



Red de pediatría en la subregión sudeste bonaerense: integración de servicios para la mejora en el acceso a los cuidados

Historia de la Red de atención desde su conformación hasta la implementación de políticas públicas durante la pandemia de COVID-19

Compiladores
Mora Castro - Elizabeth Barbis - Marcelo Pereyra



OBRAS
COLECTIVAS
SOBRE RESULTADOS /
AVANCES DE
INVESTIGACIÓN

Red de pediatría en la subregión sudeste bonaerense: integración de servicios para la mejora en el acceso a los cuidados

Historia de la red de atención desde su conformación hasta la implementación de políticas públicas durante la pandemia de covid-19

Red de pediatría en la subregión sudeste bonaerense: integración de servicios para la mejora en el acceso a los cuidados

Historia de la red de atención desde su conformación hasta la implementación de políticas públicas durante la pandemia de covid-19

Compiladores

Mora Castro

Elizabeth Barbis

Marcelo Pereyra

Autores

Brenda Chaile

Cecilia Mariela Santolin

Claudia Analía Setien

Diana L. Álvarez

Elizabeth Barbis

Federico Ugarte del Campo

Julieta Molina

Lía Matkovic

Marcelo Pereyra

María Isabel Scaramutti

Mora Castro

Odilia Estela Valiente

Pablo Sanhueza



Red de pediatría en la subregión sudeste bonaerense : integración de servicios para la mejora en el acceso a los cuidados : historia de la red de atención desde su conformación hasta la implementación de políticas públicas durante la pandemia de COVID-19 / Mora Castro ... [et al.] ; Compilación de Mora Castro ; Elizabeth Barbis ; Marcelo Pereyra. - 1a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2024.

Libro digital, PDF - (Obras colectivas sobre resultados / avances de investigación / Narodowski, Patricio; 7)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-90815-8-9

1. Pediatría. 2. Redes Sociales. 3. Estadísticas. I. Castro, Mora II. Castro, Mora, comp. III. Barbis, Elizabeth , comp. IV. Pereyra, Marcelo, comp.

CDD 618.92

Secretaría de
Investigación y
Vinculación Tecnológica

Dirección de
Gestión de la
Investigación

 Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Rector: Dr. Arnaldo Medina

Vicerrector: Ing. Miguel Binstock

Secretaría de Investigación y Vinculación Tecnológica: Dr. Patricio Narodowski

Dirección de Gestión de la Investigación: Mg. Dolores Chiappe

1ª edición, diciembre de 2024

© 2024, UNAJ

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4275-6100

editorial@unaj.edu.ar

www.editorial.unaj.edu.ar

Este libro fue seleccionado, con referato externo, en la Convocatoria de Obras Colectivas 2023, realizada por la UNAJ.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Abreviaciones	14
Presentación	
Mora Castro	13
Parte 1. Introducción: Red de Pediatría del Sudeste	
Capítulo 1.1. De la teoría al territorio: colaboración para la atención en red	
Marcelo Pereyra.....	45
Capítulo 1.2. Entre derivaciones y articulaciones: trabajo social, salud y redes	
Diana Álvarez y Pablo Sanhueza	63
Parte 2. Experiencias desde los territorios	
Capítulo 2.1. Municipio de Florencio Varela	
Cecilia M. Santolin	75
Capítulo 2.2. Municipio de Quilmes	
Claudia Setién	91
Capítulo 2.3. Municipio de Berazategui	
María Isabel Scaramutti y Odilia Estela Valiente	115
Capítulo 2.4. Municipio de Almirante Brown	
Mora Castro	143
Capítulo 2.5. Conclusión	
María Isabel Scaramutti, Odilia Estela Valiente, Cecilia M. Santolin y Mora Castro	155
Parte 3. Características de la Red de Derivaciones Pediátricas	

Capítulo 3.1. Metodologías para el análisis de derivaciones entre efectores: ARS, cartografías y estadísticas básicas

Mora Castro 159

Parte 4. Irrupción de la pandemia de COVID-19 en la región

Capítulo 4.1. Políticas Públicas aplicadas al territorio – Prov. de Buenos Aires. Sub Región Sudeste Sur

Elizabeth Barbis..... 197

Capítulo 4.2. La Experiencia de trabajadores/as de la salud que asistieron a la población pediátrica

Mora Castro y Federico Ugarte del Campo269

Capítulo 4.3. La experiencia de familias que tuvieron alguna infancia con COVID-19 en los tres primeros años de pandemia

Brenda Chaile, Lía Matkovic, Julieta Molina, Claudia Setién y Mora Castro291

Parte 5. Palabras Finales

Mora Castro, Elizabeth Barbis, Marcelo Pereyra, María Isabel Scaramutti, Odilia Estela Valiente, Claudia Setién, Cecilia M. Santolin, Federico Ugarte del Campo 311

Bibliografía.....331

Tabla de figuras 363

Autores371

Abreviaciones

AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
APS	Atención Primaria de la Salud
ARM	Asistencia Respiratoria Mecánica
ARS	Análisis de Redes Sociales
ASPO	Aislamiento social, preventivo y obligatorio
CAAME	Centros Alternativos de Atención Médica Extra hospitalarios
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAS	Centro de Aislamiento Social
CAT	Centro de Atención Transitoria
CIE11	Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª edición (2019)
CC	Cardiopatías Congénitas
CONICET	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
COVID-19	Enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2
DEA	Desfibrilador automático
DEISBA	Dirección de Estadística e Información en Salud
DISPO	Distanciamiento social, preventivo y obligatorio
DNU	Decreto de Necesidad y Urgencia
DPH	Dirección Provincial de Hospitales, Ministerio de Salud PBA
ECNE	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EPP	Equipo de Protección Personal
H. Dr. Iriarte	Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte
H. Dr. Jorge	Hospital Subzonal Especializado En Rehabilitación Dr. Jorge
H. Dr. Oller	Hospital Sub-Zonal Materno Infantil Dr. Eduardo Oller
H. Dr. Oñativía	Hospital Zonal General de Agudos Dr. Arturo Oñativía
H. Evita Pueblo	Hospital Interzonal General Agudos Descentralizado Evita Pueblo
H. L. Meléndez	Hospital Zonal General Agudos Dr. Lucio V. Meléndez
H. Mi Pueblo	Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo
HEC	Hospital El Cruce Dr. Néstor Kirchner Alta Complejidad en Red

HIV	Virus de la inmunodeficiencia humana
HME	Hospitales Modulares de Emergencia
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
IC - UBA	Instituto del Cálculo de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires
IOMA	Instituto de Obra Médico Asistencial
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IRAB	Infección Respiratoria Aguda Baja
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
MSAL	Ministerio de Salud de la Nación
MSAL PBA	Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NNyA	Niños, niñas y adolescentes
OCD	Oficina de Comunicación a Distancia
ODS	Objetivos de desarrollo sustentable
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORL	Otorrinolaringología
PAMI	Programa de Asistencia Médica Integral (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados)
Pautas CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
PBA	Provincia de Buenos Aires
PIBAA	Proyecto de Investigación Bianual para Asistentes y Adjuntos
PICT	Proyecto de Investigación Científico y Tecnológico
PSRNAR	Programa de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo
RCP	Reanimación cardiopulmonar
REFES	Registro Federal de Establecimientos de Salud
RENABAP	Registro Nacional de Barrios Populares
RN	Recién Nacidos
RNAR	Recién nacidos de alto riesgo
RSVI	Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires
RUPES	Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud
SAME	Sistema de Atención Médica de Emergencias
SAMIC	Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad
SAP	Sociedad Argentina de Pediatría

SIISA	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino
TBC	Tuberculosis
TEA	Trastorno del Espectro Autista
UBA	Universidad de Buenos Aires
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UNAJ	Universidad Nacional Arturo Jauretche
UNGS	Universidad Nacional de General Sarmiento
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNLP	Universidad Nacional de La Plata
UNQUI	Universidad Nacional de Quilmes
UNSAM	Universidad Nacional de San Martín
UPA	Unidad de Pronto Atención
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
UTIP	Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica

Presentación

Mora Castro

Esta compilación presenta los resultados de trabajo del Grupo de Investigación en Salud Pública y Redes de Atención sobre el análisis de la atención pediátrica de la región sudeste del conurbano bonaerense al mismo tiempo que relata la experiencia de trabajo colaborativo de la Red de Pediatría del Sudeste desde su consolidación en el 2009 hasta el 2020. Para ello, se hace hincapié en el proceso de conformación de la Red de Pediatría, la descripción de los actores que la han conformado, el contexto y momento histórico en el que se ha desarrollado, la descripción de la colaboración entre equipos de especialistas y el impacto que ha tenido en facilitar el acceso a los servicios de atención de la población pediátrica, la cual alcanza el 25% del total de la subregión en un área de profundas inequidades en salud.

Este Grupo de investigación¹ toma impulso en el 2018 al comenzar a analizar la dinámica de trabajo dentro de la red de

¹ Las investigaciones llevadas adelante por el equipo contaron con el apoyo de 3 financiamientos a través de los proyectos 1) “Impacto de la pandemia COVID-19 y del ASPO en las redes de atención y los indicadores de salud de la población pediátrica en el Área Sudeste del conurbano bonaerense” proyecto UNAJ INVESTIGA 80020200300008UJ, Serie A, radicado en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y financiado por la misma universidad); 2)

efectores ubicados en los municipios de Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown en la provincia de Buenos Aires (Argentina) (Figura 1). Estos cuatro municipios componen la sub-región sudeste de la Región Sanitaria VI, la cual se completa con otros cinco municipios vecinos (Pereyra et al, 2019). De las 13 regiones sanitarias de la provincia², la VI se encuentra entre las más pobladas (4.149.911 habitantes según INDEC, 2024) y con mayor heterogeneidad desde sus áreas urbanas hasta las rurales.

El foco inicial de la investigación estuvo puesto en el análisis de la atención de salud de la población infantil en los 8 hospitales y los centros de atención primaria del sub-sector público en cada uno de estos 4 distritos y, especialmente, en la relación que entre ellos se establecía con motivo de derivaciones oportunas para realizar interconsultas, continuación de tratamientos, estudios específicos o solicitar internación de mayor complejidad. El análisis del conjunto de las relaciones entre los efectores a lo largo del tiempo

“Atención de salud en la post-pandemia: colaboración institucional en red para el seguimiento de pacientes en la subregión del Sudeste Bonaerense” proyecto PICT - 2020 Serie A - 0711, radicado en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ y financiado por el Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCyT) de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i) del Ministerio de ciencia Tecnología e Innovación de Argentina; y 3) “Impacto de la COVID-19 en el AMBA: análisis de indicadores sanitarios y protocolos de atención de la Red de servicios de salud pediátricos de la Subregión Sudeste Bonaerense desde una perspectiva antropológica con métodos mixtos” proyecto PIBAA CONICET 2022 - 2023 financiado por el CONICET.

² La ley provincial N°6.647 de Regionalización Sanitaria fue sancionada en 1961. Luego, fue modificada en 1965 con la Ley Provincial N° 7.016, y finalmente reglamentada en el año 2006 a través del decreto N°3.377. Esta normativa establece la regionalización territorial en 13 zonas sanitarias que agrupan administrativamente los distintos partidos de la provincia.

permite identificar la estructura de vínculos institucionales e interjurisdiccionales, revelando las colaboraciones que de hecho ocurren en las acciones para la atención en salud en este territorio específico. Caracterizar dicha estructura y analizar su evolución en el tiempo brinda información novedosa sobre el acceso a los servicios de salud, los circuitos de atención y la distribución en el espacio tanto de la oferta sanitaria, así como la demanda en los últimos años, incluyendo el período de la emergencia sanitaria por COVID-19.

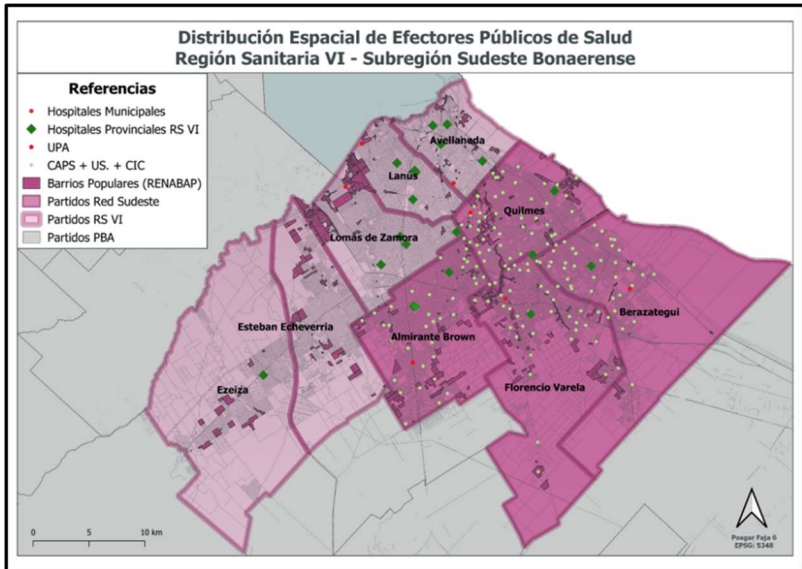


Figura 1. Distribución espacial de efectores públicos dentro de la Región Sanitaria VI (Hospitales y Unidades de Pronta Atención). Se adicionan los centros de atención primaria para la subregión sudeste. (Fuente: elaboración de Mora Castro a partir de datos del Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud -RUPES-, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2024).

El desarrollo de esta compilación aporta información y reflexiones que consolida nuestros supuestos de trabajo: la conformación de la Red de Pediatría, sus características a lo largo del tiempo y la forma que tomó este tipo específico de colaboración hicieron posible la mejora en el abordaje de la atención en salud de la población infantil de la región. En este sentido, se presentarán las experiencias de colaboración desde la perspectiva territorial, describiendo las características de los sistemas de salud municipales, así como el rol de sus hospitales y centros de atención primaria ubicados en cada uno de los distritos. Se subraya un especial interés en los servicios de pediatría que han conformado esta red a lo largo del período indicado.

Características del territorio que abarca la sub-región sudeste

Los cuatro municipios que conforman el área Sudeste de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires, tienen en conjunto una extensión de 665 km² y una población estimada de 2.080.278 personas (INDEC, 2024), lo cual representa un 19.22 % del total de la población del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA - 24 municipios - 10.865.182 personas). La población infantil de esta sub-región sudeste se estima en 474.358 habitantes, abarcando el 22,8% del total de la subregión (INDEC, 2024).

Existen en el territorio de la provincia, un total de 88 establecimientos provinciales entre hospitales y Unidades de Pronta Atención (UPA) con una distribución territorial que responde a políticas de diferentes épocas sin una planificación estatal centralizada (MSAL PBA, 2022). Asimismo, hay 1603 centros de atención Primaria de la Salud, con una ubicación

geográfica que “no ha tenido un criterio unificado, sino que la gran parte surgió de iniciativas comunitarias y se fueron municipalizando, por lo tanto, no se corresponden con una planificación basada en el modelo de atención primaria de la salud” (MSAL PBA, 2022:74).

Los cuatro municipios conforman un espacio de colaboración para la atención sanitaria (Medina y Narodowski, 2015). Con una población heterogénea, la demanda al sistema de salud público es variable y ya en tiempos previos a la pandemia de COVID-19 sobrepasaba las capacidades del sistema local. Como se ha mencionado en otro lugar (Castro et al., 2020), la Red de efectores del Sudeste Bonaerense cuenta con cinco hospitales generales de agudos provinciales: Dr. Iriarte (Quilmes), Dr. Meléndez y Dr. Oñativia (Alte. Brown), Evita Pueblo (Berazategui) y Mi Pueblo (F. Varela); un hospital municipal Dr. Oller (Quilmes)³ y otro de rehabilitación Dr. Jorge (Alte. Brown); finalmente un hospital de alta complejidad en red, El Cruce Dr. Néstor Kirchner (F. Varela) que se rige bajo la ley SAMIC (70% de fondos de Nación y 30% de fondos provinciales). Asimismo, de acuerdo al Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud (RUPES) dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en los cuatro municipios funcionan un total de 170 efectores del primer nivel de atención (CAPS, Unidades Sanitarias, Postas Sanitarias y UPA) distribuidos en el territorio de forma tal que cada uno de ellos

³ Este efector ha cambiado de nombre en el 2021, pasando de ser un establecimiento Materno Infantil a uno general, dado el crecimiento en otras áreas de atención (https://quilmes.gov.ar/noticias/noticia.php?id_noti=3572). Cabe aclarar que en el sitio Web del municipio, aún figura con su nombre anterior (<https://www.quilmes.gov.ar/ciudad/salud.php>).

tiene un promedio de demanda programática de 12.025 personas (niños/as, adolescentes, adultas y mayores) aproximadamente.

Según el Informe del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, existen desigualdades en la distribución de los CAPS, según la vulnerabilidad del territorio, dado que se observa que los municipios con mayor NBI acumulan menor cantidad de CAPS que los de mejor situación social. Se podría decir que el 20% de los municipios más pobres, acumula un 10% de los CAPS municipales totales, mientras que el 20% de los municipios de menor vulnerabilidad, acumula un 30% de los mismos en su territorio municipal, siendo que además la población de municipios más ricos, cuenta con mayor cantidad de trabajo formal y acceso a cobertura privada (MSAL PBA, 2022).

Este trabajo hará foco en las redes en salud como una estrategia de política sanitaria, considerando algunos aspectos centrales como lo son la articulación entre servicios de atención, la integración de niveles asistenciales y jurisdicciones administrativas y la complementariedad entre profesionales y equipamiento. Asimismo, se incorpora al análisis la idea de red como estrategias de las organizaciones, familias y pacientes en su búsqueda de apoyos y sostener el camino de atención en salud. Por último, en este trabajo también se entenderá a las redes como una estrategia metodológica para el análisis de la estructura de vínculos entre instituciones a través del Análisis de Redes Sociales (Wasserman y Faust, 2018).

Las condiciones sociales del territorio y las características de las determinaciones sociales de la enfermedad establecen cuatro estratos de situación social en la Provincia en base a un indicador

compuesto⁴. De acuerdo a este criterio, los 4 municipios de la subregión sudeste se corresponden con el grupo de municipios con condición socioeconómica más desfavorable comparativamente con los otros 131 municipios. En este sentido, el promedio de CAPS municipales por 100.000 habitantes en los municipios con estas características es de 6,47, el más bajo en relación al promedio de los otros 3 estratos. En particular, a partir de la información provista en el RUPES, hemos estimado que la tasa de CAPS cada 100.000 habitantes es de 7,18 para Alte. Brown, de 10,03 para Berazategui, de 8,66 para Florencio Varela y de 7,89 para Quilmes.

Algunas consideraciones conceptuales

La idea de red aplicada al ámbito sanitario engloba (en una misma forma de nombrar) a estructuras, situaciones y procesos que son muy diferentes y que se sustentan en perspectivas completamente dispares entre sí. Según Álvarez y Turkenich (2021) hay tres grandes perspectivas en las que se basa estas ideas de red en salud. La primera, son los estudios sobre sistemas de salud y servicios de atención que piensan a las redes como un modelo de gestión integrada de la salud. La segunda, la perspectiva de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, en la cual se ve a las redes

⁴ Se analiza la combinación de la siguiente información: Tasa de Población con Cobertura Pública Estatal Exclusiva (CPEOB) Tasa de Mujeres en Edad Fértil con hasta Educación Primaria Completa (FÉRTIL), Tasa de Viviendas con acceso a agua (AGUA), Tasa de Población total mayor de 65 que no recibe Jubilación (JUB), Tasa de Mujeres Madres con hasta Educación Primaria Completa (MADR), Tasa de Viviendas con Normas de Calidad de Materiales 3 y 4 (CALMAT), Tasa de Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), lo cual tiene en cuenta características de vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo (MSAL PBA, 2022).

como modo de producción y vinculación de conocimientos de ciencia y técnica. Finalmente, las líneas teóricas de la intervención social y planificación de la salud que ven a las redes como un dispositivo que habilita la interacción de lógicas diversas entre actores locales en contextos de fragmentación social.

Las redes de atención en salud es una forma novedosa de llamar a las viejas prácticas de colaboración entre colegas del ámbito sanitario. Hace mucho tiempo que se analizan las formas que estas vinculaciones pueden tener para ser más efectivas y, especialmente, en las últimas dos décadas se ha impulsado desde agencias internacionales el fomento y fortalecimiento de este tipo de estructuras de administrar la colaboración. En este sentido, la figura de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con base en la atención primaria de la salud (APS) (Ocampo-Rodríguez et al 2013) fueron iniciativas de la OMS - OPS en las que se formalizan un conjunto de maneras de articulación que ya tenían lugar en los territorios, con diversas fuerzas y heterogéneos resultados. Coincidiendo con Medina y Narodowski cuando mencionan que la estrategia de atención en red es una respuesta a la descentralización neoinstitucionalista de un Estado fragmentado, siendo un concepto instrumental fundamental para coordinar los tres niveles de gobierno, de modo que el territorio se organiza con acuerdos y con autonomía (2015).

El presente trabajo parte de la consideración que la Red de Pediatría de la subregión sudeste conformó un modelo de gestión integrada de salud permitiendo desarrollar una estrategia que consolidó vínculos entre efectores en un territorio delimitado por las jurisdicciones municipales, incluyendo la atención de pacientes

de otros distritos del país. En este sentido, se fue desarrollando una estrategia situada, que consideró las necesidades de los efectores partícipes y las posibilidades de cambio en contextos político-económico fluctuantes. Es interesante remarcar que se combinaron, por un lado, una voluntad política de encauzar las acciones institucionales para la existencia de la red, y, por el otro, la voluntad de los actores profesionales que vieron en la colaboración una alternativa más eficiente y orientada a la mejora del paciente que antes se veía dificultada. Así, el rol central que ha ocupado el primer nivel de atención generó una estrategia que apunta a transversalizar la iniciativa de colaboración en red entre los servicios de salud y sus derivaciones para estudios o consultas en contraposición a la tradicional estrategia piramidal de toma de decisiones sanitarias, cuyo modelo de atención queda a la espera que el paciente se acerque a los efectores.

Tomadas en conjunto, las acciones descritas consolidaron una estrategia de atención en red que facilitó el acceso al sistema sanitario regional y fortaleció la permanencia de pacientes en los tratamientos. La idea de accesibilidad a los servicios de salud tiene múltiples abordajes que problematizan la relación entre una oferta prestacional de los efectores sanitarios y una demanda poblacional concreta de atención. En casi todos los enfoques se establece que no es suficiente la existencia de un solo efector para completar el evento de atención. Así, Torres Sánchez hace una revisión de 20 especialistas que proponen modelos para pensar esta relación entre la oferta y la demanda sanitaria (2017) indicando que, resumidamente, existen 5 factores a ser considerados: económicos (costo, transporte, medicamentos, traslado, movilidad), físicos y territoriales (distancia y tiempo de llegada), administrativos

(organización de los servicios de salud, programas), geográficos (distribución de efectores, equidad, igualdad locacional) y culturales (estructura social, etnicidad y religión) (2017: 87). Por su parte, en su teoría del acceso a las prestaciones de salud Gulliford (2002) hace una distinción entre la noción de “tener acceso” (que implica una oportunidad de utilizar el servicio de salud cuando sea necesario) y la de “obtener acceso” (que se refiere al proceso de utilización del servicio).

Por su parte, Lago et al. (2013) abordan esta problemática desde una perspectiva diferente, poniendo el foco en la idea de barreras al acceso a los servicios de salud, es decir, los impedimentos que alejarían a las personas de la atención sanitaria. Así, se consideran cinco dimensiones que caracterizan las barreras que pueden existir entre la población que demanda y el sistema que ofrece: 1) la asequibilidad (esquema de financiamiento de los servicios de salud y la capacidad / voluntad de pago por dichos servicios por parte de los usuarios), 2) la aceptabilidad (medida en que los usuarios se sienten cómodos con las características intrínsecas del proveedor, y viceversa), 3) la adaptación (la medida en que la operación de los proveedores de servicios de salud está organizada de forma que cumplan las restricciones y preferencias de los usuarios), 4) la disponibilidad (número de instituciones proveedoras de los servicios de salud y su oferta, tanto en recurso humano como tecnológico, para satisfacer las necesidades de los usuarios) y 5) la accesibilidad (facilidad para alcanzar físicamente la ubicación de los proveedores de servicios de salud) (Lago et al., 2013: 52). Asimismo, a partir del análisis previo sobre el territorio, en estas investigaciones se agrega una sexta dimensión: recepción efectiva de la prestación, entendiendo aquella que

comienza con la disponibilidad en un “centro elegible” y efectivamente se efectúa la prestación asistencial en cualquiera de sus modalidades, terapéutica, promo-preventiva o de rehabilitación.

Finalmente, otros estudios como el de George, Daniels y Fioratou (2018) consideran a las barreras en el acceso a la atención en salud considerando las características del sistema de salud y no especialmente desde sus usuarios. Así, establecen una tipificación en 5 aspectos vinculados: estructurales (falta de disponibilidad de atención en los servicios, grandes distancias geográficas a los efectores de salud disponibles, falta de disponibilidad de especialistas en el área), financieras (mayor gasto de bolsillo de las familias, mayor uso de efectores públicos, cobertura en salud insuficiente a las necesidades de la población pediátrica), cognitivas (falta de conocimiento de las familias sobre los cuidados necesarios para protección, actitudes discriminatorias de lxs profesionales sanitarios hacia la población local), psicológicas (ansiedad frente a la atención sanitaria, falta de esperanza frente a la atención o adherencia a los tratamientos).

Cabe aclarar que el análisis del acceso a los servicios de salud también requiere identificar las inequidades existentes en la estructura de los servicios sanitarios del subsector público, tanto en el ámbito provincial como municipal. Al respecto, Lago et al. en su análisis sobre las variables de relación de suministro, afirman que

“en la provincia de Buenos Aires existen fuertes disparidades en los niveles de gasto en salud por habitante sin cobertura sanitaria y en municipios con mayores

necesidades de atención de la salud (estimadas con la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas) no se corresponde con niveles más altos de gasto público” (2012: 271).

Asimismo, la identificación de disparidades en salud en territorios heterogéneos y con profundas diferencias en el nivel de vulnerabilidad poblacional es clave para comprender los espacios en los que se puede mejorar los servicios y la atención en salud. Hay muchos modelos conceptuales para comprender y explicar las diferencias que llevan a resultados sanitarios dispares, ya sea en la escala individual o poblacional (Diez Roux, 2012). Una forma habitual de pensarlas es a través de la idea de determinantes sociales de la salud, los cuales son definidos por la OMS como los factores no-médicos que influyen los efectos de la salud (2024). Nuevamente, hay muchas maneras de abordar dichos determinantes y de encarar la interrelación entre sus elementos (características individuales, poblacionales, contextuales, curso de vida) y los énfasis explicativos que cada modelo conceptual conlleva.

