

---

# El primer nivel de atención de la salud en tiempos de covid-19 en Neuquén Argentina

The first level of health care during covid-19 in Neuquén, Argentina

Julieta Lavin\*

IPEHCS-CONICET – UNCo

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

Lizzie Lavin Fueyo\*\*

CAPS de la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén

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

## RESUMEN

El primer nivel de atención de la salud presenta una singular relevancia en la organización del sistema sanitario, pues allí se atienden las necesidades más sentidas y prevalentes de la comunidad, y se inicia el proceso asistencial integral. El histórico Plan de salud neuquino colocó el primer nivel de atención como eslabón fundamental del sistema. Con la irrupción de la pandemia, las funciones desarrolladas por trabajadoras/es de dicho nivel se reconfiguran y resignifican. En este artículo se describe el rol del primer nivel durante la primera ola de la pandemia en la Zona Sanitaria Metropolitana de la provincia. Se realizaron encuestas *on-*

### Palabras clave

atención primaria de la salud, personal de salud, COVID-19, Argentina

---

\* Licenciada en Nutrición. Doctora en Ciencias de la Salud. Investigadora Asistente de CONICET en el Instituto Patagónico de Estudios de Humanidades y Ciencias Sociales -IPEHCS-. Profesora Adjunta del Departamento de Salud Colectiva en la carrera de Nutrición de la Universidad Nacional del Comahue.

\*\* Licenciada en Psicología. Trabajadora del Centro de Atención Primaria de la Salud Valentina Norte. Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

---

*line* a trabajadoras/es de centros de salud sobre las acciones desarrolladas y las percepciones y sentimientos con relación a ellas. Los resultados revelan: un escaso protagonismo del trabajo en territorio, problemas en los procesos comunicativos institucionales, un sesgo individualista en las acciones propuestas, condiciones de trabajo precarias y sentimientos de angustia y miedo. El primer nivel de atención durante la primera ola de la pandemia estuvo distanciado de los principios del Plan de Salud neuquino.

## ABSTRACT

The first level of health care has a particular relevance in the organization of the health system, since the most significant and prevalent needs of the community are met there, where the integral care process begins. The historic Neuquén Health Plan placed the first level of care as a fundamental link in the system. With the outbreak of the pandemic, the functions carried out by workers at this level are reconfigured and resignified. In this article, we describe the role of the first level during the first wave of the pandemic in the Metropolitan Health Zone of the province. Online surveys were conducted to health center workers about the actions developed and their perceptions and feelings in relation to them. The results reveal: little protagonism of work in the territory, problems in institutional communication processes, an individualistic bias in the proposed actions, precarious working conditions as well as feelings of anguish and fear. The first level of care during the first wave of the pandemic was far away from the principles of the Neuquén Health Plan.

## Keywords

primary health care,  
health personnel,  
COVID-19, Argentina

## Introducción

Los procesos de salud-enfermedad-atención son históricos y sociales y ocurren dentro de una matriz de desarrollos críticos y contradictorios que se articulan en tres espacios, según Breilh (2000): el dominio general de la sociedad, es decir, la reproducción social y las relaciones entre la naturaleza y la sociedad; los modos de vida particulares de los colectivos sociales atravesados por relaciones de clase, de género y de etnia/raza; y el dominio individual de las personas y familias con sus estilos personales de vida y sus expresiones corporales (fenotípicas, genotípicas, psíquicas, etcétera).

La producción y distribución de los procesos de salud-enfermedad-atención no suceden en lugares vacíos ni en sujetos puros ni en objetos asépticos, sino que se dan a través de movimientos de sujetos que se objetivan y objetos que producen sujetos en territorios producidos socialmente. Así, la conformación del territorio y la producción y distribución de los procesos de salud-enfermedad-atención confluyen en un mismo movimiento de determinación, en el que el territorio se concibe como la expresión de las condiciones de vida de los sectores que lo ocupan a la vez que dichas condiciones de vida o bien los propios modos de enfermar o morir reflejan las contradicciones propias del espacio y del territorio.

El campo sanitario se ha hecho eco de la relación salud-territorio y ha promovido progresivamente la incorporación del enfoque territorial o local a las acciones en salud. Ello se expresa con claridad en el Plan de Salud 2019-2023 impulsado por el Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén: “el trabajo en salud nos lleva cada vez más a acercarnos al territorio, a concentrar esfuerzos en los ámbitos en que transcurre la vida cotidiana, a tener en cuenta los roles de la sociedad organizada y a respetar los valores que sustentan las personas” (2019: 15). Allí aparece la “salud territorial” o la “salud en el territorio” como uno de los ocho ejes estratégicos del Plan.

---

Dentro del sistema sanitario, la adhesión de Argentina a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), postulada en Alma Ata en 1978 para alcanzar la “salud para todos en el año 2000”, produce una readecuación y reorganización del sistema por niveles ascendentes de complejidad creciente. Así, según Ase y Burijovich (2009), los niveles de atención constituyen una categorización de servicios que se complementan y articulan mutuamente, buscando garantizar la atención de todas las necesidades de la población.

En este marco, el primer nivel de atención presenta una singular relevancia en la organización de la totalidad del sistema dado que es la instancia donde se atienden las necesidades más sentidas y prevalentes de la comunidad y, a partir de ahí, se da inicio al proceso asistencial integral. Allí radica la centralidad del primer nivel de atención, que no es sinónimo de APS, sino que el desempeño del primero va a definir en buena medida el desenvolvimiento del resto de los niveles que conforman el sistema. Además, se destaca que una de las directrices de Organización Mundial de la Salud (OMS) para la consecución de la APS radica en su implementación en el nivel local (Ase y Burijovich, 2009). Entonces, el primer nivel de atención de la salud se materializa en los denominados “centros de salud”, y es allí donde confluye el territorio de vida y la política sanitaria.

Neuquén ha sido una provincia pionera en la implementación de estrategias orientadas por la APS desde inicios de la década del '70 —mucho antes de la Declaración de Alma Ata— con el histórico Plan de salud. Sin embargo, dicha orientación se ha visto aminorada e interrumpida por los sucesivos gobiernos provinciales hasta ser retomada con la gestión que inicia en 2019 con la propuesta de un nuevo Plan de Salud.

La irrupción de la pandemia de COVID-19 puso en jaque a la sociedad toda, al sistema sanitario y a cualquier intento de planificación. En este contexto, el presente artículo tiene por objetivo conocer el rol desempeñado por el primer nivel de atención de la salud en la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén durante la denominada “primera ola” de la pandemia, en 2020. Para tal fin, se desarrolla una caracterización histórica breve en torno a los orígenes de la APS en esta provincia, luego una

---

conceptualización de dicha estrategia y finalmente una contextualización en el marco de la pandemia. En segundo término, se propone un abordaje metodológico cuantitativo a través de encuestas en línea a trabajadores/as del primer nivel de atención para dar cuenta de las acciones allí desarrolladas durante la primera ola de la pandemia, desde promoción, prevención, atención y reorganización hasta percepciones y sentimientos con relación a ellas. Por último, se presentan interpretaciones y reflexiones en torno a los resultados obtenidos.

### El Plan de salud neuquino

En marzo de 1966 un informe del entonces gobernador de Neuquén, Felipe Sapag (1917-2010), líder del Movimiento Popular Neuquino, reflejaba el panorama desolador que vivía la joven provincia (hasta 1958 fue territorio nacional): tenía los más altos índices de mortalidad infantil, desnutrición, tuberculosis, hidatidosis, brucelosis y bocio del país; no había infraestructura sanitaria, ni de servicios de saneamiento básicos y la esperanza de vida era muy baja (Casullo, 2014). Unos meses más tarde, tendría lugar el golpe de estado liderado por Onganía bajo la denominada “Revolución Argentina”. Sapag fue derrocado de su cargo y retornó en 1970 como interventor de Neuquén a pedido del propio Onganía. Fue reelegido democráticamente como gobernador en 1973.

