

Hacer visible lo invisible

Trabajo y atención en salud pública en pandemia, un enfoque situado en Santiago del Estero, Argentina

Making the invisible visible

Public health work and care in pandemics, a situated approach in Santiago del Estero, Argentina

L. Silveti 

Universidad Nacional de Santiago del Estero

Resumen | Esta investigación analiza las experiencias de trabajo en salud pública en el primer nivel de atención durante la primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2 en Santiago del Estero, Argentina. Con un enfoque cualitativo y situado, se recabaron y analizaron entrevistas en profundidad realizadas a diversidad de agentes de salud pública entre septiembre y noviembre de 2020. Los resultados permiten diferenciar dos grandes dimensiones: por un lado, la caracterización laboral estructural, a donde se visibiliza la feminización del trabajo en salud, situaciones de malestar naturalizadas, una base común de precarización laboral, desigualdad en la distribución de recursos y una baja coordinación de tareas y objetivos. Por otro lado, la dimensión de estrategias de trabajo y atención emergentes y la necesidad de problematizar sobre la situación laboral para generar colectivamente mejores condiciones de trabajo y de atención, ante la prevalencia de abordajes destacadamente biomédicos que resultan insuficientes. Sobre estos registros, se procura contrastar la relación entre las políticas públicas y las experiencias situadas, ampliando las nociones conceptuales en torno a los procesos de atención en salud pública y sus desafíos, desde las voces de sus agentes.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Servicios básicos de Salud, Personal de Salud, COVID-19.

Dirección de correspondencia

[Correspondence address]:

Laurencia Silveti,

Universidad Nacional de Santiago del Estero

E-mail: lausilveti@gmail.com

Abstract | This research analyzes the experiences of public health work at the first level of care during the first wave of the SARS-CoV-2 pandemic in Santiago del Estero, Argentina. Using a qualitative and situated approach, in-depth interviews with a diversity of public health workers were carried out and analyzed between September and October 2020. The results allow us to differentiate two main dimensions: on the one hand, the structural labour characterisation, where the feminisation of health work, naturalized situations of discomfort, a common basis of job insecurity, inequality in the distribution of resources and low coordination of tasks and objectives are visible. On the other hand, the dimension of emerging work and care strategies and the need to problematize the work situation in order to collectively generate better working and care conditions, given the prevalence of predominantly biomedical approaches that are insufficient. Based on these registers, the aim is to contrast the relationship between public policies and situated experiences, broadening the conceptual notions around the processes of public health care and its challenges, from the agents voices.

Keywords: Primary Health Care, Basic Health Services, Health Personnel, COVID-19.

Fecha recepción: 2022-05-11

Fecha aceptación: 2022-06-27



1. Introducción

LA emergencia de salud pública de importancia internacional, declarada el 30 de enero de 2020 por la OMS, debido al brote por el nuevo coronavirus (OMS, 2020a) implicó que se realizaran múltiples cambios y adaptaciones que involucraron, no solo a los sistemas de salud de cada país, región y localidad, sino también la vida cotidiana y social en períodos de tiempo muy cortos. En marzo de 2020 se declaró la emergencia sanitaria en Argentina (DNU 260/2020) y la medida de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (297/2020) para evitar la propagación del virus y sus consecuencias a nivel epidemiológico y social. La medida indicaba que las personas debían mantenerse en sus lugares de residencia, evitar contacto físico, introducir rutinas de higiene y el uso del tapabocas. Esta experiencia comprendió también la nueva designación de personas que se consideraron esenciales, entre ellas, el personal de salud quienes, por sus funciones, debían continuar desarrollando tareas con nuevos protocolos de cuidado y dinámicas de atención.

En este contexto, en la provincia de Santiago del Estero, se llevó a cabo la investigación “Identificación de estrategias y dispositivos institucionales y comunitarios significativos para mitigar los efectos sociales del aislamiento social preventivo obligatorio en los territorios (ASPO)” (Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19), de la cual se desprende este trabajo. En dicha investigación se indagaron y analizaron de manera integral las estrategias de afrontamiento al ASPO desde diversos ejes (salud, educación, alimentación, trabajo, vivienda, género, derechos humanos, entre otros). Dentro del eje de salud, se buscó conocer los modos en que se articula la respuesta institucional en primera persona, es decir, a partir de las experiencias de trabajo del personal de salud y los sentidos y significados que otorgan a su tarea, las condiciones de trabajo en que se desempeñan y qué cambios emergieron con la pandemia y el ASPO. Con un enfoque cualitativo descriptivo-interpretativo (Minayo, 2010), se realizaron entrevistas en profundidad a diversos agentes de los

distintos niveles del sistema público de salud de la provincia. El procesamiento de datos, a través del análisis de contenido, permitió identificar diferencias significativas en las experiencias entre los niveles de atención y entre agentes de salud de la capital y del interior provincial. De acuerdo a Vignolo et al. (2011), las diferencias entre niveles de atención se vinculan a las formas en que los sistemas de salud ordenan, estratifican y organizan los recursos para responder a las necesidades de la población y su complejidad, enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (OMS, 1987). Este trabajo es un recorte que se focaliza en los resultados obtenidos acerca de las experiencias recabadas durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en el primer nivel de atención en salud pública en el conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda, dada la singularidad de los resultados y la característica de ser el nivel de atención más cercano a la población. El propósito de esta investigación es aportar información situada que permita construir medidas que dialoguen con lo que se vive en los territorios, ampliando las nociones conceptuales en torno a los procesos de atención y las prácticas en salud y destacando desafíos hacia el futuro.

La pregunta que guía este trabajo es ¿cómo se caracterizaron las experiencias locales de trabajo y atención en salud pública durante la pandemia en el primer nivel de atención? Se parte del supuesto de que la experiencia del trabajo en salud en la primera ola de la pandemia y su significación singular implicó construir cambios en los posicionamientos de las y los agentes de salud y nuevas formas de comprender y significar el pasado, de actuar en el presente y de posicionarse frente al futuro.

2. Marco teórico y antecedentes

La investigación se desarrolla desde una perspectiva afín al campo de la salud colectiva, a partir del cual cobra relevancia la integración de las ciencias sociales al análisis de los procesos de trabajo y atención en salud pública (Silva Paim, 1999; Nunes, 1994; Briceño-León, 2003). Esta perspectiva se muestra productiva para este trabajo, dado

que propone, desde la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, vínculos estructurales entre los procesos de salud-enfermedad, la organización de los servicios de salud y las dimensiones sociales, políticas, económicas, institucionales y culturales (Breilh, 2013).

El análisis de trabajos recientes relacionados al tema permite delinear algunos puntos de partida. En concordancia con los resultados de este trabajo, existe un índice generalizado de feminización del trabajo en el sector salud nacional (RASIC, 2021): en Argentina, las mujeres constituyen el 70 por ciento del empleo en el sector de la salud, con un porcentaje significativamente mayor en las ocupaciones técnicas (enfermeras, parteras, etc.), administrativas y servicios de limpieza y gastronomía a diferencia de la gran mayoría de varones del sector de la salud se dedica a ocupaciones profesionales (médicos, farmacéuticos, etc.) o de gerencia como, por ejemplo, jefes de servicio. Esta segmentación explica la significativa brecha salarial de género que todavía persiste en el sector. Debido a la mencionada feminización, se da cuenta del mayor riesgo que han asumido las mujeres en relación a sus funciones laborales y sociales en la primera línea de atención (East et al., 2020; OPS, 2020c).

Existe coincidencia también respecto de que los cambios realizados para adaptarse al nuevo contexto fueron radicales y abruptos, generando un acontecimiento disruptivo (Sy et al., 2021) y capaz de revelar las limitaciones de los saberes expertos y de la gestión de las instituciones para afrontar la pandemia y sus efectos (Federico, 2021). Uno de los cambios significativos fue en torno a los procesos de atención, los cuales se orientaron fundamentalmente a personas contagiadas de COVID-19, lo cual tuvo un impacto considerable en la atención de otros procesos, tales como en enfermedades crónicas no transmisibles, violencias, salud mental, etc. (OPS, 2020a). Sumado a ello, la posibilidad de continuar sosteniendo vínculos entre agentes de salud y personas usuarias que permitieran garantizar la accesibilidad a la atención en salud (Stolkiner et al., 2011) apareció también como un desafío. En es-

te punto, se encuentra coincidencia respecto de la estrategia, en muchos casos, emergente y en otros más bien de consolidación del teletrabajo. Asimismo, emergieron con mayor intensidad factores como estrés, insomnio, ansiedad, síntomas de depresión y otros problemas de salud mental en agentes de salud más que en el resto de la población (Scatularo et al., 2021) y se identificaron factores de riesgo que predisponen a alteraciones en su bienestar, tales como ser mujer, personal de enfermería o estudiantil, la denominada infodemia y la desinformación (Martínez y Álvarez, 2021).

Otro asunto que aparece en los antecedentes, si bien trasciende la pandemia, es posible identificar que se agudizó con ella y es una de las principales problemáticas en torno al trabajo en salud en Argentina: las condiciones de trabajo. Entre ellas, fundamentalmente la precarización laboral en aspectos tales como modalidad de contratación, salarios, recursos y procesos de formación inicial y educación permanente en salud (Malleville et al., 2020; Silberman et al., 2020).