Por su parte, Kawachi, Subramanian y Almeida-Filho (2002) nos advierten sobre la diferencia entre desigualdad e inequidad en salud. La primera se refiere a un término descriptivo frente a la existencia de una diferencia, variación en las características de salud individuales o grupales. La segunda, se refiere a un término que señala la dimensión política o bien la injusticia de la cual resulta algún tipo de variación o disparidad. Un interrogante que se abre, y del cual intentaremos dar cuenta en esta compilación, es la influencia de los lugares de residencia en la salud del individuo, es decir la interacción entre individuo y su contexto, incluyendo

las características ambientales, socio-económicas y culturales de relevancia. En el caso extremo, la pandemia de COVID-19 establece múltiples tipos de interacción que será menester desandar para precisar este tipo de efecto causado en las personas.

Desde las ciencias sociales de la salud, especialmente desde la Antropología, se acuñó un concepto que da cuenta de la interrelación negativa entre características del contexto y los efectos en la salud de las personas en su carácter individual y grupal. El antropólogo M. Singer analiza muy tempranamente en la década del 90 a esta retroalimentación negativa como sindemia (juntando los vocablos en inglés de sinergia y pandemia) para comprender el efecto desproporcionadamente desigual que habían tenido epidemias como la del cólera o el HIV en poblaciones con características comunes marcadas por la pobreza, o pertenencia grupos étnicos o raciales específicos históricamente marginados en el conjunto poblacional de residencia (Singer y Claire, 2003). Esta idea tiene una gran potencia explicativa al analizar los efectos de salud en las poblaciones, con indicadores de frecuencia de casos, incidencias o prevalencias o tasas de reproducción de contagio. Por su parte, la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana también conceptualiza esta interacción marcada y de alto impacto en sus análisis epidemiológicos, enfatizando la necesidad de reforzar los lazos de prevención en las comunidades, con presencia territorial de centros de salud que sean efectivamente la puerta de entrada al sistema de salud y no un elemento más de barrera para la atención (Breihl, 2020).

La sindemia de COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en la subregión sudeste, tanto a nivel poblacional como en la estructura de los servicios de salud locales (Silberman et al. 2021, Yacobitti et al. 2022, Ortiz et al. 2020, Ramaciotti et al. 2023). En esta compilación se apunta también a dar cuenta de algunas características de este proceso devastador con profundas consecuencias, algunas inexploradas aún para, como afirma Sy et al. *“no solo sistematizar un conjunto de aportes para las políticas en el sistema público de salud, sino también a identificar las líneas de indagación que permitan fortalecer las contribuciones de las ciencias sociales en el campo sociosanitario”* (2023:154).

Algunos datos provenientes de fuentes oficiales que retratan el impacto a nivel general en la subregión sudeste se observan en la Tabla 1. Allí se puede establecer una comparación numérica en el registro oficial desde el comienzo de la pandemia en Argentina hasta el 31 de diciembre de 2023 entre la escala Nacional, la escala provincial y la escala de la subregión sudeste en diferentes dimensiones. Entre ellas, los casos totales de contagios, casos en población pediátrica, muertes totales, muertes pediátricas, casos afectados entre los/as trabajadores de la salud y decesos y dosis aplicadas de vacunas. Asimismo, en la Figura 2 se observa el comportamiento general de la cantidad de casos confirmados por inicio de síntomas y fallecidos por fecha de muerte a lo largo de dicho período temporal (Aliaga, 2024). Se verá que la información reflejada en la Tabla 1 sufre de faltas propias de los registros oficiales, como por ejemplo el cambio en la forma de informar los casos a partir de marzo de 2023, de registrar los casos confirmados y de adicionarlos a los datos previos. Algunas de estas características han quedado reflejadas allí también.

	Argentina	Prov. Buenos Aires	Sub-Región Sudeste⁵
Casos totales	10.056.734	3.905.892	405.979
Casos pediátricos	782.878 (6.357 casos /100.000 habitantes)	270.358 (5.714 casos /100.000 habitantes) ⁶	3.288
Muertes totales	130.767	60.766	7.576
Muertes pediátricas	384 ⁷	170	26
Casos TS⁸	68.516	31.827	5.661
Muertes TS	419	216	19 ⁹
Dosis aplicadas vacunas	117.949.063	44.744.092	5.170.732

Tabla 1. Información proveniente de registros oficiales sobre casos confirmados acumulados, fallecimientos por COVID-19 y dosis aplicadas de vacunas contra el SARS-CoV-2 en la población total de Argentina, la población pediátrica de

⁵ Todos los datos de esta columna de la tabla fueron obtenidos a partir del sitio web de la Sala de situación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con fecha del 25/03/2022, excepto el dato de las dosis aplicadas en los municipios de la subregión que es de fecha del 31/12/2023. Para más información ver <https://portal-coronavirus.gba.gov.ar/es/sala-de-situacion>

⁶ Información a febrero 2023

⁷ Información a febrero 2023

⁸ Información a Enero 2021, para más información ver <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/medicinas/files/2021/02/Bolet%C3%ADn-EPI-01-21.pdf> y <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud/situacion-de-los-trabajadores-de-la-salud-durante-la-pandemia-de-covid-19>

⁹ De fuentes informales, se reconstruye esta información altamente sensible y sin haber podido ser consolidada o confirmada por otro tipo de fuentes, como por ejemplo informes institucionales, ya sea de gobiernos provinciales, municipales o bien por filiales gremiales que cuenten con esta información de modo global. Así, a través de recopilación en las entrevistas realizadas y charlas informales con los/as trabajadores de los efectores locales podemos decir que en el Htal. Iriarte el registro de personal de salud fallecidos por COVID-19 hasta el momento (junio 2024) fueron 3, en el H. Mi Pueblo 1, en el H. Dr. Oñativia 2, en el H. Dr. Meléndez 1, en el H. Evita Pueblo 1, en el H. Dr. Jorge ninguna persona y en el H. Dr. Oller al menos 3 enfermeras. Para el caso del HEC, de acuerdo con el Sector de Medicina Ocupacional del Área de Gestión Integral de Recursos Humanos, se suma 1 persona fallecida (y hasta el 2022, 1160 miembros del personal con COVID-19 positivo y 226 exceptuados/as por enfermedad).

las regiones de interés, y los trabajadores de salud entre marzo de 2020 y diciembre de 2023. Algunas fuentes no indican actualización de la información, por ejemplo, los casos confirmados de contagios y fallecimientos de personal sanitario o la segregación por municipios a partir de cierta fecha (Fuentes: Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Quiroga; Gastellu y Fernández et al., 2023).



Figura 2. Casos confirmados y fallecidos desde el 01/03/2020 hasta el 31/12/2023 (Fuente: Aliaga, J. (2024 ver <https://pbs.twimg.com/media/GCtcZ6DXQAASSzr.png>).

Si bien en un inicio de la pandemia se consideró que el COVID-19 tenía un menor impacto en niños, niñas y adolescentes, se fue identificando con el tiempo una fuerte carga epidemiológica en la población infantil, incluso considerando el subregistro que esta población ha tenido hasta hoy. En Argentina, a raíz de un informe realizado a partir de información obtenido por un Pedido de Acceso a la Información Pública (Gastellu y Fernández, 2023), se desprende que, entre marzo de 2020 y junio de 2022, los casos de NNyA que requirieron internación en UTI por su gravedad clínica frente al contagio de COVID-19 fueron 416 casos (de 0 a 2 años de edad) y 396 casos (de 3 a 17 años de edad). Asimismo, de los primeros casos, 220 (53%) tienen información sobre comorbilidades y, de los segundos, solo lo tienen un total de 253 (64%). Afirman el y la autora que

“La interpretación de los datos sugiere una presencia de comorbilidades con mayor incidencia en la población mayor de tres años, al tiempo que una marcada superación de los accesos en UTI de los menores de tres años, siendo casi indistinto su ingreso por comorbilidad, o sin ella. El riesgo COVID-19 lo representa el hecho de ser menores de tres años, y no estar vacunades” (2023).

También se analiza en dicho informe otro estudio para Argentina que indica que a partir de 2.700 casos pediátricos se determinó que

“más de la mitad de los casos refirieron antecedente de contacto en el entorno familiar, alrededor del 60% fue hospitalizado y el 7,4 % de los casos fueron graves o críticos. La gravedad se encuentra asociada a la existencia de ciertas comorbilidades. El 51,4 % presentó síntomas respiratorios; 61,6 % síntomas generales; 18,8 % síntomas gastrointestinales; 17,1 % síntomas neurológicos; 7,2 % otros y 21,5 % fueron asintomáticos. El 59,4 % fue hospitalizado; 7,4 % fueron graves o críticos: el 84,2 % requirió oxígeno; el 24,5% cuidados intensivos, y el 17,5% asistencia respiratoria mecánica. Se registraron 57 casos de síndrome inflamatorio multisistémico” (Gentile et al., 2021).

Se va conformando una renovada idea sobre el impacto en la población infantil que, si bien inicialmente se desestimaba, con el correr del tiempo y el análisis del impacto en distintos segmentos de esta población se comenzaron a identificar consecuencias concretas y dimensiones de los riesgos de la exposición al virus. Afirma Gerber et al. en 2021 para el contexto estadounidense

“No se equivoquen: el COVID-19 es una enfermedad infantil. Cuando el SARS-CoV-2 ingresó a los Estados Unidos a principios de 2020, los niños representaban menos del 3 % de los casos; hoy representan más del 25%. Más de 6 millones de niños estadounidenses han sido infectados con SARS-CoV-2,

incluidos 2 millones de edades entre 5 y 11 años. A finales de octubre de 2021, alrededor de 100.000 niños por semana estaban infectados. De las decenas de miles de niños que han sido hospitalizados, aproximadamente un tercio no tenía condiciones médicas preexistentes y muchos requirieron la unidad de cuidados intensivos. Casi 700 niños han muerto a causa de COVID-19, lo que sitúa la infección por SARS-CoV-2 entre las 10 principales causas de muerte en niños estadounidenses. Ningún niño ha muerto a causa de la vacunación” (Gerber y Offit, 2021: 913).

Para abordar la problemática de pandemia de COVID-19, algunas de las características que tuvo su desarrollo en la subregión sudeste y algunas de sus consecuencias, en esta compilación se analizan las políticas públicas que tuvieron lugar en los municipios del área, la experiencia de trabajadores/as de la salud de los servicios locales y de las familias afectadas con casos en niños, niñas o adolescentes en el grupo doméstico. Es de especial interés describir sus estrategias de afrontamiento de la pandemia en el contexto de emergencia sanitaria y a posteriori, incluyendo el impacto en la escala familiar, las redes de apoyo frente al episodio de enfermedad y el acceso a los servicios de salud. Sin entrar en la gran discusión sobre el concepto de agencia en Ciencias Sociales¹⁰ se tomará como premisa el hecho que “*el repertorio de posibilidades de acción de un agente es fuertemente dependiente del conjunto material histórico - cultural en el que se inscribe su actividad*” (Parente, 2016). Por lo tanto, consideramos que la capacidad de agencia de una persona, es decir su potencial transformador de la realidad que la circunda está estrechamente

¹⁰ Para indagar aspectos de este debate, ver Emirbayer y Goodwin (1994), Carrasco, Hogan y Wellman (2007), Wellman y Frank (2001), Latour (2005), Gell (1998), Ingold (2000), Kalish y Robins (2006).

ligada a las características de su entorno más inmediato y las condiciones de su contexto social. Al mismo tiempo, para entender las capacidades de transformación del entorno y los vínculos se considera al concepto de agencia en conjunto con el análisis de las redes de apoyo sobre las cuales se basan las ayudas en momentos de necesidad. Éstas brindan elementos para comprender las estrategias desplegadas por las familias al momento del padecimiento de la enfermedad COVID-19, tanto durante el primer momento de la emergencia sanitaria como en momentos donde se habían relajado las medidas de aislamiento y distanciamiento social.

Considerando las distinciones que elabora Ortiz Ruiz (2023) sobre las redes de cuidados y las redes de apoyo, se diferencian tres tipos de clasificación: las redes percibidas, las disponibles y las redes presentes “de hecho”. En este sentido, afirma la autora que

“Las redes de cuidados están conformadas por aquellas personas (de cualquier naturaleza) que pueden brindar colaboración, es decir, son la red disponible y percibida. Las redes de apoyo social son aquellas personas reales (de cualquier naturaleza) que brindan sustento en un evento específico, lo que significa que se ajustan a la red real”
(2023:192).

Cabe destacar que las redes de apoyo, si bien suelen ser consideradas con un efecto positivo en el individuo (pudiendo implicar un conjunto de recursos o personas para ayudar frente a una situación adversa) también pueden ser aproximadas como un elemento negativo, es decir que ejerza una presión adicional sobre una persona o grupo, a raíz de la dependencia intersectorial que establecen las inequidades estructurales, como el género, el estatus

socioeconómico, la pertenencia étnica, la edad, entre otros (2023:197).

Finalmente, en un breve comentario sobre la idea de complejidad, es importante remarcar que habitualmente existen muchas superposiciones de sentidos y algunas confusiones en la implementación de una metodología que pueda dar cuenta del carácter complejo de los fenómenos o procesos que están bajo estudio. Las teorías de la complejidad con las cuales se puede analizar algunos problemas de investigación en el marco de las ciencias sociales, son muchas y han ido cambiando sus supuestos y sus prioridades a lo largo de las últimas décadas del pensamiento social (Reynoso, 2011). En este libro, adoptaremos algunos elementos de la propuesta de las teorías sistémicas para nuestros análisis, con la intención de poder modelizar las relaciones entre actores e indagar en las estructuras de vínculos.

Cabe destacar que la idea de complejidad tiene un alto grado de polisemia, y muy frecuentemente esto ocasiona dificultades en el entendimiento en el plano de lo habitual y cotidiano, así como en el plano de lo analítico. Por ejemplo, se dice que un fenómeno u objeto de estudio es complejo cuando se lo aborda desde diferentes dimensiones para poder tener un entendimiento comprensivo de su estudio, lo cual implica la articulación en el análisis de diferentes disciplinas académicas (i.e., la alimentación, la salud reproductiva, etc.). Por otra parte, se puede decir que algo es complejo cuando se identifican muchas variables o bien factores para segmentar su estudio (i.e. el gasto de bolsillo en salud, el arribo al diagnóstico de enfermedades respiratorias, etc.). Asimismo, se dice complejo cuando en su análisis se involucran el

accionar o el impacto de muchos sectores o muchas voces en disputa, para lo cual se requiere indagar en una simultaneidad de actores que tienen incidencia en el fenómeno u objeto bajo estudio.

Por su parte, la noción de complejidad propuesta desde las teorías sistémicas (Reynoso, 2011) implica la incorporación al análisis de elementos como sistema, retroalimentación, emergencia, iteraciones, equifinalidad, escala, sensibilidad a las condiciones iniciales, no linealidad, no determinación, interdependencia entre elementos del sistema, entre muchas otras. Es interesante recordar que las implicancias de este enfoque no residen tanto en la identificación y descripción de los actores intervinientes sino en los resultados que pueden obtenerse del análisis de las dinámicas estructuras de sus vínculos.

En este sentido, cuando se aborda a las redes en salud desde una perspectiva compleja la premisa inicial es la interdependencia de los elementos en un contexto considerado como sistema. Allí radica el desafío analítico y de gestión en el ámbito sanitario, a lo cual esperamos contribuir con esta compilación.

Estrategia metodológica global: consideraciones sobre la naturaleza y fuentes de la información utilizada

En esta compilación se agrupan diferentes líneas de trabajo de los/as miembros del Equipo en virtud de la creación y desarrollo territorial de la Red de Pediatría de la subregión del Sudeste Bonaerense, desde su inicio en el 2009 hasta el período de la pandemia e inmediatamente posterior. Hay dos supuestos generales que articulan todos los trabajos presentados aquí: en

primer lugar, una red de atención pediátrica fortalecida desde lo institucional y con diversas capacidades amplifica el acceso a los servicios de salud haciéndolos disponibles, no sólo con un alcance territorial mayor, sino que aumenta la capacidad de asistencia. En segundo lugar, es necesaria una visión crítica de los procesos de trabajo y vínculos que la Red de atención supone, a través de investigaciones rigurosas que permitan caracterizar y analizar en su evolución temporal los logros y metas alcanzadas, así como identificar las situaciones a mejorar y los conflictos a futuro.

Cada una de las líneas presentadas en los capítulos ha tomado una estrategia metodológica propia a partir de las preguntas y contextos de desarrollo. Así, la recolección de datos, la construcción de un corpus de información y su procesamiento se fueron desarrollando en distintas etapas y a través de métodos diversos. Por ejemplo, se realizaron observaciones de campo etnográficas en efectores de salud, entrevistas en profundidad a personal sanitario, pacientes y familiares, se solicitaron estadísticas institucionales de efectores, se incluyeron estadísticas poblacionales y sanitarias provistas por entes gubernamentales, entre otras. Finalmente, se ha incorporado en el análisis la experiencia de cada integrante del Equipo de Investigación tomando ventaja del hecho que, en algunos casos, son profesionales de los mismos espacios que están bajo estudio.

Al respecto, como afirma Bernard en la investigación científica la objetividad no implica una neutralidad valorativa (1995:108). La objetividad se construye a partir de la validez de la información, obtenida a través de mecanismos de triangulación metodológica que permitan corroborar la información desde diferentes ángulos

y fuentes. La experiencia de los miembros de este equipo ha añadido un gran valor al análisis global de esta compilación, que se centra en la organización y las formas de colaboración de los servicios de atención en la región. Este enfoque metodológico permite documentar y registrar situaciones institucionales que solo quienes las conocen desde dentro pueden captar (para profundizar en este tipo de abordaje, ver Messerschmidt, 1981; Altorki y El-Solh, 1988). En resumen, el doble rol de algunos autores—como protagonistas de los procesos y fenómenos estudiados, así como investigadores de los mismos—fortalece una visión **crítica** de los procesos institucionales y de sus propias prácticas y vivencias, especialmente en el análisis de la red de colaboración para la atención pediátrica y la experiencia de los trabajadores de la salud durante la pandemia.

Es fundamental destacar que no se subestima la posibilidad de sesgos en la investigación o en los resultados, debido a la estrecha relación entre algunos miembros del equipo y el objeto de estudio. Esta relación puede influir en la interpretación de los actores sociales y en la construcción del conocimiento (Bourdieu, 1991). Además, la discusión interna del equipo y la triangulación de la información han fortalecido la reflexividad de cada investigador y su comprensión de los contextos sociales analizados (Giddens, 1994). Este doble rol ha enriquecido tanto los resultados como la escala de análisis, ofreciendo una perspectiva regional sobre fenómenos que han sido escasamente sistematizados en los territorios de la subregión sudeste.

En relación a la información referida a los efectores de salud, cabe destacar que existen diferentes registros públicos que fueron

consultados para conocer las características de los efectores ubicados en los municipios bajo análisis. Entre ellos, el Registro Federal de Establecimientos Sanitarios (REFES) dependiente del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA), el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) dependiente de la Secretaría de Desarrollo, Hábitat y vivienda del Ministerio de Economía de la Nación y el Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud (RUPES) dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, se realizaron diferentes solicitudes de información directamente a cada uno de los 4 municipios sobre la estructura sanitaria local, sin que se lograra una respuesta consistente al momento de la escritura de esta compilación. Por su parte, los portales web de las áreas de salud municipales informan los centros de salud locales y sus ubicaciones, pero no brindan información de las prestaciones que allí se ofrecen a la población que quiera asistir.

Es notable el hecho que todos estos registros mencionados son inconsistentes entre sí, es decir que cada uno informa diferente número de centros de atención primaria municipales, considerando Centros de Atención Primaria de la Salud, Centros Integrales Comunitarios, Unidades Sanitarias, Centros de Salud, Unidades Móviles, Vacunatorios, entre otros. Esta situación conlleva una intrínseca dificultad para llevar adelante análisis sobre la caracterización del sistema sanitario subregional y la posibilidad de acceso a los servicios disponibles cuando no queda claro en el registro público esta disponibilidad. Por ello, en las investigaciones llevadas adelante por este Equipo desplegadas en los próximos capítulos, se verá explícitamente en qué tipo de

información y en qué fuente se basan las descripciones y análisis propuestos por cada integrante y los motivos de dicha elección.

Por otro lado, también analizamos información relevada a partir de una encuesta de elaboración propia realizada a los/as trabajadoras/os de la salud de los municipios de la región durante la pandemia y entrevistas en profundidad a quienes concedieron esa posibilidad para continuar indagando en la experiencia de trabajo en el contexto de la emergencia. Asimismo, el relevamiento de la información de familias que tuvieron infancias con COVID-19 en la subregión también se dio a partir de entrevistas en profundidad. Es importante aclarar que toda la información relevada ha sido obtenida, procesada y resguardada en el marco de las normativas vigentes que aplican a los datos sanitarios y de la identidad de las personas involucradas en investigaciones sociales (ver infra). Finalmente, la información epidemiológica que nos ha permitido tener una caracterización de cómo fue cambiando la situación sanitaria durante la emergencia por COVID-19 en sus diferentes etapas, fue obtenida gracias a diferentes fuentes de información. Algunas de las cuales ya no están accesibles, como por ejemplo el portal Web de la Sala de Situación del MSAL de Provincia de Buenos Aires (<https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/es/sala-de-situacion>), la cual contaba con datos de casos confirmados, fallecimientos, vacunación, informes especiales, etc. y que en la actualidad visualiza solamente las dosis aplicadas por distrito.

En suma, desde la perspectiva de la investigación sobre los sistemas de salud y el acceso a los servicios de atención, la información sobre las personas en situación de pacientes y

usuarios de los efectores sanitarios tiene diferentes aristas para considerar: su acceso, su tratamiento, su análisis, su publicación y la devolución a las personas con interés en conocer sobre los resultados de las pesquisas llevadas adelante gracias a su colaboración. Es nuestro deber proteger los datos y contribuir a la mejora de los registros que permitan análisis de mayor alcance que aporten a una mejor gestión de la salud en el territorio. Sería importante que, de quiénes dependa, arbitren los medios para hacer pública la información sanitaria básica de forma unificada, actualizada y rigurosa de modo de contar con datos fiables para el análisis sanitario y epidemiológico con una base sólida y confiable.

Estructura de la compilación

Esta compilación se divide en 5 partes y esta presentación general. En la Primera Parte se recorre el proceso de conformación de la red pediátrica impulsada por el servicio de pediatría del HEC. Allí encontraremos 2 capítulos, Marcelo Pereyra escribe sobre las características de la red pediátrica y quienes la fueron componiendo desde sus inicios y los alcances y logros que ha tenido esta estrategia sanitaria. Asimismo, Diana Álvarez y Pablo Sanhueza describen la articulación con el Servicio de Trabajo Social del HEC, fortaleciendo desde sus acciones los vínculos entre instituciones y el seguimiento en el tratamiento de pacientes y familias.

En la Segunda Parte, se realiza una descripción y análisis de las características de los municipios y los efectores del subsector público ubicados en cada uno de ellos y el impacto que ha tenido la pandemia tanto en los efectores como en las dinámicas de

atención. En el Capítulo de Florencio Varela, Cecilia M. Santolin presenta la forma de organización del sistema de salud local, haciendo foco en los hospitales del distrito, el HZGA Mi Pueblo y el Hospital El Cruce de Alta Complejidad. En el Capítulo de Quilmes, Claudia Setién pone foco en el HZGA Dr. I. Iriarte y su articulación con el resto de los efectores del municipio y con el Hospital Dr. Oller. En el Capítulo de Berazategui, María Isabel Scaramutti y Odilia Estela Valiente describen las articulaciones en la atención desde la perspectiva de la Red de Recién Nacidos de Alto Riesgo, una estrategia sanitaria de seguimiento en la atención de gran impacto en la población. Finalmente, sobre el municipio de Alte. Brown, Mora Castro brinda una caracterización general de los hospitales ubicados en el municipio el H. Dr. Oñativia, el H. Especializado en Rehabilitación Dr. Jorge y el H. L. Meléndez y la UPA 5 de Longchamps.

En la Tercera Parte, Mora Castro describe desde una perspectiva subregional la estructura de las derivaciones entre efectores. Para ello se explora la utilización de diferentes herramientas de análisis como por ejemplo, la visualización a través de mapas temáticos en los que se muestre la distribución de los pacientes por el tipo de patología de su diagnóstico (se profundiza lo analizado en Castro et al., 2021). Asimismo, se elaboran matrices de colaboración entre efectores, resultando en grafos que muestran la relación entre diferentes instituciones ubicadas en distintos lugares geográficos y pertenecientes a diversos niveles gubernamentales. Cabe mencionar que los grafos permiten visualizar y medir la relación entre nodos, mostrando las características de la estructura de colaboración entre equipos de atención. Finalmente,

esta parte también presenta información cuantitativa de la atención en los efectores.

La Cuarta Parte, reviste la irrupción de la pandemia de COVID-19 en la subregión. Se ha visto que el impacto de la transmisión del Sar-Cov-2 ha sido desigual en las diferentes poblaciones por las que ha atravesado, perjudicando especialmente a aquellas caracterizadas por las violencias estructurales (pobreza, comorbilidades, mayor exposición al contagio, dificultades en el acceso al agua segura, menor acceso al sistema sanitario, retraso en el acceso a las vacunas, entre otras). El mencionado concepto de sindemia (Singer y Claire, 2003) recupera para el análisis la sinergia negativa que provoca la transmisión a gran escala territorial de un virus nuevo, cambiante y letal en cuerpos ya castigados en términos de salud individual y en sociedades ya caracterizadas por vulnerabilidades estructurales. Desde esta perspectiva, en el abordaje de la sindemia que provocó el COVID-19, se proponen la articulación de tres grandes ejes de análisis: a) las políticas públicas con impacto sanitario que tuvieron injerencia en la sub-región sudeste, b) la experiencia de trabajadores/as de la salud que asistieron a la población pediátrica en los efectores de la subregión, y c) la experiencia de familias que tuvieron alguna infancia con COVID-19 en los tres primeros años de pandemia. Siguiendo esta división, esta Parte se divide en tres capítulos. En el primero, Elizabeth Barbis realiza una compilación y análisis de las acciones y políticas públicas de gestión provincial y municipal en la subregión, apuntando a comprender los caminos que se tomaron en el ámbito de la salud pública para responder a las demandas locales. En el segundo capítulo, Mora Castro y Federico Ugarte del Campo abordan la experiencia de los/as

trabajadores/as de la salud de atención pediátrica en la pandemia a través del análisis del impacto en su bienestar, las barreras de acceso que identificaron para recibir la atención sanitaria y su percepción a futuro de la salud pública en la post-pandemia (se profundiza lo desarrollado en Castro et al., 2022 y Pereyra et al., 2023). Finalmente, en el tercer capítulo de la Parte Brenda Chaile, Lía Matkovic, Julieta Molina, Claudia Setián y Mora Castro incorporan la experiencia de las familias que han tenido infancias con COVID-19, en relación al acceso a los servicios de salud, las estrategias desplegadas para su cuidado, las redes de apoyo identificadas en el relato y el desempeño escolar en el período como consecuencia de vivir en aislamiento (se profundiza en lo desarrollado en Santolín et al., 2023).

