

Artículos seleccionados

La intervención profesional en Atención Primaria de la salud en contexto de Covid 19

Experiencia en un municipio del conurbano bonaerense

Guadalupe Fernández*

Fecha de recepción:	26 de octubre de 2020
Fecha de aceptación:	11 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Guadalupe Fernández
Correo electrónico:	guadalupefernandez82@hotmail.com

*. Lic. En Trabajo Social. UBA. Centro de Atención Familiar y de Salud Canal. Secretaría de Salud Municipio de Tigre.

Resumen:

En el presente trabajo busque compartir algunas reflexiones que surgen a partir de las consecuencias que trae la emergencia del COVID-19 en el funcionamiento de un centro de salud en el primer nivel de atención de la provincia de Buenos Aires, así como también en las características que toma en dicho contexto el rol profesional.

Dichas reflexiones y preguntas fueron apareciendo en un principio y durante el avance de la pandemia tanto desde el equipo de salud como desde el trabajo social.

Reflexiono también en torno a las características que tomo la demanda de intervención al trabajo social. Encontrándose esta misma fuertemente tomada por al acompañamiento a la población en el sorteo de obstáculos al acceso a distintas prestaciones.

Describo también la experiencia de implementación del operativo Detectar por parte del equipo de salud y como operaron como elementos favorables el vínculo previo con la población como así también el trabajo en equipo sostenido los años previos.

Finalmente reflexiono sobre la oportunidad que significa el contexto en torno a la ampliación de la mirada e incorporación de conceptos nuevos del área de epidemiología y salud pública. Áreas poco exploradas desde el trabajo social en el primer nivel de atención.

No quisiera dejar de mencionar que si bien la elaboración del artículo fue encarnada por mi persona, refleja y sintetiza los debates y reflexiones cotidianos que nos fueron atravesando tanto a colegas como al resto de mis compañeros del equipo de salud en el transcurso de los últimos meses.

Palabras clave: Accesibilidad - Interdisciplina - Atención primaria de la salud.

Summary

In this paper, I seek to share some reflections that arise from the consequences that the emergency of COVID-19 brings in the operation of a health center in the first level of care in the province of Buenos Aires, as well as on the characteristics that takes on the professional role in this context.

So I share some reflections and questions that appeared at the beginning and during the advance of the pandemic both from the health team and from social work.

I also reflect on the characteristics of the demand for intervention in social work. Finding this same strongly taken by the accompaniment of the population in the draw of obstacles to access to different benefits.

On the other hand, I describe the experience of implementing the Detect operation by the health team and how the previous link with the territory and the population operated as favorable elements, as well as the teamwork sustained in the previous years.

Finally I reflect on the opportunity that the context means around the broadening of the outlook and incorporation of new concepts from the area of epidemiology and public health. Areas of knowledge little explored from social work in the first level of care.

I would not want to stop mentioning that although the elaboration of the article was embodied by myself, it reflects and synthesizes the daily data and reflections that have passed through both colleagues and the rest of my colleagues on the health team in the course of the last few months.

Key words: Accessibility; interdiscipline; primary health care.

Introducción

La intervención del equipo de salud y específicamente del Trabajador Social en atención primaria de la salud se caracteriza por la inserción en una institución de salud ubicada en una zona pre-determinada a la cual se denomina área programática¹, interviniendo con una población comúnmente estable. Las actividades que se desarrollan desde este tipo de instituciones se suelen

dividir entre actividades de asistencia y actividades de promoción de la salud. Interviniendo generalmente desde equipos conformados de manera interdisciplinaria.

Las actividades tanto de promoción como asistenciales se desarrollan mayormente dentro de la institución y en parte fuera de la misma en la modalidad denominada "extra muros", las cuales se desarrollan en la vía pública

1. Área Programática es un concepto operativo en la gestión de la Salud Pública. Cada efector de salud, sea Hospital o Centro de Salud, tiene a su cargo un área geodemográfica de responsabilidad. La conducción del efector de salud tiene a su cargo el cumplimiento en su área local de las políticas de salud provinciales. (extraído de http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Guia_estudio_area_Programatica.html)

o en algunas ocasiones en instituciones u organizaciones que se encuentran dentro del área.

