

## **Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada (APS-I), Equipos de Salud y Covid-19. Investigación Acción Participativa en tiempos de aislamiento social preventivo y obligatorio.**

Longo, Roxana; Veloso, Verónica; Pierri, Carla; Rapaport, Laura

Miembros del equipo de Investigación Praxis Psicosocial Comunitaria (UBACyT 2018-2020) y el Observatorio de Prevención y Promoción de la Salud Colectiva de la Facultad de Psicología de la UBA

### **Resumen**

En el escenario actual, el campo de la salud colectiva/comunitaria atraviesa problemáticas complejas, diversas y agudas. La pandemia provocada por el coronavirus Covid-19 afecta disruptivamente a los sistemas de salud públicos, provocando una presión elevada sobre el sistema sanitario, en particular sobre sus trabajadoras/es. Desde el colectivo de docentes e investigadoras/es del Equipo de Investigación Praxis Psicosocial Comunitaria (UBACyT 2018-2020) y el Observatorio de Prevención y Promoción de la Salud Colectiva de la Facultad de Psicología de la UBA venimos trabajando con diferentes colectivos de trabajadores de la salud en el área metropolitana de Bs.As. (AMBA). Para el presente trabajo nos detendremos a analizar el caso de los/as trabajadoras/es de la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I) en contextos de COVID19. La particularidad de su recorrido y atravesamiento en la territorialidad tanto por su cercanía, su conocimiento de la población y la continuidad de los vínculos que se establecen, pondrían de relieve algunos puntos de tensión en sus prácticas en el contexto de pandemia. En el primer nivel de atención históricamente relegado por un sistema aún hospitalocéntrico, orientado por la mirada biomédica, se agudizan problemas vinculados a las condiciones y medio ambiente de trabajo desfavorables para el despliegue humano y profesional, entre otras.

Frente a esta situación crítica que impacta considerablemente en los equipos de APS-I, aunado a las tensiones inherentes del propio trabajo resulta imprescindible propiciar estrategias colectivas de afrontamiento. Desde un

abordaje cualitativo con un diseño basado en la Investigación Acción Participativa (IAP) se trabajó en grupos de discusión. Se diseñaron espacios de intercambio para reflexionar críticamente con integrantes de cinco centros de salud pertenecientes al AMBA sobre los efectos de la pandemia en las prácticas de cuidado vinculadas a los equipos de salud de la APS-I y los efectos subjetivos y colectivos en las y los trabajadores/as.

**Palabras Claves:**

Equipos de Salud - Atención Primaria de Salud Integral e Integrada - COVID-19

La Pandemia -COVID-19 confirma una vez más que la salud no es un concepto estático ni a-histórico, sino que es producto de un proceso complejo de determinación social, es decir, múltiples condiciones influyen en el estado de salud de las poblaciones, que van desde el nivel macro-estructural —como las políticas internacionales, regionales y nacionales, las características sociodemográficas de una población, la situación económica, ambiental, social, cultural y la inversión en estructura de los servicios de salud— hasta el nivel de la salud individual (Herrero y Belardo, 2020). La epidemia pone en evidencia la vulnerabilidad humana y social que viven comunidades, regiones y países. Esta epidemia no es más que una secuela que comenzó en la década de 1980, cuando la mayoría de los gobiernos del mundo abrazaron el neoliberalismo y su doctrina que proclamaba una drástica reducción del gasto público y el desmantelamiento de la intervención del Estado en los programas sociales, y específicamente de salud (Cueto, 2020). La inequidad en salud es la encarnación central de nuestra civilización. El elemento central de la inequidad es la confluencia de distintas dimensiones de concentración del poder social y de la correspondiente exclusión que abarcan los componentes de la desigualdad de clase, género y etnoculturalidad (Breilh, 2020). La pobreza se impone como realidad y como un desafío a los procesos de atención, ya sea para los usuarios que viven a diario en esta situación y que traen en sus cuerpos y subjetividades las marcas de una vida cruzada por el "sufrimiento social": ya sea para los profesionales que se ven afectados por ella, a través de

condiciones de trabajo difíciles, o incluso porque se sienten impotentes frente a la grandeza que la dimensión social impone en los territorios donde los equipos de salud desarrollan las prácticas de cuidado (Pitombeira y Olivera, 2020). Como parte de este proceso de mercantilización, las prácticas de salud se encuentran afectadas por el incremento de las desigualdades e inequidades de los y las usuarias, por los procesos de desfinanciamiento del sector salud y por la precarización de las relaciones laborales. Las demandas actuales en lo que respecta a las prácticas de cuidado lleva a que los equipos de salud de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I) tengan que repensar los actos de salud, sus prácticas de cuidado y su rol como equipos de salud (Longo, Veloso, Zaldúa, 2020)