Es así como, en el año 1970, teniendo como base ese diagnóstico implacable y de la mano del médico y ministro de Bienestar Social, Alberto Antonio del Vas, y de sus colegas Néstor Perrone, director general de Salud, y Elsa Moreno, directora de Maternidad e Infancia, nace el Plan de salud de la provincia de Neuquén, emblema de la política sanitaria local, nacional y regional. Uno de los ejes históricos del Plan fue su adhesión a la APS mucho tiempo antes de la propia declaración de Alma Ata en 1978.

Los ejes del Plan de salud, tal como lo describen Manoukian y Venturini (2021), se basaron en las siguientes acciones: 1) regionalización y zonificación con responsabilidad directa de los hospitales locales; 2) organización de la red de salud pública articulada y ordenada por complejidad creciente; 3)

---

centralización normativa y descentralización operativa; 4) énfasis en la APS como estrategia integral; 5) énfasis en el primer nivel de atención de la salud como primer eslabón del sistema; 6) formación de recursos humanos: profesionalización de la enfermería, residencia de medicina general (con orientación rural), formación de agentes sanitarios, capacitación en administración y estadística sanitaria; 7) régimen de contratación de profesionales bajo modalidad de dedicación exclusiva al sector público; y 8) poca injerencia del poder político partidario en las conducciones hospitalarias.

El Plan tuvo resultados sorprendentes en poco tiempo, entre ellos, la reducción de la tasa de mortalidad infantil que, de 125 cada mil nacidos vivos en 1970, pasó a 61 en 1974, y fue así como el sistema sanitario neuquino consiguió convertirse en una referencia a nivel nacional y regional. Sin embargo, los logros no lo hicieron inmune a la fuerte ola neoliberal de la década de los años noventa, período que significó, para el sistema de salud público nacional y también para el neuquino, un fuerte desfinanciamiento, con pérdida de profesionales y marcada obsolescencia tecnológica, y que provocó la transferencia de recursos del subsector público al privado. En consecuencia, los hospitales públicos sufrieron un progresivo deterioro, asumieron un papel meramente asistencial, perdieron el rol central y dinámico de otras décadas. En este marco, durante la huelga del año 1993, los/as trabajadores/as de la salud denunciaban al gobierno neuquino por facilitar negocios a las clínicas privadas al desfinanciar los hospitales públicos y terminar contratando en el sector privado los servicios que no se podían realizar en el sistema público (Beliera, 2018). Asimismo, la falta de integración entre el subsistema público, el creciente privado y las obras sociales, sobre todo la provincial, profundizó la fragmentación y segmentación del sistema sanitario neuquino y reprodujo la lógica nacional (Manoukian y Venturini, 2021).

A raíz de lo anterior, se produjo una pérdida del sentido inicial del sistema sanitario neuquino, tanto para el gobierno provincial como para la población: un sistema originalmente valorado por su organización moderna y su capacidad de resolución de problemas sociales se transformó en ineficaz, empobrecido y tecnológicamente atrasado (Di Liscia, 2009).

## La APS como estrategia integral

Spinelli (2010) sostiene que pensar el sistema de salud argentino en términos de “sistema” implica una mirada simplista de abordar algo de enorme complejidad. Según el autor, sería más apropiado trabajar con el concepto de “campo”, tomado de Bourdieu, es decir, un espacio de convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.

Una característica fundamental del campo de la salud es su complejidad, la cual es resultado de la combinación de una alta concentración de capital económico; problemas de financiamiento; corrupción -macro y micro-; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que dificulta intentos de otras y nuevas institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el desatado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan sus prácticas. Además, se trabaja con un objeto que no se puede definir: la salud. Esta discusión exige la participación de los/as trabajadores/as dando lugar a que puedan pensar y discutir el sentido y el significado de sus trabajos, los “porqué” y los “para qué” (Spinelli, 2010).

En este marco, dice Testa (1997), la estrategia de APS cobra su sentido concreto y se aleja de la abstracción que la caracteriza, fomentada por distintos actores del sector salud a nivel global a fin de garantizar el derecho universal a la salud, lo que implica pensar la APS como un fenómeno aislado y desconectado de su territorio. A la hora de implementarla, este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales, vinculadas a su significado concreto, es decir, a su inserción particular en determinado contexto social, político y económico, en determinado sistema sanitario y en determinado territorio de acción.

---

En este sentido, las políticas de ajuste implementadas en la mayoría de los países latinoamericanos en la década de los noventa, dejaron de lado los principios universalistas e igualitaristas inherentes a la propuesta original y acabaron desarrollando una APS desde una concepción selectiva y focalizada en los grupos sociales más desprotegidos, a quienes se ofrecía una canasta básica de prestaciones ancladas en el primer nivel de atención y aisladas del resto del sistema sanitario. Esta APS limitada profundizó las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y en la garantía del derecho a la salud (Ase y Buriyovich, 2009).

En lo que respecta a la provincia de Neuquén, Manoukian y Venturini (2021) esbozan en su libro la evolución de la planificación en salud y que la etapa que va del 2005 al 2019, denominada por los autores “el mercado planificando”, es representada por un Estado insuficiente ante las demandas de la población neuquina que se expresa en la pérdida del carácter vanguardista en la alta complejidad del subsector público y en el abandono del primer nivel de atención. Esto último se verifica, según los autores, en el limitado crecimiento registrado en la cantidad de CAPS, sobre todo en las zonas más pobladas, y en la insuficiente incorporación de agentes de salud capacitados en el acompañamiento de las comunidades para abordar nuevas problemáticas de salud: violencias, adicciones, salud mental, etcétera.

A partir del 2019 se inicia una nueva etapa en la conducción del Ministerio de Salud, con indicios de otro intento de planificación estratégica (Manoukian y Venturini, 2021). Con la presentación del Plan de salud 2019-2023 se recupera algo de la historia neuquina. Allí se expresa que “la estrategia de Atención Primaria de Salud se podría considerar uno de los principios organizadores históricos del sistema de salud neuquino” (Ministerio de Salud de Neuquén, 2019: 73) y, bajo este marco, se coloca al primer nivel de atención como uno de sus ejes prioritarios: “reforzar este nivel de atención/cuidado, utilizando de manera apropiada los recursos disponibles, favoreciendo la desconcentración geográfica y dando prioridad a las necesidades sociales, abordando las problemáticas de salud desde una perspectiva familiar y comunitaria” (p. 73).



---

Aquí, el rol de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) es fundamental, dado que su inserción territorial permite establecer vínculos con la comunidad y resolver problemas de salud de relevancia local. Sin embargo, según datos presentados en el propio Plan de salud provincial 2019-2023, la oferta de atención extra-hospitalaria no ha superado el 40% de la atención total durante los últimos 20 años.

### **COVID-19, APS y el primer eslabón del sistema**

Casualmente, el mismo año en que el Plan de salud neuquino cumplía 50 años de vida, un nuevo coronavirus aparecía y ponía en jaque al mundo entero. En Argentina, la pandemia irrumpe en un momento en el que las políticas de ajuste implementadas por el gobierno saliente en 2019 dejaron un tejido social resquebrajado, sumado a que los Ministerios de Salud y de Ciencia, Tecnología e Innovación habían sido degradados a Secretarías.

Al finalizar el año 2019 Argentina tenía un 35,5% de la población en situación de pobreza al que se sumaba un 8% de indigencia, según datos del INDEC (2020). Si se toman los datos del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA (2019), estos valores ascendían al 40,8% y 8,9% respectivamente. La situación crítica obligó a la prórroga de la Ley de Emergencia Alimentaria Nacional hasta fines del 2022.

