información y mantener contactos en época de confinamiento, se ha mantenido después de la pandemia y ha contribuido a consolidar una dinámica comunitaria fuerte. Según plantea el médico “Somos un colectivo aguerrido”.

Enseguida, se observa que donde la intervención del personal de salud se basa sobre un buen conocimiento del contexto local y experiencias previas positivas de actuación, se facilita el trabajo de comunicación y de cooperación durante el enfrentamiento a la COVID-19. Como se puso de manifiesto en el barrio II, donde el personal del consultorio juega un papel fundamental en la convocatoria y la coordinación de los actores comunitarios del barrio:

“Se organizaron citas con presidentes de CDR, consultorio, activistas, para repartirse las tareas; el partido, la federación, incluso los vecinos. [...] Logramos desde el principio que... aquí todo el mundo participaba, con la vacunación... venían aquí a pedir “dame una tarea”. Las personas crearon una red de apoyo al consultorio. [...] Se organizaron también charlas en el consultorio, para

informar sobre las medidas, los síntomas... Íbamos a los centros de trabajo a dar charlas, hicimos conferencias online; a la asociación de combatientes”... (Médico de la familia, barrio II).

El consultorio funciona como punto de articulación no solamente para las demás organizaciones instituidas, sino también para iniciativas comunitarias individuales, colectivas, espontáneas y participativas.

“Personas que no estaban trabajando, muchachos jóvenes, que venían aquí para saber a quién se necesitaba llevarle comida, buscarle remedios en la farmacia, hacer las colas. Las farmacias estaban informadas de quienes iban. El COVID fortaleció la participación” (Médico de familia, barrio II).

En el caso del barrio I, que no contaba con un médico y enfermera de la familia con un conocimiento de larga duración del territorio y una vinculación fuerte con sus organizaciones, se identifican otros actores que durante la pandemia elaboraron formas de coordinación y colaboración que resultaron clave en la aplicación eficiente de las medidas: delegados de circunscripción, estudiantes, representantes de organizaciones locales o líderes informales.

“Yo era el que tenía que ver con los médicos y enfermeras que venían a las casas, la alimentación también. Yo era el que le llevaba las cosas a las casas a la gente que tenían la COVID, yo se las compraba y se las llevaba, para que no salieran a la calle. [...] enseguida que reportaban al policlínico me llamaban aquí para decirme quien tenía con dirección y todo, por la misma área. [...] Y el policlínico me llamaba a mi enseguida, venían los médicos a tratar a la gente a la casa para que no tuvieran que salir” (adulto mayor, familia Martínez, delegado de circunscripción).

“Bueno [yo] tenía que dar el parte de las personas que estaban enfermas en el área del CDR de él [su papá] al policlínico, si le hacía falta las cosas de la tienda se las compraba a las personas, reportar todos los días si iban los médicos, en la circunscripción de la tienda donde le tocara comprar, tenía que llevar la carta de que esas personas estaban enfermas para que les llevaran las cosas a la casa”. (adulto, familia Martínez, hija del delegado)

En el barrio II trabajo del delegado incluye la coordinación entre los servicios establecidos y otros recursos comunitarios como los cuentapropistas y los voluntarios

“El restaurant daba comida a los viejitos, almuerzo y comida. [Lo organizaba] yo como delegado, y el director del restaurant. [...] Ellos me llaman, “oye hay un caso en tal lado” y yo iba para allá, apuntaba y después se lo pasaba al restaurant o al comedor para que le llevaran la comida

y yo les compraba las cosas y se las llevaba, eso estaba organizado con las tiendas que no había problemas, tu llegabas y enseguida te pasaban. [...] Había gente que se preocupaba por las personas mayores, como yo estaba en el hospital, ellos iban a visitar a las personas mayores, que te hacía falta, que te hace falta, se hicieron todas las coordinaciones, vecinos del barrio, que responden a mí como delegado, ellos iban a visitar a las personas mayores, por si algún problema". (adulto mayor, familia Martínez, delegado de circunscripción).

Estas primeras observaciones permiten entonces formular la hipótesis que los territorios donde existía una organización comunitaria consolidada previo a la pandemia tienen una mayor capacidad de articulación con los servicios de salud, brindan un apoyo más efectivo al personal médico y a la comunidad, y muestran una mayor resiliencia a la crisis.

Discusión

Tomando en consideración el propósito principal de la fase exploratoria de la investigación y el carácter preliminar de sus hallazgos, en esta sección esta será examinada a la luz de los sesgos y limitaciones anticipados durante el diseño de la investigación, así como de otros aspectos del trabajo de terreno con implicaciones metodológicas para etapas posteriores del estudio.

Por su naturaleza, el fenómeno abordado pone al investigador frente a una serie de desafíos metodológicos. Se trata de una pandemia que ya, según muchos, es parte de la historia. Tanto para las personas, como por el personal médico entrevistado, resulta difícil hoy día reconstruir con precisión las distintas etapas de la pandemia, las medidas implementadas en su totalidad y el momento de introducción de cada una de ellas. Además, los recuerdos de eventos específicos están estrechamente ligados a la experiencia de la COVID-19 en el contexto local y a las vivencias personales.