Históricamente, la atención primaria integrada de la salud ha tendido a incluir las acciones de prevención, curación y rehabilitación alrededor de una noción de salud colectiva más amplia que la de la salud pública convencional. En América Latina el enfoque de la medicina social y de la epidemiología crítica latinoamericana ha sido crucial en el desarrollo de esta perspectiva contraria a las visiones desarrollistas, biomédicas y positivistas de la salud pública y epidemiología convencionales (Granda, 2004; Iriart, 2002). Este enfoque se ha fortalecido e impulsado para modelo bajo el nombre de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I) (Laurel, 2018). El modelo de APS-I coloca en el centro la satisfacción de las necesidades de salud de las personas e implica el reordenamiento de los efectores, pasando del esquema burocrático piramidal por niveles a un esquema de redes asistenciales, responsables de la atención de la salud de una comunidad (Giraldo, 2015). Sin embargo, hegemónicamente desde las planificaciones centrales en salud, el primer nivel de atención, históricamente ha sido relegado por un sistema aún hospitalocéntrico, orientado por la mirada biomédica, en los que se fueron agudizando problemas vinculados a las condiciones y medio ambiente de trabajo desfavorables para el despliegue humano y profesional, y la puesta en práctica de estrategias comunitarias preventivas y promocionales, entre otras. Independizada de un compromiso por la equidad y por el derecho a la salud, la APS ha sido

instrumentada como un componente más de carácter compensatorio dentro de sistemas de salud fragmentados y no universales (Rovere, 2012). En términos generales, la situación descrita revela cómo las tensiones sociales presentes en la sociedad tienen implicancias en los procesos de atención, en la rutina diaria de los servicios, generando interrogantes sobre cuáles son los caminos a seguir en los procesos de atención en la salud, frente a una realidad de exclusión social y desmantelamiento de las políticas sociales, no sólo de la salud, sino de la propia seguridad social.

El Contexto de la Pandemia agudiza las exigencias e intensidad del trabajo que impactan sobre los equipos de salud produciendo efectos negativos sobre los vínculos y la confianza grupal, pero también afecta a las dimensiones psíquicas y mentales de las trabajadoras de la salud (Neffa, 2017, Zaldúa & Lodieu, 2000; Gil-Monte & Grau-Alberola, 2009).

## **Metodología**

Se parte de un abordaje cualitativo con un diseño basado en la Investigación Acción Participativa (IAP). El presente trabajo está elaborado a partir de producciones que surgen de las actividades de IAP realizadas en el segundo trimestre de 2020 con integrantes del equipo de salud de Atención Primaria de cinco centros de Salud del AMBA. Cabe señalar, que una parte de los/as trabajadores/as que participaron en este ciclo de diálogos, durante el 2019 fueron parte de un proceso de Investigación-Acción-Participativa en los que, a través de cuestionarios autoadministrados, grupos de discusión y talleres, se trabajó sobre el desgaste laboral y precarización de las políticas de cuidado. Desde esta metodología se buscó poner en relieve los efectos de la pandemia en las prácticas de cuidado vinculadas a los equipos de salud de la APS-I y los efectos subjetivos y colectivos en las y los trabajadores/as. La Investigación-Acción-Participativa se define como un método de estudio y acción que busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas (Alberich, 2008). Desde esta metodología, se apuntó a la reflexión

colectiva crítica entendida como el proceso de aprendizaje y de construcción de conocimiento, a través del cual la realidad cotidiana de una población determinada, se transforma en objeto de análisis, de estudio y de investigación con el propósito de generar cambios en su realidad inmediata (Sirvent & Rigal, 2012). El proceso de IAP habilitó un movimiento de reflexión-acción colectiva crítica sobre el impacto de los contextos de precarización en las dinámicas cotidianas de trabajo y la incidencia del contexto complejo y particular desde la irrupción de Pandemia que vivencian cotidianamente en el ámbito laboral, como también la recuperación de la palabra compartida entre colegas, los acuerdos a refundar y los espacios participativos a construir. Al ser un estudio cualitativo se rescatan y contextualizan las narrativas de las actrices involucradas respetando la comprensión que el grupo tienen sobre su historia, sus trayectorias y tradiciones, como así también sus intereses y problemas (Minayo, 2010).