En este complejo escenario, el 4 de marzo se reportaba el primer caso de COVID-19 en Argentina y unos días después la OMS determinó el carácter pandémico de la nueva enfermedad (OMS 2020). El 20 de marzo se notificó el primer caso en la provincia de Neuquén y tres meses después se declaró la transmisión comunitaria del virus en el conglomerado Neuquén capital, Centenario y Plottier. Se incorporó así al incipiente listado de localidades que se encontraban bajo esta condición en las provincias de Río Negro, Chaco y Buenos Aires, junto con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

---

Se desplegaron una serie de políticas nacionales de carácter económico, social y sanitario que buscaron contener la pandemia. Estas fueron: refuerzos en la política de protección social a través de incrementos en las partidas para asistir comedores comunitarios, escolares y merenderos; la construcción de hospitales modulares; el cierre de fronteras; la suspensión de la educación presencial en todos los niveles; la implementación del aislamiento social preventivo y obligatorio, con asistencia económica a los grupos sociales más vulnerables; prohibición de despidos y suspensiones; la asistencia de emergencia al trabajo y la producción, entre otras disposiciones.

En lo que respecta específicamente al sistema de salud, se ha reconocido el papel central de la APS en el enfrentamiento de la COVID-19 en función de su capacidad de colaborar estratégicamente con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la reducción del riesgo de transmisión a partir del diagnóstico precoz, el acompañamiento y el monitoreo individual y familiar (Barbosa y Silva 2020). Pero lo cierto es que gran parte de los esfuerzos se han centrado en fortalecer los niveles de mayor complejidad de atención de la enfermedad (hospitales, unidades de cuidados intensivos, respiradores, servicios de urgencias). Esto refleja la permanente recaída en abordajes biomédicos, individualistas y asistencialistas, dejando de lado el rol fundamental e indelegable del primer nivel de atención de la salud frente a la pandemia. El descuido del financiamiento del sector público, del primer nivel de atención y de la integración de las funciones de vigilancia en salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y tratamiento de los infectados fue una característica común de los sistemas de salud de América Latina (Giovanella *et al.*, 2021).

Dada la relevancia que el Plan de salud de Neuquén le ha otorgado históricamente a la APS, a la coyuntura de su cincuentenario y, en dicho marco, a la preponderancia que se la ha infundido al primer nivel de atención desde sus comienzos y reforzado en la actualidad desde el Plan 2019-2023, es que este trabajo se propone reflexionar sobre cuál ha sido el rol de ese primer nivel de atención de la salud en el contexto de la primera ola de la pandemia del nuevo coronavirus en la ciudad capital de la provincia.

## Metodología

Tomando como unidad de análisis a los/as trabajadores/as de la salud de todos los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén, se realizó un estudio exploratorio y descriptivo. Se incluyeron: personal administrativo, personal de limpieza y desinfección, profesionales de la salud, agentes comunitarios y trabajadores/as con cargos de gestión; entendiendo que todos/as han tenido protagonismo en sus tareas durante la pandemia. Según datos oficiales, al mes de enero de 2021 había una planta funcional aproximada de 360 trabajadores/as activos en la zona.

La Zona Sanitaria Metropolitana abarca todos los servicios de salud de la ciudad de Neuquén. Comprende el Hospital Bouquet Roldán, el Hospital Horacio Heller, el Hospital Plottier, el Hospital Senillosa y 17 Centros de Salud, todos ellos con un área programática asignada. La zona sanitaria metropolitana a su vez se divide en tres subzonas: este, oeste y centro.

Se realizaron encuestas semiestructuradas en línea de forma anónima y voluntaria a los/as trabajadores/as de los CAPS de dicha Zona. Cada participante brindó su consentimiento informado al comenzar a contestar la encuesta y luego de haber leído la hoja informativa correspondiente. Se utilizó la plataforma de Formularios Google.

El cuestionario fue revisado por personas experimentadas y vinculadas al sistema de salud provincial. Incluyó preguntas de carácter cerrado con opciones de respuesta predeterminadas y también de respuesta abierta para indagar percepciones y representaciones. La distribución del enlace al formulario se llevó a cabo mediante jefes/as de subzonas y/o responsables de los CAPS a través del correo electrónico o vía la aplicación WhatsApp.

Con la información recabada se buscó conocer los desafíos que la pandemia impuso en el primer nivel de atención de la salud y las estrategias para contenerlos

durante la denominada “primera ola”. Tomando en cuenta los campos de acción de la APS y, específicamente, del primer nivel de atención para el enfrentamiento de la pandemia propuestos por Medina et. al. (2020) descriptas en el Cuadro 1, se analizaron las acciones desplegadas por las/os trabajadoras/es de CAPS de la ciudad de Neuquén.

**Cuadro 1.** Campos de acción de la APS y del primer nivel de atención para el enfrentamiento de la pandemia propuestos por Medina *et al.* (2020).

Ejes de actuación	Acciones posibles
1) Vigilancia en salud en los territorios.	-Acciones de prevención primaria y secundaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificación de casos y búsqueda activa de contactos.</li> <li>● Notificación de casos.</li> <li>● Apoyo al aislamiento domiciliario de casos y contactos.</li> <li>● Acompañamiento cotidiano a la distancia de los casos en aislamiento.</li> <li>● Apoyo a la vigilancia en lugares para adultos/as y otras instituciones de larga permanencia en su territorio.</li> </ul> -Información y educación en salud en la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Potencializar recursos de comunicación colectiva existentes en la comunidad: radios comunitarias, grupos de mensajes, transporte con sonido, etcétera.</li> <li>● Informar sobre la situación epidemiológica del territorio y medidas de protección: distanciamiento social, uso de máscaras, lavado de manos, etcétera.</li> </ul> -Testeo de casos, contactos y profesionales de salud.
2) Cuidado individual de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19.	-Organizar los flujos de atención. -Cuidar de los usuarios con cuadros leves. -Proveer equipos de protección personal a todo el equipo

	<p>de salud y capacitación para su uso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantizar la derivación oportuna de usuarios/as que necesiten atención en otro nivel.</li> <li>-Tele atención brindando teléfono de contacto para los usuarios.</li> <li>-Capacitación de profesionales para el cuidado.</li> </ul>
3) Apoyo a los grupos vulnerables por su situación de salud o social en el territorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Articular iniciativas comunitarias y promover la acción intersectorial.</li> <li>-Mapear usuarios de mayor riesgo para el covid-19, personas en extrema pobreza o en situación de inseguridad alimentaria.</li> </ul>
4) Continuidad de las acciones propias del CAPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dar continuidad a los cuidados cotidianos (control de niñez, atención a usuarios con ECNT, vacunación, etcétera).</li> <li>-Permanecer con las puertas abiertas, aunque con restricciones.</li> <li>-Garantizar la continuidad de la asistencia farmacéutica.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia en base a Medina *et al.* (2020).

Además de los ejes de indagación mencionados, fue de interés averiguar percepciones y representaciones en cuanto al rol de la APS y del primer nivel de atención durante la primera ola de la pandemia y sobre sentimientos, obstáculos y potencialidades identificadas por las/os propias/os trabajadoras/es.

Para la interpretación de la información se desarrolló un análisis descriptivo de las características de los/as encuestados/as con descripción de frecuencias de las variables principales, mediante el programa Microsoft Excel. Y para el análisis de las preguntas de carácter abierto, se utilizó el recurso de nubes de palabras que permitió representar de manera visual las palabras expresadas con más frecuencia por las/os trabajadoras/es de la salud.

La investigación fue aprobada por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén en el mes de abril del 2021.

---

## Resultados

### Caracterización de las/os encuestadas/os y del contexto de estudio

La encuesta fue respondida por 52 trabajadoras/es, que incluyó profesionales, personal administrativo, de maestranza y de gestión. Permaneció activa desde finales del mes de abril hasta el mes de julio, en coincidencia con la propagación de la segunda ola de contagios en el país y en la provincia.