Ciertamente, las personas entrevistadas, en su narrativa, combinan sucesos y protocolos de actuación que pertenecen a etapas diferentes. Una de las soluciones a tomar al respecto para etapas posteriores del estudio es triangular información de diversas fuentes (documentos oficiales del MINSAP, estudios estadísticos y epidemiológicos contemporáneos a la pandemia) para reconstruir las etapas epidemiológicas y las medidas de salud pública, económicas y sociales correspondientes. La cronología sistematizada resultante para cada provincia del estudio estimula la memoria de los individuos y los ayuda a ubicar sus experiencias en las diferentes etapas de la pandemia.

En el diseño, se prevén entrevistas individuales a miembros de un mismo núcleo familiar, que serían realizadas en la vivienda. En el trabajo de campo se constata que la modalidad individual no se ajustaba al contexto: en el espacio doméstico es habitual la presencia simultánea de varios miembros de la familia. En un principio, esto se considera como un elemento perturbador, porque al momento de la entrevista varios de ellos se incorporaban a la discusión, dando su visión de episodios y experiencias compartidas durante la pandemia. Sin embargo, a veces los mismos entrevistados piden la ayuda de otros miembros de la familia para reconstruir eventos o detalles.

Esto tuvo dos lecturas. Por un lado, se decide aprovechar estas dinámicas colectivas y realizar entrevistas grupales al interior del núcleo familiares y con equipos de salud, líderes y otros actores comunitarios, que permitan reconstruir de forma dialógica los eventos personales y profesionales, de tal manera que los participantes puedan ayudarse mutuamente a llenar vacíos de memoria y precisar recuerdos. Por otro lado, esta modalidad de entrevistas puede generar dificultades a la hora de indagar percepciones y experiencias de la pandemia permeadas por relaciones de poder jerárquicas, brechas de género y de otro tipo entre los participantes. En estos casos, la solución es explorar los temas sensibles, de manera individual en espacios más neutros, afuera del contexto doméstico, donde las personas puedan expresarse libremente al respecto.

Otro método para reconstruir la memoria más allá de la narrativa de los participantes es analizar evidencias visuales, textuales, auditivas y de datos (fotos, informaciones compartidas en redes sociales, libretas, cuadernos escolares, certificados médicos, carné de vacunación, etc.), producidas en el marco de las vivencias cotidianas y familiares durante la COVID-19; muchas de las cuales circularon en formato digital, por medio de aplicaciones y redes sociales (Freixa et al., 2020). Este método, incorporado al diseño a partir de recomendaciones hechas por profesionales con experiencia en su aplicación, permitirá develar huellas de la pandemia en los individuos, percepciones subjetivas de lo que se considera como significativo y que se decide conservar.

Otro aspecto que se revela como importante durante el trabajo de campo fue la movilidad del personal. Los médicos de familias, los representantes del gobierno local y otros actores locales que están actualmente operando en los territorios seleccionados pueden no ser los mismos que vivieron el período pandémico. Los primeros resultados mostraron como la movilidad o por el contrario la permanencia de los profesionales de salud y otros actores en los territorios incide sobre la organización de la

respuesta a la pandemia y la percepción en cuanto al acceso a los servicios. Por esto, se incorpora como criterio diferenciador en la selección de los territorios de estudio, la permanencia o la no de estos.

Tradicionalmente la comunidad geográfica, se ha constituido usualmente como el espacio donde se establecen relaciones de solidaridad, de ayuda mutua con los vecinos, de sentido de pertenencia, donde están las personas con quien se cuenta en situaciones críticas, para armar redes comunitarias de apoyo. Para comprobar la hipótesis sobre la importancia de experiencias previas de organización comunitaria en la respuesta a la COVID-19, se incluye como criterio de selección de los territorios la presencia o no de proyectos de participación comunitaria o de desarrollo local, de manera general, y de Talleres de Transformación Integral de Barrio en el caso de La Habana.

CONCLUSIÓN

La COVID-19 y sus efectos en lo material y en la subjetividad, así como sus implicaciones para la vulnerabilidad de los individuos y su abordaje teórico y metodológico, son aún un campo de reflexión que queda en larga parte por explorar.

La pandemia de COVID-19 ha llevado a nuevas formas de vivir la vulnerabilidad, y por ende se necesitan nuevos enfoques para abordarla. La investigación que aquí se presenta incluye, pero al mismo tiempo intenta trascender los enfoques medicalizados de la vulnerabilidad. La misma está abierta a una perspectiva multidimensional, que integra las dinámicas económicas, sociales, culturales y subjetivas.