### **Territorios de una Atención Primaria Precarizada**

La Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en octubre del año 2018, a 40 años de la Declaración de Alma-Ata, reitera las directrices de una salud para todos. Afirma: Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (WHO and UNICEF, 2018). Sin embargo, parece no haberse considerado ampliamente dicha declaración por los decisores de las políticas sanitarias locales, dado que el contexto de pandemia ha dejado al descubierto la precaria estructura sanitaria en el primer nivel de atención en el AMBA. Los centros de salud conviven con los barrios populares, los cuales en general son habitados por personas en situación de vulnerabilidad. El diseño estratégico que les da origen desde la salud pública hace varias décadas en nuestro país consideró importante la territorialidad como punto de encuentro y generador de vínculos.

Insertos en los mismos barrios donde viven las personas que atienden, los trabajadores de los centros de salud transitan el espacio y conocen, en mayor medida, las condiciones de vida de la comunidad. El desarrollo de actividades promocionales de la salud en territorio propicia la articulación con otras instituciones civiles, políticas, educativas, sindicales, religiosas, etc. La intersectorialidad es parte del dispositivo preventivo que se diferencia en gran medida de los sectores e intercambios que se desarrollan habitualmente al interior de los hospitales. En los centros de salud, el dispositivo de atención pretende consolidar los vínculos con la comunidad, y ocurre que varias generaciones de un barrio son atendidas por los mismos equipos de salud, lo que permite recuperar las trayectorias familiares de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados. Este conocimiento de la comunidad debiera ser un elemento facilitador para el desarrollo de las prácticas salutíferas, sin embargo, en el contexto de pandemia por COVID19, la extrema vulnerabilidad que se ha impuesto a la población ha repercutido en las sobrecargas de los trabajadores de la salud al dimensionar la complejidad del impacto de la pandemia en la población asistida.

En la Declaración de Astaná (2018) se afirma que en todas las regiones del mundo sigue habiendo personas con necesidades sanitarias desatendidas. Mantenerse en buena salud es un reto para muchas personas, en particular las pobres y las que se encuentran en situaciones vulnerables. Es inaceptable desde un punto de vista ético, político, social y económico que persistan las disparidades en los resultados sanitarios y la inequidad en la salud (WHO and UNICEF, 2018).

En ese sentido, una de las preocupaciones que destacaron las/os trabajadoras/es de la salud se refirió a la crisis económica, a las condiciones materiales de vida de la población que atienden. Estos centros de primer nivel del sur de la CABA y del AMBA se enclavan en sectores que sufren marcadamente la precarización de las condiciones de vida y cuya situación se viene profundizando.

Según el INDEC (2020) para el segundo semestre del 2019, el 35,5% de las personas estaban por debajo de la línea de pobreza y el 8% por debajo de la línea de indigencia. Al respecto, distintos estudios (Bonfiglio, Vera & Salvia, 2020; della Paolera, Biondi & Petrone, 2019) señalan una tendencia creciente a la feminización e infantilización de la pobreza.

Consideramos la territorialidad como un analizador dentro de las narrativas de los/as trabajadores/as de la Salud. El espacio donde despliegan sus recorridos se presenta como un factor de incidencia en sus prácticas. En este sentido, sus principales preocupaciones y afectaciones se vinculan al tipo de trabajo y vínculo socio-comunitario que suelen desplegar en el primer nivel de atención y actualmente se ve imposibilitado por las deficientes condiciones.

*“Seguimos pero estamos en un lugar tan precario que no podemos atender a los febriles, no están las condiciones para que la gente con síntomas compatibles con Covid puedan entrar a nuestro Centro de Salud.”*

El anclaje y abordaje desde lo territorial que predomina en los centros de salud genera lazos y vínculos sólidos comunitarios.