La institución, comúnmente denominada “salita”, en general se encuentre dentro de las cercanías donde la población destinataria reside y suele funcionar en la cotidianidad como una de las instituciones de referencia para la misma.

Se suele denominar al primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud.

Así Mario Testa señala que “(...) la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena”. (Testa, 1996, pág. 1)

Por otro lado Luna y Kroeger señalan que “La atención primaria de la salud (...) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (Luna y Kroeger, 1987, pág. 6)

En centro de salud en el cual llevo adelante el trabajo cotidiano y desde el cual elabore dicho trabajo, está ubicado en una localidad del segundo cordón del conurbano bonaerense.

La institución se encuentra ubicada a 150 mts., aproximadamente, de la entrada de un barrio popular² en que habitan actualmente 3000 personas. Abocándose la atención cotidiana principalmente a esta población.

Desde trabajo social específicamente trabajamos en los siguientes espacios: consultorio de demanda espontánea de trabajo social, proyecto de educación sexual integral en escuelas primarias y secundarias del área programática, grupo de mujeres, consultorio interdisciplinario de interrupción legal de embarazo, espacio de abordaje interdisciplinario de situaciones de niños con derechos vulnerados y acompañamiento a estudiantes de trabajo social de la UBA que realizan prácticas pre-profesionales.

Emergencia del COVID- 19 e inicio del período de ASPO. Nos invaden las preguntas

Ante el establecimiento del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) por el gobierno nacional a partir del surgimiento de los primeros casos de COVID 19, el funcionamiento del centro de salud se modificó, estableciéndose distintos turnos entre el equipo y acotando la atención solo a algunas problemáticas de salud consideradas “esenciales”.

Se sostuvieron las atenciones de los controles de niños menores de un año, las interrupciones legales de embarazo, la vacunación de toda la población, la entrega de métodos anticonceptivos, la demanda de medicación para patologías crónicas como la hipertensión, la diabetes, entre otras, y luego de unos meses se restablece el consultorio de demanda espontánea de trabajo social.

Suspendiéndose las actividades de promoción de la salud.

Ante la emergencia abrupta de este contexto como equipo de salud nos empezaron a invadir varios interrogantes.

¿Qué pasa cuando una situación particular como una pandemia dificulta el acceso como profesionales al contacto con las familias y por ende a la continuidad de las intervenciones que ya veníamos llevando a cabo?

Si decimos que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud, ¿Qué pasa cuando solo algunas de las prestaciones se sostienen?

¿Cómo llevamos adelante los acompañamientos de distintas situaciones cuando el contacto telefónico no es una posibilidad real con una parte importante de la población con la que trabajamos? Cuando observamos cada vez es mayor la población que no tienen acceso a un teléfono.

¿Es posible el abordaje profesional desde el trabajo social y del equipo de salud sin el acceso al territorio?

2. El Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat define al barrio popular como a los barrios vulnerables en los que viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos, o más, de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal).

Desde el trabajo social nos preguntábamos ¿Cuál es el aporte desde la mirada social a las situaciones que llegan a las instituciones? ¿Terminaremos haciendo tareas que no se vinculan con nuestro rol profesional?

¿Qué pasa con las personas con padecimientos de salud mental y problemáticas de consumo o con problemas de adherencia a tratamientos médicos? ¿Cómo abordamos estas problemáticas si no es posible el encuentro con el otro? ¿Con el otro paciente y con el otro que es parte del equipo?

El concepto de Modelo Médico Hegemónico es definido por Eduardo Menéndez como *"el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado"*. (E. Menéndez, pág. 451.1988)

Este autor señala que dicho modelo cuenta con distintos rasgos estructurales, siendo uno de ellos el biologismo *"el cual constituye el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. (...) el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad."* (E. Menéndez, pág. 452.1988)

De esta manera, lo mencionado por Eduardo Menéndez se observa en la cotidianidad de las instituciones de salud, no solo en la concepción hegemónica de las problemáticas de salud sino en su abordaje. Quedando en un segundo plano la reflexión en torno a los determinantes sociales que inciden en dichas problemáticas.