El diálogo con estos estudios aporta un panorama integrador en el que este trabajo busca construir una mirada local y subnacional a la comprensión de la experiencia de trabajo y atención de salud en pandemia. Sumado a ello, la focalización de este estudio en la experiencia del primer nivel de atención permite profundizar en dinámicas específicas de este nivel, dada su característica de ser el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto (Van der Stuyft y De Vos, 2008) y porque lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde las personas usuarias residen y trabajan, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Segredo Pérez, 2009).

2.1. El sistema de salud y la pandemia en Argentina.

Para contextualizar el escenario nacional durante el primer año de la pandemia, cabe retomar tres acontecimientos. En primer lugar, desde 2020 y previo a los primeros contagios, con un nuevo gobierno nacional se restablece el Ministerio de

Salud (Decreto 7/2019), para generar las acciones de coordinación necesarias en el área, y se inician propuestas significativas realizadas por algunos sectores de la gestión política nacional en torno a la necesidad de un sistema de salud integrado. En segundo lugar, siguiendo la línea de repensar el sistema de salud, el 19 de diciembre de 2020 en el 7º Encuentro Nacional de Salud, se señaló la necesidad de pensar y crear un Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino (Fundación Soberanía Sanitaria, 2021), idea que promueve la necesidad de problematizar y generar estrategias de organización y gestión en salud que permitan transformaciones para ampliar derechos en salud y garantizar su acceso. Esta propuesta se orienta a hacer frente a diversas e históricas fragmentaciones que caracterizan el sistema, tales como Buenos Aires-provincias y, en cada provincia, la relación centro-periferia y el ámbito urbano-rural, asimismo, aquellas que tienen que ver con los subsistemas público-privado-obras sociales, entendiendo que todas estas fragmentaciones imprimen sus marcas en aspectos tales como la determinación del acceso a la salud de la población. A lo anterior se suma la necesidad de revalorizar la dimensión vincular y asumir un posicionamiento subjetivo en los procesos de atención, entre agentes de salud y personas usuarias, pero también entre pares y con las instituciones, como cuestión imbricada con el compromiso de agentes de salud para la “creación de nuevas condiciones de posibilidad tendientes a la igualdad” (Federico, 2021: 5). Por último, el jueves 17 de septiembre de 2020 se reglamentó la Ley N°27.5481 “Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de Coronavirus COVID-19” que declara prioritario para el interés nacional la protección de la vida y la salud del personal del sistema de salud argentino y de los trabajadores, las trabajadoras, voluntarios y voluntarias que cumplen con actividades y servicios esenciales durante la emergencia sanitaria causada por la pandemia de Coronavirus COVID-19 (Decreto 747/2020).

Por otro lado, en bibliografía referente a espacios centrales del país (como la ciudad de Buenos Aires) se encuentran articulaciones entre las

políticas públicas y la acción de organizaciones y movimientos sociales, en particular en cuestiones alimentarias y de mejorar la accesibilidad a estrategias para mitigar los efectos sociales del ASPO/DISPO (Hirsch y Mastrangelo, 2021). En el ámbito sanitario, esta articulación fue registrada por medios de comunicación fundamentalmente en el desarrollo de operativos de rastreo de casos de COVID-19 en espacios urbanos vulnerabilizados (véase entre otros Telam, 2020). En Santiago del Estero particularmente, se han identificado articulaciones entre movimientos sociales y políticas públicas destinadas a mitigar efectos sociales del aislamiento/distanciamiento en aspectos de ingresos económicos y alimentarios (Garay et al., 2021).

De esta manera, frente a las características desistemas de salud nacionales y provinciales fragmentados y centrados en el hospital y la enfermedad (Spinelli, 2010), los procesos emergentes en la pandemia abrieron espacios para considerar y poner en agenda nuevas formas de organización del sistema de salud, desde acciones concretas para promover y garantizar el acceso al derecho a la salud contemplado en la Constitución Nacional (1994) y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

2.2. Estudios nacionales y procesos locales

Los estudios que abordan la dimensión nacional del tema, en general, manifiestan una tendencia a centralizar los análisis de las experiencias a partir de lo que ocurre en las grandes ciudades, principalmente bonaerenses, por lo que resulta relevante y oportuno desplazar la mirada hacia las periferias. En cuanto a los análisis de situación y medidas tomadas durante la pandemia, Cahn (Chavez, 2020), una de las figuras más importantes del Comité de Expertos (CE) creado en febrero de 2020 para asesorar al gobierno nacional en la toma de decisiones alerta: “Existe una visión porteñocéntrica del problema... acá es cuando se ponen de manifiesto los vicios de tener un sistema de salud fragmentado”. En esta comunicación, destaca que desde el CE advertían una de las más importantes fragmentaciones del sistema:

la espacial, y recalcan “la necesidad de mirar la realidad de las diferentes regiones del país”.

Durante años, la atención centrada en la capital del país como centro exclusivo de los procesos nacionales obturó la posibilidad de conocer dinámicas locales relevantes, reforzando el supuesto implícito de que la política subnacional es un simple reflejo del devenir nacional, o “digno de un interés idiosincrático con poca conexión con las dinámicas más relevantes de la política nacional” (Suárez-Cao et al., 2017: 16). De esta manera, se puede argüir que, a partir de los análisis locales, cobra relevancia la necesidad de problematizar y poner en diálogo las estrategias macropolíticas y su expresión en escenarios micropolíticos concretos, es decir, en aquellas acciones que ocurren y se manifiestan en la vida cotidiana en los encuentros intersubjetivos entre actores, saberes e instituciones, partiendo de las prácticas de las personas implicadas (Benet et al., 2016). El foco en la micropolítica situada del trabajo vivo en acto (Merhy et al., 2006) permite reconocer sentidos y significados en torno a las prácticas cotidianas concretas, los saberes que las sustentan y los vínculos entre agentes construidos a partir de allí, insertas en un contexto histórico provincial y regional característico, a donde se articulan posibilidades de transformación.

2.3. Contexto socioeconómico local

La provincia de Santiago del Estero pertenece a la región NOA y tiene un porcentaje de población urbana total de 68,7%, muy inferior al total país que se encuentra en el 89,4% y la población rural tiene un porcentaje del 31%, en su mayor parte dispersa, el 23,11%, y en menor medida, agrupada, el 8,2%. La provincia posee un desarrollo industrial muy escaso y es altamente dependiente de la coparticipación federal (Martínez, 2008). Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en la provincia superan el 31%, son aquellos que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación: hacinamiento, vivienda precaria, ausencia de retrete, inasistencia escolar de al menos un niño de 6 a 12 años, capacidad de subsistencia. Solo el 64,7% de la po-

blación tiene acceso al agua corriente, es el porcentaje más bajo de la región del NOA ya que en el resto de las provincias que la componen la población accede en un 84,4% a 92,6% (INDEC, 2019). Actualmente, la situación de pobreza en la provincia afecta casi al 45% de la población del conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda, el más alto de todo el país, según datos oficiales (INDEC, 2019). Respecto de la organización sanitaria, la provincia se articula a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, replicando el sistema organizado de instituciones de gestión pública y privada, diferenciando niveles de atención y localizando centros sanitarios con criterios de necesidad y accesibilidad.

3. Metodología

El enfoque con el que se realizó este estudio, cualitativo descriptivo-interpretativo, permitió un acercamiento a las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones, y modos de vivir y actuar de las y los actores en torno, en este caso, a los servicios de salud (Bedregal et al., 2017). La población de este estudio estuvo constituida por las y los agentes de las instituciones de salud pública de la provincia en diversos niveles, cargos, disciplinas y jerarquías. Se construyó una muestra intencional a partir de la técnica de bola de nieve, donde cada persona entrevistada facilitaba el contacto de otra, previa consulta, y el límite de entrevistas fue marcado por el criterio de saturación teórica (Martínez-Salgado, 2012), corroborando la heterogeneidad de acuerdo a la inclusión de género, edad, nivel de atención, jerarquía y disciplina.

Para la recolección de datos se realizaron 39 entrevistas en profundidad entre septiembre y noviembre de 2020 por medios virtuales -plataforma Zoom- debido al ASPO. De ellas, 9 correspondían al primer nivel de atención del conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda (en el que se centra este trabajo) y 30 de ellas correspondían al tercer nivel de atención (en espacios geográficos urbanos y rurales). El primer contacto fue a través de un mensaje de WhatsApp, estableciendo los objetivos de la investigación, criterios éticos y dis-

ponibilidad para brindar cualquier información necesaria para coordinar la entrevista. Las entrevistas fueron grabadas, posteriormente transcritas y analizadas. Se utilizó previamente un consentimiento informado individual que establecía el uso de los datos con fines académicos, garantizando la confidencialidad de la información y el anonimato. Para resguardar el anonimato, se utilizan nombres ficticios y referencias al cargo o función en el texto. La investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética provincial y se procedió de acuerdo con los recaudos éticos establecidos desde el Ministerio de Salud de la Argentina en su Guía para Investigaciones con Seres Humanos y su resolución en el contexto de la actual situación de emergencia sanitaria (Res. MSAL 1480/201). Cabe aclarar también que los procedimientos desarrollados en esta investigación respetan las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975, revisada en 1983 y actualizada en 2013).