Al mismo tiempo, cabe destacar que durante los meses de marzo y abril tuvo lugar en Neuquén una protesta histórica de trabajadoras/es de la salud “autoconvocadx” en reclamo de un aumento salarial acorde a sus necesidades y al contexto, luego de que el gobierno y el gremio pactaron una paritaria salarial muy por debajo de lo esperado y exigido por el personal de salud. Luego de dos meses de lucha, con cortes de ruta que provocaron la paralización de la actividad hidrocarburífera, con movilizaciones, caravanas y festivales en distintas ciudades con un gran apoyo popular, se logró un aumento salarial para todas/os las/os trabajadoras/es estatales de la provincia.

Tanto la huelga como el inicio de la segunda ola de la pandemia coincidieron con la etapa de relevamiento de información, con lo cual, limitaron la participación de las/os trabajadoras/es en la investigación.

Tal como se observa en la Tabla 1, el 46% de las/os encuestadas/os representó la franja etaria de 30 a 39 años, seguida por un 25% de 40 a 49 años. El 79% se identificó con el género mujer. El 46% refirió tener una antigüedad de 5 años o menos en el CAPS y el 38% de 6 a 15.

El 54% de quienes respondieron la encuesta trabajaban en la subzona oeste, el 23% en la subzona centro y el otro 23% en el este. En cuanto al área de desempeño laboral, el 27% representó al sector psicosocial, el 21% a medicina, el 17% a enfermería y el 12% a salud bucal. También respondieron, aunque en menor medida, personal administrativo, nutricionistas, agentes comunitarios y personal de farmacia. Cabe destacar aquí que la preponderancia de trabajadoras/es del área psicosocial en

la muestra puede introducir un sesgo en la percepción de las prioridades en torno a los ejes de actuación del primer nivel de atención de la salud.

Tabla 1. Características de las/os trabajadoras/es que respondieron a la encuesta.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Franja etaria</b>	
18-29 años	6 (11,5)
30-39 años	24 (46,2)
40-49 años	13 (25,0)
50-59 años	9 (17,3)
60 años o más	0 (0)
<b>Género</b>	
Mujer	41 (78,9)
Varón	11 (21,1)
<b>Antigüedad en el CAPS</b>	
5 años o menos	24 (46,1)
6-15 años	20 (38,5)
16-30 años	7 (13,5)
Más de 30 años	1 (1,9)
<b>Subzona</b>	
Este	12 (23,1)
Oeste	28 (53,8)
Centro	12 (23,1)
<b>Área de trabajo</b>	
Psicosocial	14 (27,0)
Medicina	11 (21,2)

---

Enfermería	9 (17,3)
Salud bucal	6 (11,5)
Administración	6 (11,5)
Farmacia	3 (5,8)
Agente comunitario	1 (1,9)
Nutrición	1 (1,9)
Otra	1 (1,9)

---

Fuente: Elaboración propia.

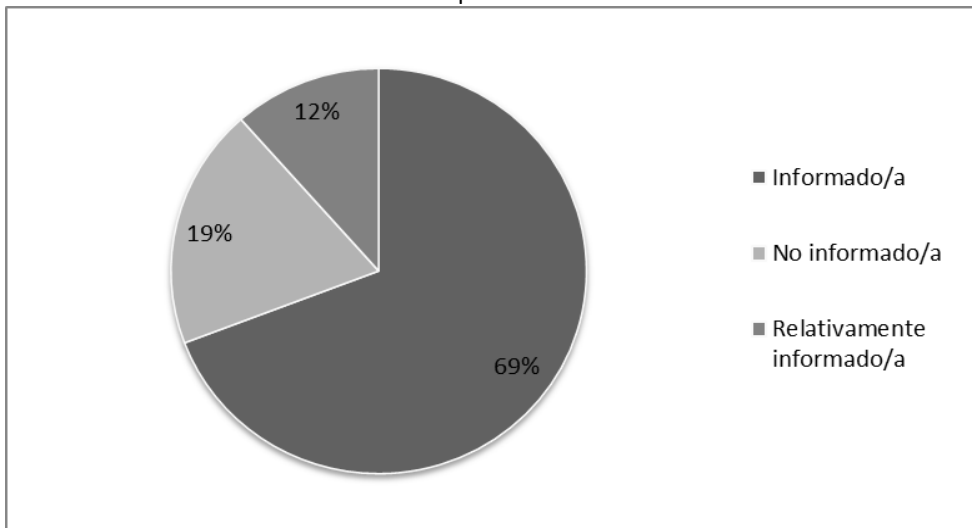
## Ejes de actuación en el primer nivel de atención

### 1) Vigilancia en salud en los territorios

En principio, se destaca que el 69% de las/os agentes de salud dijo estar informado/a sobre el Plan de contingencia del CAPS y las modificaciones pertinentes de acuerdo con la situación epidemiológica (Gráfico 1). Por otro lado, el 42% de las/os trabajadoras/es expresó tener claro su rol dentro del CAPS en contexto de pandemia, mientras que el 58% refirió escasa o nula claridad al respecto (Gráfico 2).

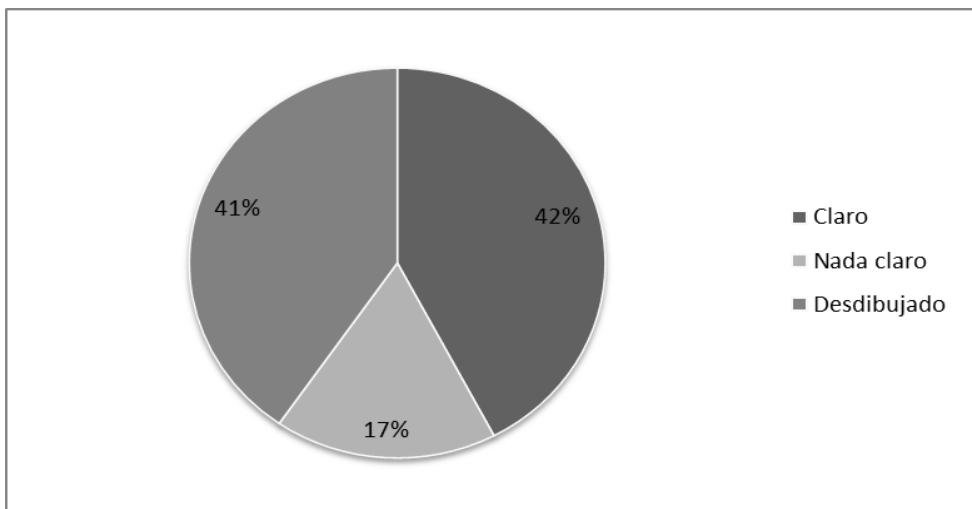


Gráfico 1. Información recibida acerca del rol como trabajador/a de CAPS en contexto de pandemia



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Claridad acerca del rol como trabajador/a de CAPS en contexto de pandemia



Fuente: Elaboración propia.

Las acciones de prevención primaria y secundaria vinculadas a COVID-19 expresadas a través de las encuestas se muestran en la Tabla 2, en la que se destaca que cerca del 85% confirmó acciones del CAPS vinculadas al seguimiento telefónico o presencial de pacientes asociado a COVID, sin embargo, solo el 36,5% de los/as encuestados/as refirió haber participado con gran frecuencia en esa tarea y un 35% dijo no haberlo hecho nunca: de ellos/as, más de la mitad justificó que no le correspondía. Por otro lado, y contradictoriamente, el 92% expresó haber atendido u orientado a personas infectadas, por lo que se interpreta que gran parte de dicho porcentaje es explicado por tareas de orientación y no de atención específicamente, por ejemplo, orientar sobre cómo y bajo qué criterios acceder a dispositivos de diagnóstico o de atención, entre otros.