Finalmente, en la Quinta Parte se brindan unas palabras a modo de síntesis que apuntan a compartir reflexiones sobre los resultados obtenidos, las proyecciones a futuro en las estrategias de salud pública para poder dar respuesta a una población cambiante que modifica sus demandas al mismo tiempo que recibe distintas respuestas de un sistema sanitario que siempre parece agotado. Al respecto, necesitamos saber ¿de qué se enferman los/as chicos/as en la región? ¿Cuál es la mejor estrategia de salud para facilitar el acceso a las familias de la región? ¿Cuáles son los aprendizajes políticos de la experiencia de la sindemia de COVID-19 en contextos de vulnerabilidad social? En este punto, es necesario reflexionar sobre la reconfiguración que impuso afrontar la pandemia e identificar los aprendizajes incorporados por los servicios de atención locales.

Parte 1

Red de Pediatría del Sudeste

Mora Castro

Introducción

La Parte 1 introduce la historia de la conformación de la Red de Pediatría ubicada en los municipios de la sub-región sudeste de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. En un territorio extenso y con características sanitarias dispares, en el Capítulo 1 se relatan los mecanismos de articulación que fueron necesarios para consolidar los lazos de trabajo, las personas protagonistas de la colaboración entre servicios de pediatría de los hospitales y los diferentes niveles de atención. En el Capítulo 2 se plasman algunos de los principios que guiaron el accionar de la Red, que no sólo se abocó a dar tratamiento y seguimiento a la demanda de la población pediátrica a través de los tres niveles de atención, sino también a impulsar una mejora en el acceso a los servicios y la calidad de vida de las familias involucradas en los procesos de salud y enfermedad con las herramientas institucionales disponibles, poniendo en acción estrategias creativas e innovadoras centradas en el paciente.

Capítulo 1.1

De la teoría al territorio: colaboración para la atención en red

Marcelo Pereyra

El año 2009 fue un punto de inflexión en el trabajo para la integración de los diferentes niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) que se estaba llevando adelante en la región, implementada desde hacía muchos años bajo la perspectiva de Atención Primaria de la Salud. La radicación de un hospital de alta complejidad en la zona era una idea de vieja data (ver Medina y Narodowski, 2015), que pudo concretarse y dar inicio a sus actividades a partir de ese momento, cambiando toda la dinámica sanitaria de la región.

El HEC inició su actividad en la terapia intensiva pediátrica ingresando al primer paciente el día 28 de junio del año 2008 a las 23.30 hs. A partir de allí, se comenzó la actividad con solo 8 camas para dar respuesta a las necesidades de la región, con una población pediátrica estimada en alrededor de 503.000 niños y niñas (INDEC, 2010) que habitan en una de las áreas geográficas con marcados indicadores de vulnerabilidad y pobreza más importantes de la Pcia. de Bs. As. Dentro de los objetivos

propuestos en ese momento como institución de alta complejidad, uno fue el compromiso de consolidar los lazos de colaboración existentes entre los efectores de salud de los 4 municipios y conformar una Red de atención pediátrica entre sus 8 hospitales.

A modo de breve caracterización, es importante resaltar las características generales de las poblaciones que habitan en los municipios de referencia y los sistemas sanitarios que allí operan. Como se ha mencionado, la Región Sanitaria VI se encuentra integrada por nueve (9) municipios y, de éstos, cuatro (4) son los que integran la “Red del Sudeste” considerando las similitudes y necesidades territoriales. A continuación, se presenta la información sintética de la caracterización poblacional y de los efectores de salud presentes en cada distrito. Para esto último, se toman con efectores de atención primaria a los Centros de Atención Primaria de la Salud, Unidades Sanitarias, Postas Sanitarias, Unidades Móviles, Unidades de Pronta Atención, Centros Integrales Comunitarios, entre otros.

Municipio	Sup (Km2)	Población total (INDEC, 2010)			Población total (INDEC, 2022)			Hospitales	Atención Primaria
		Total	Ped.	%	Total	Ped.	%		
Alte. Brown	129	552.902	146.967	26,6	585.852	131.358	22,46	Htal L. Meléndez; Htal A. Oñativía; Htal J. M. Jorge	42
Berazategui	221	324.244	84.633	26,1	360.582	79.136	22,06	Htal Evita Pueblo	36
Florencio Varela	190	426.005	129.348	30,4	497.818	127.194	25,63	Htal Mi Pueblo; HEC	42
Quilmes	125	582.943	142.439	24,4	497.818	136.670	21,57	Htal Iriarte; Htal Oller	50
Total	665	1.886.094	503.387	26,8	2.080.278	474.358	22,8	8	170

Tabla 2. Descripción de los municipios por su población (total y pediátrica) y efectores de salud. (Fuente: elaboración propia, datos obtenidos del INDEC, del Registro Único Provincial de establecimientos Sanitarios -RUPES-, 2024).

Con esta estructura y disposición de los efectores de salud dentro de los municipios, entendíamos que era el formato ideal para comenzar a pensar en una red asistencial de atención pediátrica que diera respuesta a la demanda. Se contaba con un primer nivel de atención conformado por 170 Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) como puerta de entrada al sistema de salud. Un segundo nivel con 6 hospitales zonales de agudos, de los cuales 5 están bajo jurisdicción provincial (Htal. Dr. Iriarte, Htal. L. Meléndez, Htal. Mi Pueblo, Htal. Dr. Oñativia), 1 municipal (H. Dr. Oller de Quilmes), 1 de rehabilitación (Htal Dr. Jorge) y 1 de jurisdicción SAMIC -Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad- con el máximo nivel de complejidad (HEC) lo cual implica un formato financiero / administrativo / normativo mixto entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia.

Es importante aclarar que la mencionada “sub-regionalización” de la llamada subregión sudeste (área sudeste de la Región Sanitaria VI de la Prov. de Bs. As.), aún no tiene un marco jurídico que lo sustente, pero la decisión política entre los cuatro municipios logró instalar la idea de la construcción de un hospital de la más alta complejidad para poder dar respuesta a las necesidades regionales. Cuatro intendentes, un acuerdo, y objetivos claros, junto a los 8 hospitales, que trascienden las barreras jurídicas para trabajar en red.

El programa Redes en Salud dio inicio formalmente en el año 2009 con alcance nacional en las 24 jurisdicciones nacionales a partir de una resolución del Ministerio de Salud de Nación del año

2002 cuando se dió inicio al Programa Redes Integradas en Servicios de Salud (REDES). Si bien no tenemos en claro el número de resolución a partir del cual se comenzó a desarrollar este programa, pudimos encontrar en el número 31.384 del Boletín Oficial, el decreto del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales n° 621/2008 donde figuran bases consistentes para integrar el Programa REDES y REMEDIAR+REDES y comenzar a darle forma desde el área de salud. Nuestro interés estaba puesto en la visión inter/ transdisciplinaria para dicha integración. En 2023 bajo la resolución 2653 se crea el “PLAN ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD” (en adelante PAISS), con el fin de *“contribuir al desarrollo de un modelo de salud integrado, equitativo y sustentable, que garantice el acceso efectivo de la población a la atención de salud integral y de calidad incluyendo las estrategias en redes promovidas con anterioridad”* (Presidencia de la Nación, 2008).

Junto con el inicio de nuestra actividad puertas adentro en el HEC, comenzamos una intensa labor itinerante con la intención de darnos a conocer, y a su vez conocer los diferentes servicios de pediatría de cada uno de los hospitales de nuestra red y, sobre todo, interiorizarnos sobre las personas con las que íbamos a trabajar en adelante. Asimismo, estas recorridas fueron propicias para evaluar la situación en la que se encontraba la región en aquel momento, e identificar las brechas propias de las múltiples realidades que tiene la región. Además, el conocernos fue un proceso en cual pudimos ver las similitudes que nos llevarían a trabajar solidariamente para minimizar esas diferencias y que no se presentaran como un obstáculo al momento de relacionarnos.

En este contexto, se realizó un análisis de situación utilizando la matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), la cual fue discutida entre los nodos de la red durante unos meses y obtuvimos el siguiente esquema de situación:

	Factores Internos	Factores Externos
Positivos	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reconocimiento y decisión para la conformación de una red pediátrica entre jefes de servicio de los hospitales ubicados en los municipios de interés. -Apoyo de los directores de hospitales -Proximidad más o menos equidistante entre hospitales -Disponibilidad de los 3 niveles de atención -Excelente relación interpersonal entre líderes del sector (jefes de servicio) 	<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Decisión política de autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales. -Patologías prevalentes similares -Contigüidad entre los 4 municipios Afinidad profesional entre todos los hospitales. -Conocimiento interpersonal entre profesionales de la zona.
Negativos	<p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de conciencia de la necesidad de registro - Desconocimiento del trabajo en red -Subestimación de la necesidad de referencia-contrarreferencia -Dificultades para la contención del egreso del paciente de la alta complejidad al hospital de origen - Brecha tecnológica - Brecha informática - Brecha de respuesta asistencial 	<p>Amenazas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diferencia jurídica (Nación, Provincia, Municipio) -Diferencia presupuestaria -Diferencias en los niveles académicos -Prevalencia de intereses personales en aspectos territoriales -Brecha económico-social

Tabla 3. Esquema FODA discutido entre los nodos de la Red de Pediatría. (Fuente: Pereyra, 2009).

Este análisis (Tabla 3) nos permitió visualizar la situación en la que nos encontrábamos en términos de las posibilidades de

colaboración, además de identificar la necesidad de la misma. El proceso para llegar a este FODA también consolidó los vínculos y nos impulsó a generar acciones concretas para afrontar la construcción de la red como una entidad autónoma, que trascendía los hospitales y los municipios en sí mismos.

A continuación, enumeramos algunas de las acciones estratégicas que fueron herramientas fundamentales para la construcción de la red y el mantenimiento de los vínculos de colaboración en un contexto tan diverso en sus características y heterogéneo en las prestaciones disponibles para la atención:

1) Reuniones periódicas de jefes de servicio de pediatría

A partir del 2009, las reuniones se realizaban cada 2 meses rotando los lugares de encuentro. Cada reunión contaba con un acta donde se resumía opiniones, acuerdos, inconvenientes, propuestas de mejora de los mecanismos existentes que se socializaba por correo electrónico a todos los jefes de servicio, directores de hospital, área de comunicación del HEC, área de control de gestión, y área de calidad.

Otro de los puntos a tener en cuenta fue que los efectores, en su mayoría del 2° nivel de atención, pudieran hacer frente a la contra-referencia luego del egreso del paciente que no requería atención en la alta complejidad, pero no podría ser egresado a su domicilio debiendo continuar parte de su tratamiento en una complejidad menor.

Identificamos, que hacía falta entonces una capacitación continua hacia todos los niveles y entre todas las disciplinas intervinientes para optimizar los recursos, siempre escasos, para utilizarlos en quienes más los necesitarían. El servicio de Trabajo Social fue fundamental en la intervención de estos casos viendo lo que muchos a veces no somos capaces de ver.

Paso siguiente, nos pusimos a trabajar en la elaboración de normas de atención clínica acordadas por todos los jefes de servicio de los hospitales de la red.

2) Elaboración de normas de diagnóstico, tratamiento y derivación oportuna, comunes a la red

La elaboración de este conjunto de normas fue un desafío en muchos planos. En el plano práctico, hubo que compatibilizar con las posibilidades de encuentro por fuera de los horarios de labor asistencial. Asimismo, hubo que acordar buenas prácticas clínicas para el tratamiento de diferentes condiciones de salud en las posibilidades del contexto sanitario que teníamos en el territorio.

Para iniciar el tratamiento de estas normas creímos conveniente y necesario trabajar intensamente en la gestión para la evaluación permanente de los pacientes a ser derivados, ya sea para las situaciones de emergencia como las bronquiolitis en época invernal, como en las que no requerían intervención inmediata, pero sí atención médica de alta complejidad como dudas diagnósticas o tratamientos complejos.

Se elaboraron normas de:

RED - 001. Tratamiento Antimicrobiano Inicial de las Infecciones en el Niño.

RED - 002. Diagnóstico y tratamiento del Síndrome Nefrítico en el Niño.

RED - 003. Diagnóstico y tratamiento del Síndrome Nefrótico en el Niño.

RED - 004. Diagnóstico y tratamiento del Urémico Hemolítico en el Niño.

RED - 005. Criterios de derivación para el derrame pleural en Pediatría.

Por otro lado, en este periodo, el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del HEC elaboró otras normas que permiten compatibilizar tratamientos y optimizar la continuación de los mismos que estuvieron a disposición de los nodos de la Red.

Entre ellas:

SP001. Asma en Pediatría

UTIP-002. Sedación y analgesia

UTIP-005. Retiro Programado de ARM

UTIP-004 Manejo de la Injuria Pulmonar Aguda y del Síndrome Distrés Respiratorio Agudo

UTIP 006- Aspiración Endotraqueal En Pediatría

UTIP_006_OD_007-01 Instructivo para padres y tutores sobre manejo durante la internación del niño en UTIP_1

3) Elaboración de un menú prestacional

Se realizó una base de información de todas las prestaciones de alta complejidad que se podían consultar en el HEC, así como de

las prestaciones de todos los hospitales de la Red. Entre las especialidades disponibles en la red se puede mencionar: Adolescencia, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía, Cirugía de quemados, Cirugía Maxilofacial, Dermatología, Fonoaudiología, Endocrinología, Endoscopia respiratoria, Gastroenterología, Genética, Ginecología, Hematología, Hemodinamia, Infectología, Kinesiología, Med. Física y rehabilitación, Neurocirugía, Neurología, Neumonología, Nefrología, Oftalmología, Oncología (T. sólidos), ORL, Ortopedia, Terapia ocupacional, Traumatología, Reumatología, Rehabilitación, Salud mental, Diag. Por imágenes.

Dicha base de datos tuvo una actualización permanentemente y se puso a disposición de los profesionales de los servicios de pediatría de cada hospital de la red. Adicionalmente a este menú, se instrumentó la posibilidad de solicitar consultas de las especialidades pediátricas a través de SIGEHOS¹¹.

Esta doble acción, la difusión del menú prestacional actualizado entre los nodos de la red y la posibilidad de gestionar turnos desde los efectores que la integran, apuntó a facilitar la circulación de pacientes entre sus lugares de residencia, así como resguardar el seguimiento del tratamiento u obtención de un diagnóstico certero.

Asimismo, el conocimiento centralizado y actualizado de las posibilidades de atención de todos los efectores hospitalarios de la

¹¹ Es el sistema integral de gestión hospitalaria utilizado en el hospital y que permite vincularse con otros efectores para la solicitud de turnos y acceso a información de la historia clínica electrónica.

red generaron herramientas a sus profesionales para trabajar la contrarreferencia y dar volumen a la circulación de pacientes en otros centros de atención para el seguimiento.

4) Cronograma de atención

Otra herramienta que favoreció el fortalecimiento inter - institucional fue la posibilidad de disponibilizar los días y horarios de atención de los/as profesionales de la salud en cada uno de los hospitales de la red. Así, se confeccionó una agenda detallando especialidad, día de atención, horario, hospital donde presta el servicio, nombre y apellido del especialista.

Esta agenda constituyó una de las herramientas más importantes para gestionar la contrarreferencia, al facilitar y agilizar la gestión de turnos con lxs especialistas concretos en efectores concretos. Sin dejar en manos de la familia del paciente la totalidad de la responsabilidad, favoreciendo el seguimiento del tratamiento y su oportuna alta médica.

Así, para fines de 2016, el Htal. Oñativia contaba con 5 especialidades pediátricas, correspondientes a Cardiología, Dermatología, Fonoaudiología, Neurología y Neumonología. El Htal. Iriarte contaba con 11 especialistas correspondientes a ORL, Dermatología, Oftalmología, Fonoaudiología, Neumonología, Cardiología, Ginecología, Traumatología y Seguimiento clínico. El Htal. Oller con 5 especialistas, correspondientes con Cardiología, Infectología, ORL, Oftalmología, Fonoaudiología. El Htal. Evita Pueblo con 16 especialistas, correspondientes a seguimiento de pacientes complejos, Adolescencia, Ginecología,

Cirugía, Traumatología y ortopedia, Hematología, Dermatología, Infectología, Neurología, Diagnóstico Imágenes, Cardiología, Eco Doppler. El Htal. Lucio Meléndez con 10 especialistas, correspondientes a Gastroenterología, Neumonología, Endocrinología, Hematología, Nutrición, Infectología, Cardiología. El Htal. Jorge contaba con 14 especialistas correspondientes a Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Med. Física y rehabilitación, Psicología, Fonoaudiología. El Htal. Mi Pueblo cuenta con 6 especialistas correspondientes con Seguimiento Clínico de pacientes complejos, Dermatología, Cardiología, Neumonología, Infectología (HIV), Fonoaudiología. Finalmente, el HEC con 32 especialistas pediátricos correspondientes con Endocrinología, Gastroenterología, Genética clínica, Clínica Pediátrica (Seg. de pac. Complejos), Neurología, Cardiología, Nefrología, Oncología (T. solidos), Reumatología, Infectología, Neumonología, Vía aérea superior (Endoscopia), Hepatología (evaluación transp. Hepático), Cirugía, Neurocirugía, Traumatología, Ortopedia y Neuro-ortopedia.

En suma, la red de pediatría hacia fines de 2016 contaba con alrededor de 100 especialidades que trabajaban en los efectores de 2° y 3° nivel de atención, distribuidos en los 4 municipios de la región, con mecanismos de derivación y contrarreferencia que permitían la circulación de pacientes para la realización de consultas, estudios e internación en el sub-sector público.

5) Capacitación de los profesionales de la red

Se realizaron una serie de consultas a todos los nodos de la red y se relevaron necesidades concretas de formación y de actualización en el marco de las reuniones de jefes de los servicios de pediatría de los hospitales involucrados. Se consensuaron los temas y las modalidades de los cursos, dado que algunos requerirían avales de otras instituciones, como por ejemplo la Universidad Nacional de La Plata o la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Las actividades académicas en el marco de la Red de Pediatría del Sudeste comenzaron en el año 2009¹², las cuales fueron abiertas a todos los profesionales que estuvieran interesados en participar en estas actividades¹³. En este mismo año, en el mes de mayo, comenzamos con unas Jornadas intensivas de emergencias pediátricas con la atención puesta en la campaña IRAB de ese año. Su título fue “Emergencias Pediátricas” y fueron realizadas en el Hospital Municipal Dr. Oller. San Francisco Solano (Quilmes) en la que participaron más de 100 inscriptos.

Continuamos con la organización de una serie de cursos de actualizaciones pediátricas (4 en total). El primero realizado en 2010 en conjunto con la Facultad de Cs. Médicas de la UNLP, “La

¹² Todas estas actividades fueron acordadas en reuniones de jefes de servicio, consensuadas y registradas con sus respectivas actas las cuales pueden ser verificadas en los correos electrónicos de: calidad@hospitalelcruce.org y docencia@hospitalelcruce.org

¹³ www.hospitalelcruce.org/index.php/noticias/4367-con-una-importante-participacion-se-realizo-las-2-jornadas-cientificas-de-red-integrada-pediatria-red-pediatria-sudeste-region-metropolitana-sap

pediatría vista por especialistas", con el aval de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). En el 2011 se realizó la segunda edición, y en el 2012 la tercera edición.

Estos 3 primeros cursos se desarrollaron en el Hospital El Cruce. Las autoridades de éstos quedaron a cargo de los jefes de servicio de los hospitales de la red.

El 4° curso se desarrolló en el año 2013, en el Hospital Evita Pueblo de Berazategui con una temática dirigida a "Emergentología Pediátrica".

Entre otras capacitaciones se encuentran las Jornadas de cardiología infantil, con enfoque interdisciplinario integrando los 3 niveles de atención. Asimismo, el 23 de marzo de 2017 se realizaron las 1° Jornadas de cardiología infantil en Red realizadas en el hospital Evita Pueblo de Berazategui en la cual se abordó el tema de las cardiopatías congénitas (CC) desde un punto de vista integrador dirigido a la integración y relación disciplinaria dirigida a pediatras, neonatólogos, cardiólogos infantiles, trabajadores sociales, recuperación cardiovascular, enfermeros, para coordinar la información para el diagnóstico pre y post-natal, seguimiento pre y post-quirúrgico de pacientes con cardiopatías congénitas.

Se diseñaron, organizaron y llevaron adelante cursos de neurología infantil. En la misma línea de capacitación de sub-especialistas dirigidas a pediatras de la red nos encontramos con una fuerte demanda en el área de neurología infantil no solo en la red sino también en toda la Región Sanitaria VI (RSVI). En virtud

de esto, organizamos cursos específicamente orientados a esta subespecialidad. En el año 2013 y 2014 organizamos dos cursos específicos de Neurología Infantil los que se llevaron a cabo en el Hospital El Cruce y dirigido a pediatras del 1° y 2° nivel de atención para la red sudeste y abierto a toda la RSVI.

Es importante destacar que se identificó un interés particular sobre la neurología infantil por parte de pediatras, médicos generalistas, enfermeros y otros agentes de salud de la red y de la región sanitaria, que nos motivó a intentar hacer algo más para la formación del recurso humano necesario para dar respuesta a una necesidad creciente. En ese entonces el único efector de salud que contaba con neurólogo infantil Dr. Walter Barboza, quien fue el motor que llevó adelante el proyecto de crear en el Hospital El Cruce la “Carrera de Especialista en Neurología Infantil” con título de especialista certificado por UBA con todo lo que esto implica. La carrera se inició en 2015 y hoy cuenta con más de 6 egresados que aportan sus conocimientos en toda la región sanitaria.

Para el 31 de octubre de 2019 se realizaron las últimas Jornadas científicas de la red Pediátrica Sudeste realizadas en el Hospital El Cruce de F. Varela con la participación de todos los hospitales que integran la red, incluido APS de algunos municipios. En estas jornadas se realizaron presentaciones de trabajos libres dentro de diferentes ejes temáticos propuestos en su momento. Cabe destacar que uno de los trabajos presentados se describe con más detalle en otro capítulo de esta publicación en el cual se describe la experiencia del municipio de Berazategui en la que se puede ver

la integración entre 1° y 2° nivel de atención donde también se destaca la participación familiar en el seguimiento de los pacientes.

6) Elaboración de guías para la admisión de pacientes al 3° nivel de atención.

Un punto fundamental en el que hemos trabajado fue la elaboración de estas guías de admisión de pacientes en el 3° nivel de atención para la optimización de las derivaciones solicitadas desde otros niveles de atención.

Conclusiones

La Red de atención pediátrica desde su inicio fue posible gracias al esfuerzo y el compromiso puesto por cada uno y cada una de los integrantes, quienes promovieron las acciones, reuniones y todas las vinculaciones de manera consensuada entre los diferentes nodos. Para ello, una de las estrategias que potenció la integración fue la visión inter / transdisciplinaria, dado que permitió el diálogo y acciones conjuntas con diferentes sectores del ámbito hospitalario y de la salud municipal en sus diferentes singularidades.

La Red de Pediatría del Sudeste favoreció la integración comunicacional tanto, entre profesionales como entre instituciones: se generaron espacios de encuentros, de formación, se desarrolló y difundió el menú de prestaciones de todos los hospitales de la región y se puso a disposición de lxs profesionales de todos los efectores involucrados, se habilitó la posibilidad de gestionar turnos a través del SIGEHOS, se generaron normas de

tratamientos y abordajes clínicos para aunar criterios de atención, seguimiento y derivación hasta ese momento sin acuerdos previos.

Es importante remarcar la creatividad en las propuestas para generar vínculos, la responsabilidad colectiva de las decisiones y acciones conjuntas, la integración y transferencia de saberes y la planificación y puesta en práctica de políticas públicas basadas en el desarrollo de las redes, han sido clave en el proceso de conformación y fortalecimiento de la Red de Pediatría del Sudeste.

La decisión política de las autoridades de cada momento entre 2009 - 2020 fue generando el marco para el crecimiento de una estrategia sanitaria que mejoró la calidad de la atención pediátrica en la región y fundó las bases para futuros esfuerzos de colaboración.

Para finalizar seía importante poder hacer algunas observaciones. Desde nuestro punto de vista consideramos que debemos tener en cuenta dos enfoques conceptuales. En primer lugar, desde 2008 (y mucho antes también) estaban dadas todas condiciones administrativas para trabajar en red atento a las Normas de Garantía de Calidad para poder hacerlo. Digamos que en términos administrativos debía quedar registrado todo lo hecho en cuanto a la asistencia, docencia e investigación. Y en segundo lugar destacar la actividad vincular primero entre los jefes de Pediatría y luego incorporando el resto de profesionales implicados en la salud de los niños y niñas de la región. Y esto va mucho más allá del compromiso personal sin mediar ningún tipo de incentivo adicional los que hace mucho más valioso el esfuerzo de cada uno

para llegar a tanto. Pero nada de esto hubiera sido posible sin políticas públicas que les den validez a los hechos. Por un lado, la mirada de la estructura administrativa y por el otro la voluntad de la importancia de los vínculos. Pero lo más importante es que cada uno más allá de la mirada que le demos si el otro no tiene la convicción y los conocimientos mínimos de salud pública nada hubiera sido posible.

Capítulo 1.2

Entre derivaciones y articulaciones: trabajo social, salud y redes

Diana Álvarez y Pablo Sanhueza

Para pensar en el Trabajo Social es imprescindible partir de la descripción de los procesos sociales donde se inscribe.

El momento de enfermedad es un momento disruptivo que genera múltiples cuestiones en las redes vinculares de las personas y para su abordaje se requieren encadenar acciones con diversos actores que pertenezcan o no al campo sanitario.

Los individuos que conforman los grupos sociales en los procesos de reproducción social, presentan malestares concretos traducidos ocasionalmente en demandas, para las cuales desde el ámbito profesional se conforman diversas intervenciones.

En este apartado desarrollaremos específicamente la cuestión de la salud y la enfermedad como malestar de la población que se traduce en demanda hacia los efectores sanitarios. La salud y la enfermedad de las comunidades son atendidas desde prácticas médicas, tanto hegemónicas -entiéndase esto como la

biomedicina- y prácticas medicinales alternativas -entendiendo a las mismas como aquellos recursos basados en los conocimientos de los grupos sociales.