Dicha concepción biologicista de la salud queda aún más visibilizado al emerger una problemática de salud como el COVID 19. Se postergan e invisibilizan otras problemáticas sociales que desde una perspectiva integral de la salud forma parte del proceso-salud-enfermedad-atención (en adelante PSEA) de la población.

¿Es nuestro rol desde el trabajo social señalar que dichas problemáticas son parte del PSEA? ¿Lo es plantear al resto del equipo de salud la importancia de continuar en el abordaje de las mismas?

Todas preguntas que nos hacíamos cuando todo esto empezó.

Accesibilidad y rol de trabajo social en Atención primaria de la salud

Ya es el mes de agosto la curva de contagios crece y la incertidumbre cesa, ya pudimos ir develando de a poco cual es nuestro rol desde el trabajo social en este contexto. Nos encontramos acompañando a la población en las dificultades de acceso a distintas prestaciones, en el contacto con la población en el territorio y en la articulación inter-institucional.

Nuestro rol profesional en las instituciones tiene una fuerte centralidad en el acompañamiento de las personas en la accesibilidad a distintas prestaciones. En un escenario caracterizado porque muchas de las instituciones se encuentran cerradas o con horarios reducidos, a lo cual se suma la limitación en la circulación de la población, se refuerza aún más nuestro rol vinculado a dicha tarea.

Existen diferentes barreras en la accesibilidad a la salud que fueron caracterizadas por algunos autores las barreras geográficas, económicas, administrativas y simbólicas.

Hace algunos años desde las instituciones venimos siendo testigos de la emergencia de otro tipo de barreras de acceso, las vinculadas a la accesibilidad digital.

En este sentido Clemente define a la accesibilidad como *"un proceso de interacción que por su naturaleza, la relación entre las personas y los servicios es asimétrica. La determinación principal está en quien ofrece "soluciones", no en quien demanda. Cuanto mayor es la urgencia, mayor es la asimetría y menor influencia del usurario en las reglas (normas y procedimientos) de acceso. Se ponen en juego requisitos y criterios que se corresponden parcial o totalmente con el destinatario, en suma, el beneficiario. Se trata de un sujeto ideal, en el sentido que se piensa a la persona, la familia o la organización con un determinado perfil, cuyas generalidades son a su vez representativas de un universo mayor."* (Clemente, 2018, Pág. 37)

Así observamos que en el contexto actual la vía de acceso a muchas prestaciones institucionales queda reducida a la vía virtual, lo cual en no pocas ocasiones significa un obstáculo real para la población que muchas veces no cuenta con los medios materiales (dispositivos tecnoló-

gicos), con la conectividad requerida o los conocimientos necesarios para el uso de los mismos.

Como fue señalado por Clemente, los requisitos que ponen las instituciones para el acceso lo hacen pensando en una población “ideal”, en este caso, que cuente con medios materiales (dispositivos tecnológicos), con la conectividad requerida o los conocimientos para el uso de estos.

La pandemia visualiza la mayor vulnerabilidad de los pobres en términos de salud, vulnerabilidad determinada principalmente por la desigualdad económica, como es señalado también por Kreplak.

Así como la desigualdad económica se materializa en una alimentación inadecuada, en la precariedad e inestabilidad habitacional o en la precariedad laboral, entre otras cuestiones, hoy la visualizamos también en el no acceso a la conectividad. Profundizando esto la situación de desigualdad preexistente.

Como venimos señalando las demandas de atención de la población hacia nuestra profesión se relacionan con el acompañamiento en el sorteo de estos obstáculos mencionados, los cuales como mencionamos evidencian la desigualdad social.

Por otro lado, emergen y se visualizan también las situaciones más agudas y complejas vinculadas a niños con derechos vulnerados, o a mujeres que atraviesan violencia de género o pacientes con padecimientos de salud mental.

Así es que observamos que al pasar los meses se hace inevitable por un lado, el acceso del equipo de salud al territorio, como así también, el acercamiento de la población al centro de salud.