Tabla 2. Frecuencia de realización de actividades del primer nivel de atención vinculadas a COVID-19

<b>Acciones de prevención primaria y secundaria ante COVID-19</b>	<b>n (%)</b>
<b>Personal dedicado al seguimiento* de paciente asociado a COVID en su CAPS</b>	
Sí	44 (84,6)
No	6 (11,5)
Otra/desconoce	2 (3,8)
<b>Participación en seguimiento* de paciente asociado a COVID por parte del/de la encuestado/a</b>	
Alta frecuencia	19 (36,5)
Escasa frecuencia	14 (26,9)
Nunca, por falta de preparación	4 (7,7)
Nunca, por no corresponder la tarea	10 (19,3)
Nunca, sin especificar motivos	4 (7,7)

Otra/desconoce	1 (1,9)
<b>Atención u orientación a personas infectadas por parte del/de la encuestado/a</b>	
Sí	48 (92,3)
No	4 (7,7)
<b>Trabajo territorial en la zona programática de su CAPS</b>	
Sí, mucho	9 (17,3)
Sí, poco	22 (42,3)
No, nada	17 (32,7)
Desconoce	4 (7,7)
<b>Apoyo a instituciones de larga permanencia en su CAPS</b>	
Sí	11 (21,1)
No	41 (78,9)
<b>Divulgación de información y educación en salud</b>	
Sí	15 (28,8)
No	37 (71,2)

Notas: \*Presencial, telefónico o virtual.

Fuente: elaboración propia.

Con relación al trabajo territorial, cerca del 33% afirmó no haber realizado actividades en este sentido, mientras que cerca del 17% lo hizo de manera intensiva y el 42% con menor intensidad. En ese sentido, las actividades estuvieron orientadas mayormente a la promoción de medidas de autocuidado (lavado de manos, distanciamiento, ventilación, etc.). Puntualmente, el apoyo a instituciones de larga permanencia ubicadas en la zona del CAPS fue limitado (21%) y las acciones de

---

divulgación de información y educación en salud fueron mencionadas solo por 15 trabajadoras/es (29%).

## 2) Cuidado individual de los casos confirmados y sospechosos de COVID-19

Los casos confirmados de COVID-19 recibieron distintos tipos de atención según las/os trabajadoras/es: atención remota (77%), acompañamiento psicosocial (52%), entrega de medicación en peri-domicilio (50%), atención peri-domiciliaria (36,5%), atención en el CAPS (19%), entre otras en menor medida.

Ante la pregunta sobre la posibilidad de consultas especiales para patologías respiratorias en su CAPS, el 36,5% confirmó no tener esta posibilidad ni remota ni presencial, el 32,7% dijo contar con atención presencial mientras que el 17,3% refirió contar solo con atención remota para estos casos.

En cuanto a la articulación entre los distintos niveles de atención al momento de derivar pacientes, la valoración al respecto fue regular en el 58% de los casos, buena o muy buena en el 23% y mala para el 17%.

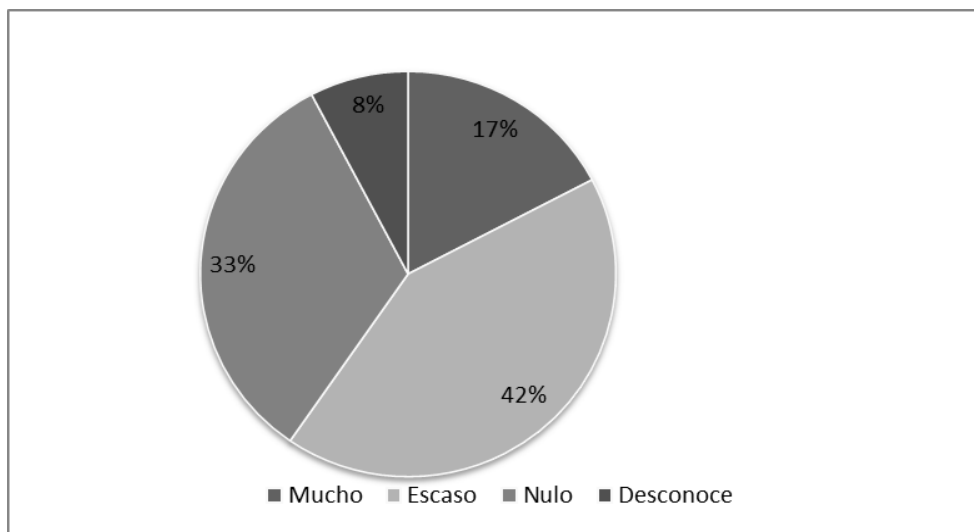
Otro aspecto relevado fue que el 44% de trabajadoras/es tuvo que aprender a utilizar la tecnología para realizar actividades virtuales vinculadas a su trabajo. Con respecto a ello, el 67% refirió tener una conexión a internet inestable en su CAPS, solo el 13% dijo tener acceso a una computadora con audio, video y dispositivos de transmisión apropiados. En síntesis, las condiciones para la atención remota en el CAPS según sus trabajadoras/es fueron regulares para el 46%, buenas para el 36,5% y malas para el 15%.

Por último, el 25% refirió no haber recibido capacitaciones relacionadas con el COVID-19, ya sea para el uso de elementos de protección individual como recomendaciones para la reorganización de la tarea.

### 3) Apoyo a grupos vulnerables en territorio

Tal como se mencionó en la Tabla 2 y como se resalta en el Gráfico 3, el 33% (17 trabajadores/as) afirmó no haber dado protagonismo al trabajo territorial en general durante la primera ola de la pandemia. Específicamente, con relación a los grupos considerados vulnerables, el 60% dijo haber generado mecanismos alternativos para su atención, aunque apenas 12 (23%) manifestaron haber reforzado el trabajo territorial con dicho grupo en particular.

Gráfico 3. Protagonismo otorgado al trabajo territorial durante la primera ola de la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

Con relación a la articulación de iniciativas comunitarias y la promoción de acciones intersectoriales se puede decir que el 29% (15 trabajadoras/es) mencionó haberla realizado con organizaciones sociales y barriales.

---

#### 4) Continuidad de las acciones propias del CAPS

Más del 80% de las/os trabajadoras/es refirió haber continuado con la entrega de medicamentos y métodos anticonceptivos, vacunación y entrega de leche. El 77% dijo haber continuado el abordaje de situaciones de violencia, el 52%, de casos de interrupción legal del embarazo y solo el 38%, a controles habituales de salud.

En general, el 48% coincidió en haber visto reducidas las actividades del CAPS con respecto a los tiempos previos a la pandemia y el 19% dijo que la mayoría de las actividades realizadas anteriores a la pandemia fueron suspendidas.

### Percepciones y representaciones de las/os trabajadoras/es

A fin de conocer las representaciones y concepciones de las/os trabajadoras/es en torno a la APS, se solicitó que escribieran algunas palabras vinculadas a ella. La Figura 1 las refleja de manera sintética y visual destacándose aquellas palabras mencionadas con mayor frecuencia en un tamaño mayor: “promoción”, “prevención” y accesibilidad.” En menor tamaño se ven con claridad las palabras “comunidad” y “territorio”. En la segunda nube se muestran las expresiones que vinculan al rol de la APS en el contexto específico de la pandemia por COVID-19. Allí se observan más cantidad de palabras, menores coincidencias y nuevos términos destacados: “contención” y “acompañamiento”, a la vez que un menor énfasis en la promoción de la salud. También, se achican las palabras “territorio” y “comunidad” y aparecen algunas vinculadas a la hostilidad del contexto en curso y a las medidas implementadas: “suspensión”, “cansancio”, “incoherencia”, “negligencia”, “abandono”, “agotamiento”, entre otras.



Figura 2. Sentimientos, obstáculos y potencialidades percibidas por trabajadoras/es de CAPS en el contexto de primera ola de la pandemia.



Fuente: Elaboración propia.