La biomedicina en nuestro país se inscribe principalmente en efectores sanitarios organizados en tres niveles de atención: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención; y a su vez se distingue una subdivisión entre el ámbito público y privado. Ahora bien, ¿la salud y la enfermedad deben ser abordadas únicamente desde el ámbito sanitario?

Podemos afirmar como primera aproximación, que, el campo de la salud no puede comprenderse sin tener en cuenta la interrelación con los diversos campos que se constituyen en el ámbito de lo social, los cuales desde nuestra perspectiva no se acotan a las esferas institucionales.

Las situaciones disruptivas vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención promueven a las sociedades a modificar los esquemas de su vida cotidiana; se modifican costumbres, valores morales, actividades laborales, recreativas, educativas que requieren de una readecuación de la acción del ser. Estos procesos no siempre se efectúan espontáneamente, y suponen un impacto en las subjetividades individuales y colectivas que requiere del acompañamiento de las mismas desde una mirada multifocal, la cual sitúa a la persona en su propio contexto. Se considera que esta mirada promueve la constitución de espacios colectivos destinados a entrelazar saberes y experiencias en el plano territorial.

Los espacios colectivos están mediados por diversos intereses y disputas que presentan los actores involucrados, en los que se generan mecanismos de colaboración y alianzas estratégicas. Estos mecanismos de colaboración se producen ya sea por procesos internos de las organizaciones o por elementos propios de la población.

En cuanto a las organizaciones, según sean sus tradiciones podemos identificar acciones vinculadas a la cooperación, la gestión, la integración, entre otras. Estas dependen de la complejidad de las necesidades del paciente y del modelo de atención que nos propongamos para cada situación en particular. La mirada hacia un mismo “objeto” ineludiblemente está condicionada por acervos teóricos, experiencias personales, experiencias profesionales, credos, etc.; por lo que estos actos no siempre prosperan en armonía porque los objetivos de abordaje no son unívocos como tampoco los intereses particulares de los actores que no tienen como “costumbre” la coincidencia, sino por el contrario.

En cuanto a los elementos propios de la población podemos considerar, por ejemplo, las referencias con centros de atención establecidas que pueden coincidir, o no, con el área programática según domicilio de residencia, la pertenencia cultural, religiosidad, conocimientos ancestrales, entre otros.

Es así que, por ejemplo, para la continuidad de la atención la cual suele ser una solicitud de intervención a los trabajadores sociales, operan cuestiones objetivas, tales como, la disponibilidad de servicios y las estrategias de articulación que puedan darse las

organizaciones y cuestiones subjetivas que se vinculan con las trayectorias de los usuarios de servicios.

Formas de abordaje para la atención en salud pediátrica en red, desde la perspectiva social

El rol disciplinar del Trabajo Social en las intervenciones que se despliegan en la población pediátrica hospitalizada en el HEC como también en otros efectores sanitarios tiene como fundamentos una variedad de determinantes sobre la salud del sujeto y su contexto.

Específicamente se implementan abordajes a fin de ofrecer garantías a las infancias para su bienestar y óptima calidad de vida. Los profesionales del Trabajo Social, por ejemplo, integran a la familia como parte del proceso de recuperación del niño y se interioriza sobre su situación, ofreciéndole espacios de contención, asesoramiento y escucha a fin de que puedan desenvolverse en una realidad cotidiana que se ha visto alterada por la internación del paciente.

En las interacciones con las familias y/o referentes vinculares, puede entreverse una particularidad única de su realidad situacional, donde la evolución del niño internado es propia y la patología también es singular; requiriendo mayor o menor tiempo en su recuperación. Sin embargo, podríamos identificar en familiares acompañantes elementos comunes tal como, la adaptación que deben realizar hacia una nueva cotidianidad dentro del Hospital, la reorganización de roles en el ámbito doméstico, la interrupción de las actividades laborales y la

continuidad de cuidados en su hogar la cual se inscribe en la incertidumbre, el temor y ocasionalmente la angustia. Es en este punto donde se considera crucial la constitución de un entramado de redes institucionales en la comunidad tales como: CAPS, Escuelas, clubes de barrio, centros de rehabilitación, instituciones religiosas, entre otras.

La conformación de redes y la recuperación de la trayectoria de vida de los sujetos y de estrategias de supervivencia previas a la intervención profesional en términos de resolución frente a la demanda construida por parte del sujeto, permiten tener una aproximación de conocimiento sobre el territorio donde se asientan las familias favoreciendo la continuidad de cuidados sobre el paciente y su entorno.

Experiencia general de articulación entre los 3 niveles de atención presentes en la subregión

Con el fin de ejemplificar el trabajo que se realiza desde Trabajo Social en articulación con los distintos niveles de atención en salud se narra de modo abstracto un relato de experiencia de intervención.

A partir de la internación de un niño en la sala de cuidados intensivos pediátricos, los médicos tratantes interconsultan a Trabajo Social. El niño ingresó al Hospital El Cruce, derivado del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, con diagnóstico de fractura lumbar, a causa de traumatismo dorso lumbar de columna.

Durante la entrevista inicial se busca conocer la composición familiar, las condiciones de vida, y el contexto en el que se produjo el evento que causó la internación del pequeño. Las condiciones laborales del grupo familiar diariamente los exponen a diversos riesgos los cuales concluyen con un accidente que daña al niño. Por lo que, habiendo efectuado un análisis de la entrevista, se define en el marco de la corresponsabilidad que suponen la ley provincial 13.298 y la ley nacional 26.061, elaborar un informe que dé cuenta de las apreciaciones profesionales el cual oficiará como elemento comunicativo formal para dar conocimiento a los organismos competentes e iniciar un abordaje intersectorial. El mismo se efectúa con el Servicio Local de Protección de Niñez y Adolescencia, con el equipo de orientación escolar de la Escuela de pertenencia y con la colega del CAPS donde concurre la familia en cuestión.

En este sentido el organismo de protección de derechos consideró establecer una medida de abrigo mediante la cual los hermanos del paciente quedaron en guarda familiar. La medida -en este caso- permaneció en constante proceso de evaluación dado que se realizó de modo preventivo para mantener el bienestar de los niños. Esta decisión no invalidó el contacto materno y además, requirió la intervención de efectores municipales para atender a las necesidades socio-económicas puntuales por las que permanecían en situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, el niño hospitalizado continuó su recuperación en la internación del Hospital de agudos y crónicos según domicilio de origen. Es así que se realizaron comunicaciones telefónicas con

el Servicio Social del segundo nivel de atención los cuales se extendieron al CAPS para dar continuidad a los controles pediátricos de los niños. Paralelamente se articuló con la Escuela que garantiza la continuidad de la trayectoria educativa tanto en establecimientos sanitarios como en el domicilio de aquellos estudiantes que, por razones médicas, no pueden concurrir al establecimiento. Esto asegura el acceso a la educación tanto en la internación y en el domicilio, como también momentos de esparcimiento recreativo y estimulación cognitiva con el objetivo de la reincorporación futura.

El trabajo sobre esta situación puntual ilustra un trabajo interdisciplinario tanto al interior del Hospital (Trabajo Social, Psicología, Servicio médico, etc.), como también al exterior (Escuelas, Servicio de protección de Niñez, Hospital y CAPS, entre otros), donde la comunicación y corresponsabilidad con otros efectores, constituyen una red de trabajo entre diferentes niveles de atención de la salud para el niño y su entorno.

Para finalizar queremos poner en discusión la noción de derivación pensando en la conformación de la red.

El concepto de derivación entre los niveles de atención es de uso común para solicitar la admisión de pacientes ante por ejemplo la falta de complejidad médica, bien por áreas programáticas o bien por necesidad de servicios no médicos. Por definición la palabra derivar significa: "alude a guiar, trasladar o llevar a alguien o algo de un sitio a otro" (la forma compuesta de "rivare": hacer fluir, llevar, conducir o canalizar un curso de agua; y "de", indicando separación, significando luego, "llevar desde, conducir desde...en

el diccionario de la lengua española) al desarmar las palabras podemos dar cuenta de la intencionalidad que aporta en la construcción de los hábitos de los actores sociales. Partiendo de estas nociones consideramos interrogar al concepto pensando en si el mismo es favorecedor de la construcción de redes o, por el contrario. Como primera cuestión se podría decir que al hablar de derivación nos encontramos frente a un proceso unilateral donde uno emite y el otro recibe, pero ¿cómo se recibe?

Otra cuestión de los procesos de derivación es que, generalmente corresponde a la especificidad de los profesionales médicos, sin embargo, los profesionales de las áreas sociales acuñamos generalmente el concepto de articulación para referirnos a las relaciones que establecemos con profesionales e instituciones que cuentan con la capacidad de respuesta de la que carecemos en nuestros puestos por especialidad. Ahora bien, tanto si decimos derivaciones o articulaciones ¿estamos considerando reciprocidad? ¿Logramos pensarnos en interacciones dialécticas? ¿Qué tan verticales u horizontales son nuestras prácticas? ¿Por qué el mecanismo de trabajo en red sería superior de las prácticas por derivación o articulación?

El trabajo intersectorial e interinstitucional transversaliza los espacios en el armado de redes y estrategias de acompañamiento a las personas que transitan por el hospital en su proceso de salud/enfermedad/atención/cuidados. Este tránsito como venimos exponiendo no se agota en el hospital, sino que el recorrido continúa estructurado en las informalidades de los procesos de trabajo que tienen un origen teórico y técnico pero

que la desorganización del mundo de lo social impone sus reglas conformando prácticas basadas en lazos solidarios establecidos por los trabajadores y los referentes comunitarios. Estas prácticas que no se agotan en una intervención puntual, sino que se desarrollan en términos procesuales son imperceptibles a las mediciones que nos dan acceso a evaluar resultados; por lo tanto, a los ojos de la formalidad aquello que no se mide, nunca existió; el hecho de no encontrarlas en estadísticas no quiere decir que no sean objeto de apropiación de los actores sociales quienes con el transcurrir de los usos y costumbres las transforman en habitus (Bourdieu,1988).

Nuestra historia y nuestra experiencia como colectivo nos aporta un significativo acervo que da sentido a la creación y sostenimiento de redes. No hay problema social que sea unicausal, por lo tanto, las respuestas tampoco deben serlo. Como trabajadores de las organizaciones públicas nos encontramos en el permanente desafío de crear, de construir creativamente acciones entrelazadas que optimicen el bienestar de las poblaciones usuarias de los servicios y sistemas de salud.

Parte 2

Experiencias desde los territorios

Mora Castro

Introducción

En este capítulo se desarrollan las distintas experiencias territoriales de atención de la población pediátrica (niños/as desde su nacimiento hasta los 14 años) de los municipios que conforman la subregión del sudeste de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires: Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown.

Para ello, cada uno de los capítulos de esta Parte reúne la información de cada municipio. Por ejemplo, se mencionan las características socio-territoriales, composición poblacional, la forma de organización del sistema de salud local, descripción de los efectores de salud del subsector público ubicado en cada uno de los municipios, la estructura de la atención pediátrica en sus distintos niveles y los vínculos de colaboración entre las instituciones y equipos de salud. Asimismo, se describe el impacto que ha tenido la pandemia tanto en los efectores como en las

dinámicas de atención infantil así como los cambios que se observaron post pandemia.

En cada uno de ellos se describen cuáles fueron las estrategias para disminuir los riesgos y facilitar el acceso a la salud en la población y el trabajo colaborativo en red. Para el caso del municipio de Berazategui, además se detallan las articulaciones en la atención desde la perspectiva de la Red de Recién Nacidos de Alto Riesgo, una estrategia sanitaria de seguimiento en la atención de gran impacto en la población.

Es importante destacar que el origen de la información en esta Parte se basa mayormente en la experiencia de quienes forman el Equipo de Investigación en los efectores de salud donde trabajan y en los municipios donde están radicados. Además, dicha información se articula con datos poblacionales, económicos y sanitarios provistos por el INDEC, de otros entes gubernamentales de escala nacional o provincial y de los mismos centros asistenciales descritos. Finalmente, se cuenta con escasa información de las Secretarías de Salud municipales, dado que actualmente no brindan información sistematizada de la situación sanitaria local o de la estructura institucional en el ámbito de la salud.

Capítulo 2.1

Municipio de Florencio Varela

Cecilia M. Santolin

El Municipio de Florencio Varela es un municipio creado en 1891 su superficie (190 km²) se halla dividida en áreas, siendo el área urbana el 36% de la misma (68 km²), el área semiurbana 1,5% (3 km²), el área industrial exclusiva 5% (9 km²), áreas complementarias 34% (65 km²) y el área rural 23,5 % (45 km²). En la actualidad informa una población total de 496.433 habitantes siendo un 25.63% de la misma, población infantil (INDEC, 2024) La variación intercensal del partido respecto de su población es de un incremento del 23%. Dentro del municipio se ubican las localidades F. Varela, Gobernador Costa, E. Zeballos, Villa Vatteone, Bosques, Ing. Allan, Villa San Luis, Villa Brown, La Capilla y Villa Santa Rosa. La localidad forma parte del Segundo Cordón del Conurbano Bonaerense, a 35 km al suroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a 40 km de la Ciudad de La Plata. Forma parte del área definida como Región Sanitaria VI.

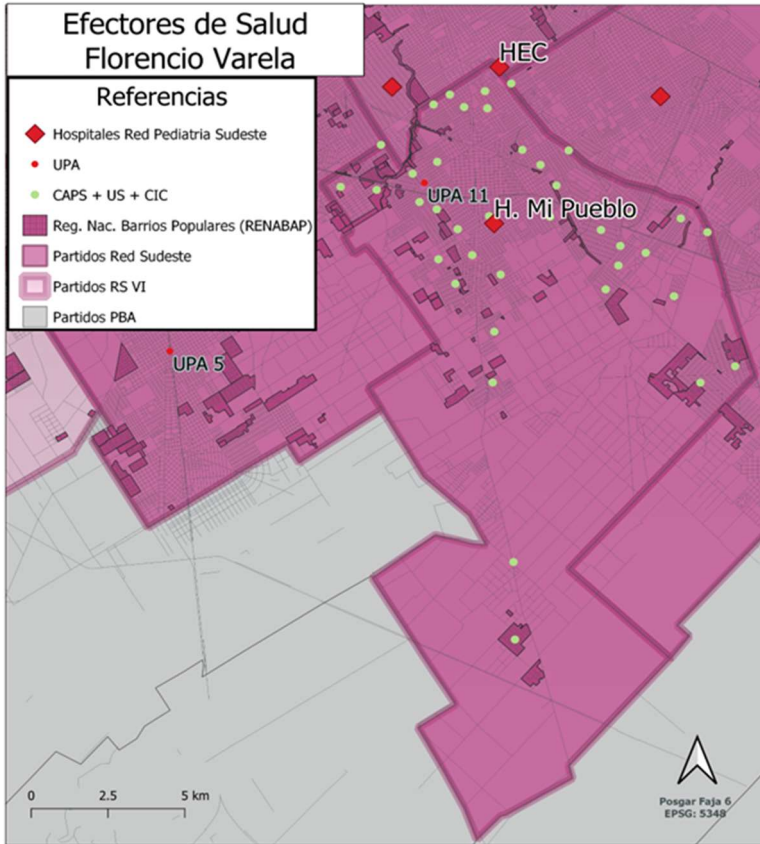


Figura 3. Ubicación geográfica del municipio de F. Varela y ubicación espacial de los centros públicos de salud en el municipio (Fuente: elaboración Mora Castro a partir de datos del Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud -RUPES-, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2024).

La estructura de atención de salud desplegada en el territorio municipal cuenta con representación pública municipal, provincial, nacional y del ámbito privado (escaso).

Dentro del marco municipal, de acuerdo a información provista por la Secretaría de Salud municipal, se informan actualmente en los medios oficiales 33 Centros de Atención Primaria (CAPS); 3 Postas sanitarias y 6 Centros integradores comunitarios (CICs) distribuidos por todas las áreas del partido, desde las céntricas urbanas hasta las más alejadas y rurales (ver *Figura 3*).

Por otra parte, en jurisdicción provincial se encuentra el Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo (HMP), se ubica en la calle Mainini 270 (ex Progreso) del Barrio de Villa Vatteone (*Figura 4*). El mismo comenzó funcionando como consultorios externos en 1984 y quedó inaugurado por completo en 1992, funcionando dentro del ámbito municipal hasta el 2004, que comenzó a formar parte de la administración de la Provincia de Buenos Aires. Habiendo nacido como un hospital “materno infantil”, heredó la atención general de la población del viejo Hospital Municipal Boccuzzi, que se encontraba emplazado en pleno centro de la ciudad y, nació como una sala de primeros auxilios, creciendo hasta manejar 64 camas, dando respuesta a toda la población y que, actualmente, funciona como oficinas.

Hoy el nosocomio atiende más de 350.000 consultas por año, de las cuales el 50 % corresponden a emergencia, aunque continúa con una importante impronta de atención de las infancias y salud de la mujer.

Se trata de un hospital de nivel VI, dotado con 210 camas, distribuidas entre atención de adultos (ginecología, obstetricia, clínica general, cirugía, traumatología, guardia y UTI) y de lactantes, niños, niñas y adolescentes (pediatría y neonatología).



Figura 4. Entrada principal del Hospital Mi Pueblo (Fuente: perfil del Facebook oficial del HZGA Mi Pueblo, 2023).

Bajo la jurisdicción nacional, en 2009 nace El Hospital El Cruce (administración del tipo SAMIC), Alta Complejidad en Red, como respuesta a la necesidad de atención de mayor complejidad de los municipios aledaños (Florencio Varela, Berazategui, Almirante Brown y Quilmes) (Figura 5). Allí se realizan métodos complementarios, diagnósticos y terapéuticos de tercer nivel de atención. A éste se accede a través de un sistema de derivación ambulatorios y/o de internación, mediante la conexión de los servicios de admisión y gestión de pacientes de las instituciones, logrando mecanismos de referencia y contrareferencia, trabajando de manera interdisciplinaria para el seguimiento. Dotado de la más alta tecnología, cuenta con 130 camas, el 50% de las cuales, tienen perfil de alta complejidad (UTI/UCO).



Figura 5. Entrada principal del Hospital El Cruce (Fuente: página oficial del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, 2023).

Dentro del marco de la creación de las Unidades de Pronta Atención (UPA) por parte del gobierno provincial, para dar respuesta a situaciones de “urgencia” y/o “emergencia”, llegó a Florencio Varela la UPA 11, la cual en marco de la contingencia de COVID-19, prestó su espacio para el funcionamiento del Hospital Modular que, aún hoy, se encuentra funcionando, y significa un apoyo para el manejo y atención de pacientes adultos (38 camas) dentro del municipio.

Esta estructura de servicios asistenciales, se completa con el sistema de atención médica de emergencias (SAME 107), y una dirección de medicina preventiva que presta servicios de bromatología, zoonosis urbanas, programa ampliado de

inmunizaciones, vigilancia epidemiológica, y prevención y asistencia de las adicciones (CEVARESO).

Redes y derivaciones

La atención de las infancias en el municipio de Florencio Varela se da en los tres niveles, brindando acciones de promoción y asistencia en salud.

En los CAPS y CICs, atienden médicos pediatras y generalistas, quienes ante necesidad articulan con el segundo y tercer nivel. Y se cuenta con consultorio de seguimiento del desarrollo (a cargo de neurología infantil). Allí se realizan controles de salud, atención de patologías y controles de externaciones hospitalarias (las cuales se programan a través del área de contra referencia del HMP). También se desarrollan actividades de prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención de violencia y promoción y protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

En el HMP se informaron 3653 nacimientos en el pasado 2023 (320 de los cuales fueron de madres menores de 18 años), recibidos por el servicio de neonatología que cuenta con 44 plazas de baja, mediana y alta complejidad y brinda atención a situaciones de etiologías diversas tales como, recién nacidos prematuros, asfixias perinatales, retardo de crecimiento intrauterino, infecciones connatales, por nombrar los más frecuentes. Habiendo atendido en el pasado año 845 internaciones (de las cuales 123 fueron por LUES congénita). Al momento del egreso de la maternidad y dependiendo el estado de cada neonato, se

realiza seguimiento en consultorios del propio servicio, en CAPS y a través de programas de seguimiento enmarcados en la ley provincial N°14.931 que insta a la creación de “Sistema y/o red de Seguimiento de Recién Nacidos Prematuros de Alto Riesgo”

Por parte del servicio de pediatría, el HMP se cuenta con:

Guardia y Consultorios Externos: Coordinado por un sistema de Triage, atendida por médicos pediatras con una atención las 24 hs. Se dan respuesta a las consultas ambulatorias y se reciben las derivaciones de efectores de menor complejidad y de servicio de emergencia (SAME). Funciona también un consultorio de seguimiento de niño sano en todos sus aspectos (el crecimiento y desarrollo, prevención y patología ambulatoria habitual), y seguimiento de pacientes externados con patologías complejas. También se cuenta con consultorio de neumología, nutrición, cardiología infantil.

En el sector de guardia, se encuentran dos salas de observación con 2 aislamientos (total 12 plazas) y un shock Room con 3 camas, donde se evacuan unas 1000 internaciones por año, de las cuales el 40% se resuelve, el 35% se interna en la sala del servicio y el 15% se deriva a centros de Mayor Complejidad, (Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata y el Hospital El Cruce, los principales referentes).

Se responden aproximadamente a 45.000 consultas anuales.

Sala de internación: cuenta con 30 camas para internación las cuales se dividen en: 2 unidades de aislamiento, 12 unidades de

lactantes y 10 unidades infantiles y 6 unidades para cirugía, traumatología y ORL, para pacientes de baja y mediana complejidad, se cuenta con tres unidades de asistencia respiratoria mecánica y 4 de cánulas nasales de alto flujo, para sostener al paciente grave a la espera la derivación a centro de mayor complejidad.

Se destaca que en el servicio de pediatría, funciona la residencia médica más antigua del nosocomio, dependiente del sistema de residencias médicas de la Provincia de Buenos Aires, de la cual ya han egresado 20 promociones, y actualmente, es sede del curso superior de Universidad de Buenos Aires, como así también de la asignatura “Salud y enfermedad en la infancia y adolescencia I” de la carrera de medicina de Universidad Nacional Arturo Jauretche y de las prácticas finales obligatorias de las facultades de medicina de la UBA, UNLP y UNAJ.

En cuanto a los motivos de consulta, las patologías prevalentes de atención son sin dudarlas respiratorias (bronquiolitis, crisis bronco obstructivas, asma, neumonías, sospecha y casos activos de tuberculosis), seguidas por las infecciones de piel y partes blandas. Y aunque en su mayoría se resuelven en el lugar de origen, con respecto a las derivaciones son los casos graves de infecciones respiratorias, politraumatismos, y otras causas quirúrgicas (apendicitis y quemaduras) los motivos más frecuentes, en muchos de estos casos por no contar con anestesia ni terapia infantil.

Es relevante hacer mención al alto número de casos ingresados con y por riesgo social, significando el diagnóstico de egreso de

más de 50 casos del pasado 2023, y de los cuales el 25% requirió intervención de Servicio de Local de Promoción y Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con medidas de abrigo institucionales.

De los 42 centros asistenciales municipales de Atención Primaria, 23 de ellos cuentan con atención pediátrica.

Es de resaltar que, dentro del partido de Florencio Varela solo funcionan 2 instituciones con guardia 24 horas de atención *privada*, pero que no cuentan con área pediátrica.

Otras potencialidades del Municipio en el ámbito sanitario

El municipio lleva adelante una política de mejora del acceso a prácticas de laboratorio, especialistas en patologías prevalentes crónicas y no transmisibles como diabetes y transmisibles como el VIH, cuentan con un laboratorio de prótesis dentales en el marco del Dispositivo “Sonrisas Valerenses” desde 2019; se implementaron políticas municipales de prevención de muertes cardiovasculares, a través de la categoría de “ Ciudad cardioprotegida” con adquisición de equipamiento con desfibriladores automáticos (DEA en 32 centros de salud, el Polideportivo La patriada, defensa civil Bomberos palacio Municipal, universidad, Precio ex AGFA y cámara de comercio así como la capacitación continua de personal y comunidad (*Figura 6*).



Figura 6. Taller de RCP. Equipos de salud y SIES. Florencio Varela (Fuente: Secretaría de Salud, 2021).

En el marco de favorecer la accesibilidad el municipio creó la Dirección general de Gestión de pacientes con procedimientos administrativos normalizados para facilitar información, acceso a la asistencia/derivación según necesidad y como automonitoreo de calidad y mejora del sistema de atención municipal. Convenios con la Obra social de PAMI permiten el acceso a especialidades disponibles en el municipio a jubilados y pensionados del distrito.

Acceso, cobertura y garantía de derechos

a partir de la entrada en vigencia de la Ley de Interrupción voluntaria del embarazo 13 centros municipales en varias localizaciones del distrito garantizan la consejería y el acceso a la IVE/ILE, se completa en el acceso a prácticas preventivas dirigidas a la población femenina, no solo el test de VPH (virus a detectar responsables del 99% de las lesiones malignas del cuello uterino y

toma de muestras de Papanicolaou, sino a los estudios mamográficos, en ambos casos superando los 5000 estudios solo en el año 2022.

Abordajes municipales de salud en niñeces y adolescentes

A partir del cumplimiento de la adopción como valores del municipio, que los niños y niñas tienen derecho a la vida y a la salud no solo como derecho constitucional, se llevan adelante diferentes estrategias:

-Control de menores de 19 años en los CAPS municipales a través de 43 equipos interdisciplinarios con la modalidad de turnos programados y demanda espontánea, que articulan con el segundo y tercer nivel de atención regional.

-Las jornadas de atención integral en clubes de Fútbol son jornadas programadas entre el municipio y atletas federados de distintas disciplinas deportivas, así como el estudio para aptitud física de competidores en juegos bonaerenses, articulando con especialidades y servicios de apoyo en caso de lesiones o diagnósticos que surjan del mismo.

-En el marco de las prácticas preventivas primarias, la vacunación de calendario nacional se realiza por diferentes modalidades con vacunatorios itinerantes a establecimientos educativos, espacios públicos y vacunatorios fijos distribuidos en todo el territorio.

-El Programa IRAB (Infecciones respiratorias agudas bajas) favorece las estrategias locales y regionales para disminuir la incidencia en niños pequeños y su morbimortalidad consecuente.

- El Programa municipal “Primera noche” fue creado para acompañar y asistir en domicilio a familias con niños y niñas externados del Hospital Mi Pueblo, evaluando necesidades, medicación, alimentación y reevaluando el cuadro clínico. De acuerdo a la Secretaría de Salud municipal, durante el año 2023 se asistieron en el municipio 19.000 casos de IRAB, de los cuales 7000 fueron asistidos en el nivel municipal y 12.000 en el Hospital Mi Pueblo con seguimiento de 383 niñez en sus domicilios en su “Primera Noche” sin haber registrado fallecidos.