*Nuestra preocupación más fuerte es qué hacer con las personas que tienen enfermedades crónicas, quienes venían a retirar medicación. Nos organizamos con llamados telefónicos, por suerte mis compañeras los años anteriores armaron una base de datos de estas personas con enfermedades crónicas y hoy las podemos contactar.*

### **Determinación Social de la Pandemia: Crisis económica, condiciones de vida y estrategias de supervivencia**

La desigualdad social y económica asegurará que el virus discrimine. El virus por sí solo no discrimina, pero los humanos seguramente lo hacemos, modelados como estamos por los poderes entrelazados del nacionalismo, el racismo, la xenofobia y el capitalismo (Butler J.,2020:62) La presentación social del coronavirus en nuestro país se observó inicialmente en sectores

económicamente más acomodados y viajó en avión desde diferentes lugares del mundo donde el virus ya se había manifestado. Lejos de los barrios y los centros de salud se pretendió contener el contagio con las medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio. Medidas que fueron pensadas desde las clases medias para sí mismas. Las/os trabajadoras/es de la salud mencionaron la dificultad de instalar el tema de la prevención del “Covid” al interior de los barrios en la primera etapa de la pandemia, ya que el virus era vivido con ajenidad puesto que hasta ese momento no se había extendido la transmisión comunitaria.

Esta disciplina de aquellos que pueden obedecer al imperativo “quedarse en casa” debe también encontrar y proponer los medios para que aquellos que “no tienen casa” puedan encontrar un refugio seguro. (Badiu A.; 2020:68) En este sentido las/os trabajadoras/es de APS-I manifestaron preocupación por las comunidades asistidas frente a la situación de contraer COVID-19 y requerir ser aislados y no poder hacerlo en sus hogares, generando incertidumbre por la atención y los cuidados. Les preocupaba la “*posibilidad real de aislarse de las familias*” dadas las condiciones habitacionales precarias en relación al número de personas por ambiente.

El paradigma de la determinación social está ausente o incompleto y eso crea un vacío de conocimiento que es vital, que es clave para poder responder de una manera adecuada. (Brehil J.; 2020) El modelo biomédico hegemónico y la fragmentación del sistema de salud dejaron “aislado” al modelo de asistencia en pandemia de factores no infectológicos que pudieran participar en la distribución desigual del virus y en las tomas de decisiones epidemiológicas. En consecuencia, un fenómeno de tamaño complejidad sociosanitaria no pensado multidimensionalmente propone un escenario de mayor exposición para las grandes mayorías que no tienen garantizado el acceso oportuno y pleno a la salud ni a las necesidades básicas (agua corriente por ejemplo). En palabras del epidemiólogo Jaime Brehil (2020), hay una ausencia de políticas de equidad y una falta de articulación con las organizaciones sociales. No tenemos una visión participativa de la respuesta a la emergencia. Tenemos un



sistema vertical institucionalizado donde hay una inteligencia limitada de la salud, una vieja vigilancia epidemiológica. (Brehil J.;2020)

Las/os trabajadoras/es manifestaron que *“hay gente que no tiene posibilidad de enfermarse”* refiriéndose a que parte de la comunidad vería extremadamente difícil la subsistencia de su grupo familiar si se enfermara y tuviera que dejar de trabajar. *“La crisis económica y las condiciones materiales de vida de la población es muy complicada en este contexto”*. A partir de estas afirmaciones se puede visibilizar la precarización laboral en estos grupos sociales que refuerzan una vulneración de derechos, una exposición mayor impuesta al riesgo de enfermar y mayores dificultades a la hora de poder transitar la enfermedad. En este mismo sentido las/os trabajadoras/es se alarman frente a la negación de síntomas, compatibles con coronavirus, por parte de algunas personas de la población en tanto miedo a enfermar, miedo a contagiar, *“tienen síntomas y no los quieren decir”*. Es posible que dicha negación se articule con la necesidad material de estos grupos sociales de trabajar para subsistir .