Para finalizar y, considerando los aportes, opiniones y comentarios finales recabados en la última pregunta abierta de la encuesta, se reflejan aspectos similares a la percepción de los obstáculos para el desarrollo de la tarea de los y las trabajadoras/as tales como: cansancio y desgaste, necesidad de acompañamiento, salarios dignos, condiciones laborales adecuadas con relación al espacio físico y a los elementos de protección personal, necesidad de mayor organización de la tarea y de criterios comunes respecto de la atención entre los distintos efectores de salud del primer nivel de atención. Los/las trabajadoras/as reconocen la importancia de “cuidar a los/as que cuidan”.

A su vez, también hay un reconocimiento de sentimientos de fortaleza por parte de los y las trabajadoras/as en estos tiempos, identifican la importancia de la tarea en equipo, de la empatía entre compañeros/as, muchos/as refieren sentirse comprometidos/as con la comunidad y la tarea. Comprendiendo que la población necesita de la atención sanitaria, valoran positivamente el aprendizaje relacionado al uso de la tecnología de la información y la comunicación en el trabajo.



---

## Discusión

El presente artículo intenta mostrar algunos datos relevantes expresados por las/os propias/os trabajadoras/es de la salud con relación a su trabajo en los CAPS de la ciudad de Neuquén en el contexto de la primera ola de la pandemia por COVID-19. Se cree importante tomar nota de sus percepciones y vivencias para acercar discusiones, pensamientos, problemas, interrogantes, recuperar el sentido y el significado del trabajo en salud, y así permitirnos pensar y hacer otra salud.

### Condiciones de trabajo en salud: entre la angustia, la lucha y las desigualdades de género

Angustia, miedo, incertidumbre, impotencia, tristeza y enojo fueron algunos de los sentimientos expresados por las/os trabajadores/as de la salud durante la primera ola de la pandemia. A ello se suman una serie de obstáculos en su trabajo: falta de espacio físico, de personal, de insumos; y el miedo, nuevamente.

El advenimiento de la pandemia fue por completo inesperado para la sociedad toda. Este fenómeno complejo y desconocido, plagado de incertidumbre, sumado a un diagnóstico social y económico atroz luego de la reciente etapa neoliberal transitada en el país, impactó de manera diferenciada en los distintos grupos sociales.

La enorme desigualdad social que caracteriza a la Argentina se reproduce localmente en las distintas provincias y municipios. Puntualmente, la capital neuquina tiene una desigualdad y pobreza exageradas a pesar de contar con uno de los PBI más elevados del país, fenómeno directamente vinculado con la renta petrolera y el mercado inmobiliario (Perren, 2021). En el segundo semestre del 2019 el nivel de pobreza alcanzaba el 28,6% y de indigencia el 4,4% en el aglomerado Neuquén-Plottier ascendiendo a 40,4% y 12,3% respectivamente en el mismo período del 2020.

Durante el año 2020, las/os trabajadoras/es estatales de la provincia, incluidos las/os de salud, no recibieron ningún tipo de aumento salarial, el último había sido

---

percibido en enero de 2020, compensando la inflación del último trimestre de 2019. El gobierno justificó dicha falta al argumentar que la pandemia había reducido la recaudación provincial. Tampoco recibieron el aporte correspondiente a la adquisición de la indumentaria de trabajo en salud como todos los años y a ello se suma que el aguinaldo fue percibido en cuotas. Según datos de la Dirección de Estadística y Censos de Neuquén, la variación porcentual del índice de precios al consumidor acumuló a diciembre de 2020 un incremento del 36% con respecto al mismo mes de 2019 (Dirección de Estadística y Censos de Neuquén, 2020).

Como viene sucediendo hace varios años, el trabajo en salud, en Argentina, viene presentando un claro proceso de feminización: el 57,8% del total de profesionales del Gran Buenos Aires era mujer en 2001 —según censo del INDEC— y la distribución por género en hospitales públicos del Gran Buenos Aires era de 70% de mujeres y 30% de varones, de acuerdo con un estudio coordinado por la OPS en 2013 (Spinelli *et al.*, 2012). En la presente investigación participó un 79% de mujeres. Se ve así de qué modo el trabajo en salud, íntimamente ligado al trabajo de cuidado, ha absorbido el rol feminizado y ha tenido como consecuencia su mercantilización y desvalorización. Tal como lo expresa Aguinaga *et al.* (2011), la feminización de ciertos trabajos, que ocurrió históricamente con la irrupción de las mujeres en el mercado laboral, conllevó a una desvalorización de aquellas profesiones como “trabajo de mujeres”, lo que deterioró tanto su estatus social como los respectivos salarios.

Así, resulta sumamente relevante colocar el foco en la cuestión de género para contextualizar los resultados obtenidos. Una investigación desarrollada por Trpin y Schroeder (2021) en la Región Metropolitana Confluencia (Neuquén capital, Cipolletti, Plottier, General Roca, Centenario, etcétera) sobre los efectos de la pandemia en las mujeres, arrojó que el tiempo destinado a los trabajos de cuidado y reproducción de la vida tuvo una distribución desigual por género durante las medidas de aislamiento impuestas a nivel nacional: el 75% de las encuestadas (de un total de 1621) refirió haber sufrido una sobrecarga en dichas tareas. Entre ellas se encuentran mayormente las vinculadas a la preparación de comidas, limpieza y desinfección dentro del hogar, acompañamiento en las tareas escolares, el incremento de la carga laboral rentada y los cuidados a otros miembros de la familia. Cabe aclarar que las autoras reconocen

---

una sobrerrepresentación de mujeres vinculadas a instituciones estatales dentro de la muestra. Esta situación de desigualdad no fue ajena para las trabajadoras de la salud de la ciudad de Neuquén.

Adentrándonos a las condiciones de trabajo dentro del CAPS, la falta de insumos relacionados con los elementos de protección individual y el uso correcto de los mismos como así también la falta de personal y de espacio físico fueron los inconvenientes más mencionados por los y las agentes en el trabajo con usuarios/as de los servicios de salud y en el trabajo en territorio durante la emergencia sanitaria. Además, el 61% expresó que las condiciones para la atención remota dentro del CAPS fue regular o mala.

Luego de un año sin aumento salarial, sin vacaciones y con dedicación exclusiva a la contención de la pandemia, se inició en marzo del 2021 la histórica huelga de trabajadoras/es autoconvocadas/os de la Salud pública de Neuquén en la que se sostuvieron, durante dos meses, 20 cortes de ruta en distintos puntos estratégicos de la provincia, vinculados a la actividad petrolera, reclamando por condiciones laborales adecuadas para quienes cuidan la salud del pueblo neuquino. Tal como señala Aguirre (2021), las jornadas de protesta estuvieron protagonizadas por las mujeres y esta característica cobró dimensiones políticas con la impugnación del reclamo por parte del secretario general del gremio ATE Neuquén, quien comparó la lucha con un elefante que no tiene forma. En respuesta a ello, las huelguistas “autoconvocadxs” se autodenominaron “elefantes”.

Testa (1997) destaca que la verdadera significación de la APS deberá considerarse desde una perspectiva totalizante: la contextualidad del sistema de salud, el interés, la participación e ideología de los grupos sociales en relación con el sector, la tecnología en los diversos subsectores de salud y, sobre todo, las relaciones que estos componentes en conjunto mantienen con la sociedad global y su inserción en los conflictos y luchas de la misma. Las trabajadoras de la salud neuquina han dado claras muestras de ello.

---

Asumiendo, como sugiere Testa (1997), una perspectiva totalizante, es que se puede analizar y reflexionar sobre las prácticas y percepciones de las/os trabajadoras/as del primer nivel de atención de la salud durante la pandemia.