Es de destacar que el proceso de contacto y entrevista se vio obstaculizado en varios casos por distintos factores, uno de ellos y quizás el más evidente, fue la sobrecarga de quienes llevaban ya nueve meses de exposición y trabajo en salud pública en contextos críticos e inciertos, y por otro lado, la desconfianza que generaba el exponerse a brindar información sobre las situaciones de vulnerabilidad en la que se encontraban: al tratarse de un territorio de población mucho menor al de las grandes ciudades, sería más fácil reconocer quienes participan del estudio, y esto era sentido en algunos casos como un riesgo frente a la posibilidad de sostener sus lugares de trabajo. De acuerdo a ello, se tuvo extremo cuidado en resguardar la confidencialidad de la información y trabajar en ese aspecto con cada persona entrevistada. Se desarrollaron espacios que, desde los resguardos éticos y el marco académico-científico, lograran acoger los relatos y brindar confianza para su expresión, enfatizando en la importancia de la construcción de resultados que permitan la problematización de situaciones relevantes, la identificación de desafíos comunes y la construc-

ción de alternativas de transformación desde información situada.

El eje de análisis fue la experiencia del proceso de trabajo y atención en salud en contextos críticos en sus cambios y continuidades, desde la relación micropolítica entre agentes de salud-personas usuarias. Se conformaron dos dimensiones: 1) caracterización de la dinámica institucional y 2) desafíos y nuevos escenarios a partir de la pandemia. Se realizó un proceso de codificación abierta sobre las transcripciones de las entrevistas en tres etapas: la lectura y simplificación de la información en la selección de los textos significativos para la investigación y el proceso de categorización de la información obtenida para ordenar las distintas temáticas abordadas, que finalmente fueron reducidas a unidades simples y manejables (Izcara-Palacios, 2009). A partir del análisis de contenido de las entrevistas, se organizó una matriz conceptual de referencia, según las categorías que se construyeron a partir de los relatos en relación con las dimensiones de indagación establecidas previamente. En este proceso, se logró identificar diferencias sustanciales en relación con el nivel de atención y la zona geográfica provincial a donde se desempeña el o la informante clave. De acuerdo a ello, se organizó la construcción del análisis de resultados en tres ámbitos de experiencias: hospitales del conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda, Unidades Primarias de Atención (UPA) y hospitales del interior provincial. El presente trabajo se focaliza en el análisis de las experiencias y relatos de agentes de las UPA's (primer nivel de atención) articuladas al sistema público de atención con el objetivo de descentralizar y crear espacios de construcción comunitaria situada de estrategias para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Entre las limitaciones del estudio cabe destacar que la construcción de la muestra, en un escenario de restricciones múltiples como el ASPO, debió realizarse a partir de la técnica de bola de nieve que implica que se llega a las personas entrevistada a partir de referencias del propio equipo de investigación y sus vínculos o de personas entrevistadas anteriormente, lo cual puede generar un

sesgo en tanto no se acceda a la heterogeneidad de experiencias del universo de estudio. Sin embargo, la redundancia de datos da indicios suficientes que permiten sostener conclusiones e hipótesis que, a nivel local, brindan información relevante sobre los procesos y fenómenos analizados. Sumado a ello, cuando resulta necesario, se procede a una triangulación de datos con fuentes documentales y conceptuales. Por otro lado, la herramienta de recolección de datos no fue pensada desde un enfoque de género ni disciplinar, lo cual advierte una construcción de resultados acotada en esas dimensiones.

4. Resultados y discusión

De la muestra del estudio de origen, se categorizaron y diferenciaron aquellos relatos que permitieron caracterizar condiciones y estrategias en el primer nivel de atención, distribuido en diferentes barrios de la ciudad capital y La Banda, de los cuales resultaron 9 entrevistas. Entre las disciplinas que conforman este apartado se encuentran en su mayoría agentes sanitarios/as, una educadora para la salud, una psicóloga y una obstetra. Todas las personas entrevistadas fueron mujeres, excepto un agente sanitario.

La conformación de la fuerza laboral del primer nivel de atención en la provincia revela contradicciones entre la importancia que se le otorga en lo discursivo a ciertos roles y figuras, como las y los agentes sanitarios/as, pero que en las condiciones concretas, se encuentran desprotegidas. Esto se integra a condiciones laborales generales que caracterizan las experiencias relevadas. Particularmente en el primer nivel de atención, los establecimientos no cuentan con los recursos edilicios ni tecnológicos necesarios, los equipos de salud resultan insuficientes y las modalidades de contratación son precarias con salarios por debajo de la línea de pobreza en general y, en algunos casos, debajo de la línea de indigencia (Juan, agente sanitario). Un ejemplo de esta situación es la figura de agentes sanitarios, también conocida como promotores de salud y agentes de salud comunitarios, la cual reviste un rol esencial en salud que se evidencia históricamente, aunque

quizás con diferentes nombres y representaciones (Rodríguez-Gómez, 2021) y es característica del primer nivel de atención dado que su desempeño resulta crucial por sus funciones respecto de la promoción de acceso equitativo a servicios de salud integrales (OMS, 1987; 2013). En Argentina la mayoría de los sistemas de salud provinciales cuentan con personas que desempeñan esta función en los territorios, sin embargo, muchas de las provincias no poseen normativas que regulan y protegen su desempeño, entre ellas, Santiago del Estero (Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina, 2022).

Otro dato significativo respecto de la conformación de equipos en las UPA's, es que al reconfigurar el programa nacional Médicos Comunitarios desde 2018, los contratos bajo la forma de becas de muchos de los contratos de las personas que trabajaban en estos centros no fueron renovados y no hubo reemplazos ni continuidad en los contratos desde provincia, quedando entonces cesantes. Las UPA's quedaron desiertas en gran medida y se dio prioridad a la disciplina médica frente a otras (Julia, psicología). Durante la pandemia, el desgranamiento de los equipos se profundizó debido a la ausencia de las personas que tenían licencias por su condición de riesgo. En este punto ya se hace presente en los relatos el cansancio, la preocupación, el miedo que vivieron durante la pandemia, no solo por la vivencia de su propia posibilidad de contagio, la necesidad de aprender algo nuevo todos los días, el establecer nuevas formas de contacto con las personas que recurrían a la UPA, sino también por la inexistencia de reemplazos para poder descansar y la suspensión de licencias por vacaciones que les correspondían (Laura, Obstetricia).

4.1. Cambios en la dinámica laboral durante la pandemia

En este contexto, los cambios en la dinámica laboral y en los roles en el primer nivel de atención permiten identificar períodos diferenciados en las modalidades de respuesta sanitaria –periodización que está en acuerdo con los datos recogidos a nivel global por la OMS (2020b) y OPS

(2020b y 2020c)– pausa total en la atención, 2) Foco en los rastreos, 3) UPA's dedicadas casi con exclusividad a hisopados, 4) Retorno paulatino a la atención de otros tipos de consultas/tareas. La totalidad de personas entrevistadas revela que la situación de cambio resultó intensa desde los inicios cuando pausaron la atención y también luego, al convertirse prácticamente en centros de hisopado y búsqueda activa de casos Covid positivo.

En general, aunque la tarea sanitaria universalmente se encontró dominada por el objetivo de reducción de contagios y efectos del coronavirus, de acuerdo a los relatos de las personas entrevistadas, se manifiestan ciertas búsquedas de estrategias para lograr algunas adaptaciones que permitieron dar continuidad a aquello que implicaba presencialidad (visitas domiciliarias, talleres). En este sentido, tal como se describió en los antecedentes, la mayoría de los servicios de salud recurrió a la virtualidad para el desempeño de las tareas que admitían este formato, algunas de ellas fueron consejerías de Educación Sexual Integral y sobre todo la contención, información y conservación del vínculo con las familias y comunidades. En algunos casos y con el paso de algunos meses, se lograron dar charlas en espacios abiertos, con distanciamiento. La folletería, que constituye un recurso de educación para la salud fundamental en el primer nivel de atención, también cambió a formato digital. Este aumento del uso de la tecnología se realizó con recursos propios del equipo de salud, que a su vez llegaba a quienes tenían acceso a dispositivos e internet, lo cual tampoco era una situación homogénea. Estas adaptaciones a nuevos escenarios, a partir de recursos propios de las y los trabajadores/as, muestran otra característica de la precarización laboral, en este caso, respecto de la posibilidad de contar con los elementos de trabajo necesarios para desarrollar sus tareas, más aún en contextos críticos.

Cabe aclarar que, aunque hubo lineamientos generales para la acción desde el Ministerio de Salud Provincial que se adecuaron en general, su aplicación no fue uniforme ya que cada centro de atención cuenta con características específicas respecto de los equipos que lo conforman, los

salarios y contrataciones de los equipos, los recursos materiales y edificios, los aspectos socio-demográficos, entre otros. Las estrategias fueron adaptadas por cada centro y por cada trabajador/a. Por ejemplo, algunos centros implementaron el seguimiento telefónico del sector de cobertura, reconociendo que el contacto telefónico siempre fue muy viable pero no lo usaban, en algunos casos por decisión del personal y en otros por falta de dispositivos, lo cual identificaron que era factible de resolver institucionalmente (Patricia, agente sanitario). Otros priorizaron el trabajo territorial de búsqueda activa de personas sospechosas de Covid, a partir de lo cual mapearon los espacios para reconocer posibles contagios y su dinámica, al tiempo que se difundieron folletos informativos, algunos brindados desde el Ministerio de Salud Provincial y otros directamente elaborados por los equipos de salud (Norma, agente sanitario).