Esto que nos preguntábamos en un principio es comprobado. No es posible sostener la intervención y el acompañamiento desde una institución con inserción territorial sin el contacto con la población. Con el correr de los meses se hace inevitable el encuentro entre ambos actores.

Al funcionar la atención primaria de la salud como “la puerta de entrada” al sistema de salud y conformarse “la salita” como una institución de referencia en lo cotidiano para la población, a mediano plazo esta termina acudiendo en busca de una respuesta frente a distintas necesidades y dificultades que se le van presentando.

En términos de Alfredo Carballeda acude en demanda de asistencia y acompañamiento un “sujeto inesperado”. Refiriendo el autor, con dicha definición al evento por el cual irrumpe en las instituciones un sujeto atravesado por múltiples derechos vulnerados, el cual se aleja al sujeto de intervención que espera la institución.

“Entre el sujeto que cada institución sigue esperando y el que realmente llega se produce una distancia que varía según diferentes circunstancias, que en determinadas situaciones puede ser transitable y, en otras, produce un hiato, un vacío que lo torna irreconocible y ajeno.” (Carballeda, 2017, pág. 50)

Dicho proceso describe el autor, trae aparejado una sensación de incertidumbre e incapacidad en la respuesta que repercute en una sensación de desconcierto e indignación.

Así el mismo señala que “(las instituciones) Se muestran azoradas, con menor capacidad de respuesta, atravesando una intensa crisis de legitimidad y representación al no poder cumplir con sus mandatos fundacionales. La incertidumbre también atraviesa a las instituciones. (...) *Al terminar de desdibujarse el proyecto de nación, la fraternidad como elemento esencial en la constitución de este se evapora y se extravía el sentido, el “para qué” de las prácticas y los dispositivos.*” (Carballeda, 2017, pág. 49)

Dichos procesos ya analizados por el autor un período anterior a la pandemia, se profundizan en el actual contexto.

Así es que la fragmentación institucional, la incertidumbre e incapacidad frente a la tarea se profundizan en el actual contexto, al irrumpir este sujeto inesperado, al cual no podemos o sabemos cómo acompañar y dar respuesta.

La incertidumbre deja su lugar al cansancio

Notamos como al pasar los meses las dudas y la incertidumbre seden su centralidad a la sensación de cansancio.

Así después de varios meses de amenaza del crecimiento de la curva de contagios, finalmente la misma se acelera en el momento de mayor agotamiento del equipo.

Desde el trabajo social, a raíz de los cambios en el funcionamiento de las instituciones con las que articula-

mos, los pasos y tareas que se deben desplegar para el abordaje de las situaciones pasan a ser mayores que en el contexto de normalidad.

Como fue mencionado al estar muchas instituciones cerradas a la atención de la población, el contacto con las mismas es más complejo. Funcionando algunas de estas con guardia o incluso cambiando constantemente y en distintos momentos las normas de funcionamiento.

Esta dinámica hace que sea necesario estar desplegando de manera constante tareas de articulación con distintos actores e instituciones. Dicho despliegue y reacomodamiento continuo, hace que la tarea se vuelva más agobiante. A esto se suma el malestar subjetivo que experimentamos muchas veces, ante algunas situaciones en que da la sensación de no estar pudiendo "resolver" o "avanzar" en la resolución de las mismas.

Otro factor que aporta al agotamiento cotidiano es la suspensión de los dispositivos de corte más preventivo, como son los proyectos de educación sexual integral implementados en escuelas del área o los espacios grupales. Funcionando muchas veces dichos espacios como "oxigenantes" frente a la tarea asistencial.

Vuelta al barrio de la mano del operativo Detectar

A partir del aumento de casos de COVID positivo en el AMBA, en el mes de mayo una de las estrategias de abordaje que se desplegó desde el Ministerio de Salud de la Nación fue la implementación del Operativo Detectar (dispositivo estratégico de testeo para coronavirus en territorio argentino). El mismo consistió en la búsqueda activa en barrios populares del AMBA de casos positivos de COVID 19.

La implementación del mismo se hizo a partir del recorrido casa por casa a fin de indagar en la población la existencia de síntomas compatibles con COVID 19.