### **Primer nivel de atención, territorio y COVID-19**

Tal como afirma la Introducción al Plan provincial de salud 2019-2023 de Neuquén:

la estrategia que ha caracterizado al sistema de salud neuquino ha estado históricamente centrada en la Atención Primaria de Salud: esta estrategia se mantiene pero de forma complementaria se pretende reforzar el rol que posee la promoción de la salud, haciendo énfasis en una mayor proximidad entre el primer nivel de atención y las necesidades específicas de las poblaciones, trabajando junto a los ciudadanos en el incremento de los factores protectores de la salud, promoviendo su conservación y mejorando el estado sanitario y el bienestar de la comunidad. Siguiendo este enfoque, las funciones del sistema de salud no se reducen solamente a una estrategia de oferta asistencial y de atención curativa de la enfermedad (2019: 14).

Una de las primeras reflexiones que surgen a partir de la lectura del fragmento del Plan y de los resultados obtenidos en las encuestas es la dificultad de lograr el objetivo de una “mayor proximidad entre el primer nivel de atención y las necesidades específicas de las poblaciones” (p. 14). Primeramente, se puede decir que en la actualidad se cuenta con mayores certezas y conocimientos sobre la COVID-19 en comparación con la primera ola de la pandemia. Por ejemplo, en ese momento se desconocían las principales vías de transmisión del virus, los grupos con mayor vulnerabilidad, los posibles tratamientos, etc. Con lo cual, se puede pensar que el miedo, la angustia y la incertidumbre, sentimientos expresados por las/os propias/os trabajadoras/es, hayan prevalecido al momento de tomar la decisión de salir del CAPS al territorio.

---

Por otro lado, tal como sostiene Spinelli (2016), se reconoce que existen dificultades a la hora de comprender lo territorial y de construir relaciones que permitan transformaciones desde lo comunitario. Los/as trabajadores/as tienden a aislarse en sus consultorios, en sus CAPS, ante la complejidad de lo social, de lo que acontece en los territorios de vida, donde sucede aquello que incomoda, que desestructura, que se desconoce, que resulta inabordable desde las propias epistemes, cimentadas por una formación académica y por políticas públicas que ignoran que el territorio es el resultado de una acumulación de situaciones históricas, ambientales y sociales que promueven condiciones particulares para la producción de enfermedades (Barcellos *et al.*, 2002). Dicha complejidad se potencia con el advenimiento de un evento completamente inesperado y desconocido como la pandemia, y eso exige en extremo acciones articuladas del campo social y sanitario. Además, a ello se suma la escasa antigüedad de buena parte de las/os trabajadoras/es en los CAPS, casi la mitad llevaba cinco años o menos desempeñando sus tareas allí, lo que posiblemente obstaculizó el vínculo con la comunidad y el trabajo territorial.

Una investigación realizada en Córdoba muestra que el trabajo de promoción y prevención en salud en el espacio territorial y la articulación con otras organizaciones locales fue escasamente utilizado como estrategia de cuidado comunitario desde las autoridades sanitarias (Bilavcik *et al.*, 2021<sup>1</sup>). Esto podría ser también otro de los motivos por los cuales los equipos de salud no lograron fortalecer el trabajo territorial en la ciudad de Neuquén durante la pandemia. Si bien es claro el énfasis que las autoridades sanitarias neuquinas colocan al trabajo territorial desde el actual Plan Provincial, es posible que no haya sido reforzado como estrategia central para el abordaje y contención de la primera ola de la pandemia, aunque haya sido reconocido con el transcurso del tiempo.

Otro aspecto importante a considerar es la falta de claridad sobre el rol como trabajador/a de la salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia. Por un lado, el 69% dijo estar informado/a sobre el Plan de contingencia del CAPS y las modificaciones pertinentes de acuerdo a la situación epidemiológica. Aunque, por otro lado, el 58% de las/os encuestadas/os refirió no tener claro su rol o haberlo visto desdibujado en el transcurso de la pandemia. Esto demuestra la complejidad del acto

---

comunicacional y la escasa atención que recibe en las instituciones de salud considerando que la comunicación construye la viabilidad para las acciones y/o el consenso con otros actores. La concepción de comunicación que suele predominar en estos ámbitos es de carácter tradicional y normativo: emisor-mensaje-receptor; mientras que, desde una perspectiva crítica, es un hecho complejo donde intervienen sujetos con intencionalidades y conocimientos derivados del análisis e interpretación de la información (Alazraqui *et al.*, 2006). Aquí podría radicar la contradicción encontrada entre el alto grado de información referido y la reducida claridad en torno al papel a desempeñar como agente del primer nivel de atención de la salud en pandemia, lo cual refleja las dificultades en la comunicación.

Las problemáticas mencionadas tienen una estrecha relación con ciertos falsos supuestos que impregnan a las organizaciones sanitarias y a los/as trabajadores/as de la salud (Spinelli, 2010): una falsa concepción de sujeto (sujeto trabajador/a y sujeto usuario/a), que es concebido como un sujeto cartesiano, con una matriz de pensamiento racional y lineal, que busca verdades universales, que quiere controlar la naturaleza, que parte de concepciones biologicistas del proceso salud-enfermedad, que trabaja con problemas simples, que puede mantener sus emociones, deseos, pasiones y conflictos reservados.

Como se pudo observar a partir del proceso de investigación, la angustia, el miedo y la bronca de las/os trabajadoras/es protagonizaron la escena durante la emergencia sanitaria, no hubo un cálculo racional y planificado, hubo emociones y conflictos. En segundo lugar, siguiendo con Spinelli (2010), se presenta una falsa concepción de trabajador/a, concebido/a como un/a trabajador/a que se relaciona con objetos (no sujetos) y cuya herramienta de trabajo son máquinas. En cambio, se trata de trabajadores/as artesanales que se relacionan con sujetos, con el conocimiento y el lenguaje como herramientas de trabajo, con lo cual, el aislamiento y distanciamiento social impuesto por la pandemia dificultó fuertemente los procesos relacionales propios de su tarea.

Por último, el autor sostiene que existe un falso supuesto de la organización concebida como una estructura piramidal con el poder concentrado en el vértice

---

(burocracia mecánica), cuando en realidad este está concentrado en la base (burocracia profesional). Se podría pensar como un sistema de comunicación informal, donde las personas se agrupan con sus pares en función de ciertas afinidades personales y/o profesionales de manera independiente de las jerarquías formales y de esa manera desarrollan buena parte de sus procesos de trabajo. Con lo cual, si el plan de contingencia de COVID-19 se gestó en el vértice y no logró alcanzar, involucrar y persuadir a la base amplia de la pirámide, probablemente haya sido ineficaz. Por el contrario, cuando la base de la pirámide tomó la iniciativa de reclamar por sus condiciones laborales, puso en jaque a la provincia entera. Si se desconocen las prácticas y percepciones de los sujetos, los/as trabajadores/as y las organizaciones sociosanitarias, difícilmente se pueda pensar y hacer otra salud.

Finalmente, resulta importante reconocer algunas limitaciones del estudio realizado. En primer término, el carácter virtual y autoadministrado de las encuestas puede haber dado lugar a errores de declaración e interpretación de las preguntas, así como también haber dificultado la participación de quienes no contaban con los conocimientos y recursos tecnológicos suficientes para responderla. También, la modalidad de contacto y distribución indirecto de las encuestas a través de jefes/as de CAPS y referentes de subzonas puede haber obstaculizado la participación.

### **A modo de reflexión**

Esta investigación aporta conocimientos científicos originales en torno al abordaje de la primera ola de la pandemia por COVID-19 desde el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad de Neuquén. Los datos recopilados a través de las encuestas dan cuenta que las acciones en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención continuaron perpetuando el sesgo individualista, curativo y medicalizante que hegemoniza el campo de la salud. También, las encuestas evidencian contrariedades en los procesos comunicativos institucionales, escaso protagonismo del territorio y la comunidad en el primer nivel de atención y, además, condiciones de trabajo precarias relacionadas a los salarios atrasados, la virtualización de las tareas y

---

la bioseguridad. Por último, se destacan sentimientos de angustia y miedo, entre otros, que paralizaron y dificultaron el trabajo cotidiano.