Respecto de las posibilidades de sostener los vínculos con las personas usuarias y ofrecer espacios de contención, los relatos refieren que

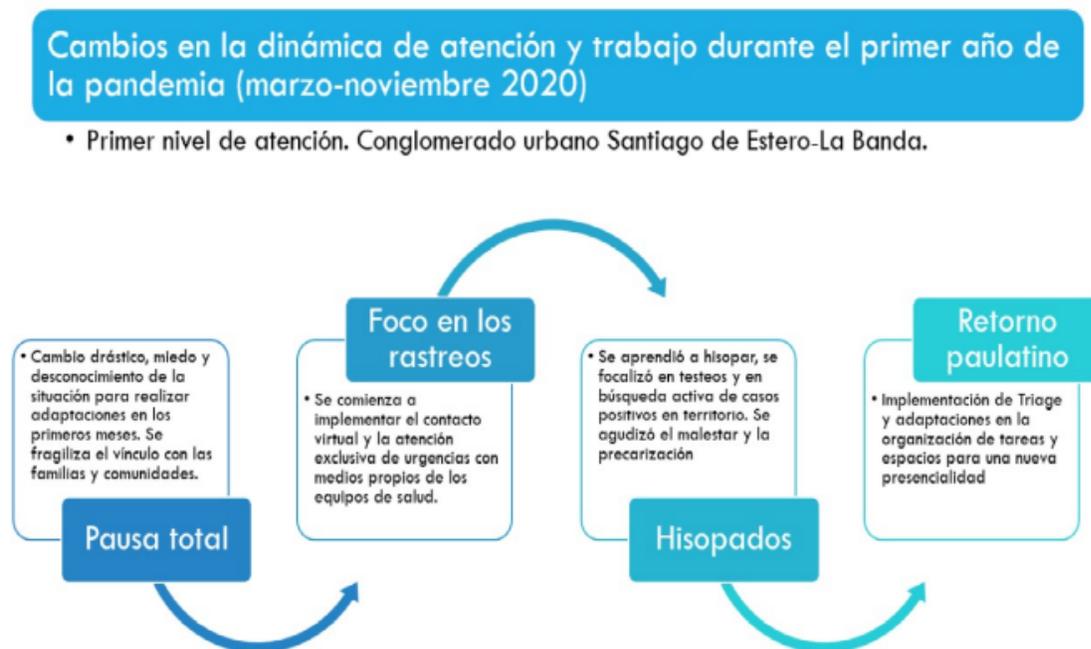
(...) al tomarse el tema de la pandemia y el riesgo de contagio como principal tema de salud, la medida de distanciamiento y prohibición de circulación aumentó el abandono de muchas situaciones que se agravaron como la de las mujeres víctimas de violencia, y la violencia en general, las adicciones, la afectividad. La gente dejó de ir a las UPA's, los equipos de salud dejaron de ir a territorio por otros asuntos que no sean COVID-19 (Julia, psicóloga).

La pandemia y los efectos del miedo que producía la posibilidad de contagios produjeron una brecha en los vínculos: “abrió una brecha enorme, la comunidad nota la distancia, las barreras a la hora de hablar con un profesional de la salud, ya no se siente lo mismo un saludo, una charla y todo se debe a la necesidad de cuidarse del contagio de maneras radicales, donde el miedo, el estrés y el cansancio son las características de cada día” (Marta, agente sanitario). Asimismo, refieren que antes era posible confeccionar “estrategias más entretenidas, llegar a las personas de otra manera, lo cual ayudaba a afianzar los lazos

con la comunidad” (Patricia, agente sanitario). Se resalta que el contacto telefónico y personal (ya no institucional) fue la vía que permitía cierto grado de contención, pero que sin embargo, las posibilidades de resolución de problemas se truncaban en muchos casos debido a que otras instituciones -como fiscalía y ciertas instancias del poder judicial- con las que necesitan articular para resolver asuntos relativos a las situaciones de violencia, abuso y maltrato, se encontraban cerradas (Julia, psicología). La dimensión afectiva-vincular es abordada en el campo de la salud colectiva como parte estructurante de los procesos de atención en salud y resulta central en el primer nivel, dada su característica de primer contacto y cercanía a las comunidades (Merhy et al., 2006). Esta dimensión juega un rol principal en la posibilidad de crear y sostener vínculos que permitan crear sentidos comunes en torno a estrategias de salud, cuidado, promoción y prevención de forma situada, es decir, más allá de las recomendaciones de los organismos internacionales.

En la generalidad de los relatos se reconoce que uno de los efectos más preocupantes de las experiencias de trabajo y atención durante la pandemia y las medidas para afrontarla, en concordancia con informes de organismos internacionales (OMS, 2020b) fue la orientación del cuidado exclusiva a la reducción de contagios y la desatención de los problemas que no consideraban urgentes, problemas de salud pasaron a segundo plano, sobre todo en los primeros meses, como por ejemplo la medicación que se entrega a todas las personas que están incluidas en los programas vigentes, curaciones, inyectables, carnet de vacunación, entre otras. Otras prestaciones como vacunas o control de presión no se vieron interrumpidas. Las personas entrevistadas refieren que la atención se volvió mucho más controlada y la gente que iba era “la que no puede esperar más realmente, necesita una medicación, una receta, o el carnet antes era súper poblada la UPA y a veces no se podía cubrir la atención” (María, agente sanitario). De esta manera, la pandemia y sus efectos se revelan como fundamentales en la mencio-

Figura 1: Dinámica de trabajo y atención



Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la información recabada.

nada ruptura de los vínculos interpersonales e interinstitucionales. Estos, si bien eran complejos y presentaban obstáculos antes de la pandemia, con la desconexión abrupta se visibilizó aquello que obstaculiza la construcción de estrategias de cuidado adaptadas al contexto, desde las políticas y desde las prácticas.

Otra de las medidas vinculadas al ASPO que modificó radicalmente la vida cotidiana, fue la paralización del transporte público. La ausencia de transporte público como medida de prevención en la provincia, no resultó un dato significativo en el caso de los cambios en la dinámica laboral del primer nivel, dado que su trabajo se desarrolla en proximidad de las zonas de cobertura, que supone cierta cercanía entre el centro de salud y las personas que viven allí. Sin embargo, algunas situaciones como urgencias y embarazos en trabajo de parto que no podían llegar al hospital, a donde se atienden los partos exclusivamente, se vivieron con mucha intensidad y generaron mucho estrés, ya que las UPA's no cuentan con recursos para llevar adelante resolución de este tipo de situaciones que implican movilidad y trabajo en red desde la urgencia (Laura, Obstetricia). Es notable que en los relatos no aparecen referencias en torno a la posibilidad de pensar en la construcción de sistemas de derivación rápida y cuidada UPA-hospitales que puedan suplir las restricciones a la movilidad, o bien, en construir alternativas para la atención de partos y nacimientos que puedan resolverse por fuera del hospital. La posibilidad de pensar en la resolución de partos y nacimientos más allá del hospital se vincula con los crecientes procesos de medicalización en salud. Dichos procesos involucran formas cada vez más frecuentes en que diversos aspectos de la vida cotidiana -dentro del ciclo de vida de las personas-, comenzaron gradualmente a formar parte del dominio de la medicina alopática y su legitimidad de acción (Sy, 2018) en particular, los partos y los nacimientos (Conrad, 2007).

4.2. Caracterización de personas usuarias del primer nivel de atención

Las y los agentes de salud relatan que se produce una clasificación de la población de acuerdo a las problemáticas a atender, siguiendo las definiciones de los programas de las políticas públicas vigentes tales como hipertensión, diabetes, primeros días de vida, lactancia materna, entre otros) Desde estos programas se realizan controles y entrega de medicamentos y alimentos, a la vez que se establece el foco de acción de manera externa a las demandas que pueden surgir desde cada territorio singular.

En cuanto a características socioeconómicas de la población a la que atienden, las personas entrevistadas relatan que existe una heterogeneidad marcada en la zona de cobertura. En este sentido, se produce cierta clasificación por sectores de acuerdo a la concurrencia a las UPA's. Las personas que más frecuentan las UPA's son las que viven en condiciones más críticas: de bajos recursos, viviendas precarias (lonas, plástico, piso de tierra), en situación de hacinamiento y con brechas en el acceso al agua potable y la electricidad. Los relatos reflejan que las familias suelen ser numerosas porque las mujeres no acceden a los métodos anticonceptivos, no tienen la información suficiente "para evitar o para llevar a cabo la planificación" (Ana, agente sanitario) y que la mayoría de las personas usuarias cuenta con primaria como máximo nivel educativo alcanzado, aunque las familias se esfuerzan para que sus hijos/as vayan a la escuela (Juan, agente sanitario). Dentro de este sector crítico, también hay muchas personas que no asisten y es sobre las que se lleva mayor control y se les visita "más que nada por las vacunaciones" (María, agente sanitario). En cuanto a los empleos más comunes en las personas usuarias, al ser las mujeres las que más concurren, el personal de salud resalta una gran cantidad de mujeres empleadas domésticas bajo contrataciones informales y que la mayoría de ellas recibe planes de protección social como la Asignación Universal por Hijo¹ (AUH). Las personas que tienen obra social o

¹Es una asignación mensual otorgada por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) a uno solo de

medicina prepaga no suelen recurrir a las UPA's, a pesar de formar parte del área de cobertura, ya que acuden al subsector privado.