-La asistencia sanitaria incluye la protección y vacunación de animales domésticos con operativos móviles de vacunación y castración. El centro veterinario cuenta con dos quirófanos, consultorios y laboratorio, conformándose como una iniciativa muy valorada por la comunidad (*Figura 7*).

- El municipio también es sede de la carrera de especialista en medicina general de la UNAJ, dichos profesionales se forman a la vez que brindan a la comunidad acciones de atención y prevención de salud en todas las etapas de la vida, con franco hincapié en el acercamiento territorial.



Figura 7. Inauguración del Centro veterinario municipal (Fuente: Secretaría de Salud. Mayo de 2022).

Entra en escena la COVID-19 y el ASPO

En marco de la contingencia por la pandemia de COVID-19, desde el HZGA Mi Pueblo se establecieron ciertos cambios y/o mejoras a la hora de la atención al paciente. Se crearon nuevos espacios dentro del edificio existente, logrando aumentar 10 camas a las preexistentes, para atención de adultos con COVID-19 (que se sumaron a las casi 70 creadas en la UPA 11 de F. Varela, 30% de las cuales eran de alta complejidad, y a las del Centro Alternativo La Patriada)¹⁴ (Silberman et al, 2021). Se determinaron sectores para TRIAGE e hisopados separados de la internación. Se aumentó la tecnología de alta complejidad (ARM, monitores multiparamétricos, bombas de infusión) en hasta un 60%. Se modificaron circulaciones internas y externas colocando nueva señalética para orientación de trabajadores y usuarios. También se duplicaron las plazas de la morgue institucional y se contó con espacios externos (alquiler).

¹⁴ Para más información, ver Capítulo 4.1, Parte 4 de esta compilación.

Asimismo, se incorporó personal administrativo y profesional, y se contó con la colaboración del “Voluntariado Vicente Ierace” del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ (estudiantes de medicina, tecnicatura en emergencias, enfermería, kinesiología y gestión de pacientes que se desempeñaron fundamentalmente en la orientación de pacientes, denuncias epidemiológicas e hisopados).

Cabe aclarar que, durante todo el período álgido de pandemia, se pudo dar respuesta a todas las internaciones necesarias y no ocurrieron muertes maternas por COVID-19 (a embarazadas positivas se realizó seguimiento telefónico desde el hospital).

Con respecto a los casos de quienes desarrollan tareas dentro del hospital, se documentaron licencias por COVID-19 positivo, pero no ocurrió ningún fallecimiento de personal activo por la infección. También funcionó en el nosocomio un vacunatorio tanto para los trabajadores como para externos. El total acumulado para el año 2020 sobre infectados fue del 1.023 (5,1% sobre total planta personal) (Fuente: Dirección de información sistematizada. Ministerio de salud. pcia de Bs as)

Por otro lado, en el primer nivel municipal se desplegaron estrategias de primera atención, donde se realizaron hisopados y las denuncias epidemiológicas correspondientes con su seguimiento telefónico (en muchos casos realizados por el centro que funcionó desde el ICS de UNAJ en Hospital El Cruce, y llevado adelante por el Voluntariado Universitario ya nombrado). Cuando se concretó el plan de vacunación nacional, al vacunatorio del hospital, se sumaron 10 centros distribuidos por

todo el municipio, y dos postas itinerantes para permitir la llegada de las dosis correspondientes a la población.

Capítulo 2.2

Municipio de Quilmes

Claudia Setién

Características del municipio

Quilmes es un municipio ubicado sobre la costa del Río de la Plata, al sudeste del área metropolitana de Buenos Aires. Cuenta con una población de 633.391 habitantes (1,38% del total del país). Su composición es de 329.672 mujeres, 304.299 varones, 94 sin la anterior definición y, un 21.57% de población infantil (INDEC, 2024) distribuidos en 125 km². Es una población joven, la edad mediana del partido es de 33 años y el índice de envejecimiento es de 56 (es decir, la cantidad de personas de 65 años o más por cada 100 personas de 0 a 14 años). Sobre su crecimiento poblacional, la diferencia en el registro de los Censos Nacionales de Personas, Hogares y Viviendas realizado en el 2010 y en el 2022, hay un incremento en la cantidad de personas de un 9,11% y de viviendas de un 25, 21%. Entre las localidades más importantes, se destacan la propia ciudad de Quilmes, Ezpeleta y San Francisco Solano. Cabe destacar que la ciudad de Quilmes es la cabecera del partido y una de las ciudades más antiguas de la provincia, tras haber sido fundada en 1666.

De acuerdo con la información expuesta en el sitio web de la Secretaría de Salud municipal (<https://www.quilmes.gov.ar>), el sistema de salud municipal cuenta en el primer nivel de atención con 44 centros de atención entre unidades sanitarias o CAPS, (centros de atención primaria en salud) y CIC (centros integradores comunitarios) y con una Unidad de Pronta Atención (UPA 17). Además, dispone de un Centro integral de salud, diagnóstico y rehabilitación Julio Méndez, y de dos centros de resolución inmediata, que cuentan con radiología, laboratorio y consultorios externos. Son el primer nivel de referencia de los CAPS, el Centro Asistencial Modelo Don Bosco y el Instituto Municipal de Medicina Preventiva Ramón Carrillo (*Figura 8*). Consultados los referentes locales en pediatría, confirman que los centros de salud municipales son la ubicación y número, los publicados en la página web del municipio.

Así se ofrece atención en el primer nivel en diferentes especialidades como: cardiología, dermatología, diabetología, fonoaudiología, gastroenterología, ginecología, medicina clínica, nefrología, nutrición, obstetricia, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, pediatría, psicología adultos e infante juvenil, neurología, trabajo social, psicopedagogía, infectología, psiquiatría, traumatología, nutrición, enfermería, clínica general, psicología y odontopediatría. Con acceso a dichas especialidades por parte de los usuarios a través de un turno solicitado en la oficina Redes ubicada en el dispensario, Instituto Municipal, como también por demanda espontánea.

En el segundo nivel de atención, en el municipio se ubican dos hospitales públicos, Hospital Sub-zonal Materno Infantil Dr. Eduardo Oller (HSZMI Dr. Oller) que depende administrativamente de la órbita municipal y el Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro G. Iriarte (HZGA Dr. Iriarte), dependiente de la órbita provincial. El sistema se completa con el SAME, sistema de atención médica de emergencias en vía pública de la provincia de Buenos Aires (<https://www.quilmes.gov.ar/gestion/salud.php>).

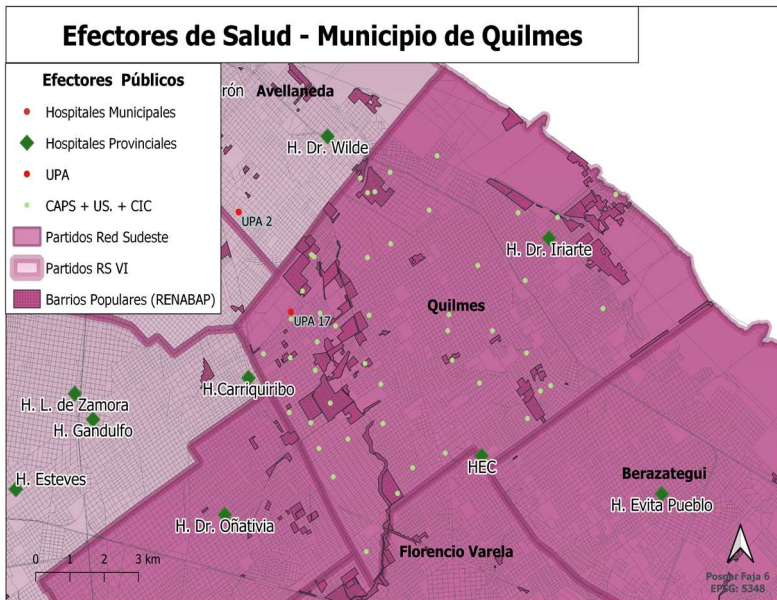


Figura 8. Mapa del Municipio de Quilmes con la ubicación de los efectores de salud públicos del primer y segundo nivel de atención (Fuente: elaboración Mora Castro según el RUPES 2024).

La historia del HZGA Dr. Iriarte constituye una extensa crónica de esfuerzos de vecinas y vecinos a lo largo del tiempo. Según el

Acta de fundación el 15 de marzo de 1925 quedó oficialmente inaugurado el Hospital de Quilmes bajo la dirección del Dr. Isidoro Iriarte (ver Figura 9 y Figura 10).

Según referencias históricas San Francisco Solano era una localidad deshabitada en 1946, con cardos en sus campos y caminos de tierra. No había atención médica ante una emergencia o nacimiento. Hasta que un médico sanjuanino llegó al poblado de La Florida en 1951, y los dispersos habitantes tuvieron cierta seguridad y amparo con relación a la salud. En 1991 se inauguró el Hospital Materno Infantil. El 7 de octubre de 2001, se impone que el nosocomio reciba el nombre de su fundador.

En la actualidad, el HZGA Dr. Iriarte cuenta con 172 unidades de internación, 39 especialidades, 784 profesionales brindando servicios de forma cotidiana, además de guardias permanentes. Registrándose un estimativo de 216.000 consultas entre los diferentes servicios en el año 2022.



Figura 9. Frente del Hospital, próximo al ingreso de guardia de Pediatría, por Allison Bell (Fuente: elaboración propia 05/2024).



Figura 10. Frente de la entrada de la guardia general por Humberto Primo (Fuente: elaboración propia 05/2024).

La Sala de docencia tiene a cargo 9 Unidades de residencia con sus respectivos coordinadores docentes para las especialidades de anestesia, clínica médica, cirugía, clínica pediátrica, terapia intensiva, ortopedia y traumatología, tocoginecología, neonatología articulada con pediatría y obstetricia. Cabe destacar que la residencia en la especialidad de clínica pediátrica lleva registrados 39 años de formación continua de médicos y médicas, algunos de los cuales decidieron continuar trabajando con niños, niñas y adolescentes en esta misma casa. Se desarrollan actividades asistenciales de nivel primarias y secundarias en la internación, como así también en consultorios externos, trabajando en red, con el HEC.

El Servicio de Pediatría está integrado por: Sala de internación, Área de emergencia pediátrica y Unidad de Cuidados Ambulatorios Pediátricos (con 5 consultorios médicos

ambulatorios de funcionamiento matutino y vespertino), turnos programados, y de demanda espontánea. Para control de salud y control de internación. Cuenta con capacidad de 14 unidades de internación, pero en temporada invernal alta se amplía a 23. Se registró un total de 3000 consultas mensuales entre consultorios externos y guardia, mayo 2024.

Al presente el servicio tiene una residencia en clínica pediátrica con residentes por año, jefe, e instructora, a pesar del menor ingreso de residentes, post pandemia. Cuenta con 3 residentes de pediatría en 4to año, 1 en pediatría en 3er año, 1 en pediatría y 1 en articulada con neonatología en 2do año y finalmente 1 en pediatría y 1 en articulada con neonatología en 1er año. A pesar del cupo dado por el Ministerio de Salud de la provincia de Bs. As. de 3 para pediatría y 2 para articulada con neonatología. Situación que muestra el menor ingreso de residentes post pandemia. Es sede de la asignatura Salud y Enfermedad en la infancia y adolescencia I de la carrera de Medicina de la Universidad Arturo Jauretche, (UNAJ), del Curso Superior de la UBA, de prácticas finales obligatorias de las facultades de Medicina de UBA, UNLP y UNAJ y recibe estudiantes de Enfermería de UNQ y Cruz Roja.

En relación al conjunto de patologías a los que hacen frente, se registra un gran cambio en la proporción a lo largo de los años. Se puede mencionar que a mediados de la década del 90, había más casos de meningitis, diarreas con deshidratación e intoxicación folklórica (administración de infusiones de hierbas medicinales preparadas en forma de té, como el paico, anís estrellado, etc.) que en la actualidad. En cambio, en los últimos años se observa un

incremento sostenido de casos de adicciones o bien producto de situaciones de violencia, como abusos o intentos de suicidios en la población pediátrica. Asimismo, la atención en psicología y psiquiatría infantil es cada vez más requerida y al mismo tiempo de mayor vacancia en la zona.

Por su parte, las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) constituyen uno de los principales problemas de la Salud Pública en la actualidad, con gran impacto sobre la mortalidad infantil. Desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, a partir del año 2002, se promueve la estrategia de atención para las infecciones respiratorias basada en la creación de Centros de Pre Hospitalización, o Centros de Internación Abreviada, o Postas de Bronquiolitis, tanto en los CAPS como en los hospitales en los que se atiende a los niños (MSAL, 2012). Esta Estrategia fue tomada de la experiencia de la República de Chile, que se inició en el año 1991 y fue adoptada por la provincia de Tucumán y Buenos Aires en 2002. Así, a través de la Secretaría de Salud Pública, se creó el Programa IRAB que tiene por objetivo tratar las infecciones respiratorias agudas bajas y disminuir la morbimortalidad en menores de 2 años. Para el caso de la Provincia de Buenos Aires, el Programa depende del Ministerio de Salud de la Provincia, está dirigido a niños menores de 5 años, especialmente a niños menores de 2 años. Durante 5 meses al año se aporta en los efectores de salud un refuerzo de personal y presupuestario para los meses de otoño e invierno, cuando se producen la mayor cantidad de casos y de síntomas de mayor impacto. En el 2023, producto de factores convergentes, se produjo una epidemia de bronquiolitis que afectó fuertemente a las familias de los

municipios de la Red Sudeste, y para el caso del HZGA Dr. Iriarte generó un faltante de camas propias para internación, lo cual devino en un uso intensivo de los lazos de colaboración entre los servicios de pediatría de la región. De acuerdo a una alta autoridad del efector *“yo creo que fue dos o tres veces más... Sí, sí ... Y antes de tiempo. Antes de mayo, porque... Sí, sí, en abril ya arrancamos y se prolongó hasta octubre, noviembre”* (Entrevista con Médica, Com. Pers., 2024).

La introducción del CAFO (cánula de alto flujo), que es una técnica sencilla y no aumenta los recursos de enfermería para el cuidado de los pacientes ha sido fundamental para aumentar el alcance terapéutico en espacios de atención como la sala de internación, la sala de emergencia o el traslado. Dicha cánula permite la reducción de derivaciones a Terapia, y la baja de infecciones vinculadas tanto a la metodología de intubación como las complicaciones propias de la situación de traslado de pacientes pediátricos de riesgo.

También se observa un mayor número de cirugías por apendicitis en relación a épocas anteriores. En los últimos años, de aquellos casos que requieren mayor complejidad en su mayoría son derivadas a efectores del 3° nivel de atención, como es el caso del HEC.

Por su parte, el Hospital Dr. Eduardo Oller cuenta con un Servicio de Pediatría conformado por una guardia de emergencia (Figura 11), con dos médicos diarios, consultorios externos con tres médicos, consultorio con atención a demanda espontánea durante las mañanas y una sala de internación, con capacidad de 24 camas

con bocas de oxígeno central, aire comprimido y equipo de aspiración. También cuentan con Psicología de guardia. Entre las especialidades pediátricas podemos mencionar: infectología, neurodesarrollo, fonoaudiología, neurología, psicopedagogía, nutrición, dermatología, cardiología y ecografía infantil con turnos programados. Dispone de historia clínica digital. Con una atención estimada de 1000 consultas mensuales en consultorios externos y 3250 en guardia de emergencias en abril de 2024.

En relación a otros servicios, cuenta con maternidad con quirófanos propios, Neonatología, cuyos RN egresan con sus respectivos turnos para realizar el screening correspondiente en el Hospital: otoemisiones acústicas, fondo de ojo y reflejo de ojo rojo, además de ecografía de caderas Sala de internación para adultos a partir de la pandemia con 24 unidades. Servicio de terapia intensiva que cuenta con 4 unidades. Y una guardia externa general, para adultos, con una atención estimada de 3595 consultas en abril del 2024. También cuenta con consultorios externos de atención de demanda espontánea, matutino y vespertino.



Figura 11. Frente de la entrada de la guardia (Fuente: Facebook oficial Hospital Sub Zonal Materno infantil Dr. E. Oller, 2024).

Redes y Derivaciones

La necesidad de colaboración para la atención de los casos que arriban al hospital, se encuentra canalizada por diferentes medios. La red de Pediatría del Sudeste ha conformado una estrategia que inicialmente permitía la derivación de casos de urgencias que, por falta de complejidad, no podían ser resueltos en el hospital Iriarte. Por ejemplo, para casos de guardia “... para mí el más directo era en la guardia, la derivación... a UTIP del paciente más grave, era llamar en forma directa” (Entrevista, con Médica, Com. Pers., 2023).

Asimismo, en casos de politraumatismo la red de colaboración pediátrica generó 2 posibilidades de intercambio: la primera, cuando el politraumatismo es grave se realiza una primera estabilización en el hospital y luego, de acuerdo a disponibilidad,

se realiza, la derivación directa al HEC para su tratamiento definitivo. Por otro lado, se logró establecer un canal para realizar la interconsulta con el especialista por mail. Así se envía, por ejemplo, las imágenes de la tomografía axial computada del paciente y, si se trata de un paciente con politraumatismo leve se incorporan en la atención en el HZGA Dr. Iriarte las indicaciones o asesoramientos del neurocirujano sin trasladar el paciente. También mencionamos el uso de canales informales, que dependen de la buena voluntad de los profesionales, a raíz del vínculo directo con otros equipos de atención de otros efectores. Esta comunicación consolida vínculos de trabajo y facilitan el arribo de un diagnóstico o la atención en casos de requerir mayor complejidad (Entrevista, con Médica, Com. Pers., 2023).

En relación a pacientes ambulatorios que requieren interconsulta con especialistas pediátricos del HEC, el hospital cuenta con el área de admisión de pacientes que se encargan de tramitar dicha solicitud.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través del área de gestión de la región sanitaria VI es otro socio para realizar derivaciones por motivo de requerir mayor complejidad en la atención. Ya sea a UTIP o interconsultas con especialistas pediátricos, como gastroenterología infantil, o traslado a Hospital de Día donde el paciente accede a ser evaluado por diferentes especialistas en el mismo día, con turno programado en forma telefónica. Algunos de los centros pediátricos frecuentemente contactados para estas situaciones son Hospital Interzonal Agudos Especializado en Pediatría (HIAEP) Sor María Ludovica de La

Plata, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan en CABA. En todos los casos, el paciente es trasladado en ambulancia con médico.

Desde el Hospital Iriarte se generó una estrategia de derivación con APS del municipio y se empezó a trabajar desde el Área de Pediatría con Gestión del Usuario dentro del hospital. A raíz de esta situación, cuando comenzó la epidemia del IRAB en abril 2023, se armó un dispositivo donde todo paciente que egresaba de la sala de internación pasaba por gestión del usuario y le asignaban un turno o sobretorno en el CAPS cercano a su casa para el control de la patología respiratoria. Así, eran atendidos en la etapa del seguimiento de la alta médica en los centros cercanos a sus domicilios en las primeras 48 hs. a 72 hs. del alta hospitalaria. Esta estrategia alivió la sobrecarga de turnos en el hospital y amplió la posibilidad de atención y mejora en el proceso de control de lactantes con IRAB después del alta médica (com. personal, Médica, 2024). Actualmente se sumaron las promotoras de Salud de la Municipalidad de Quilmes en sala de espera y guardia de Pediatría, durante la mañana, para otorgar turnos protegidos en los diferentes Centros de Atención Primaria de la Salud, para seguimiento de las 48 hs. posteriores a atención en guardia.

El hospital Dr. E. Oller se articula con el primer y tercer nivel de atención (HEC), se realizan jornadas, actividades teórico-prácticas coordinadas, en la línea de lograr una actualización y capacitación constante de los agentes de salud.

Entra en escena el COVID-19 y el ASPO

Cuando se declara la emergencia sanitaria por COVID-19 en marzo del 2020, los efectores de salud del municipio tuvieron que realizar adaptaciones de gran envergadura para hacer frente a la nueva situación epidemiológica. Cabe destacar que se sumaron camas y personal de salud tanto en el HZGA Dr. Iriarte como en el HSZ Dr. Oller de San Francisco Solano (Gallestegui et al., 2022).

Para el Hospital Iriarte, en las áreas de pediatría no hubo mayormente cambio de tareas, pero sí hubo re-organización del espacio de atención. Por ejemplo, la guardia pediátrica se trasladó a una parte del sector de consultorios externos del hospital de diferentes especialidades como onco-hematología, fonoaudiología, cuidados paliativos, psiquiatría por el ingreso al Hospital por Allison Bell. Esto posibilitó la adición de 10 camas pediátricas para la observación o internación de pacientes de acuerdo a la demanda. Hubo cierta reticencia inicial, porque no iban a contar con custodia policial o provisión de oxígeno central, entre otras cosas, pero con el diario del lunes fue un acierto.

En este contexto, la Red de Pediatría del Sudeste intensificó sus espacios de colaboración y se establecieron capacitaciones específicas en el HEC sobre el manejo básico del respirador y prácticas de intubación para diferentes grupos de los distintos hospitales de la Red. Se organizó a través de un proceso de inscripción, de acuerdo a la demanda se otorgaron plazas a lo largo de varios días. Asimismo, cuando comenzaron a llegar desde el Ministerio de Salud los Equipo de Protección Personal (EPP), se generó una gran incertidumbre entre profesionales por el uso

adecuado de este equipamiento. Así, se generaron espacios de capacitación para el manejo del EPP frente a la incertidumbre de profesionales no acostumbrados a utilizar este tipo de indumentaria en los espacios de atención habitual, personal del HEC enseñaba la secuencia de colocación, a no contaminar el equipo, entre otras.

En relación a la capacidad del HZGA Dr. Iriarte, se nombraron varios kinesiólogos para la UTI de adultos, en el sector de guardia de adultos ingresaron médicos clínicos, enfermeras y una kinesióloga para pediatría. Asimismo, se nombró a un infectólogo pediátrico habilitándose la consulta en forma continua con el especialista. Este mismo profesional tuvo una gran relevancia para el sector dado que contribuyó con la difusión (a través de un grupo de WhatsApp solo para todas las áreas de Pediatría del HZGA Dr. Iriarte) de información actualizada sobre la atención clínica. Es de destacar la importancia de la presencia de este profesional que consolidó tres aspectos centrales en el manejo institucional de la emergencia en pediatría: estableció un canal de confianza para la difusión de información actualizada, comenzó la atención para el seguimiento de pacientes COVID-19 luego de la internación y marcó el registro epidemiológico con la descripción de casos, identificación de anomalías, entre otras.

La toma de muestra en pacientes pediátricos que arribaban con síntomas o sospechosos de contagio, en el HZGA Dr. Iriarte se realizaba en uno de los consultorios de guardia y quienes realizaban estas prácticas de atención a los pacientes eran médicos/as de guardia. Se buscó que el espacio de atención tuviera

buena ventilación, con ventana al exterior y se dejaba todo preparado para hacer la práctica. Y pasó a tener un rol central el personal de limpieza, ya que había que ser estricto con la limpieza y desinfección del consultorio donde se hisopaba.

La mayoría de los/as profesionales de los consultorios externos de pediatría estuvieron con licencia durante el primer tiempo de la pandemia, exceptuados por su edad o condición médica. De quienes sí pudieron atender, tenían instrucciones de no recibir a pacientes con fiebre, quienes presentaban este síntoma eran derivados directamente al área de febriles y se activaba el protocolo COVID-19.

Para la población general, al principio de la pandemia, se hisopaba en el momento que llegaba el paciente, cualquiera sea la hora de arribo. Luego, los profesionales que realizaban la toma de muestras lo hacían por franjas horarias para realizar la atención de casos sospechosos con criterio clínico (ver *Figura 12*). A partir de mediados de 2022, solamente se hisopaba a quien se internaba.

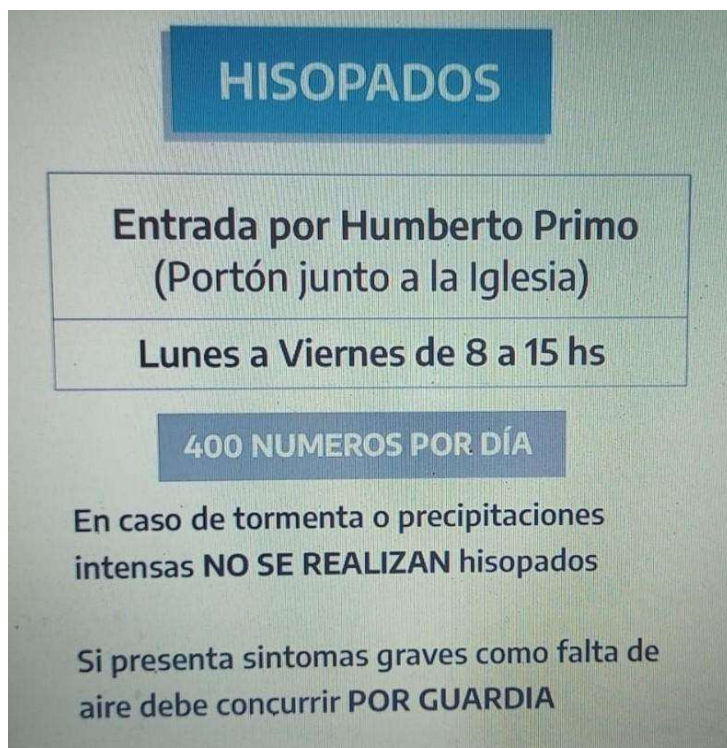


Figura 12. Información distribuida en el H. Iriarte para organizar la atención en el espacio de hisopados a pacientes adultos con sospecha de infección por COVID-19, en enero de 2022 (Fuente: Instagram @hospitaliriarte, 2022).

En relación a los cambios en la infraestructura, en el Hospital Iriarte se construyó un hospital modular (Figura 13), en el predio del estacionamiento, a partir de la donación de la Empresa SACDE con capacidad para 30 camas, con oxígeno envasado¹⁵. Es uno de los 12 hospitales modulares implementados para la atención en la

¹⁵ Para más información, ver Capítulo 4.1, Parte 4 de esta compilación.

emergencia sanitaria que el Ministerio de Salud de la Provincia gestionó.



Figura 13. Hospital Modular en el predio del estacionamiento (Fuente: elaboración propia, mayo de 2024).

Dentro del mismo predio del hospital, se re-acondicionó un espacio en donde antiguamente había una planta de producción de oxígeno que estaba en desuso (*Figura 14*). En el contexto de la emergencia, se puso nuevamente en funcionamiento la planta de oxígeno gaseoso en tubos, alcanzando un estimado de 75% del gasto en oxígeno en el efector. Si bien no impacta en la red de oxígeno líquido por red que se administra a los pacientes más graves atendidos en las terapias intensivas, esta iniciativa generó una autonomía mayor respecto de este recurso, que en ese momento se presentaba como escaso y caro, que permitió la atención de mayor cantidad de pacientes. En concreto, se estima

que la producción propia 12 mil metros cúbicos de oxígeno (2.000 tubos de 6 metros cúbicos cada uno) permitiendo abastecer a otros hospitales de la región sanitaria VI y a los pacientes respiratorios que requieren oxígeno en sus domicilios.