### **Atención Primaria de la Salud ¿Integral e integrada?**

La APS-I se basa en un modelo de trabajo en red. Una red que va conformándose a partir de las relaciones comunitarias e institucionales. La sustentabilidad de la red dependerá de la capacidad de intercambio y asociación entre los efectores y las diferentes organizaciones sociales que participan de la actividad barrial. La participación social en salud es un desafío continuo que los equipos de salud deben propiciar para que sea continua y se acreciente en contextos donde la salud es marginal entre las principales problemáticas de alimentación, vivienda y trabajo.

Los/as trabajadores/as de salud destacaron una tensión entre el trabajo previo a la pandemia y las nuevas exigencias en el marco de la misma, en tanto la *“asistencia y el covid toman toda la escena”*. La prevención, promoción y los otros problemas de salud presentes en la comunidad quedan solapados y suspendidos. Los centros de salud cercanos geográficamente a hospitales

generales dicen recibir “los rebotes” de las personas rechazadas de la atención por guardia del hospital, los cuales se abocan exclusivamente a la atención de personas COVID19 positivo o sospechoso en el marco de la pandemia, dejando sin atención al resto de la población. De esta manera, la demanda de atención que reciben se vio altamente incrementada para el “retiro de medicación, salud mental, control de niños que tiene menos de un mes y que nacieron en el Hospital, pero nadie los puede atender allí” mencionó uno de los psicólogos. El eclipsamiento de otras actividades por el covid devuelven a la comunidad una concepción arcaica de la atención en salud para la emergencia, en donde el equipo de salud se convierte en “apagador de incendios”, estrategia opuesta a la concepción de prevención y promoción de la salud integral. El centro de salud concebido como periférico, satélite desensamblado de la red sanitaria permanece a solas en el territorio, con escasos recursos materiales, dificultades para el trabajo en equipo, haciendo frente a la desconocida pandemia por coronavirus que no espera al diseño de nuevas prácticas y estrategias.

Algunas de las tensiones vividas entre pares al inicio de la pandemia refirieron a que los equipos de trabajo han vivido una división de las/os trabajadoras/as en cohortes con concurrencia alternada al lugar de trabajo y modificaciones abruptas de la tarea. Asimismo, las prácticas han pasado a estar mediadas por las normas de seguridad epidemiológica referida al uso de EPP durante largas jornadas. En función de los recorridos transitados en estos últimos meses y de la alta demanda descrita en primera persona la reflexión colectiva acerca la perspectiva crítica y surge la pregunta de ¿cómo organizarse como equipos de salud en pandemia?

La reorganización y la sobrecarga laboral, provocó la necesidad de jerarquizar la atención. En Salud Mental, por ejemplo, algunos/as profesionales comentaron que actualmente realizan un seguimiento telefónico de las situaciones clínicas consideradas más graves y emergió como una de las preocupaciones frente a la amenaza del pico de la pandemia, el hecho de no

saber si iban a poder mantener turnos programados para las diferentes situaciones de salud que no están relacionadas al coronavirus.

En este sentido, manifestaron preocupación ante la ausencia del trabajo inter-centros de salud que venían realizando específicamente en el área de Salud Sexual y Reproductiva. El contexto de pandemia, la reorganización de sus tareas y el incremento del trabajo, les imposibilita darle continuidad a los encuentros interdisciplinarios realizados al comenzar el año.

### **Cuidado colectivo frente al descuido:**

Según compartieron los/as trabajadores/as, autoridades hospitalarias de la zona sur del AMBA al inicio de la pandemia intentaron instalar la responsabilidad estrictamente individual por posibles contagios de los/as trabajadores/as, generando tensión al interior de los equipos en relación a los cuidados y la prevención de posibles contagios. Estas situaciones amenazantes conjugadas con el riesgo real al contagio, cierta desarticulación de los equipos de trabajo, precariedad de la estructura sanitaria adecuada que contenga a efectores y usuarios, y el intento de deslinde de responsabilidades de protección y cuidado por parte de autoridades sanitarias, se imponen como procesos de malestar y sufrimiento. Sin embargo, las carencia pueden reflejar sus potencialidades y tal amenaza global da lugar a la solidaridad global, nuestras pequeñas diferencias se vuelven insignificantes, todos trabajamos juntos para encontrar una solución, y aquí estamos hoy, en la vida real. El punto es reflexionar sobre un hecho triste de que necesitamos una catástrofe para que podamos repensar las características básicas de la sociedad en la que nos encontramos. En Vivo. (Zizek; 2020: 24)

Las/os trabajadoras/es de los centros de salud en el intercambio colectivo pudieron desplegar las aristas del malestar y las sensaciones de opresión compartidas en este contexto que se les impone. De igual modo pudieron reconocer el ejercicio de cuidado como una práctica colectiva entre ellas/os.