4.3. Reflexión acerca de la caracterización de demandas/consultas durante la pandemia

A diferencia de la caracterización de demandas del tercer nivel, que resultaban en general más descontextualizadas, en el primer nivel se identificaron problemáticas sanitarias en estrecho vínculo con las condiciones socioeconómicas. Se resalta la desatención de la salud integral, el aumento de demandas por abusos y violencias en temas como violencia de género, abuso sexual contra las infancias e interrupciones de embarazos no protegidas, problemáticas que además revelan desigualdades de género al tratarse de asuntos que afectan a las mujeres y a las infancias que son cuidadas, en su mayoría, por las mujeres. Se hace referencia a que se trata de problemáticas sociosanitarias que, si bien se encuentran enmarcadas en el ámbito jurídico nacional (Ley nº26.061 y 27.610), su puesta en acto no se encuentra contemplada en estrategias concretas de acción en programas de políticas públicas que guíen integralmente acciones con cierta unificación o lineamientos específicos y situados para los equipos de salud. Estas situaciones que se visibilizan con mayor intensidad en el primer nivel de atención, se encuentran relacionadas con la dinámica propia de este nivel, siendo el más cercano a la población a la que prestan servicio, se hace presente la posibilidad de contextualizar el trabajo por su cercanía territorial con las personas a las que atienden.

De acuerdo con los relatos, se evidenciaron algunas problemáticas que antes no eran frecuen-

los padres o madres, priorizando a las madres, por cada hijo menor de 18 años o hijo con discapacidad, sin límite de edad. El 80% se cobra mensualmente y para percibir el 20% restante y seguir cobrando, una vez por año se debe presentar la Libreta Asignación Universal que acredita asistencia a la escuela y controles de salud. Está destinada a personas desocupadas; a trabajadores en la economía informal con ingresos iguales o inferiores al salario mínimo, vital y móvil; a monotributistas sociales; a trabajadores del servicio doméstico y a quienes perciban alguno de los siguientes planes: Hacemos Futuro, Manos a la Obra y los programas de la Secretaría de Gobierno de Trabajo (página web de la ANSES: <https://www.argentina.gob.ar/anses>).

tes en las consultas, como ansiedad y estrés, y otros que ya existían pero se intensificaron, como el aumento de consumo de sustancias (alcohol y psicofármacos) y, fundamentalmente, la violencia. De acuerdo a los relatos, este aumento de situaciones de violencia se evidenció particularmente hacia las mujeres:

Se profundizó la violencia de género, sobre todo en la primera parte, donde tenía que convivir la víctima con el victimario y no podía salir del lugar por las restricciones estrictas, se detectó una intensificación de las cargas en las mujeres que se incrementaron porque tiene que atender a los hijos e hijas, tiene que atender la escuela, la casa, la convivencia, etcétera (Julia, Psicóloga).

Se identificó también un aumento en situaciones de ataques de pánico y angustia, esto provocó en agentes de salud la "sensación de que las personas iban a enloquecer" (Patricia, agente sanitario). Frente a este tipo de demandas, las personas entrevistadas manifiestan no sentirse preparadas para abordar estas situaciones en condiciones normales, y agregan, mucho menos en contextos críticos y sin respuesta ni articulación de instituciones para trabajo en red. Un recurso que sirvió en estos casos fue el contacto personal con otros colegas para el apoyo, contención e información. En todos los casos se refiere que "se intenta dar respuesta al menos a lo inmediato, pero el seguimiento estricto no es posible porque no contamos con personal ni dispositivos" (Laura, Obstetricia). Se destacan situaciones problemáticas en relación con los vínculos, sobre todo en adolescentes, y los conflictos intrafamiliares que, en muchos casos, derivaron en situaciones de violencia. Es de destacar que las personas entrevistadas reconocen que estas problemáticas existieron siempre pero su frecuencia aumentó durante la pandemia. En este sentido, destacan que las estrategias que desarrollaban antes de la pandemia para trabajar estos temas permitían construir espacios para que se pueda problematizar este tipo de situaciones: "si se desarrollaban situaciones disparadoras como talleres para trabajar sobre ello" (Laura, Obstetricia). A su vez, este aumento en la frecuencia de consultas por estas problemáticas demandó mayor asistencia que sólo podían

ser abordadas por vías virtuales, lo cual implicaba asumir límites y alcances distintos frente a la virtualización de los vínculos para la atención en salud. Así lo relata una de las personas entrevistadas: “Aumentaron las situaciones de abusos y violencias. Esto implicaba estar conectadas permanentemente por vías telefónicas con las instituciones para activar redes y acompañar por teléfono todo el día. Implica un abordaje totalmente diferente” (Julia, Psicóloga).

Uno de los puntos que resultan llamativos entre los datos construidos es el lenguaje común utilizado por los equipos de salud de las UPA's, muy similar al que se escucha en el tercer nivel de atención: “pacientes”, “patologías”, “rondas”, “síntoma”, etc. Sumado a ello, se identifica una dinámica de atención regida por el cumplimiento de programas y el llenado de planillas, de modo que se trabaja con patologías definidas por programas que se auditan. Otra situación llamativa es la forma que adquiere la relación con las personas de la comunidad, a donde aparecen frecuentemente referencias a “bajar información a través de folletos, redes sociales o incluso en las consultas, se les dice qué deben hacer y sino, que asuman las consecuencias” (Norma, Agente sanitario). Estas situaciones evidencian la tendencia hacia la individualización del cuidado de la salud. No aparece en los relatos la posibilidad de construir estrategias de cuidado que recuperen saberes y experiencias de la comunidad, aun cuando hay personas dentro de los equipos de salud más predispuestas a escuchar. La generación de vínculos con pacientes y su satisfacción se valora en relación con la capacidad de obedecer. Se sostiene que, si el equipo de salud es más atento, dispuesto a la escucha y paternal el paciente siempre “sale satisfecho, es obediente” en cuanto hace lo que le digan. Entonces, “informar y orientar es tarea del equipo y lo que la gente pueda hacer con ello después ya es una responsabilidad de cada quien” (Norma, Agente sanitario). Relatan que el objetivo es lograr que la gente aprenda a cuidarse sola, adopte sus conductas de autocuidado. En este sentido, siguiendo a Castiel y Álvarez-Dardet (2021) se hacen presentes relaciones de poder en torno a las

dinámicas de trabajo y atención en salud pública, ligadas a una salud “persecutoria” y basada en la responsabilidad individual -más allá de condiciones contextuales-.

Estas relaciones de poder se visibilizan también en los relatos acerca de las motivaciones de las personas usuarias para concurrir a las UPA's, donde aparece cierta identificación, por parte de las personas entrevistadas, de sentimientos de obligación de asistencia por parte de las personas usuarias en relación con la posibilidad de acceder a los beneficios protección social de la Administración Nacional de la Seguridad Social y de salud dependientes del Ministerio de Salud Nacional. Entre otros, los casos de quienes reciben medicación, quienes tienen asignaciones por embarazo o Asignación Universal por Hijo (AUH) y deben constatar controles que deben estar firmados por personal de las UPA's que les corresponden. Ello implica que tampoco se tiene libertad de elegir con cuáles profesionales establecer vínculos si lo desearan. En este sentido, se revela una doble vía de control desde los programas: se audita su cumplimiento de sus lineamientos por parte de las UPA's y se audita que las poblaciones cumplan los requisitos para acceder y sostener los programas de asistencia estatal (como la AUH).

Algunas de las personas entrevistadas mencionan estar al tanto de las problemáticas de quienes viven en el interior de la provincia que, si bien no forman parte del área de cobertura de los centros del primer nivel de atención del conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda, suelen recurrir a dichos centros, dado que tienen más dificultades para el acceso a prestaciones de salud en las instituciones de sus lugares de residencia -en general, se trata de hospitales zonales y distritales- que se encuentran con desabastecimiento de recursos y de personal (Ana, Agente sanitario). En este sentido, las personas entrevistadas refieren que las UPA's se funcionan como cabecera de muchos temas: “son como un mini hospital para mucha gente” (entrevista n°4) y cuando el equipo de salud de las UPA's toma contacto con casos que necesitan seguimiento, intentan continuar el contacto a través de vía telefónica. Se hace

referencia a situaciones donde las personas recurren a la UPA solo cuando tienen algún síntoma y una vez resueltos los síntomas, generalmente no vuelven hasta que estos retornan, salvo las embarazadas, quienes reciben la Asignación por Embarazo mientras realicen los controles establecidos (Ana, Agente sanitario).