Figura 14. Edificio de la Planta de Oxígeno en el predio del estacionamiento (Fuente: elaboración propia 05/2024).

Sobre los cambios en lo referido a la disposición del espacio, como en las mayorías de los efectores de salud se establecieron espacios “limpios” y espacios por los cuales se podía circular personas confirmadas o sospechosas de infección. Así, se dispusieron flechas rojas y verdes para circular.

Adicionalmente, se instalaron en la sala de pediatría 5 ventanas de vidrio en las puertas de las habitaciones de los pacientes para poder observar a quienes requerían aislamiento sin tener que ingresar, o ingresar lo menos posible. Otra estrategia de comunicación fue la provisión de dispositivos de teléfono celular

o los llamadores infantiles para poder comunicarse a través de la puerta sin entrar en contacto. Todas estas estrategias fueron llevadas a cabo a raíz de la necesidad y la imaginación de lxs profesionales que allí estuvieron.

Frente a la gran demanda que el sistema de salud tuvo que afrontar en este período, se organizaron los Centro de Atención Transitoria (CAT) en distintos lugares. Dentro del municipio de Quilmes, uno de los de mayor importancia fue el Centro de Aislamiento Sanitario en la Universidad Nacional de Quilmes (CAS-UNQ) que estuvo abierto desde el 22 de abril hasta el 15 de noviembre de 2020. Desde los diferentes efectores del municipio derivaban pacientes para el aislamiento no hospitalario, contando con 190 trabajadores y voluntarias para llevar adelante el funcionamiento del espacio. De acuerdo con Gallestegui et al.

“Las personas ingresadas se encontraban cursando cuadros leves de la enfermedad y no podían realizar el aislamiento en su domicilio. Se establecieron tres líneas de trabajo: atención médica, acompañamiento psicológico y abordaje social con perspectiva de derechos. En total, se aisló a 954 personas (407 mujeres adultas, 362 varones adultos y 185 niños menores de 13 años) y el máximo de personas aisladas de forma simultánea fue de 120” (2022:3)

Cabe destacar que no se registraron fallecimientos en este centro.

En el Hospital Iriarte también se instalaron 2 carpas amplias que funcionaron como vacunatorio cuando llegaron las vacunas contra el COVID-19 (durante el 2021 y 2022). Las mismas fueron donadas y acondicionadas por una asociación religiosa llamada

Ríos de Vida. El día 30 de diciembre de 2020, todo el personal del Hospital Iriarte se dio la vacuna, en una jornada descrita como profundamente emotiva “*Ese día se me caían las lágrimas, porque fue algo tan esperado... habíamos perdido compañeros en ese momento, gente del hospital que se había infectado...*” (Entrevista con Médica, Com. Pers., 2024). Ir a vacunarse a la carpa dentro del hospital es recordado como un evento de mucha emotividad, por el alivio que significó una mayor protección en ese contexto de emergencia y con la responsabilidad continua de asistir a pacientes de esa u otra patología, pero con riesgo de contagio.

Por su parte, el Hospital Dr. Oller tuvo importantes modificaciones en la asignación de tareas del personal de pediatría, así como grandes cambios estructurales. En frente al hospital se instaló un espacio para la atención inicial, toma de muestras y registro de pacientes, que funcionaba de lunes a domingo de 9 a 14 hs. (Plaza Yapeyú- camión sanitario). Se ha hisopado tanto a niños como a adultos. Se pasó por varias instancias, en los primeros momentos hisopaban los médicos de guardia organizados por turnos y días, luego siguieron personal de enfermería. Eventualmente, ese mismo espacio fue utilizado como vacunatorio.

En relación a la organización del personal del Hospital Dr. Oller, algunos de los profesionales de consultorio les fueron asignadas horas para atender en la guardia y ayudar con la gran demanda de atención. También durante el 2020 en el hospital se crea el servicio de Clínica Médica.

Post pandemia

Para el caso del Hospital Iriarte, actualmente se encuentran en el predio del hospital 3 placas en conmemoración a 3 profesionales de la salud fallecidos por el COVID-19. Se trata de un médico de guardia y dos enfermeras de UTIP.

Cabe destacar que la construcción y uso del Hospital modular en el predio del hospital, se mantiene como un anexo para reforzar las instalaciones del hospital en este nuevo período de la post-pandemia. La donación de este espacio permite la ampliación de la capacidad de atención del hospital para consultorios externos de infectología y para la atención de una parte de la unidad de salud mental.

En cuanto a la planta de producción de oxígeno continúa en funcionamiento, y provee oxígeno al UPA, a varios CAPS y a los bomberos de Quilmes.

Parte del personal que se había desempeñado previamente como becario, personal contratado en forma temporaria a través de un programa de becas, RESO-2020-2532-GDEBA-MSALGP en diferentes postas de vacunación del partido de Quilmes, en el marco de la pandemia de COVID-19, se distribuyó en diferentes sectores. Por decisión del gobierno provincial obtuvieron continuidad laboral en establecimientos sanitarios bonaerenses:

-Así se incorporó un equipo de 9 mujeres camilleras para el traslado, acompañamiento humanizado y contención de usuarios y sus familiares en los servicios de pediatría y ginecología. Se trata

del primer equipo de camilleras mujeres incorporadas a un hospital provincial.

-Acompañantes terapéuticos para la sala de espera del consultorio externo de pediatría una vez por semana, que recorren diferentes hospitales bonaerenses.

-Cuidadores hospitalarios con un enfoque centrado en la comunidad.

Otro punto de gran importancia es la consolidación de una forma de trabajo interdisciplinario para hacer frente a patologías que comenzó en la post pandemia ante la demanda creciente, en un hospital de patologías agudas. Si bien con anterioridad se realizaban interconsultas o intercambios entre servicios o ámbitos del hospital, desde pediatría se inició el proyecto de trabajo de disciplinas pediátricas como kinesiología, terapia ocupacional y psicología, a cargo en el mismo espacio físico, unidad de cuidados ambulatorios, con turnos programados. Y por último se sumaron al equipo dos licenciadas en fonoaudiología. Esta articulación nos permite mejorar la atención al paciente de forma integral facilitando los circuitos dentro del hospital con una mirada hacia la calidad de atención y centrado en las necesidades del paciente y sus familias que acompañan.

Luego de la reconfiguración del espacio, y habiendo atravesado la experiencia de la pandemia, en el Hospital Iriarte se generaron las condiciones para una modificación estructural de gran envergadura: el lanzamiento del Pabellón de Pediatría. Se retoma, luego de la pandemia, un plan de armar un espacio de exclusivo uso para la atención pediátrica: sala de internación, guardia y

observación, shock room, entrada de ambulancias y eventualmente, consultorios.

El gobierno de la provincia de Buenos Aires (MSAL PBA, 2024) aprueba el reglamento del programa de Becas de Capacitación “Programa Pre-Residencias”. Así se creó el plan integral bonaerense de fortalecimiento de especialidades estratégicas, para incentivar el ingreso, la formación y la permanencia de profesionales médicos de las especialidades con déficit ocupacional. Permitió el ingreso de dos pre- residentes en el Servicio.

Por su parte, en el hospital Dr.Oller queda inaugurado en el 2023 un nuevo espacio dedicado exclusivamente para guardia de pediatría. Se trata de una puesta en valor integral de las instalaciones, que alcanza también los ingresos, los accesos para ambulancias y el espacio exterior. Y en la guardia de pediatría específicamente: una sala de espera que incluye un sector de informes, cuatro consultorios de atención, un sector de enfermería, un shock room para la atención de situaciones críticas, y un sector para el estar de enfermería y de los médicos que trabajan en este lugar.

Capítulo 2.3

Municipio de Berazategui

María Isabel Scaramutti y Odilia Estela Valiente

Características del municipio

Berazategui fue reconocida como ciudad autónoma el día 4 de noviembre de 1960, es uno de los 135 partidos de la provincia de Buenos Aires. Se encuentra al sudeste del conglomerado Gran Buenos Aires. Limita al norte con el Partido de Quilmes, al este con el Río de la Plata, al sur con los partidos de La Plata y Ensenada, y al oeste con Florencio Varela.

Su superficie en Km² es de 221,01 y representa el 6,21% del total de los 24 partidos del Conurbano bonaerense, ubicándolo en el puesto número 5 por extensión territorial dentro de este recorte.

Forma parte de la Región Sanitaria VI, junto con los municipios de Almirante Brown, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencia Varela, Lomas de Zamora y Quilmes. Tiene una población total de 360.582 habitantes y un 22.06% de población infantil (INDEC, 2024). Dentro del municipio se ubican las localidades de Villa España, Ranelagh, Plátanos, Hudson, El Pato, Juan María Gutiérrez, Sourigues, Pereyra, Berazategui centro, Berazategui Oeste.

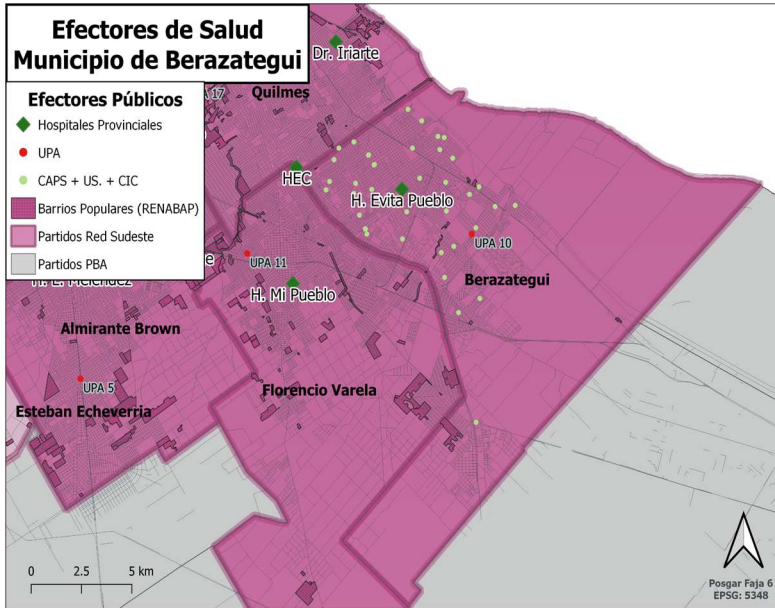


Figura 15. Ubicación geográfica del municipio de Berazategui y distribución espacial de los efectores públicos de salud (Elaboración: Mora Castro en base al RUPES 2024).

La estructura de atención de salud desplegada en el territorio municipal cuenta con representación pública municipal, provincial, y del ámbito privado (Figura 15). Dentro del marco municipal, de acuerdo a información provista por la Secretaría de Salud municipal, cuenta actualmente con 36 Centros de Atención Primaria (CAPS) funcionando con 11 médicos/as clínicos, 9 generalistas, 13 pediatras, 13 ginecólogos, 2 cardiólogos, 20 licenciadas/os en obstetricia, 6 odontólogos, 8 psicólogos, 3 nutricionistas y 1 radiólogo, que cumplen sus funciones en diferentes días y horarios. Por otro lado, todos los CAPS, cuentan con personal permanente de lunes a viernes, encargado de la apertura y cierre del establecimiento (excepto aquellos centros de

guardia que prestan atención de lunes a lunes, las 24 horas del día), ellos son personal de enfermería y administración.

Además de los Centros de Atención Primaria anteriormente mencionados, la Secretaría de Salud cuenta con diferentes centros y redes de atención especializados detallados a continuación (Figura 16):

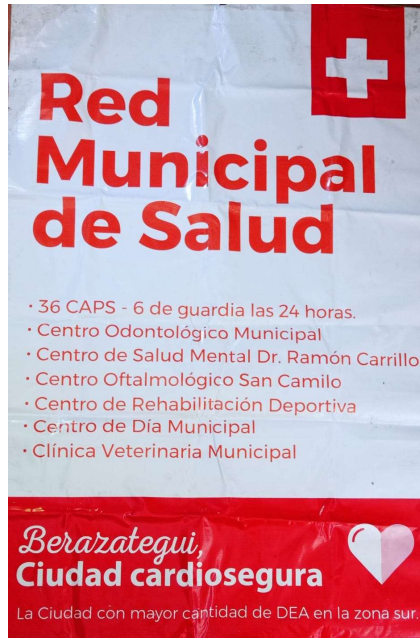


Figura 16. Afiche colocado en todos los Centros de Salud y diferentes lugares públicos (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui. Fecha: febrero de 2023).

*Red de Fonoaudiología en los CAPS (Otoemisiones acústicas): Se atienden mensualmente alrededor de 260 niños del distrito de Berazategui.

*Coordinación de Emergencias Médicas (CEM): El servicio de emergencias médicas cuenta con 6 Centros de Salud con guardia

médica y enfermería las 24 hs. Por año se realizan, por medio del sistema de ambulancias, un total de 17.000 prestaciones. En el año 2023 se incorporaron al sistema de Emergencias Municipal 10 (diez) Técnicos en Emergencias y Desastres, con el objetivo de fortalecer la respuesta prehospitalaria del sistema de salud municipal.

*Centro Javier Sábatto (Figura 17): Consultas médicas por consultorios externos: Pediatría, clínica, ginecología, obstetricia, nutrición, diabetes, otorrinolaringología, neurología, cardiología, reumatología, dermatología, vacunación, laboratorio, diagnostico por imágenes (radiografías, ecografías, mamografías, ecocardiogramas Doppler color.); y de Guardia: Clínica y Pediátrica.



Figura 17. Centro de Salud Sábatto (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui Fecha mayo de 2020).

*Dirección de Medicina Preventiva: Se aplican anualmente vacunas (en jornadas de salud barriales y en los CAPS), tanto del Calendario Nacional de Vacunación como así también vacuna antigripal, antineumocócica y contra el COVID 19. Se realizan

además jornadas de sensibilización y descacharrado para la prevención del dengue en los diferentes barrios del municipio.

*Centro Odontológico Municipal (Figura 18): La Red Odontológica, está conformada por el Centro Odontológico Municipal, y los 11 CAPS del distrito que ofrecen Servicio de Odontología. Se realizan cirugías simples (quistes de maxilares, biopsias de tejidos duros y blandos, traumatismos dento-maxilares) y de alta complejidad, además se realizan radiografías panorámicas digitales.



Figura 18. Centro Odontológico Municipal (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui. Fecha octubre de 2012).

*Centro de Salud Mental Ramón Carrillo (Figura 19): Cuenta con un equipo multidisciplinario (psiquiatras infanto-juveniles y de adultos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos). No cuenta con guardia, sólo consultorios externos. Las urgencias son derivadas al hospital, por lo que trabaja articuladamente con

el Hospital Interzonal de Agudos Evita Pueblo y con el equipo de Salud Mental dependiente de zona sexta.



Figura 19. Centro de Salud Mental Municipal (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui Fecha noviembre de 2018).

*Centro Oftalmológico “SAN CAMILO” (Figura 20): Se realizan trasplantes de córnea; cirugías de cataratas; vitrectomías.



Figura 20. Centro Oftalmológico Municipal. (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui. Fecha: octubre de 2014).

*Clínica Veterinaria Municipal- Zoonosis (Figura 21): Se realizan castraciones, se aplican vacunas antirrábicas y se realiza atención clínica veterinaria.



Figura 21. Clínica Veterinaria Municipal (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui. Fecha: agosto de 2016).

*Centro de Rehabilitación Deportiva Municipal de Berazategui (CRD) (Figura 22): Se brinda atención traumatológica. Se encuentra trabajando en conjunto con la Universidad Arturo

Jauretche de la carrera de Kinesiología, recibiendo alumnos como pasantes. Se firmó, además, un convenio con la Universidad de Buenos Aires en la especialidad de Kinesiología Deportiva, donde seremos sede de formación. Se brinda atención a pacientes con bajo riesgo cardiovascular, con seguimiento profesional, en articulación con Cardiología de Centro Sábato y del HEC.



Figura 22. Centro de Rehabilitación Deportiva Municipal (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui. Fecha: octubre de 2016).

*Coordinación Integral de Prevención y Asistencia a las Violencias (CIPAV) (Figura 23): Se realizan intervenciones de los profesionales del CIPAV, en articulación con centros de salud pública, Jurídicas, etc.



Figura 23. CIPAV (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui. Fecha: diciembre de 2020).

*Centro de Discapacitados Severos Motores: Actualmente, 18 niños y niñas son atendidos en el Centro de Día, con asistencia de enfermería, atención médica y kinesiológica.

*Centro de Salud N°8 (Figura 24): ubicado en la calle 10 entre la 131 y 132, es único en la provincia de Buenos Aires, a nivel municipal, especializado en el tratamiento de VIH/SIDA/ETS.



Figura 24. Centro de Salud N°8. (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui. Fecha: octubre de 2023).

*Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) - Sedronar Berazategui (Figura 25): Este espacio situado en la calle 57 y 129, del barrio Kennedy Sur – que trabaja en conjunto con la Secretaría de Salud Pública e Higiene Municipal- coordina políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos, en todo el territorio. Brinda orientación e información a quienes se encuentran atravesando estos consumos y a sus familias, a través de un equipo de atención interdisciplinario.



Figura 25. Sedronar: atención y acompañamiento a personas con consumos problemáticos. (Fuente: Secretaría de Salud Berazategui. Fecha: noviembre de 2023).

Desde el municipio, se considera una prioridad la facilitación del acceso a las consultas por lo que existen distintas formas para gestionar turnos, la presencial en el lugar, vía telefónica, vía mail, o a través de la Secretaría de Salud.

En cuanto a la jurisdicción provincial, se encuentra el Hospital Interzonal General de Agudos Descentralizado “Evita Pueblo” (inaugurado en 1994); es el único ubicado en el distrito y atiende una alta demanda (*Figura 26*). En particular, cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN de nivel 3) en la cual nacen 2800-3000 niños al año, de los cuales 40-50/año RN con peso menor a 1500 kg egresan de la UCIN y vuelven a sus hogares, que no siempre son cercanos al hospital.



Figura 26. Frente del Hospital Evita Pueblo de Berazategui (Fuente: Página web del hospital. Fecha: diciembre de 1995).

También bajo la jurisdicción provincial se encuentra la Unidad de Pronta Atención - UPA 10 (Figura 27), donde se brinda atención pediátrica y de adultos de guardia las 24 horas; cuenta con servicio de diagnóstico por imágenes y laboratorio.



Figura 27. Frente de la Unidad de Pronta Atención N° 10, Hudson, Berazategui (Fuente: @instagram UPA. Fecha: octubre de 2022).

Desde el ámbito privado los centros con internación son escasos (solo 2 clínicas privadas, que no cuentan con servicio de maternidad).

Dirección de Maternidad e Infancia

La Secretaría de Salud del municipio, a través de la Dirección de Maternidad e Infancia ha sumado diferentes esfuerzos para garantizar la oportuna atención de la salud materno infantil. A partir de la vigencia de la Ley de Interrupción del embarazo se realizaron capacitaciones para todo el personal de los CAPS a fin de realizar la derivación correspondiente y la contención necesaria. Se creó una red para los casos de IVE/ILE de riesgo y para los casos de embarazo de alto riesgo, con el Htal. Evita Pueblo a donde se derivan directamente desde la Secretaría de Salud.

Para la atención de embarazadas, existe una red armada que cuenta con un móvil que pasa por los CAPS en forma semanal con un día destinado, para poder realizar los laboratorios de rutina, sin que la embarazada se traslade lejos de su domicilio. Se creó además, un consultorio de Cesación tabáquica para embarazadas, ya que a través de la contingencia IRAB de todos los años, y por medio de una encuesta llevada a cabo, se observó que un número superior al 60% de las madres de niños que eran atendidos por IRAB fumaban y/o habían fumado durante el embarazo.

Se creó un consultorio en el Centro Sábato y otro en el CAPS N° 6 de Consejería de lactancia materna y de nutrición que asisten tanto a las madres como a los niños y se estableció, además, una red con el Banco de Leche Humana del Htal. Evita Pueblo para

receptionar, conservar y transportar la leche que es donada en CAPS habilitados a tal fin (entre ellos, CAPS 1, 3, 6, 12 y 26).

Desde lo informativo, se realizan Jornadas sobre prevención de IRAB, Celiacúa, cocina saludable, prevención del Cáncer de Mama, Cáncer de Cuello de Útero, entre otras.

En el área de la diversidad sexual se instalaron consultorios con equipos especializados en sensibilización, acompañamiento y hormonización que funcionan en los CAPS 22, 28 y 36.

En el año 2016, la dirección de Maternidad e Infancia del municipio, se suma a las reuniones que venía llevando a cabo la Red de Pediatría. Siendo así la primera vez que los efectores del primer nivel de atención se enlazaban en esta Red. Al inicio se intercambió información sobre la estructura de salud, cuántos centros había en el municipio, cuáles eran las especialidades básicas con las que contaban etc. El ponerse en contacto y conocer las capacidades del sistema municipal revalorizó el vínculo, poniendo a disposición la oferta de los CAPS que contaban con atención básica de ginecología, pediatría, clínica, así como en algunos lugares había atención de psicología, de estimulación temprana entre otros. Asimismo, se puso en conocimiento los centros que hacían guardia de 24hs.

A partir de este contacto y proceso de acercamiento, se pudo poner en práctica una red de derivación directa, no solamente desde el Hospital Evita Pueblo que ya se realizaba, sino desde los CAPS. Así se estableció un enlace sin intermediarios entre la atención primaria y la oferta de servicios de atención compleja.

Por otro lado, en el año 2018 surge en el Municipio de Berazategui la necesidad de generar un Programa de Seguimiento desde la órbita de la Secretaría de Salud del Municipio de Berazategui área de Maternidad e Infancia, que permita el acercamiento de los niños con riesgo perinatal a la consulta que, por diversas razones, económicas, culturales, distancia al hospital, no llegan a la consulta, optimizando la distribución de los recursos disponibles.

En aquel momento se partió de la consideración que el seguimiento de niños recién nacidos prematuros es una estrategia de atención en salud extendida en diversos países, que ha dado muy buenos resultados en el cuidado de los más pequeños. UNICEF define la prematurez como una condición biológica con prevalencia en aumento a nivel mundial cuyo origen es multifactorial (biológico, ambiental y social) (UNICEF y MSAL, 2013). Implica para la mayoría de las personas que nacen con esta condición largos períodos de recuperación y plazos de seguimiento muy extensos con necesidad de equipos humanos y servicios especializados que den respuesta a las distintas necesidades en las etapas de la vida que van atravesando (Aucutt et al., 2002).

Cabe destacar que la prematurez crea padres prematuros, generando una gran crisis en esos padres, en esas familias que, si le sumamos la falta de recursos sociales, educativos y de red familiar (eventos frecuentemente vistos en los pacientes del hospital), dan como resultado familias inestables con miedos exagerados, dificultad en establecer un vínculo saludable con su hijo recién nacido, rupturas de parejas, abandonos. Todo esto

impacta negativamente en un niño especialmente vulnerable (Casado Gómez et al., 2019).

Programa de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (PSRNAR)

En este marco surge la idea del Programa de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (PSRNAR) cuyo objetivo es la vigilancia, en salas de atención periférica en Berazategui, tanto de los prematuros más pequeños como de aquéllos con prematuridad intermedia dado que ambas situaciones son fuente de morbilidad y gastos en salud, generando el 85% del gasto en el primer año de vida (Manghamen, 2009). Son comunes los trastornos del crecimiento, la enfermedad pulmonar crónica, los trastornos neurológicos y retrasos madurativos, anemia, raquitismo, así como también problemas familiares.

Un programa implica la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud, en esta población de riesgo. Asimismo, un aspecto de central importancia radica en establecer redes con distintas disciplinas y con los distintos niveles de atención, para cumplir con los distintos objetivos (asistencial, docencia, investigación y control de calidad).

No es solamente brindar atención clínica pediátrica, sino atención especializada, en forma sistemática, con una población blanco definida previamente, para optimizar los recursos, articulando con los niveles primarios de atención y las interdisciplinas.

Lo habitual es que los programas funcionen en los hospitales, por la resolución 641/2012 del Ministerio de Salud de la Nación que

aprueba la Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales:

*“Todas las Unidades de Nivel 3B deberán contar con un Consultorio de Seguimiento para el Recién Nacido de Riesgo egresado de la misma. El consultorio de riesgo deberá regirse por las recomendaciones vigentes en cuanto a instalaciones, personal, protocolos y registros”
(22/5/2012).*

Así, plantear un Programa que funcione descentralizado es una experiencia nueva, que intenta acercar la atención a los niños. Requiere una coordinación que articule diferentes capacidades del equipo técnico y contemple las características de contexto y de las familias a las que atañe.

Como se mencionó, la población objetivo del PSRNAR está principalmente enfocada hacia la atención y seguimiento de prematuros de peso inferior a 1,5 kg al nacer, pero también hacia los menores de 2kg y los niños que hayan tenido un curso neonatal complicado. Por ejemplo, Asfícticos con fallo multisistémico, requerimiento de ARM por más de 36 hs, hemorragia intracraneana, meningitis, hijo de madre HIV+, convulsiones no metabólicas, examen neurológico anormal al alta, cardiopatías congénitas.

De acuerdo al Manual de Organización de Consultorios de Seguimiento (MSAL, 2016) el cronograma de atención se planifica desde el nacimiento hasta los 36 meses con las siguientes incumbencias: Controles de salud general, crecimiento, (talla, peso, perímetro cefálico), alimentación acorde a la edad corregida, evaluación cardiológica, control de tensión arterial y de aparato

respiratorio. Evaluación neurológica y del desarrollo en forma estandarizada, control de calendario de vacunación, solicitud de estudios de laboratorio en busca de la patología prevalente en este grupo de control y pruebas diagnósticas para control de visión y audición. Asimismo, ya se prevén las solicitudes de interconsultas con distintas especialidades y la indicación de intervenciones según la necesidad de cada niño.

Esta planificación requiere necesariamente de una red de prestadores y especialidades que puedan dar respaldo al tipo de atención requerida por esta población. A continuación, se menciona la conformación del equipo profesional del programa y algunos detalles de su actuación hasta el día de hoy.

Metodología de trabajo del programa

Al inicio de este programa se contaba con 2 médicas pediatras neonatólogas (una especialista en desarrollo infantil y perfeccionada en seguimiento de prematuros que realizaba evaluación del desarrollo y seguimiento de prematuros en 5 CAPS distintos y otra que realizaba visitas a domicilio con un móvil y controles de salud en CAPS), una enfermera que controla en el hospital los egresos y da citación programada al alta, un agente sanitario que evalúa la situación social y facilita la concurrencia a las consultas y la Coordinación desde la Secretaría de Maternidad e Infancia del municipio.