*“Es una alegría dejarse regalos entre una cohorte y otra, o que compañeros de cohorte traigan comida casera para compartir algún budín o algo hecho en casa”,* en referencia a las reuniones virtuales un trabajador expresa, *“también está bueno vernos sin barbijo y en chancletas”,* en relación a los intercambios entre las cohortes de una semana a otra dicen que es importante *“estar ahí atento a ser relevo de otro”*. Es el cuidado en el reconocimiento del otro/a y la cooperación con el/la compañera/o, acompañar sus tiempos de trabajo y de descanso junto con el ofrecimiento de suplirlo en la tarea si está dentro de las posibilidades, recordar el horario para el almuerzo o la pausa, revisar la colocación correcta del EPP, etc, son algunas de las potentes estrategias colectivas de cuidados que circulan entre las/os trabajadoras/es de la atención primaria de la salud en contextos de pandemia.

### **Tiempo y espacio en pandemia**

La temporalidad es una de las dimensiones que las/os trabajadoras/es de la salud mencionan como profundamente modificada por la pandemia. La dinámica de la situación hace que la previsibilidad, el recuerdo de situaciones que en otros momentos fueron pensadas como cercanas en el tiempo hoy sean vividas como lejanas y tal vez pasadas por alto u olvidadas. Una de las trabajadoras expresó que había vivido un *“cambio radical, lo que era hace 10 días es otra vida, y lo que era hace 3 meses, lejísimo!”*

La des-temporalización generalizada implica la desaparición de los cortes temporales y las conclusiones, los umbrales y las transiciones, que son constitutivos del sentido (Han; 2018:45) La percepción de continuidad del trabajo, sin cortes que manifiestan estos equipos es destacable, pues configura un escenario oportuno para que emerja el agotamiento y la frustración frente a una pandemia que no da pausas en los acontecimientos. Los discursos con metáforas de guerra y de heroicidad de los medios de comunicación y de los funcionarios refuerzan el devenir continuo de los hechos en el recuento de muertes y contagios. La percepción de que *“nunca dejo de trabajar”,* como

señalaba una psicóloga, empujan a una sobrecarga y sobreexigencia que deja a los trabajadores expuestos al burnout.

*El tiempo se transforma en espacio.*(Han; 2018) El entramado continuo entre lo público y lo privado propiciado por la intensidad del trabajo que intercala largas jornadas presenciales en el territorio con el teletrabajo, desdibujan los límites del adentro y el afuera. Según una de las trabajadoras la presencia física en el lugar de trabajo acotaba la actividad, *“el día que voy al CeSAC, a las 17hs termina mi jornada ”, “la semana de trabajo desde la casa, hasta las 21 hs estoy en un excel”* la relación entre la posibilidad de acotar y la sensación de desborde son atravesadas por el manejo del tiempo y el espacio como dimensiones fuera de control en contextos de pandemia. *La ausencia de pautas temporales no comporta un aumento de la libertad, sino desorientación.*(Han; 2018:54)

Abrir un espacio-tiempo para la reflexión colectiva favorece un corte o una pausa en relación al trabajo pero también en relación al coronavirus, habilitando a las/os trabajadoras/es a compartir otras narrativas, emociones y vivencias.

## **Reflexiones finales**

Se plantea que la pandemia debe abordarse en los territorios y microterritorios, a partir de un fortalecimiento del autocuidado y los cuidados mutuos a nivel del tejido social. En esa línea se debe fortalecer que los equipos de APS se articulen con las organizaciones solidarias y autónomas que surgen en la comunidad en este momento.