Se destaca la existencia de un trabajo territorial de búsqueda activa de “patologías en general”, que en pandemia se focalizó en casos de Covid positivo, aunque lo común es que “se espere que la gente llegue con sus consultas” (entrevista n°2). Con la pandemia, se perdió el vínculo que se había generado con la comunidad, se dificultaron los controles, se cancelaron las visitas domiciliarias, que era lo que permitía “detectar múltiples enfermedades o múltiples dolencias de los vecinos” (Patricia, agente sanitario). De este modo, el objetivo de trabajo en el primer nivel se define a partir del cumplimiento de los programas y de la identificación de las patologías que éstos contemplan que se deben focalizar, relevar, controlar. Se trabaja con las personas hipertensas, diabéticas, que se encuentran clasificadas en los relatos como “patología o antecedente patológico, hipertensos con/sin tratamiento y los diabéticos”, y se enfocan en generar adhesión a los tratamientos para que las medicaciones otorgadas a partir de los programas, no se desperdicien. A pesar de que se dice que atiende todas las edades, todos los problemas, la realidad muestra que se focalizan en patologías determinadas por programas que tienen financiamiento y el proceso está muy ligado a controles y responsabilidades individuales que no contemplan las posibilidades y situaciones de las personas usuarias para cumplir con estos tratamientos, fundamentalmente en el acceso a una alimentación que permita reducir los efectos de las enfermedades o cuidados complementarios a la medicación, como atención de salud mental y estrategias comunitarias de organización comunitaria frente a recursos escasos y el desempleo o el empleo informal que afectan la posibilidad de sostener tratamientos médicos. Este dato en el primer nivel de atención no es menor, dado que se replica una dinámica propia del hos-

pital, a donde se establecen diagnósticos y tratamientos desde un modelo biomédico de atención (Menéndez, 2005) dejando de lado la característica de trabajo comunitario que implica recuperar saberes y experiencias de cuidado de la salud en las comunidades y generar espacios colectivos para la promoción de salud y prevención de enfermedades, a partir del trabajo extramuros.

De esta manera, las situaciones descritas hacen visibles dinámicas de relaciones de poder, a donde los procesos de control biopolítico, entendidos desde la perspectiva foucaultiana (Castro, 2008) permiten establecer un punto de partida para problematizar las relaciones entre el Estado, las y los agentes que llevan adelante las políticas públicas y los conjuntos sociales a los que se encuentran destinadas estas políticas. Particularmente en este caso, las UPA's tienden a constituirse como entes controladores que responden a las auditorías de los programas y se comportan con las personas usuarias del mismo modo, exigiendo que rindan cuentas en relación con su voluntad y responsabilidad individual de responder a las exigencias de los programas bajo un supuesto de cuidado de la salud asimétrico. Siguiendo a Iriart (2020) resulta llamativo que en la mayoría de los casos, sobre todo en el primer nivel de atención, la prevención de salud se reduce a brindar medicación, identificar patologías y controlar tratamientos. La promoción de salud efectivamente no se desarrolla. El compromiso con estas formas de concebir la prevención se vincula con los programas sanitarios que se definen de manera centralizada y, en cierto modo, a partir de lineamientos universales y uniformes que establecen prioridades y recursos que luego se auditan para determinar el flujo de financiamientos.

4.4. Estrategias y obstáculos para la atención en salud en la pandemia (comunicación, acciones y recursos para dar respuesta a los problemas)

Frente a los cambios en los procesos de trabajo y atención que trajo aparejados la pandemia y sus particularidades locales, emergieron obstáculos nuevos -y se consolidaron otros previos- y

también se construyeron estrategias singulares y colectivas para resolverlos. Uno de los obstáculos que se presentaron como emergentes fueron los medios a partir de los cuales acceder a información confiable sobre la dinámica de la enfermedad, ya que, como varias personas entrevistadas reconocen, la información circulaba a gran velocidad y no toda era confiable, lo cual generaba mucho estrés y desconfianza (Marta, Agente sanitario). Por ello, los medios privilegiados a través de los cuales los equipos de salud se informaban sobre lo relativo a la pandemia y estrategias de atención eran principalmente los informes oficiales del Ministerio de Salud y la OMS. También se buscaba información específica de cada área a partir de informes y conversatorios de asociaciones respectivas (ginecología, obstetricia, trabajo social, etc). En los relatos, se resalta la importancia de manejar información basada en evidencia científica como fuente confiable (Lucía, Agente sanitario). Dentro de las vías de información se encontraban también las capacitaciones institucionales. Éstos espacios, lejos de ser espacios de apoyo y educación para mejorar los procesos de atención, muchas veces se convertían en escenarios que les recordaban a toma de examen por parte de coordinaciones: “Nos interrogaban por conceptos pero no había intercambio. Se trabajaba en ponernos en situación, todo era muy rápido, no se nos dejaba pensar (...) las capacitaciones fueron siempre unidireccionales, ya pactadas, donde solo se baja información” (Juan, Agente sanitario). Se hace referencia también a que la información recibida era necesaria pero no suficiente porque siempre surgían nuevas preguntas en el equipo y en la comunidad y necesitaban estar preparados/as para dar respuestas que atiendan a la complejidad y singularidad de cada situación y comunidad más allá de los lineamientos generales, por lo que constantemente se encontraban buscando información y construyendo adaptaciones situadas (Marta, Agente sanitario).

Otra situación significativa que abrió posibilidades de comprender los procesos salud-enfermedad desde la horizontalidad y generar estrategias distintas en el trabajo y la atención fue

que, por primera vez, las posibilidades de enfermar y morir alcanzaban a todas las personas mundialmente, ya no se trataba de procesos de salud-enfermedad que se reducían a su vínculo con las condiciones socioeconómicas de las comunidades a las que se atiende. En este sentido, se identifica en los relatos la dificultad para diferenciar las necesidades y problemas que son de la comunidad de aquello propio de las personas que trabajan en la comunidad. Mucho de lo que los equipos de salud comenzaron a identificar y resultaba novedoso se relacionaba con que la pandemia afectaba a todas las personas, independientemente de sus condiciones socioeconómicas. Como equipo de salud también sentían miedo y angustia relativas a la situación de ASPO, a la posibilidad de contagio y, sumado a ello, la sobrecarga y la precarización laboral y la desprotección institucional (Julia, Psicóloga). Estas vivencias, en algunos casos, movilizaron una mayor empatía y reconocimiento por parte de los equipos de salud respecto de las situaciones que la comunidad vive diariamente. Los obstáculos más importantes que señalan se refieren fuertemente a la dimensión afectiva de encontrarse expuestos/as al trabajo en contextos de riesgo y vulnerabilidad. A pesar de que en la mayoría de los casos contaban con recursos para cumplir protocolos y fueron generando medidas que tomaron desde el Ministerio de Salud y las adaptaron, se generalizaba el miedo constante al contagio agudizado por la situación de precarización laboral (María, Agente sanitario).

Otra de las dificultades que mencionan refiere a la imposibilidad de potenciar el uso de dispositivos virtuales debido a que parte del personal se rehúsa a aprender a manejarlo (mayoritariamente médicos/as), por ende su uso recae en quienes sí deciden usarlos voluntariamente. Sumado a ello y sin una política de acompañamiento a la virtualización ni la posibilidad de contar con materiales comunicativos acordes a características situadas, como estrategia de superación, cada UPA armó recursos virtuales y los difundieron en redes: hemos podido hacer protocolos locales, basados en los nacionales y los provinciales, porque des-

de el Ministerio de Salud Provincial, lo único que nos mandaban eran los afiches para pegar en la pared (Julia, Psicóloga). Uno de los materiales comunicativos impresos que aparecen en los relatos son las cartillas, material que las UPA's utilizan frecuentemente para comunicar e informar a la comunidad, y también para equipos de salud, aunque no participan en su construcción. Respecto de estas, refieren que no hubo espacios de trabajo respecto de las cartillas, simplemente se entregan (Ana, Agente sanitario), que no había gráficos y que se dificultaba la comprensión por problemas de redacción, que eran confusas, por lo que en algunos casos, los equipos de salud se tomaron el trabajo de editarlas para una mejor comprensión.

Otro obstáculo señalado fue el de seguimiento de casos que tuvieron derivaciones desde las UPA's de diferente complejidad, lo cual radica en gran parte en la inexistencia de la contrarreferencia desde los centros hacia donde se derivó: la reconstrucción se hace posible sólo si las personas usuarias vuelven y relatan lo sucedido (Lucía, Agente sanitario). Por último, el obstáculo que aparece con mayor peso y que va más allá de la pandemia es el de la falta de personal, que se está perdiendo por varios motivos, uno de ellos es que las personas deciden renunciar por los bajos sueldos percibidos en relación al riesgo que corren. En algunos casos el trabajo territorial de las UPA's se ve articulado con otras organizaciones de la sociedad civil y la Iglesia Católica para realizar tareas de rastillaje que no pueden cubrir sólo desde las UPA's por falta de agentes y recursos (Lucía, Agente sanitario).

Frente a la necesidad de espacios de diálogo, contención y generación de estrategias y acuerdos de trabajo, las estrategias generadas localmente resaltan la generación de espacios informales de intercambio de ideas entre equipos de diferentes UPA's para compartir información y alternativas sobre cómo manejarse. Surgieron actividades como mapeos barriales para reconocer zonas, ubicación de las familias y poder lograr mayor control sobre los seguimientos y búsquedas activas de casos de Covid positivo que aliviane su trabajo (Marta, Agente sanitario). También se destacaron

procesos en los que se lograron resolver situaciones particulares a partir de la comunicación y trabajo en conjunto con el Ministerio y la Dirección de APS. Entre ellas, la generación de estrategias de ayuda alimentaria e higiene a personas Covid positivo que no contaban con recursos para proveerse de estos y tampoco contaban con familiares u otras personas que pudieran resolverlo (entrevista nº3). Al ser mencionado por una sola persona, se estima que es algo que sucedió de acuerdo a la inquietud de cada agente de salud por acompañar y resolver situaciones integralmente, más allá de la enfermedad, y que no se trató de una estrategia generalizada. En estos casos, se destaca la capacidad de autonomía que tiene cada trabajador/a en la situación de trabajo, a donde puede tomar decisiones que involucran reproducción de lo establecido o la transformación de los procesos, donde las estrategias micropolíticas (Merhy et al., 2006). Al decir de una de las personas entrevistadas, “dependen de cada persona, adulta y profesional que sabe cuál es su trabajo y decide hacerlo y cómo hacerlo” (Marta, Agente sanitario).