Este replanteamiento de la vulnerabilidad post-COVID tiene que construirse también desde lo empírico, dando cuenta de cómo ha cambiado la percepción de la misma tras la pandemia, de cómo las personas la entienden hoy. Esta investigación, desde su abordaje socio-antropológico, hará una contribución en este sentido. Su diseño es emergente, y lo suficientemente flexible como para adaptarse a las especificidades de cada territorio; y tomar en consideración el saber técnico-profesional de los investigadores locales, y el proveniente de la experiencia de vida de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castro, A. (2020). Response to the COVID-19 pandemic in urban slums and rural populations in Latin America. *UNDP In Latin America And The Caribbean*. (blog), April 16. <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/blog/2020/respuesta-a-la-pandemia-de-covid-19-enpoblaciones-urbano-margin.html>.

- Corral Martín, A. & Pría Barros, M.D.C. (2015). Diseño de un índice de condiciones de vida y clasificación del territorio Nacional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 31(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252015000300007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Declaración de Helsinki de la AMM (2013). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Fassin, D., & Fourcade, M. (eds.), (2022). *Pandemic Exposures: Economy and Society in the Time of Coronavirus*. HAU.
- Freixa Font, P., Pérez-Montoro Gutiérrez, M., Guallar J., & Codina, L. (2020). Fotografía, COVID-19, participación ciudadana y redes sociales: documentar y preservar el testimonio colectivo. (Ponencia). XII Congreso internacional de ciberperiodismo, Bilbao, España. <http://repositori.upf.edu/handle/10230/56415>
- Jolivet, L., Dinguèz, C., Mermet, É., Seten, S. (2021). Explorer par la carte l'espace pendant le confinement: Une expérimentation de cartographie sensible. *Revue des politiques sociales et familiales*, (4), 129-139. <https://www.cairn.info/revue-des-politiques-sociales-et-familiales-2021-4-page-129.htm>
- Lancet, (2020). Redefining Vulnerability in the Era of COVID-19. *The Lancet* 395 (10230): 1089. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1).
- Luna-Nemecio, J., (2020). Determinaciones socioambientales del COVID-19 y vulnerabilidad económica, espacial y sanitario-institucional. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(2), 21-26. <http://dx.doi.org/10.31876/rsc.v26i2.32419>
- Mas Bermejo, P., Sánchez Valdés, L., Somarriba López, L., Valdivia Onega, N.C., Vidal Ledo, M.J., Alfonso Sánchez, I., Seuc Jo, A., Almeida Cruz, Y., Morales Ojeda, R. (2021). Equity and the Cuban National Health System's response to COVID-19. *Pan American Journal of Public Health*, 45(80). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.138>
- Napier, A. D. (2020). Rethinking Vulnerability through Covid-19. *Anthropology Today* 36(3), 1-2. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12571>.
- Pérez Chacón, D. & y Hernández Barrios Y. (2021). SARS-CoV-2 y COVID-19. Una lectura a la respuesta sanitaria cubana. En M. D. C., Zabala Argüelles, M. F. Oregana Marte, G. E. Fundora Nevot, M. Bosch Carcuro, A. Fernández Gil, D. Echevarría León, R. Gómez Ramírez, Enfrentando la COVID-19 en el Caribe: Experiencias en República Dominicana y Cuba (323-74), FLACSO Cuba, Friedrich-Ebert-Stiftung, Santo Domingo, República Dominicana.

- Remond Noa R. & Pérez Rodríguez N. M. (eds) (2022). La Habana: atlas de la COVID-19, Editorial Universidad de La Habana.
- Ruiz, M. E., Carimoney, A. Á., Vidal, M. S. A., & Pisani, A. M. O., (2020). Desigualdades sociales y procesos de salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19: un análisis en clave antropológica. *Revista Chilena de Salud Pública*, (número extraordinario), 68-78. <https://www.academia.edu/download/94164941/361263461.pdf>
- South, J., Stansfield, J., Amlôt, R. & Weston, D. (2020). Sustaining and Strengthening Community Resilience throughout the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Perspectives in Public Health* 140(6), 305-8. <https://doi.org/10.1177/1757913920949582>
- Wilkinson, A., Ali, H., Bedford, J., Boonyabancha, S., Connolly, D., Conteh, A., Dean, L., (2020). Local Response in Health Emergencies: Key Considerations for Addressing the COVID-19 Pandemic in Informal Urban Settlements. *Environment and Urbanization* 32(2), 503-22. <https://doi.org/10.1177/0956247820922843>.
- Zabala Argüelles, MC. (2021). Grupos vulnerables y COVID-19 en Cuba: Alcances y retos para la protección social en: In *Enfrentando la COVID-19 en el Caribe: Experiencias en República Dominicana y Cuba*, par María del Carmen Zabala Argüelles, María Fernanda Ortega Marte, Geydis Elena Fundora Nevot, Matías Bosch Carcuro, Airon Fernández Gil, Dayma Echevarría León, Rossana Gómez Ramírez, et al., FLACSO Cuba, Friedrich-Ebert-Stiftung, 13-8. Santo Domingo, República Dominicana.