Pensar a la pandemia como oportunidad para reconfigurar lo grupal y lo subjetivo se presenta como uno de los desafíos urgentes de las/os trabajadoras/es del primer nivel de atención. El cuidado del equipo y el reconocimiento del otro/a y la cooperación con el/la compañera/o, acompañar sus tiempos de trabajo, son algunas de las potentes estrategias colectivas de

cuidados que circulan entre las/os trabajadoras/es de la atención primaria de la salud en contextos de pandemia.

## **Bibliografía**

Alberich Nistal T. (2008). IAP, redes y mapas sociales: desde la investigación a la intervención social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (8), 131-151.

Badiu A.; (2020) Sobre la situación epidémica en Sopa de Wuhan. Editorial ASPO. 67-78

Bonfiglio, J., Vera J., y Salvia, A. (2020). La pobreza como privación más allá de los ingresos (2010-2019). Introducción de datos fundados en un Enfoque de Derechos. Buenos Aires: Educa.

Breilh, J. (2020). "SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia". En *Posnormales* pp. 31-90. Buenos Aires: ASPO.

Breilh J, (2020) "Está servida la mesa para el virus". Disponible en: <https://canalabierto.com.ar/2020/04/07/jaime-breilh-epidemiologo-esta-servida-la-mesa-para-el-virus/>

Butler J., (2020) El capitalismo tiene sus límites en Sopa de Wuhan. Editorial ASPO. 59-66

Cueto, M. (2020). La Covid-19 y las epidemias del neoliberalismo. Disponible en: <https://elpais.com/ciencia/2020-03-27/la-covid-19-y-las-epidemias-del-neoliberalismo.html>

Della Paolera, C., Biondi, A., Petrone, L. (2019). Un camino para reducir la pobreza en Argentina. Políticas y recomendaciones. Disponible en <https://www.cippec.org/publicacion/un-camino-para-reducir-la-pobreza-en-argentina/>

de Souza Minayo MC, (2010) Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*. Vol.6(3) Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.283>.

Franco Giraldo, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 33(3): 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11.

Ferraz, P, Gil-Monte, P y Grau-Alberola, E. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses. *Revista Aletheia* 29, p.6-15, jan./jun. 2009

Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. Revista Cubana de Salud Pública, 30(2) Recuperado en 25 de agosto de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es).

Han Byung-Chul (2018) El aroma del tiempo. Un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse. Editorial Herder

Herrero MB y Belardo MB. (2020). "COVID19 y la necesidad de re-discutir nuestros sistemas de salud". El País Digital, 5 de abril, Disponible en: <https://www.elpaisdigital.com.ar/contenido/covid-19-y-la-necesidad-de-rediscutir-los-sistemas-de-salud/26294>.

INDEC (2020). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos: Segundo semestre 2019. (Informes técnicos Vol. 4, n° 59). Disponible en [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph\\_pobreza\\_02\\_195EFE752E31.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_195EFE752E31.pdf)

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. En Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2), 128-136.

Laurel, C. (2018). Atención primaria de salud integral e integrada APS-I MX: la propuesta metodológica y operativa. Disponible en: [http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos\\_de\\_Salud\\_VF.pdf](http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf)

Longo R, Veloso V, Zaldúa G, (2020) Género, trayectorias identitarias y territorios de precarización en salud. Territorios, equipos y narrativas en situación. Experiencias desde la Investigación Acción Participativa. Cap 4. Editorial Teseo. En Prensa.

Neffa, J. (2017). La relación entre trabajo y salud de los trabajadores que lo ejecutan. En: ¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud. (coord. Neffa, J y Henry, M). Universidad Nacional de la Plata. Edición anual / Año 1 - N.º 1. (pp.43-54).

Pitombeira, D y Conde de Olivera, L. (2020). Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primaria. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 25(5):1699-1708, 202. Brasil.

Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342.

Sirvent, M; Rigal, L. (2012). Investigación Acción Participativa. Un desafío de nuestros tiempos Para la construcción de una sociedad democrática. Quito: Proyecto Páramo Andino.

World Health Organization (WHO) and UNICEF (2018). Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura

sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1>

Zaldúa, G, Lodieu, M y Koloditzky, D. (2000) La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 19, núm. 4, pp. 167-172 Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires.

Žižek S; (2020) El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill en Sopa de Wuhan. Editorial ASPO. 21-28.