4.5. Situaciones que podrían mejorar a partir de estas vivencias

En general, el personal de salud resalta que las medidas tomadas por el gobierno fueron adecuadas fundamentalmente en torno a lograr evitar la saturación del sistema sanitario, lo cual resultó funcional a los equipos de salud y que los pacientes se han adaptado a las nuevas formas de recurrir a la atención en los centros de salud. Sin embargo, reconocen que, sobre todo en el primer nivel de atención, se podrían haber tomado medidas más situadas, con mejores estrategias comunicacionales y administrativas para no poner en riesgo los vínculos construidos con la comunidad.

La totalidad de las personas entrevistadas manifestaron que es necesario revalorizar algunas profesiones dentro del sistema de salud, sobre todo la enfermería, que formaron parte de acciones esenciales como por ejemplo ser los responsables de los testeos y muchas veces el primer contacto con las personas usuarias y sus seres significativos. Refieren que “es preciso un reconocimiento

simbólico pero también material, no solo en contexto de pandemia” (Lucía, Agente sanitario). Sostienen que “institucionalmente sólo los médicos y médicas son valorados como trabajadores de la salud, invisibilizando el trabajo y las situaciones por las que atraviesan los equipos en su conjunto día a día” (Marta, Agente sanitario).

Otra situación a mejorar tiene que ver con la conformación de equipos de salud y con contar con criterios y conceptos para el trabajo y la atención unificados desde el Ministerio de Salud: “se sabe que hay cosas que se pueden hacer, pero sin la determinación del Ministerio y la creación de condiciones necesarias para que suceda, la implementación de medidas se torna casi imposible” (María, Agente sanitario). Se resalta también la necesidad de optimizar la realización y el sostenimiento del análisis estadístico de la población que se atiende, para poder tomar decisiones acordes a cada situación (Laura, Obstetricia). De esta manera, siguiendo a Bertolotto et al., y de acuerdo a los relatos y evidencias encontradas en esta investigación, es posible ver que “la prestación de Salud Pública se mantiene congelada en un conjunto de actividades que proliferan sin coordinación ni planificación estratégica, desde un paradigma histórico eminentemente médico y medicalizado, sin articulación interdisciplinaria ni intersectorial y sin adecuación tecnológica ni intercultural” (2012: 365).

Un asunto muy presente es la necesidad de aprender a trabajar más humanamente. Una de las personas entrevistadas refiere que

Es preciso que el sistema de salud entienda que trabajan con personas y no con animales, y por tanto es necesario y urgente cambiar el trato y respetar los espacios, los horarios, las funciones, la necesidad de resolver los asuntos en tiempo y forma, que la gente del interior no tenga que venir atenderse a la capital porque no hay personal allá... La necesidad de mejorar la atención de los turnos, que sean más respetuosos del tiempo y necesidades de la comunidad, que el personal médico vaya a trabajar y no recorte sus horarios de atención, que no se haga ir a la gente a hacer colas desde la madrugada para obtener turnos

cuando se demostró por la pandemia y el ASPO, que no es necesario ni efectivo (Juan, Agente sanitario).

Se destaca la necesidad de introducir procesos de formación permanente que articulen teoría y práctica, que permitan prepararse para trabajar sobre las urgencias pero sin descuidar los problemas de salud de la población en general, incluyendo aspectos psicosociales como los procesos que incluyen violencia, problemas de salud mental, etc. Remarcan que “es muy difícil que desde el Ministerio se incluyan estos asuntos como políticas públicas de salud” (Lucía, Agente sanitario). Una de las personas entrevistadas refiere a que “si cada problema de salud fuese tratado como se abordó la pandemia, rápido, con información, protocolos, trabajo y capacitación permanente, se ganarían años en prevención” (Julia, Psicóloga).

Por último, retomando la importancia del reconocimiento de la dimensión subjetiva del trabajo en salud, se evidencia la necesidad de “poder acompañar además de atender, crear espacios de apoyo mutuo y acompañamiento porque hay mucho estrés (...) aprender la paciencia, el acompañamiento” (Marta, Agente sanitario). La pandemia ha visibilizado que es igual de posible enfermarse y sufrir como les sucede a las personas que atienden. La enfermedad, el abandono y el miedo ha tocado de cerca a los equipos de salud y eso les permitió ponerse en el lugar del otro. Sintieron de una manera distinta la necesidad de apoyar y ayudar a la gente que “antes atendían así nomás”. Resaltan que aprendieron “a trabajar en serio, a apoyarse, ser compañeros/as, cuidarse” (Julia, Psicóloga). Mencionan que deberían mejorar las condiciones de trabajo y reconocer su tarea, formalizando todas las contrataciones desde el inicio, por ejemplo.

De esta manera, los procesos descritos entre estrategias y obstáculos, encuentran un eje de análisis en relación con el concepto de tecnologías en los actos en salud, propuesto por Merhy, a donde se desarrolla la situación de trabajo en salud a partir de la utilización de un “maletín tecnológico compuesto por tres modalidades de tecnologías: a) las tecnologías “duras” (equipamientos,

medicamentos, etc.); b) las tecnologías "blandas" (los conocimientos estructurados como la clínica y la epidemiología); y c) las tecnologías "blandas" (tecnologías relacionales que permiten los y las agentes de salud escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar de la persona usuaria). Las tecnologías blandas que el autor desarrolla se definen como aquello que "confiere vida al trabajo en salud (...) que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto" utilizando las tecnologías descriptas como referencia (2006: 151). De esta manera, el trabajo vivo en acto que compone los actos en salud implica creatividad y flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone.

De esta manera, el análisis en profundidad de las experiencias del primer nivel de atención a escala subnacional permitió revisar categorías en torno a los procesos de trabajo y atención en salud pública, desde la propia voz de agentes y sus experiencias en el escenario descripto. Estas indagaciones permitieron echar luz sobre dichos procesos y reconocer las relaciones entre lo que establecen las políticas públicas y lo que sucede en los territorios, con sus particularidades, límites y potencialidades, aspectos muchas veces olvidados en la construcción de estrategias de respuesta institucional nacional.

5. Conclusiones

La pandemia de Coronavirus puso en la agenda pública de todos los gobiernos del mundo a la Salud Pública, la problematización acerca del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y el acceso a servicios de atención en el mundo, en la Argentina y en cada región con sus particularidades. El territorio de las organizaciones públicas se configura como lugar a donde los discursos y programas se ponen en acto, allí es posible reconocer ciertas concepciones que enmarcan las relaciones y potencialidades en los servicios, a partir del modo en que las personas en situación de trabajo se conciben a sí mismas y a las personas a las que asisten-cuidan.

Este trabajo permitió conocer y analizar en profundidad los procesos de trabajo y atención en salud pública durante el primer año de la pandemia por coronavirus con un enfoque situado. El aporte principal se orientó a identificar y construir problematizaciones acerca de los cambios y continuidades en las respuestas del sistema de salud pública de manera situada y subnacional, que permitan construir un diálogo entre las políticas públicas y los territorios y sus particularidades. Algunas convergencias fundamentales del análisis de los datos permiten caracterizar un aspecto central: las condiciones de precarización laboral de agentes de salud en general de acuerdo a distintos aspectos, principalmente y como emergente en este estudio, la falta de estrategias de cuidado a quienes trabajan. Las situaciones que las y los agentes de salud atravesaron permitieron construir concepciones acerca de la necesidad de estrategias institucionales de cuidado hacia el personal de salud que se ocupa de las tareas de cuidado. Ésta problematización aparece en la mayoría de los relatos como algo que la pandemia desnuda transversalmente. Esta situación de falta de cuidados hacia el personal de salud no solo se revela en la inexistencia de espacios de contención y de organización de dinámicas de trabajo que cuiden la salud mental de las y los trabajadores/as, sino también las condiciones de trabajo a donde aparecen la escasez de recursos materiales y de educación permanente, de modalidades de contratación formales desde el inicio, de construcción de equipos de trabajo, de estrategias institucionales unificadas que permitieran evitar sobrecargas en los equipos de salud en situaciones que ya eran precarias previamente y, en algunos casos, de condiciones edilicias suficientes para brindar atención de calidad.

Otra cuestión crítica durante la pandemia fue lograr sostener una dinámica de atención que permita construir estrategias integrales para poder continuar brindando respuestas a demandas que no fueran solo por COVID-19. En este sentido, se torna significativa la prevalencia en los relatos de procesos de atención basados en el modelo biomédico -que privilegia la dimensión biológica

y patológica del proceso salud-enfermedad-, aun en el primer nivel de atención a donde se espera el desarrollo de otro tipo de estrategias ligadas a las experiencias comunitarias en la co-construcción de la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades. Sumado a ello, el ASPO, como medida implementada de manera homogénea en territorios con alta desigualdad, trajo diversas complicaciones al desarrollo de la vida y el cuidado de la salud. Asimismo, se resalta que la dimensión afectiva-emocional del trabajo en salud se constituye como una responsabilidad -y posibilidad- individual y no se problematiza en el ámbito de las instituciones.