La atención a través de las visitas en domicilio se fue estructurando a raíz de la información provista por una enfermera que releva los datos previos al alta del RN en el hospital. Así, desde la Secretaría se organiza el seguimiento en domicilio

concurriendo un pediatra neonatólogo y un agente sanitario para relevar las necesidades ambientales de la familia, prever las situaciones de riesgo e intervenir de ser necesario. El pediatra hace los controles físicos correspondientes. Pautas de refuerzo de lactancia materna, entrega de vitaminas y hierro. Asimismo, se realiza el cálculo y provisión de leches de fórmula de prematuro e inicio a todos los niños de riesgo que lo necesiten, centralizando en pediatra a cargo del PSRNAR la indicación de leches de fórmula.

Cada binomio (madre/hijo) es evaluado en particular, fortaleciendo la lactancia materna y disminuyendo la entrega de leches que no tenían indicación. Gracias a la centralización del pedido de leches de fórmula se pudo hacer un diagnóstico de situación y se creó el consultorio de lactancia materna gratuito en el Centro Sábato atendido por una Lic. en Obstetricia especializada en lactancia materna.

Finalmente, se realizan la evaluación de desarrollo, evaluación neurológica, solicitud de laboratorio para descartar trastornos metabólicos o deficiencias de hierro. Además, se realiza la solicitud y seguimiento de controles auditivos visuales, control de vacunación, control de crecimiento peso talla perímetro cefálico según tablas. Para la evaluación del desarrollo se implementaron los Test de Screening: CAT/CLAMS (de 1 a 36 meses) y los Test de Tepsi. Asimismo, se utiliza el Test de Tadi provisto por el médico de Seguimiento (escala de desarrollo infantil chilena con baremos actualizados).

Redes y derivaciones

La solicitud de interconsultas con especialistas se efectivizó a través de la Red Pediátrica de zona del Sudeste Bonaerense. Participamos de esta Red no sólo como miembros en términos de atención clínica, sino también participando activamente de proyectos, capacitaciones, jornadas de trabajo conjunto que refuerzan la reflexión y los mecanismos de derivación de los pacientes y la realización de interconsultas.

En el plano municipal se constituyó la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) que vincula a la Secretaría de Salud con la OCD central en el Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" (ubicado en CABA) para realizar las interconsultas virtuales con especialistas y evitar viajes innecesarios.

Inicialmente, la atención en el marco del programa PSRNAR se llevaba a cabo en 5 CAPS diferentes ubicados en puntos equidistantes en el municipio. Luego de un tiempo y evaluando la situación, se centralizó en puntos de mayor acceso y concurrencia (ver *Figura 28*): los CAPS elegidos para las pruebas de desarrollo fueron CAPS 36 (Barrio Marítimo), Centro Sábato (Berazategui Oeste) y CAPS 11 (El Pato) y se realizan los controles de rutina dentro del programa en los CAPS 24 (Barrio 1ero de mayo) y 22, (Ranelagh). En julio de 2020 se sumó un tercer médico neonatólogo para las visitas a domicilio, lo cual generó la adición de los CAPS 32 (Barrio Asunción) y 26 (Berazategui Oeste). En concreto, la tarea realizada en los CAPS fue de evaluación y seguimiento de los niños egresados, y evaluación de los niños menores de 4 años que eran vistos por otros pediatras o médicos

generalistas donde observaban algún signo de alarma en las pautas de desarrollo.

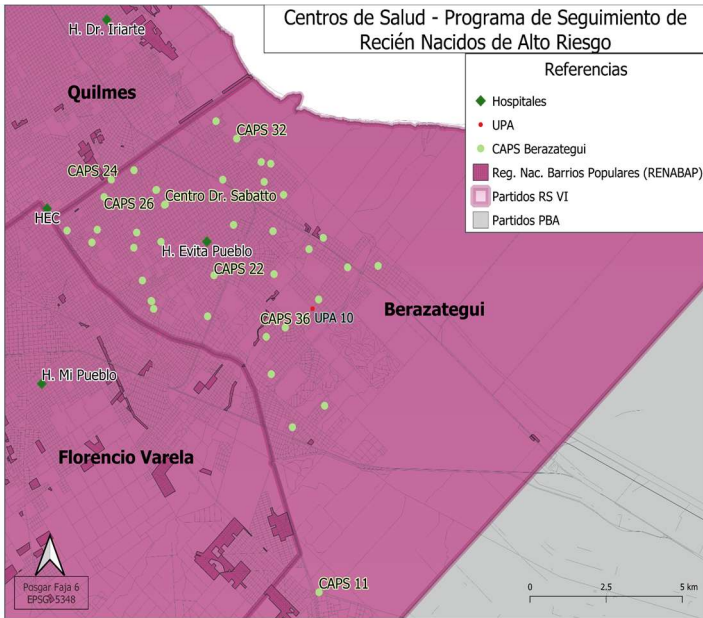


Figura 28. Centros de atención dentro del Municipio de Berazategui donde se realiza la actividad del Programa de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (Elaboración: Mora Castro en base al RUPES, 2024).

Así, en este marco de posibilidades y organización, en los CAPS mencionados durante el año 2018, 2019 y 2020 se realizaron 2100 consultas de desarrollo con respectivos test administrados. Además, a través de la red pediátrica del sudeste se tramitaron las interconsultas con distintas especialidades en el Hospital del Cruce de Florencio Varela (HEC) cursando durante el año 2020 un total de 28 solicitudes de turnos a distintas especialidades de las cuales neurología fue la más solicitada. También se dieron

interconsultas con profesionales especialistas en neurocirugía, nefrología, genética y cardiología, entre otras.

A través de la OCD del municipio se resolvieron 4 consultas que evitaron el traslado del niño y su familia al Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" (CABA).

Desde la atención en los CAPS que se organizó directamente con el servicio de pediatría del Hospital IZ.G.A. D Evita Pueblo 10 derivaciones para internación durante el 2020, enviando historia clínica detallada y realizando contra referencia al alta. Las causas para estas derivaciones fueron: labio leporino (1), bronquiolitis (2), cardiopatía congénita (1), infección urinaria (2), píloro (29), angioma sangrante (1) y apneas (1).

Cabe mencionar la gestión de 4 derivaciones al Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación "Dr. José María Jorge" (Municipio de Almirante Brown) por trastornos del espectro autista en niños menores de 3 años para su seguimiento y tratamiento.

Asimismo, se realizaron derivaciones al servicio de salud mental del municipio a niños que requieren asistencia psicológica (2 por abuso intrafamiliar), asistencia por psicomotricista. En los casos de abuso el abordaje fue interdisciplinario y se tomaron las medidas de protección trabajando con el juzgado de menores.

Para el caso de diagnósticos relacionados a el retraso en el lenguaje, dada la gran demanda y el escaso personal que realiza las consultas, se derivaron los casos a la coordinadora de fonoaudiología para lograr turnos de atención en el Hospital

Zonal General de Agudos “Mi Pueblo” (F. Varela) y en el Hospital General de Niños «Pedro de Elizalde» (Ex Casa Cuna - CABA).

Dada la dificultad para realizar y gestionar los controles auditivos (los potenciales auditivos se realizan fuera del municipio), en el año 2019 se gestionó y compró a través de la Dirección de Maternidad e Infancia del Municipio un equipo para realizar Otoemisiones (OEAS) y potenciales evocados de screening (PEAT). Este estudio comenzó a realizarse en el CAPS 12 por el equipo de fonoaudiología del municipio, iniciando en diciembre 2020 con las OEAS con turnos programados.

Entra en escena la COVID-19 y el ASPO

A partir de marzo de 2020 por causa de la cuarentena impuesta y la reorganización de los CAPS para la atención de pacientes COVID-19, los médicos del programa fueron reubicados y las funciones cambiaron a atención pediátrica básica con algunas consultas aisladas de desarrollo. En palabras de la directora de Maternidad e Infancia

“... y hasta que me tocó la primera lista para hacer los llamados (de seguimiento a pacientes COVID-19), y ahí dije, ‘caramba, estamos cerca’... Y cuando veía las direcciones, digo, ‘caramba, están a 5 cuadras, ¡a 5 cuadras de casa! No voy a comprar por 3 días’... la verdad, que fue terrible... rearmarse, reorganizarse con lo que uno sabía que era nada. Con los insumos que iban llegando, que por suerte, la verdad que llegaron insumos muy rápido, la verdad que nos ayudó gratamente... porque tuvimos siempre el soporte de provincia, de zona, a donde llegaron los equipos. Lo que por ahí faltaba era capacitación de cómo se usaban... Era un tema...como vestirse para un

casamiento... Que no, que primero los guantes. No, los guantes son los últimos. No, la botita antes. No, pero si me toco, no me toco. Que me saco la ropa así, al revés. No, que no me puedo tocar..." (Entrevista con Médica, Com. Pers., 2023).

A pesar de la difundida (y debatida) idea que la infección del SARS-COV-2 no afectaba a la población infantil con la misma magnitud que el impacto en la población adulta y por lo tanto se relocalizaron muchas personas especialistas en tareas de cuidado pediátrico y neonatal en tareas diferentes a las habituales. Por ejemplo, las patrullas de hisopados en el territorio y en los centros de hisopado municipales Polideportivo N° 2 y Polideportivo N°6, Operativo Detectar (149 jornadas aproximadamente), Jornadas itinerantes de vacunación (alrededor de 600). Asimismo, se dispuso la organización de 3 Centros de Aislamiento para el cuidado extra-hospitalario de pacientes en recuperación o casos sospechosos. Los mismos se ubicaron en la Iglesia San Pablo (localidad El Pato), en la Escuela de Policía "Coronel Julio S. Dantas" (localidad de Pereyra) y en el CAPS N° 25 (localidad de Hudson)¹⁶.

Sin embargo, cabe destacar que en pleno ASPO, los 3 médicos del programa realizaron de marzo a noviembre de 2020 alrededor de 3000 consultas presenciales de controles de salud en los centros CAPS 22-24-26-32-36 y posta sanitaria (Figura 16). De hecho, las familias estaban sorprendidas de poder atenderse y vacunar a sus hijos sin inconvenientes.

¹⁶ Para más información, ver Capítulo 4.1, Parte 4 de esta compilación.

Los test de desarrollo en niños mayores fueron escasos debido a que no se contaba con el espacio adecuado, pero se realizó evaluación neurológica en todos los niños. Durante este período no solo se atendieron niños de riesgo, sino que también niños de la zona de influencia de los CAPS para facilitar el acceso a la continuidad de los controles.

Se derivaron para internación en el Hospital Z.G.A.D. Evita Pueblo 1 niño por peritonitis, 1 niña por cardiopatía congénita, 1 niña por apnea 1 niño por cuadro febril.

Para disminuir la deambulación de las familias y evitar los contagios, se creó una red telefónica vía la plataforma de red social WhatsApp para poder responder a las consultas y que los padres tuvieran acceso directo en caso de urgencia. Este espacio de contacto y referencia en el formato de un grupo de WhatsApp logró realizar el seguimiento telefónico de niños con dificultad respiratoria, la coordinación de la aplicación de vacunas a domicilio, la organización para el control ambulatorio en los centros más cercanos.

En esta red de WhatsApp llamada “Niños en Seguimiento” participan: representante de maternidad e infancia del municipio, secretaria de Salud del municipio, referente de salud mental del municipio, enfermero encargado de vacunación, enfermera encargada de las derivaciones del hospital a los CAPS al egreso hospitalario, 2 médicos pediatras neonatólogos, 1 médico especialista en desarrollo. Las familias incorporadas a este grupo fueron inicialmente 46, pero en la actualidad ese número asciende a 122.

Es importante destacar que, desde el comienzo de la pandemia y hasta fines de 2023, se realizaron por esta vía 49.000 consultas. A continuación, se brinda un detalle de las mismas:

- a) En algunos casos, permitió la asistencia con móvil en horarios nocturnos de niños que estaban con dificultad respiratoria, hacer la derivación por vía telefónica organizando la consulta con los referentes de pediatría del Hospital Zonal General de Agudos. Evita Pueblo.
- b) En muchos casos se evitaron consultas ambulatorias innecesarias.
- c) Se organizó el traslado de 4 niños que tenían consultas programadas en el Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" (CABA)
- d) Se consiguió medicación específica en niños que tenían patología crónica (hiperplasia suprarrenal congénita)
- e) Se realizaron pesquisas de COVID-19 en familias que presentaban síntomas
- f) Se organizó la aplicación a domicilio 1.760 vacunas
- g) Cuando comenzaron a abrirse los turnos para controles de fondo de ojo, se coordinó por esta vía los turnos para realizar el examen en el Centro Municipal de Oftalmología.
- h) Se realizó lista de pacientes que no realizaron controles audiológicos para organizar los turnos y realizarlos en el municipio.
- i) Se tramitaron interconsultas con el HEC

En suma, la implementación del PSRNAR permitió la mejor utilización de recursos teniendo un relevamiento claro de la

población de riesgo se pudo hacer un cálculo más ajustado de la cantidad y el tipo de fórmula láctea que el municipio debía comprar. También se logró interactuar con el hospital Provincial de Berazategui en forma coordinada. Además, se equipó al municipio de un instrumento de screening auditivo que era necesario en la región porque no se lograba acceder a los controles necesarios en niños de riesgo.

La existencia del PSRNAR y su medio de comunicación, iniciado en pandemia pero que continuó hasta el día de la fecha, conformó una red de atención que articulaba entre distintos sectores por medio de un canal interno de WhatsApp con los efectores de distintas áreas, psicología, agentes sanitarios, psicomotricista, fonoaudiología, estimulación temprana. Cabe destacar que en todo este volumen de atención y en este período de dificultades, escasez de recursos y aislamiento inicial, no hubo ningún óbito.

En el año 2018, de acuerdo a la Dirección de Información en Salud de la Prov de Buenos Aires (DEISBA 2023), Berazategui tuvo una tasa de mortalidad infantil de 8,4 y en 2019 tuvo la tasa de mortalidad infantil más baja de su historia y también la más baja de la media de la Provincia siendo de 7,9. La creación del PSRNAR fue parte de las políticas sanitarias implementadas como vigilancia de la población de riesgo.

En la época de pandemia se logró sostener la vacunación, los controles de salud y las interconsultas que no podían esperar, y a través del grupo de WhatsApp con las familias se dio contención y apoyo no solamente a los niños de riesgo sino a sus familias.

Capítulo 2.4

Municipio de Almirante Brown

Mora Castro

El Municipio de Almirante Brown fue creado en 1873 y cuenta con una superficie de 129 km². Las localidades al interior son 15 y entre las más populosas se encuentran Burzaco, Adrogué, Glew, Rafael Calzada, San José Claypole y Longchamps constituyéndose en un 60% con zonas urbanas y 40% zonas semirurales y rurales (franja Oeste y área del sudeste del municipio). Su población es de 584.827 personas y tiene un 22,46% de población infantil (INDEC, 2024). Como todos partidos de la región, su variación intercensal es positiva, indicando un crecimiento en la población respecto del registro del Censo poblacional de 2010 (INDEC, 2010) en el 5,8% más de personas. Sin embargo, la proporción de población infantil se redujo respecto de su medición en 2010 en casi un 4% (*Tabla 2*). Forma parte de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires.

La atención sanitaria del municipio se compone de 42 efectores de atención primaria que incluye Unidades Sanitarias, Centros de Atención Primaria de la Salud, Unidad Móvil, Postas Sanitarias y una Unidad de Pronta Atención (UPA 5). Asimismo, cuenta con

3 Hospitales de 2° nivel de Atención, el Hospital Zonal General de Agudos Dr.Lucio Meléndez (Adrogué), Hospital Zonal General Dr. Arturo Oñativia (Rafael Calzada) y Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Motriz Dr. José María Jorge (Burzaco) (Figura 17).

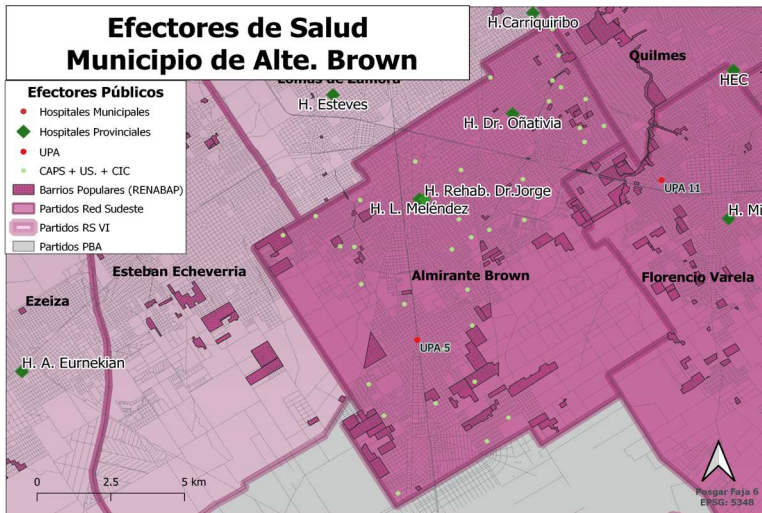


Figura 29. Ubicación geográfica de los efectores de salud públicos del municipio de Almirante Brown (Fuente: elaboración propia a partir del RUPES 2024).

El Hospital L. Meléndez (Figura 30) fue creado en 1902 y constituyó durante casi todo el siglo XX el único efector de atención de agudos del municipio. La atención se basaba en los servicios de pediatría, medicina general, traumatología, ginecología y obstetricia, entre otros. Entre sus capacidades, cuenta con 137 camas, internación de cuidados intensivos pediátricos y neonatales (12 camas). Hace algunos años se iniciaron obras de ampliación de espacio de atención,

mejoramiento y reconstrucción edilicia en diferentes partes de la estructura del hospital, que luego se abandonaron en 2017. Para el 2020, se retoman estas obras, pero en junio de 2023 el edificio nuevo corrió riesgo de derrumbe por la aparición de grietas y déficits en la estructura (MSAL PBA, 2023), lo cual redundó en el traslado de pacientes y evacuación inmediata de los espacios afectados (Info Región, 2023). Para fines de ese año, el hospital recuperó sus capacidades re-habilitando áreas como la guardia de adultos y pediatría, la UTI entre otros (El Diario Sur, 2023).

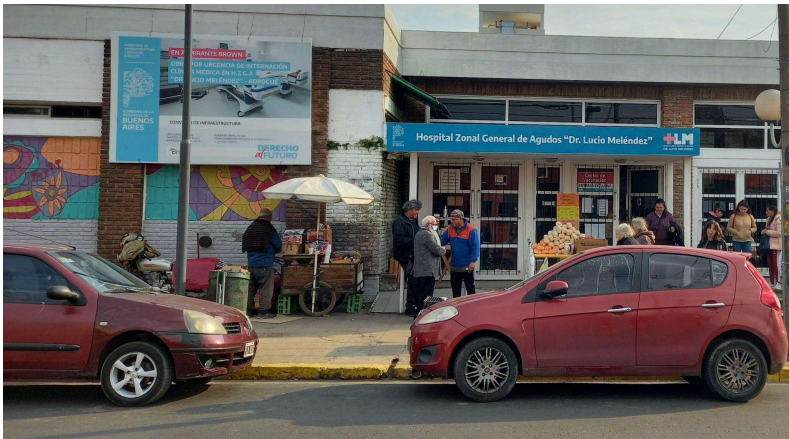


Figura 30. Entrada del Htal. L. Meléndez (Adrogué) (Fuente: elaboración propia, 2024).

El Hospital Zonal General "Dr. Arturo Oñativia" fue inaugurado en 1996 (Figura 31) y se conforma como un establecimiento polivalente con internación y prestación quirúrgica, de Categoría D de acuerdo al RUPES 2024. Cuenta con 86 camas y 13 de cuidados intensivos adultos. Su estructura de atención se basa en los Servicio de dermatología, gastroenterología, urología, otorrinolaringología, oftalmología, consultorio de neonatología,

traumatología, servicio social, psicología, psiquiatría, neurología (adultos y pediátricos), hematología, infectología, odontología, cardiología (adultos y pediátricos), neumonología (adultos y pediátricos). También se prestan servicios de guardia médica de Clínica, Gineco-obstetricia, Pediatría y un nuevo sector reducido de internación y guardia de Salud Mental. Tiene un sector SAPS que se encarga de hacer seguimiento y actúa como un espacio de atención de primer nivel de atención. Cabe destacar que el Hospital en el año 2018 sufrió un incendio de grandes proporciones, afortunadamente sin víctimas fatales, que forzó el cierre de áreas críticas para el hospital durante casi 7 meses de reconstrucción. A mediados del 2019 se retomaron las actividades de atención en espacios como la Guardia y otros servicios. Cuenta con una residencia en clínica pediátrica conformada por 2 residentes de 4to año, 1 residente de 2do año y 2 residentes de 1er año.



Figura 31. Entrada principal del Hospital Dr. Oñativia (Fuente: Facebook oficial del Hospital, 2024).

El Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Motriz Dr. José María Jorge (*Figura 32*) es un efector que atiende pacientes derivados para realizar tratamientos de rehabilitación, ya sea con indicación de internación (cuentan con 16 camas) o de forma ambulatoria. Tiene los servicios de clínica médica y otras especialidades como kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, enfermería, fisiatría, nutrición, entre otras. Asimismo, cuenta con una unidad residencial que atiende salud mental (antes denominada comunidad terapéutica), que es un dispositivo que pertenece a la subsecretaría de salud mental del MSAL de PBA. Una característica del Hospital es que la mayoría de sus trabajadores/as residen en la misma área. Cuenta con un área de servicio social que además de asistir a pacientes con los requerimientos para sus tratamientos y seguimiento tanto dentro como fuera de la institución, también trabaja en conjunto con el municipio para el desarrollo de actividades de difusión y prevención sanitaria. En el Hospital se realizan las certificaciones únicas de discapacidad de todo el municipio de Alte. Brown.

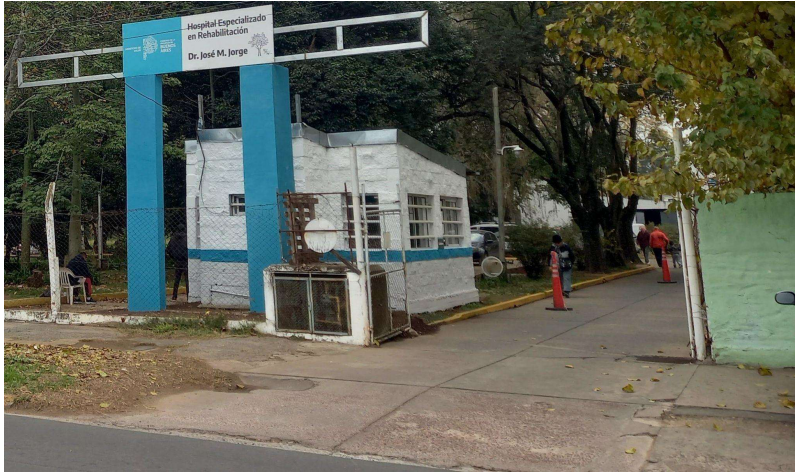


Figura 32. Entrada al predio del Hospital Dr. Jorge (Burzaco), Almirante Brown (Fuente: Elaboración propia, 2024).

Redes y derivaciones

El sistema de derivación para realizar interconsultas o solicitud de internación cuenta no solo con la impronta de cada equipo de salud al interior de los hospitales y efectores de primer nivel, sino también con el apoyo de la gestión desde el municipio. La Secretaría de Salud municipal, a través de áreas que gestionan las vinculaciones interinstitucionales como la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios en Salud, también genera algunas de las derivaciones que requieren apoyo institucional para la obtención de turnos o averiguación de disponibilidad de especialidades de difícil acceso.

La Red de Pediatría del Sudeste facilitó las pautas a partir de las cuales las interconsultas y derivaciones se llevarían adelante, así como estableció criterios concretos de atención frente a

determinadas situaciones críticas. En particular, las derivaciones que han requerido un mayor nivel de complejidad entre efectores se han recurrido al HEC. Por el contrario, cuando la continuación del tratamiento ha necesitado contar con espacios terapéuticos para ECNE o secuelas específicas, las derivaciones apuntan al Hospital Dr. Jorge.

Entra en escena la COVID-19 y el ASPO

Cuando se declaró la emergencia sanitaria por la pandemia por COVID-19, todos los hospitales del municipio tuvieron que ajustar su funcionamiento y organización.

Para el caso del Htal. Dr. Jorge, se instauraron los sistemas de presencialidad alternada, en combinación con las mecánicas de agrupamiento del personal por “burbujas”, de modo de tener identificadas a las personas en riesgo de contagio frente a la sospecha o confirmación de casos estrechos. Se instauró el seguimiento de pacientes telefónico, y con el tiempo se fue incorporando el zoom como metodología para la consulta a la distancia¹⁷. En un primer momento la atención ambulatoria en los consultorios externos se paralizó. Luego, a medida que se iría cambiando de fase en el municipio, se comenzaría a dar turnos nuevamente. comenta una trabajadora del hospital que

“...se armó como una especie de... como de red solidaria donde empezó el ortopedista que tenía material para hacer barbijos y creo que le había dicho a un familiar de él... y bueno ahí donaron una cantidad de barbijos y así después...”

¹⁷ Para más información, ver Capítulo 4.1, Parte 4 de esta compilación.

Bueno, viste que después los barbijos artesanales, digamos, empezaron a pulular por todos lados. Pero, bueno, hasta que se acomodó la entrega de materiales, de los equipos también... Después recibíamos todas las semanas... En realidad, al menos nosotros, en este hospital, el ministerio no dejó de proveer insumos... Fue muy fluida todo el tiempo. Lo mismo cuando empezaron las vacunas, cuando llegaron las vacunas, lo mismo, era muy fluidamente” (Entrevista con Trabajadora Social, Com. Pers., 2024).

Algunas modificaciones en el Htal. Dr. Jorge, que no tuvo especialmente atención por COVID-19 por sus características como efector especializado en rehabilitación, sí incluyeron una circulación de pacientes diferentes a la previa a la pandemia, medidas de restricción al ingreso de acuerdo a criterios epidemiológicos, así como modificaciones en la infraestructura de las salas de espera y espacios de atención administrativa (agregado de paneles vidriados para protección, entre otras). Se instauró un vacunatorio especialmente por la situación de emergencia sanitaria, que funcionó en paralelo al vacunatorio que usualmente tiene actividad en la zona del CAPS 1 (a una cuadra de distancia).

Para el caso del Htal. Dr. Oñativia, no se realizaron cambios en la infraestructura a raíz de la pandemia, sino que se reutilizaron las instalaciones que en aquel momento eran novedosas, a colación de la reestructuración que provocó el incendio de 2018.