Si bien la APS con el primer nivel de atención de la salud y el trabajo territorial han sido las banderas del sistema de salud neuquino delineadas por el primer Plan de Salud (1970) y retomadas enfáticamente por el último (2019-2023), esta investigación muestra que lo discursivo ha primado por sobre la praxis concreta en el transcurrir de la primera ola de la pandemia.

Resulta imprescindible comenzar a pensar en el territorio como el espacio en donde se expresa, se disputa y se construye la salud de las comunidades. Y es ahí donde las/os trabajadoras/es "arrojados al mundo, tienen que pensar lo impensado, atravesados por el juego de la micropolítica, en la que se mezcla lo individual y lo colectivo, lo consciente y lo inconsciente, el deseo y la razón, todos elementos innegables de lo humano" (Spinelli, 2016: 165).

Retomando la propuesta de Campos (2021), los desafíos a enfrentar para pensar y hacer otra salud se sintetizan en tres planos: un plano político, el de la construcción de sistemas públicos de salud eficaces y con modelos de gestión democráticos. Un plano teórico o epistemológico, que supere la visión hegemónica de la salud y la enfermedad como responsabilidad individual y que busque ampliar la mirada hacia los procesos de determinación de la salud que se expresan en los territorios; y hay también un desafío en el plano organizacional o de gestión que requiere de acuerdos que faciliten y estimulen la realización de una nueva clínica y un nuevo trabajo sanitario.

Las trabajadoras de la salud neuquina contuvieron durante 2020 una emergencia sanitaria inaudita con un sistema de salud en proceso de incipiente recuperación, con condiciones salariales injustas, con angustia, con dolor e incertidumbre, con sobrecarga de tareas de cuidado en sus hogares y, como si eso no fuera suficiente, lideraron y sostuvieron una lucha histórica para el sector salud al hacer frente al gobierno, al gremio estatal y al proyecto extractivista que mayores inequidades genera en esta provincia.



---

## Bibliografía

- Aguinaga, Margarita; Lang, Miriam; Mokrani, Dunia y Santillana, Alejandra. (2011). Pensar desde el feminismo: críticas y alternativas al desarrollo. En: Lang Miriam y Mokrani Dunia (comp.), *Más allá del desarrollo* (pp. 55-82). Quito: Fundación Rosa Luxemburgo.
- Aguirre, Sabrina. (2021). "Si gana salud, gana el pueblo". Clase, etnia y género en el conflicto de salud de la provincia de Neuquén, Argentina (2021). *Polis Revista Latinoamericana [online]*, 20 (60), pp. 90-109. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.32735/s0718-6568/2021-n60-1660>
- Alazraqui, Marcio; Mota, Eduardo; Spinelli, Hugo. (2006). "Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local". *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro [online]*, 22 (12), pp. 2693-2702. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200018>
- Ase, Iván y Burijovich, Jacinta. (2009). "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?" *Salud Colectiva [online]*, 1, pp. 27-47. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es&nrm=iso)
- Barbosa, Simone de Pinho y Silva, Ana Valesca. (2020). "A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da Covid19". *APS em Revista [online]*, 2 (1), pp. 17-19. Recuperado de: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.62>
- Barcellos, Christovam de Castro; Sabroza, Paulo Chagastelles; Peiter, Paulo y Rojas, Luisa Iñiguez. (2002). "Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde". *Informe Epidemiológico do SUS [online]*, 11 (3), pp.129-138. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732002000300003>

- 
- Beliera, Anabel. (2018). “Demandas sectoriales y disputa de la política pública. Participación sindical de los trabajadores de la salud neuquina frente a la reforma del Estado en la década del 90”. *Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales [online]*, 21 (1), pp. 72-86. Recuperado en:  
<http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/Sociales/article/view/1830/html>
- Bilavcik, Claudia; Bosio, María Teresa; Crosetto, Rossana. (2021). “La atención primaria de la salud en pandemia: ¿qué pasó en los territorios cordobeses?” *Redacción La Tinta*. 13 de septiembre de 2021. Recuperado en:  
<https://latinta.com.ar/2021/09/atencion-primaria-salud-pandemia/>
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2021). *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*. Remedios de Escalada: De la UNLa- Universidad Nacional de Lanús.
- Casullo, Fernando. (2014). “Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquino”. Recuperado en:  
<https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2014/07/Casullo.pdf>
- Di Liscia, María Silvia. (2009). Reseña “Silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén; de Demetrio Taranda, Joaquín Perren, Enrique Mases, Lisandro Galucci y Fernando Casullo. (2008). Neuquén: Editorial de la Universidad Nacional del Comahue –Educo, 2008”. *Estudios sociales*, revista Universitaria Semestral 37. Recuperado de:  
<https://doi.org/10.14409/es.v37i1.2648>
- Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de Neuquén. (2020). Índice de Precios al Consumidor. Comunicado de prensa. Recuperado de:  
[https://www.estadisticaneuquen.gob.ar/#/ipc\\_informacion\\_detallada](https://www.estadisticaneuquen.gob.ar/#/ipc_informacion_detallada)
- Giovanella, Ligia; Vega, Román; Tejerina-Silva, Herland; Acosta-Ramirez, Naydú; Parada-Lezcano, Mario; Ríos, Gilberto; *et al.* (2021). “¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en

---

Latinoamérica?” *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. Recuperado de:  
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>

Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC-. (2020). “Encuesta Permanente de Hogares. Cuadros estadísticos”. Recuperado de:  
<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152>

Manoukian, Daniel Esteban y Venturini, Nassim Iusef. (2021). *Sistemas de salud: el modelo argentino y el caso neuquino*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación CICCUS; Neuquén: EdUCo, Editorial de la Universidad Nacional del Comahue.

Medina, María Guadalupe; Giovanella, Ligia; Bousquat, Aylene; Magalhães de Mendonça, María Helena; Aquino, Rosana; Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. (2020). “Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?” *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (8). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

Ministerio de Salud de Neuquén. (2019). “Plan Provincial de Salud 2019-2023: la promoción de la salud eje de todas las acciones”. Recuperado de:  
<https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2019/06/Plan-Salud-Nqn-2019-2023.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). “COVID-19: cronología de la actuación de la OMS”. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Perren, Joaquín. (5 de mayo de 2021). “Si Neuquén fuese un país, sería uno de los más desiguales: el vínculo con el petróleo”. *Diario Río Negro*. Recuperado de <https://www.rionegro.com.ar/si-neuquen-fuese-un-pais-seria-uno-de-los-mas-desiguales-el-vinculo-con-el-petroleo-1794085/>

---

Spinelli, Hugo. (2010). “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. *Salud Colectiva [online]*, 6 (3), pp. 275-293. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>

Spinelli, Hugo; Trotta, Andrés; Guevel, Carlos; Santoro, Adrián; García, Sebastián; Negrin, Gisela; Morales, Yaima. (2012). *Los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina 2010-2012*. Buenos Aires: OPS/OMS.

Spinelli, Hugo. (2016). “Volver a pensar en salud: programas y territorios”. *Salud Colectiva [online]*, 12 (2), pp. 149-171. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>

Testa, Mario. (1997). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Trpin, Verónica y Schroeder, Romina. (2021). Mujeres en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el norte de la Patagonia. Informe preliminar. Neuquén capital: IPEHCS. Recuperado de: [https://ipehcs.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/77/2021/08/Informe\\_EMP\\_version-final.pdf](https://ipehcs.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/77/2021/08/Informe_EMP_version-final.pdf)

Universidad Católica Argentina. (2019). Observatorio de la Deuda Social Argentina. “Avance del informe deudas sociales y desigualdades estructurales en la Argentina 2010-2019”. Recuperado de: <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones/2019/2019-Observatorio-Informe-Avance-5D.pdf>