Aunque en los relatos del primer nivel de atención se reconocen procesos psicosociales como partes esenciales en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC), la acción-respuesta concreta generalizada continúa visibilizando procesos de exclusión y reducción del cuidado, focalizados en el aspecto biológico, basados en el control del cumplimiento de programas sanitarios. Se evidencia un funcionamiento de la atención orientado a la entrega de medicación, alimentos y controles de la población de acuerdo a simplificaciones de programas sanitarios vigentes a nivel nacional. Esta dinámica obtura la posibilidad de construir estrategias de prevención y promoción que ocupan un lugar casi inexistente o se convierten en dispositivos de medicalización que obturan posibles estrategias participativas y comunitarias que contemplen las estrategias de cuidado del sistema y de autocuidado de las personas. Se conforman así centros cuyo trabajo territorial funciona reproduciendo la lógica del hospital, como mini hospitales, pero sin los recursos del hospital. Atento a las limitaciones del estudio señaladas anteriormente, los hallazgos del presente trabajo visibilizan la necesidad de realizar indagaciones transversalizadas a partir de las dimensiones de género y disciplinares, principalmente respecto de enfermería, por lo cual se deja abierta la posibilidad de realizar futuras indagaciones en estas temáticas con enfoque local, para poder profundizar en

la problematización acerca de la organización social del cuidado en la vida cotidiana.

A modo de cierre, cabe reflexionar acerca de cambios y continuidades identificados durante la pandemia y sobre el diálogo entre políticas públicas y el territorio. En la primera cuestión, es posible advertir que la pandemia permitió develar situaciones naturalizadas de malestar en el primer nivel de atención, a partir de las voces de sus agentes. En este escenario de crisis mundial, las y los agentes de salud lograron construir problematizaciones acerca del malestar respecto de las condiciones de trabajo y producir estrategias situadas de atención, vinculadas a la posibilidad de resignificar su tarea, sus vínculos y los marcos institucionales que configuran límites y posibilidades de transformación singular y colectiva. Por ejemplo, la posibilidad de brindar una atención respetuosa del tiempo de las personas usuarias a partir de turnos programados, de mejorar el trato y aumentar la empatía fueron algunas de las experiencias de cambios y resignificaciones más importante referidas en estos contextos. Por otro lado, la situación de focalización en la enfermedad y los procesos patológicos y urgentes revelan la continuidad y reforzamiento del modelo biomédico.

En torno a la relación entre políticas públicas sanitarias y territorios, se visibilizan dinámicas más ligadas a lo instrumental, que no permiten abrir el juego a una participación comunitaria genuina en procesos de atención y cuidado de salud (promoción y prevención), sino más bien actividades fragmentadas orientadas a cumplir con las directivas de los programas y sus auditorías. En este sentido, retomando lo que las personas entrevistadas refieren acerca de la relación entre las políticas y los territorios, uno de los asuntos que presentó mayores fragilidades fue el de los vínculos construidos con la comunidad para sostener las actividades pautadas por los programas. El período de “Pausa total en la atención” implicó una ruptura en el trabajo en territorio durante la pandemia, que retornó lentamente a partir del período de “Foco en los Rastreos”. La relación referida en las entrevistas entre agentes de salud y territo-

rio se da de forma individual en contextos familiares, en ningún caso a través de la articulación con procesos de participación y organización comunitaria como se refieren en otros espacios geográficos u otras actividades mencionadas en los antecedentes. Este último tipo de vinculación entre sistema de salud y territorio permitiría desandar algunas barreras para la construcción de vínculos que permitan mejorar la accesibilidad en salud, incluyendo en ello una revalorización de saberes y prácticas locales sobre la salud y una disminución de la centralidad del saber-poder biomédico en los procesos de atención y cuidado.

Referencias

- Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina (2022). *Promotores comunitarios de salud.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. En línea: [enlace](#).
- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., y Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista médica de Chile*, 145(3):373–379. DOI: [10.4067/S0034-98872017000300012](#).
- Benet, M., Merhy, E., y Pla, M. (2016). Devenir cartógrafa. *Athenea Digital*, 16(3):229–243.
- Bertolotto, A., Fuks, A., y Rovere, M. (2012). Atención primaria de salud en argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36(94):362–374.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1):S13–S27.
- Briceno-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):33–45.
- Castiel, L. y Álvarez Dardet, C. (2021). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Lanús: EDUNLA.
- Castro, E. (2008). Biopolítica: de la soberanía al gobierno. *Revista latinoamericana de filosofía*, 34(2):187–205.
- Chavez, V. (2020). *Pedro Cahn sobre la pandemia: Nos acusaron de ser la infectadura, pero no somos los que tomamos las decisiones*. INFOBAE. En línea: [enlace](#).
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society and the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- East, S., Laurence, T., y López Mourelo, E. (2020). Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en argentina. En *Informe OIT, ONU Mujeres y el Fondo de Población de las Naciones Unidas*. En línea: [enlace](#).
- Federico, L. (2021). *Política y trabajo en salud: ¿la pandemia de COVID-19 como acontecimiento?* *Cadernos de Saúde Pública* 37 (4). DOI: [10.1590/0102-311X00240120](#).
- Fundación Soberanía Sanitaria (2021). *Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino*. En línea: [enlace](#).
- Garay, A., Torres, L., y Urdampilleta, C. (2021). Hábitat, condiciones socio-laborales y agroalimentarias. En *Informe Técnico Final*. Programa de Articulación Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación Argentina.
- Hirsch, S. y Mastrangelo, A. (2021). Tackling the pandemic: examining the role of social movements and organizations in argentina. *Soma-toesphere*. En línea: [enlace](#).
- INDEC (2019). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. *Informes Técnicos*, 3(59). En línea: [enlace](#).
- Iriart, C. (2020). *Pandemia. Neoliberalismo y Sistema Sanitario Argentino*. Córdoba: UniRío Editora.
- Izcara-Palacios, S. (2009). *La praxis de la investigación cualitativa: guía para elaborar tesis*. México DF: Plaza y Valdés.

- Malleville, S., Fernández, A., Fernández, M., Fonseca, M., Mirada, J., Murua, S., Ramírez, L., Bernat, M., y Sala, J. (2020). *Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia (COVID-19)*. En línea: [enlace](#).
- Martínez, A. T. (2008). Estado, economía y política en santiago del estero 1943-1949: Exploración de algunas condiciones estructurales de la cultura política. *Andes*, 19:67-92.
- Martínez, A. y Álvarez, C. (2021). Salud mental de trabajadores de la salud durante la pandemia covid-19: una revisión. *Innovare: Revista De Ciencia Y tecnología*, 10(1):3743. DOI: [10.5377/innovare.v10i1.11415](https://doi.org/10.5377/innovare.v10i1.11415).
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1: 9-32.
- Merhy, E., Feuerwerker, L., y Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2(2):147-160.
- Minayo, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3):251-261.
- Nunes, E. D. (1994). Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e sociedade*, 3:5-21.
- OMS (1987). *El agente de salud comunitario*. En línea: [enlace](#).
- OMS (2013). *Informe Una verdad universal: no hay salud sin agentes sanitarios*. En línea: [enlace](#).
- OMS (2020b). *Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*. Ginebra: OMS. En línea: [enlace](#).
- OPS (2020a). *La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas*. En línea: [enlace](#).
- OPS (2020b). *Consideraciones para el fortalecimiento del primer nivel de atención en el manejo de la pandemia de COVID-19*. En línea: [enlace](#).
- OPS (2020c). *Nota técnica*. En línea: [enlace](#).
- RASIC (2021). *Hallazgos en un sector laboral feminizado en Argentina: investigación internacional multicéntrica: el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud*. Rawson: Universidad del Chubut. En línea: [enlace](#).
- Rodríguez-Gómez, R. (2021). Agentes comunitarios en salud; reflexiones sobre sus prácticas y aportes en promoción de la salud. *Revista de Salud Pública*, 26(2):31-38.
- Scatularo, C., Battioni, L., Bellia, S., Costa De Robert, S., Gatti, M., Racki, M., Soracio, G., Lescano, A., Giorgini, J., y Pereiro, S. (2021). *Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina*, volumen 89.
- Segredo Pérez, A. M. (2009). Caracterización del sistema de dirección en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35:78-109.
- Silberman, P., Medina, A., Díaz Bazán, J., López, E., y Dursi, C. (2020). Políticas de planificación y gestión del talento humano del ministerio de salud de argentina durante la pandemia de covid-19. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12.
- Silva Paim, J. (1999). Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):243-261.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en argentina. *Salud colectiva*, 6(3): 275-293.

- Stolkiner, A., Comes, Y., y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2807–2816.
- Suárez-Cao, J., Batlle, M., , y Wills-Otero, L. (2017). El auge de los estudios sobre la política subnacional latinoamericana. *Colombia Internacional*, 90:15–34.
- Sy, A. (2018). La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía naturaleza/cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23:1531–1539.
- Sy, A., Moglia, B., y Derossi, P. (2021). Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de covid-19 en el ámbito de la salud pública. *Revista de salud pública*, 26(2):60–72.
- Telam (2020). *Operativo Detectar en Villa Itatí*. En línea: [enlace](#).
- Van der Stuyft, P. y De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34:1–9.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1):7–11.