En palabras de la Secretaría de Acceso a la Salud Carla Vizzotti "Este operativo consiste en la búsqueda intensificada de personas que tengan síntomas y puedan cumplir con la definición de caso y en la realización de testeos de diagnóstico para confirmarlo o descartarlo, poder prestarle cuidados y minimizar la transmisión del

virus", agregó la funcionaria. (...) Las personas con resultado positivo serán derivadas para su cuidado y atención y se evaluarán los contactos estrechos para favorecer la detección precoz de más casos."³

En el despliegue e implementación de este plan los equipos de salud del primer nivel de atención fuimos centrales para la llegada al territorio y a las familias.

Así una de las vueltas al territorio como equipo de salud se dio de la mano de la implementación de este operativo en el barrio.

La implementación del mismo dejó en evidencia algunas cuestiones pre-existentes en el equipo y en la institución. Observamos como tomo centralidad el vínculo previo con el territorio y sus referentes para el acercamiento casa por casa, así como también para el acompañamiento en los casos en que las familias debían llevar adelante aislamiento domiciliario.

En el recorrido fue central la participación de los vecinos y referentes barriales. Sin un vínculo previo desde el equipo con dichos actores, nos hubiera sido más dificultoso el despliegue de esta estrategia. En este sentido, se evidencian las características del vínculo previo del equipo con el territorio, ya sea desde la articulación con los referentes así como en la recepción positiva que existió por parte de la población en la implementación del operativo.

En este sentido es pertinente el planteo de Kleplak en relación a la fuerza colectiva del vínculo entre el equipo de salud y la población. El mismo señala que "*En las semanas que llevamos viviendo en aislamiento aprendimos que la forma más efectiva para acotar la expansión de una epidemia puede estar mucho antes de acceder a una consulta médica. Vimos que el equipo de salud es esencial pero que la mayor fuerza sanitaria es la acción colectiva de cuidado concretada por la comunidad organizada con la conducción de un Estado responsable. Descubrimos un círculo virtuoso en el que el pueblo y el equipo de salud se cuidan mutuamente.*" (Kreplak, 2020, pág. 12).

De esta manera el éxito en el despliegue del operativo Detectar en el territorio se vio fuertemente condicionado al trabajo articulado y de cuidado entre ambos actores.

Así mismo otra de las cuestiones que visualizamos, con

3. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-suman-nuevas-acciones-para-la-deteccion-de-casos-de-covid-19>

el despliegue de este operativo, fueron algunas de las características del equipo de salud. Como mencionamos, en el período anterior a la emergencia de la pandemia, desde la institución sosteníamos distintos dispositivos de abordaje interdisciplinarios.

Stolkiner señala que *“la primera condición del trabajo interdisciplinario es que sea una actividad sostenida y que se desarrolle en una lógica cooperativa.(...)Pensar lo metodológico en interdisciplina parte de reconocer que las disciplinas no son únicas, sino que tiene atravesamientos ideológicos que las fragmentan así la configuración del equipo implica una reflexión sobre los postulados transversales compartidos y los principios comunes de la tarea. (...) el trabajo fundante de un equipo interdisciplinario es ir estableciendo un marco referencial y ético común y coincidir en los objetivos de la tarea”*. (Stolkiner, A. 2012, pág. 4).

La existencia previa en la institución de espacios de intervención interdisciplinarios, que se venían sosteniendo desde hace varios años, facilitó el trabajo en general y la implementación de dicho operativo en particular.

El trabajo en equipo sostenido en el tiempo fortalece el vínculo entre los participantes, al obligar a los mismos constantemente a acordar y discutir criterios y a pensar colectivamente las estrategias para la intervención cotidiana.

En este sentido, podríamos pensar que el trabajo cotidiano se caracterizó por *“un acompañamiento mutuo en la intervención”*. En el operativo Detectar, como mencionamos, se recorrió casa por casa por duplas integradas tanto por profesionales como por miembros del equipo no-profesionales y por algún vecino o referente barrial. Ante la emergencia de una intervención diferencial en un contexto de incertidumbre, el *“acompañamiento mutuo”* es una manera central de sobrellevar la tarea.

Así aprendimos que el cuidado es mutuo, es colectivo y es entre todos.

Palabras finales

En el presente trabajo busque describir la incertidumbre experimentada frente al rol profesional al principio de la emergencia de la pandemia y el establecimiento del período de ASPO así como también las consecuencias que trajo este nuevo escenario en el funcionamiento institucional de un centro de salud de un municipio del segundo cordón del conurbano bonaerense.

Las dificultades en el acceso de la población a las prestaciones sociales que se dan desde otras instituciones ubico al rol profesional en el acompañamiento de dicha población en el sorteo de estos obstáculos señalados. Convirtiéndose la virtualidad en un obstáculo central para el acceso de la población a distintos derechos. Proceso que evidencio la desigualdad económica existente.

Así mismo las situaciones de mayor vulnerabilidad social se continuaron acompañando tanto por demanda de la población como por decisión del equipo.

El escenario emergente nos impone como desafío tanto al trabajo social como al resto del equipo de salud la necesidad de comenzar a formarnos e incorporar conocimientos sobre otros aspectos del área de salud como la epidemiología y la salud pública, herramientas necesarias para la lectura de la realidad emergente hasta ahora poco incursionado desde el primer nivel de atención. En este sentido, así como la emergencia de un escenario diferente trae incertidumbre y preguntas, también trae la oportunidad de tomar contacto con nuevas herramientas para entender el mismo.

Se pudo dilucidar la gran centralidad que adquirió el vínculo entre equipo de salud en el primer nivel de atención y la población, así como también, el trabajo interdisciplinario sostenido en el tiempo.

Las acciones en pos de la construcción y sostenimiento del trabajo en equipo pasan a ocupar un lugar de fuerte valoración. Así al decir de Stolkiner *“el trabajo interdisciplinario es una experiencia que transforma a quienes la atraviesan”*. (Stolkiner, A. 2012, pág. 6).

Este contexto particular puede significar una gran oportunidad para continuar reforzando un vínculo más estrecho entre las instituciones y la población así como también con nuevos actores emergentes en el territorio. Esto último será sumamente central para el abordaje del escenario posterior al ASPO y de post-pandemia, que requerirá de una fuerte articulación inter-sectorial.

Tomando los aportes de Kreplak, la acción colectiva de cuidado entre la salita y los vecinos será el norte a construir en los meses que quedan así como en el escenario post pandemia que se avizora cada vez más lejano.

Ocupando un lugar primordial en dicho proceso la participación y el aporte de nuestra disciplina.

Bibliografía

Carballeda A. (2017) *La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones* en Revista Voces en el Fenix N° 62. Buenos Aires. [En línea disponible en : <https://www.vocesenelfenix.com/content/la-irrupci%C3%B3n-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones>] Fecha de consulta: 23 de octubre del 2020.

Clemente, A. (2018). *La accesibilidad como problema de las políticas sociales. Un universo de encuentros y desvinculaciones*. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Kreplak N. (2020) *La pandemia y la injusticia*, en Revista Soberanía Sanitaria. Edición Especial. Buenos Aires. [en línea disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/edicionespecialpandemia.pdf>] consulta: 23 de octubre del 2020.

Luna, R. y Kroeger, A. (1987). *Atención primaria de la salud*. Principios y método. OPS.

Menéndez, E (1988) *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2012) *Dialogo sobre disciplina*. Periódico En Dialogo. Extensión, Universidad de la República de Uruguay. [Disponible en línea: www.extension.edu.uy/endialogo.] fecha de consulta: 28 de agosto del 2020.

Testa, M. (1996) *¿Atención primaria o primitiva? de la salud en Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Fuentes documentales

Sitio web Ministerio de salud de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Detectar. Dispositivo estratégico de testeo para Coronavirus en Territorio Argentino, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar>

Definición de Barrios Populares. Disponible en: sitio web del Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/barrios-populares>

Definición de Área Programática. Disponible en: http://www.altalegremia.com.ar/contenidos/Guia_estudio_area_Programatica.html