Por su parte, el período de la pandemia en el Htal L. Meléndez estuvo atravesado por otras transformaciones, producto de sus complicaciones edilicias y obras incompletas. La situación de la

emergencia sanitaria, si bien contribuyó a atraer la atención de gestores locales y de otras escalas de gobierno para la resolución de los conflictos convergentes, la atención y organización entre el personal de salud requirió un esfuerzo extraordinario debido a las deficiencias estructurales en los espacios de atención.

De acuerdo a un informe de la Dirección Provincial de Hospitales, para diciembre de 2020, el total de casos de contagio confirmados entre trabajadores/as de la salud en los hospitales del municipio ascendía a 567 personas, distribuidos entre H. Dr. Oñativia (217 personal contagiado de 958 agentes), H. L. Meléndez (290 personal contagiado de 878 agentes) y el H. Dr. Jorge (18 personas contagiadas de 163 agentes) y en el UPA 5 de Longchamps (42 personas contagiadas de 121 agentes) (DPH, 2020).

En este sentido, en la lamentable suma de personal sanitario fallecido por COVID-19, para octubre de 2020 se contabilizaban 13 profesionales para la Región VI. En Alte. Brown, se encuentran 2 personas en el H. Meléndez, 1 en la UPA de Longchamps y 2 en el H. Dr. Oñativia. En este último, falleció con posterioridad a esa fecha otra persona del área de enfermería (Info Región, 2020)¹⁸.

¹⁸ Para más información, ver notas periodísticas locales en los portales web <https://www.inforegion.com.ar/2020/10/19/fallecio-otro-trabajador-del-onativia-por-covid-19/>, <https://www.laizquierdadiario.com/Fallecen-dos-trabajadores-de-la-salud-de-Brown-por-covid-19>, <https://cicop.org.ar/seccionales-provinciales/hospital-onativia-seccionales-provinciales/lxs-trabajadorxs-del-hospital-onativia-homenajearon-al-dr-danielmarconetto/>

Post-Pandemia

El proceso a través del cual atravesó el sistema de salud en general, pero especialmente en el municipio, consolidó acciones que fortalecieron a los efectores de salud de todos los niveles de atención en términos de la infraestructura (adición, mejora, refacción, re-diseño de espacios) así como en el plano de los vínculos profesionales tanto al interior de las instituciones sanitarias (y de otros ámbitos) como entre ellas.

En el H. Dr. Oñativia se inauguró una sala de internación para el área de Salud Mental que incluye un consultorio de guardia, una sala de internación con una capacidad para 4 camas, un área de depósito, un office de enfermería y un sector privado para el personal. También hay otra sala con 2 camas de internación y un espacio adicional para pacientes críticos.

En la UPA de Longchamps se observa una considerable mejora en el plano de la infraestructura como en las capacidades prestacionales del efector. De acuerdo a sus propios trabajadores/as, el agregado de nuevos servicios como kinesiología, la atención en consultorios y en el equipamiento consolidan la posibilidad de atención con un abanico más amplio de oportunidades. En ese sentido, el servicio a la comunidad se ha visto robustecido por la incorporación de todas estas novedades en este nuevo período de la post-pandemia (Entrevista con médica, Com. Pers., 2024)

Para el caso del H. Dr. Jorge, a partir del 2021 se realizó una mejora edilicia dividida en dos partes. La primera aborda un

espacio de terapia ocupacional de adultos y niños/as. Luego en el 2024 se inauguran 17 consultorios para la asistencia de pacientes, baños mixtos dentro de la estructura principal. Asimismo, se incorporaron profesionales de kinesiología.

Capítulo 2.5

Conclusión

María Isabel Scaramutti, Odilia Estela Valiente, Cecilia M. Santolin y Mora Castro

Las Redes en Salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad la mayoría de sus elementos más esenciales, tales como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros.

En todas las experiencias relatadas en esta Parte II, es una constante la búsqueda permanente de fortalecer estructuras que faciliten el acceso a la salud, organicen la atención estableciendo la detección y prevención temprana en los niveles primarios de asistencia, tamizando sin sobrecargar a los niveles de mayor complejidad y derivando adecuadamente y en tiempo correcto a quien lo necesita.

Las redes de contactos personales ya existían, pero la formalización de la red (presencial o mediada por canales de comunicación virtual) expresada en los acuerdos para utilizar un

lenguaje común y compartir los modelos de atención beneficia no solo al paciente sino también facilita la comunicación entre efectores, mejorando y aprendiendo unos equipos de otros.

Sin duda hay mucho camino por recorrer para alcanzar la excelencia. Por ejemplo, fomentar el intercambio entre profesionales de la salud y otras disciplinas, fortalecer los flujos de información entre los efectores y los espacios de gestión sanitaria, consolidar un registro de información epidemiológica que permita tomar decisiones con información actualizada y generar alertas oportunas en relación a las características poblacionales o bien a la situación del sistema sanitario y sus profesionales.

Un desafío para la región (así como para otras partes del país y del mundo) (SAP, 2023) es la incorporación de nuevos especialistas en pediatría, neonatología y medicina general. Entendemos que aportar a la formación de nuevos/as profesionales en los efectores de los municipios de la subregión y consolidar el sentido de pertenencia territorial aportará a hacer sostenible la conexión fluida entre todos los niveles de la Red de atención pediátrica. El compromiso de los actores actuales y de quienes se están formando en nuestros espacios para intentar modificar los factores controlables de cara a mejorar las perspectivas laborales, será vital para alcanzar los estándares anhelados.

Parte 3

Características de la Red de Derivaciones Pediátricas

Capítulo 3.1

Metodologías para el análisis de derivaciones entre efectores: ARS, cartografías y estadísticas básicas

Mora Castro

Introducción

En este capítulo se analiza la estructura y dinámica de la Red del Sudeste Bonaerense, con especial foco en la dimensión espacial y la dimensión vincular entre los efectores registrados en el tiempo específico entre el año 2018 hasta el 2021 inclusive. Para este análisis se parte de la consideración que es necesario visualizar el movimiento de la red con una perspectiva subregional, conociendo la ubicación de los efectores, los lugares de mayor demanda y los circuitos que recorren pacientes y familiares para recibir atención sanitaria. Asimismo, se incluye la variable temporal para caracterizar los cambios en los vínculos entre efectores y la demanda territorial.

Para comprender la dinámica de relación entre efectores y, por tanto, la posibilidad de continuación de tratamiento para padecimientos en la población infantil de los municipios

involucrados en esta Red de atención (en el período pre-pandemia y en los 2 primeros años de pandemia por COVID-19) es necesario precisar cuáles fueron los alcances de la respuesta del sistema de salud en un territorio extenso, con características poblacionales específicas y mecanismos de acceso a la salud propios de un esquema de interrelación entre los tres niveles de atención e interacción entre entidades públicas, privadas y de la seguridad social. Es necesario, además, analizar los efectos que esto ha tenido en la rutina y las agendas de salud que la pandemia ha dejado a un costado, minimizado o puesto en cuestión en el mediano plazo a raíz de la premura requerida por los desarrollos de una vacuna, un tratamiento y protocolos de acción terapéutica.

Este análisis en particular se enmarca en la perspectiva de la Ciencia de Redes y acordamos con Bellotti cuando afirma que ésta *“... comienza precisamente de la observación de actores que están siempre entrelazados en relaciones significativas en un contexto determinado, y los patrones de dichos lazos están producidos y son moldeados por mecanismos culturales y estructurales que regulan los fenómenos sociales”* (2015:3). Así, se recolectó información propia de los registros institucionales de algunos de los 8 hospitales ubicados en la subregión sudeste de la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires. Para los 4 años bajo estudio, se procesaron 3959 datos de derivaciones entre efectores (del 3°, 2° y 1° nivel de atención). Esta información de circulación de pacientes entre efectores se le suma algunas características de los eventos de atención, por ejemplo, cuando fue posible se incluyó el mes y año del evento, residencia del paciente, diagnóstico codificado por el CIE 11, efectores donde se produce la atención registrada, el efector de referencia y el de contra-referencia. Para el

procesamiento de todo este caudal de información se articulan dos herramientas que permiten obtener métricas estadísticas y vinculares para incorporar al análisis, así como disponer visualmente aspectos específicos de todos estos datos: modelos de red y cartografía. Para organizar la información se utilizan dos softwares que facilitan la capacidad de cálculo para establecer un análisis más específico de la vinculación entre la información.

Por un lado, se elaboraron mapas temáticos, en los cuales se observa la distribución espacial de los efectores y de pacientes. La organización en clave geográfica de esta información permite abordar características de la demanda segmentada temporalmente. Para ello se utiliza el software libre QGIS 3.16.7, que posibilita la vinculación entre información del registro institucional con su ubicación en el espacio, agregando valor a los datos de la estadística hospitalaria que habitualmente se presentan como datos compactos. Las herramientas cartográficas se enfocan, al momento, en cuatro de las variables propuestas por Buzai y Baxendale (2015): localización, distribución, asociación, interacción. A partir de ellas se han obtenido algunos resultados preliminares sobre distancia promedio entre pacientes y efectores y sobre distribución de tipos de patologías por municipio.

Por otro lado, se han elaborado diferentes modelos de grafos que permiten observar las estructuras de relaciones entre los efectores para dar respuesta al acceso a un tratamiento y seguimiento de pacientes de la subregión a través de los 3 niveles de atención presentes en los municipios que se articulan en red. Cabe destacar que los estudios aplicados de redes tienen como propósito analizar

las características estructurales y las dinámicas que ellas presentan, a través de un modelo en el que se representan las relaciones entre los actores e instituciones que conforman la problemática analizada (Reynoso, 2011). Dicho modelo se compone de cuatro elementos fundamentales: los nodos (actores, instituciones, entidades, etc.), los lazos (vínculos específicos que se quieran medir), la matriz (una grilla con filas y columnas con valores en cada celda) y el grafo (es la estructura resultante de los nodos y sus lazos).

En términos técnicos, el análisis de redes sociales (ARS) tiene como base el estudio de la topografía de la red, es decir, que analiza las características geométricas que subyace a su estructura (Wasserman y Faust, 2018). En este sentido, el análisis del grafo se compone de las características de las medidas de los nodos (como centralidad de nodo, de intermediación y de cercanía, transitividad, etc.) y las características de las medidas de la red completa (por ejemplo, la densidad de la red, cantidad de componentes, la conectividad, la cohesión, configuración de subgrupos y sus variantes). El resultado de este análisis topográfico brinda evidencias para la evaluación y comparación temporal de sus características principales, sus ventajas y desventajas en relación a la efectividad para la gestión en salud en el contexto específico de análisis.

A continuación, se presentan una caracterización general de la información que tomamos para realizar los diferentes análisis. La misma tiene diferentes fuentes y formas de procesamiento que requirieron de sucesivas transformaciones, cuyo resultado se

presenta aquí. Cabe aclarar que la base de datos que hemos construido a lo largo de los años está en constante evolución, dado que se continúan incorporando datos y consolidando la información ya dispuesta y haciendo diferentes pruebas con muestras para el desarrollo de metodologías propias del equipo. Tenemos la expectativa de que, a medida que pase el tiempo, podamos engrosar los datos y así robustecer nuestros hallazgos.

Resultados preliminares

Descripción de los materiales

Se obtuvieron resultados preliminares sobre la estructura que conforman la red de efectores registrados. Al momento, a partir de la información brindada por las áreas de pediatría de 4 (cuatro) hospitales de la subregión (HEC, H. Dr. Iriarte, H. Mi Pueblo, H. Dr. Oñativia) y el Centro de atención Dr. Sábatto (Berazategui) se recolectaron un total de 9298 eventos de atención entre los años 2018 – 2021. Entre ellos, se identificaron 3959 registros de derivaciones pediátricas entre efectores de salud en la subregión sudeste durante el período mencionado. Hay un conjunto de 434 de registros que, teniendo la información del evento (fecha de internación o consulta, diagnóstico, etc.), no cuentan con datos de los efectores de referencia o contra referencia a la situación de atención. Asimismo, asciende a 59 registros de eventos que no cuentan con ningún tipo de información (referencia, contrareferencia o residencia). La distribución mensual de todas estas derivaciones que forman la base de datos se puede observar en la Figura 33 a continuación:

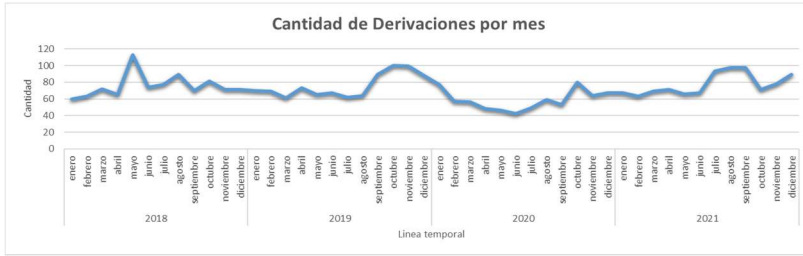


Figura 33. Distribución mensual de derivaciones pediátricas en efectores de la Subregión sudeste (Fuente: elaboración propia, 2024).

Esta ausencia en el registro institucional genera saltos o deficiencias en el análisis de la información. Como se mencionó, del total de registros de derivaciones analizados, aproximadamente un 12% no cuentan con la información de efectores previos o posteriores a la atención (434 casos). En este sentido, para intentar subsanar esta situación, se realiza una estimación del lugar de derivación a partir del registro de residencia del paciente. Por ejemplo, en el caso de los registros de eventos de atención que no tenían indicado el efector desde el cual se deriva y que el paciente reside en otro partido / provincia, se asume que la derivación está formulada desde el efector de mayor complejidad de la localidad de residencia. Por poner un caso, si el paciente vive en Chascomús (PBA) se asume que, frente a la falta de registro, el paciente viene derivado a la subregión desde el Hospital Municipal San Vicente de Paul. Esta estimación se ha realizado para 85 casos del total de eventos que no presentan datos de derivación registrado.

El alcance de las derivaciones que supone el sistema de referencia y contra referencia abarca un amplio espectro en el tipo de espacios de cuidado o situaciones de derivación presentes en el

registro. Para el período bajo estudio (2018 -2021) se registraron un total de 268 efectores, de los cuales 92 de 1°, 122 de 2° nivel y 34 de 3° Nivel. Se suma 1 efector donde se realiza exclusivamente diálisis. Asimismo, 8 del total de nodos son considerados administrativos, interviniendo en el proceso de derivación (EL Ministerio de Salud Provincial, la dirección de redes de salud del municipio, etc.). Se incorporan al análisis los centros de aislamiento utilizados en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19 (asignados con nivel 1° de atención), los hospitales Modulares de Emergencia (3 en total en la subregión), así como un centro de atención médica extra-hospitalaria. Además, se incorporan al recuento de efectores de derivación 3 espacios de cuidados no dependientes del ámbito sanitario, como por ejemplo el Hogar Guadalupe (Florencio Varela) o el Hogar San Patricio (La Plata). Finalmente, se establece como nodo la instancia de fuga¹⁹ de modo que queda registrada esta modalidad como forma de interrupción del tratamiento en internación.

Asimismo, se observa un alcance geográfico que se expande hacia 22 de las 23 Provincias y la CABA. Asimismo, se registra vinculación con un conjunto de alrededor de 104 municipios en el seguimiento y tratamiento de pacientes pediátricos (de los 1298 espacios municipales/departamentos/partidos en todo el país). De estos, 68 son municipios bonaerenses.

Se observan en la *Tabla 4* las cantidades de derivaciones pediátricas de acuerdo a la ubicación espacial del efector que deriva al paciente

¹⁹ Las fugas en total suman 195 registros de casos entre todos los años bajo estudio, lo cual representa un 2% del registro total.

a alguno de los centros de la red. Es decir, si el lugar desde el cual es derivado el paciente se encuentra en la misma subregión del Sudeste Bonaerense, en otros de los 5 partidos de la Región Sanitaria VI, en otros partidos dentro de la provincia de Buenos Aires o en otro distrito del país.

Distritos	2018	2019	2020	2021	Totales
Subregión Sudeste	468	417	359	432	1676
Región Sanitaria VI	136	145	99	158	538
PBA	66	92	36	73	267
Otros Distritos	60	42	13	26	141
Totales registros	730	696	507	689	2622
Sin Datos	176	216	207	239	838
Totales	906	912	714	928	3460

Tabla 4. Distribución espacial de la ubicación de efectores sanitarios que derivan a aquellos ubicados en la subregión sudeste. (Fuente: elaboración propia, 2024).

Cabe aclarar que hay 838 registros de derivaciones que no cuentan con la información de residencia. Así, se calcula sobre una base de 2622 derivaciones que sí cuentan con dicha información. Se observa en la *Figura 34* la proporción que asume cada una de estas ubicaciones geográficas. En promedio, se observa que de la Subregión Sudeste (Quilmes, F. Varela, Alte. Brown y Berazategui) existe un 64% de todas las derivaciones en los últimos 4 años. Por su parte, las derivaciones desde los otros 5 municipios de la Región Sanitaria VI conforman un 20%, aquellas

provenientes de otros partidos dentro de la provincia de Buenos Aires suman un 10% y, finalmente, provenientes de otros distritos del país asciende a 5.38%.

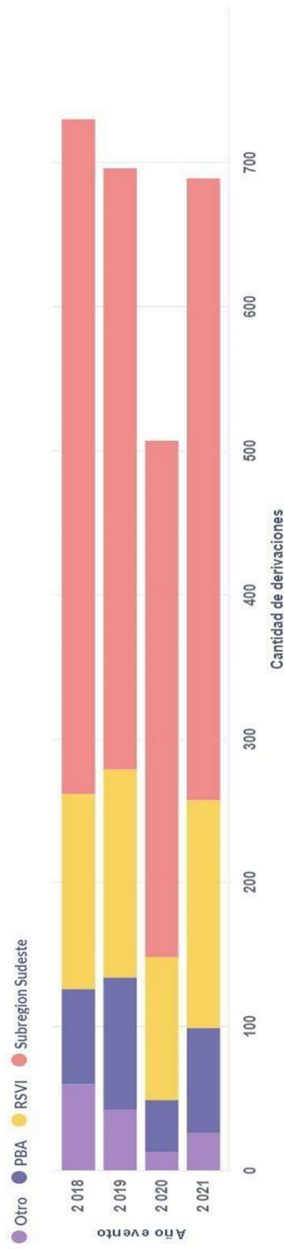


Figura 34. Distribución de derivaciones pediátricas según ubicación del efector de referencia (Fuente: elaboración propia, 2024).

Por otro lado, el registro de la información de la contra referencia de pacientes, aún con el alta médica otorgada, para el seguimiento de la evolución de la situación de atención, también se presenta inconcluso. Con un faltante de 1474 registros, se observa en la *Figura 35* la distribución regional con los mismos criterios enunciados anteriormente de la ubicación de los efectores que reciben a las/os pacientes trasladados / de alta de los hospitales. Se observa que la categoría “varios” se adiciona en esta imagen, debido a la aparición en el registro de agencias intermediarias que, sin ser efectores de atención, intermedia para conseguir los turnos o bien los accesos administrativos para que se efectúe la consulta o la internación. Así, aparece en el registro el MSAL de la Provincia de Buenos Aires, los espacios de gestión de Redes municipales o bien el MSAL de Nación.

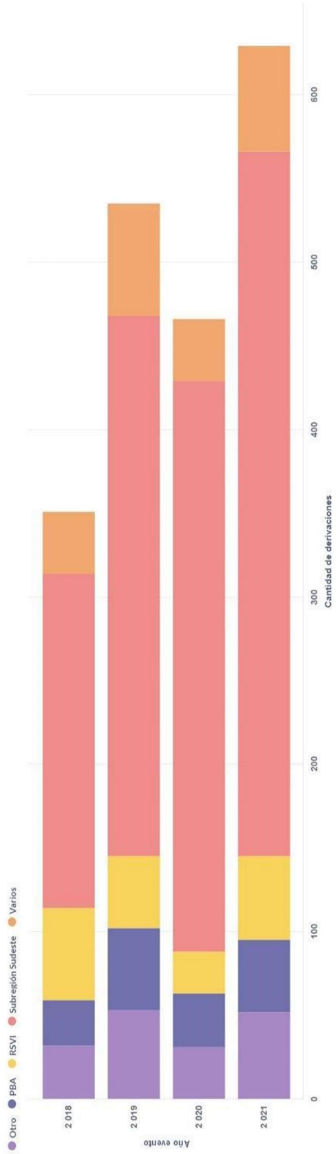


Figura 35. Distribución de derivaciones de contrerreferencia por ubicación geográfica del efector de recepción (Fuente: elaboración propia, 2024).

De los registros que hay diagnóstico (3390), se observa en la *Figura 36* la distribución de tipos de patologías en la población estudiada. Así, el 23,5% son tipos de patologías respiratorias, el 15,58% de tipo abdominal, el 11,3 % fueron Cardio-congénitas y el 10,56% neurológicas.

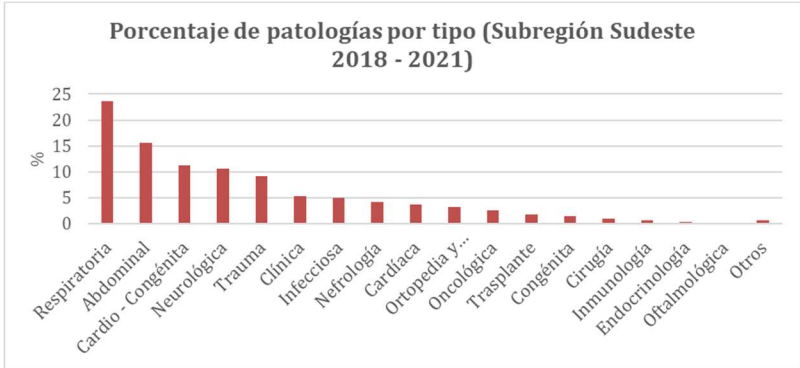


Figura 36. Distribución porcentual de las derivaciones pediátricas de acuerdo al tipo de patología registrada en el diagnóstico (Fuente: elaboración propia, 2024).

Del total de los diagnósticos de patologías respiratorias, se presenta con una incidencia alarmante los casos de Tuberculosis (TBC). En el período analizado y con los datos recogidos por el equipo de investigación, existe un registro de 79 pacientes pediátricos, distribuidos de la siguiente manera: en el H. Mi Pueblo²⁰, registros con sospecha de TBC (frecuentemente internados en sala de pediatría con otro diagnóstico principal, ya sea respiratorio o de otra índole): 2018 (10 pacientes); 2019 (17 pacientes); 2020 (10 pacientes); 2021 (7 pacientes). De ellos, se constituyeron como derivaciones un total de 8 (ocho) casos. En el

²⁰ Para más información, ver Moreno, Santolin y Lopez, 2022.

HEC, tanto en sala como en UTIP, suman 2 casos para 2018, 2 para 2019, 11 casos para 2020, 7 para el 2021. En el Htal Dr. Iriarte el registro está por fuera del rango temporal, pero es significativo incluir el hecho que para el 2023 se presentaron en los meses de junio/julio alrededor de 12 pacientes pediátricos (y 46 adultos) de acuerdo a las fuentes del Hospital.

En relación al COVID-19, en la población pediátrica de la subregión la información de los efectores de salud permite analizar la variación de la situación epidemiológica de esta población en particular. Los registros de las áreas de internación pediátrica informan que la cantidad de casos que presentaron como diagnóstico principal o como adición a alguna otra condición de salud, manifestando alguna gravedad en los síntomas, fueron los siguientes (Tabla 5). Cabe mencionar el registro de un óbito por COVID-19 en junio de 2020 en el HEC.

Cantidad de internaciones relacionadas con patología COVID-19	2020	2021
H. Dr. Oñativia	47	6
H. Dr. Iriarte	91	25
HEC	22	24
H. Mi Pueblo	20	72
Total	180	127

Tabla 5. Distribución por efector de 2 y 3 nivel de atención de la Red Pediátrica (Fuente: elaboración propia, 2024).

Estructuras de derivación

La construcción de los modelos de red a través del ARS que presentamos aquí cuenta con un total de 268 nodos relevados en las derivaciones dentro del período de análisis (2018 -2021) representando efectores de salud de todos los niveles (1°, 2° y 3°), de todas las gestiones (estatal, privada o de la seguridad social) y de todas las jurisdicciones (municipal, provincial y nacional). Se incluyen asimismo espacios de cuidado no médico, internación domiciliaria, y centros de aislamiento que surgieron en el contexto de pandemia que hoy ya no están en funcionamiento como tales, como por ejemplo el espacio de la Universidad Nacional de Quilmes o bien la Casa de Retiro Colegio San Pablo Apóstol (Berazategui).

Se presentan en la *Tabla 6* las características estructurales de los grafos obtenidos a partir del procesamiento de la información relevada. Las mismas se refieren a la cantidad de nodos y vínculos presentes, los enlaces o díadas, la densidad de la red, la centralidad de grado promedio, los subgrupos identificados (obtenidos a través de la métrica de Max Core), los nodos que allí se agrupan, los nodos en la periferia de la red y su proporción porcentual.

	2018	2019	2020	2021	Completo 2018 - 2021	Completo 2018 - 2021 (promedios)
Nodos (efectores)	117	99	65	93	196	93.5
Vínculos (derivaciones)	1155	1291	993	1396	2310	1208.75
Links/ díadas	131	177	110	105	290	130.75
Densidad	0.012	0.017	0.026	0.018	0.009	0.01825
Centralidad de grado promedio	2.9	3.6	3.4	3.4	5.561	3.325
Subgrupos	2	3	2	3	3	2.5
Nodos los subgrupos	17	7	16	6	14	11.5
Periferia	100 (85%)	92 (93%)	49 (75%)	87 (94%)	182 (93%)	256.5

Tabla 6. Distribución anual para el período 2018 – 2021 y el promedio de las características estructurales de los grafos (socio métricas) (Fuente: elaboración propia, 2024).

Como descripción general de los grafos, cada una de las *Figura 37*, *Figura 38*, *Figura 39* y *Figura 40* reflejan un modelo de Análisis de

Redes Sociales para cada año bajo estudio. Como ya se mencionó, el mismo está compuesto de nodos (efectores de salud y otras instituciones involucradas) vinculados a través de las derivaciones de pacientes pediátricos en el período registrado (una versión inicial de este análisis se puede ver en Castro et al., 2020). Respecto de los nodos, el color se corresponde con la ubicación geográfica del efector, clasificada de la siguiente manera: rojo para efectores ubicados en la subregión sudeste (Quilmes, F. Varela, Berazategui y Alte. Brown), violeta para aquellos en los otros municipios de la Región Sanitaria VI (Lanús, Avellaneda, Presidente Perón, L. de Zamora, Ezeiza), en amarillo se ven los que están dentro del territorio de la provincia de Buenos Aires por fuera de la Región Sanitaria VI, en verde están los efectores ubicados en otros distritos del país (CABA y 21 provincias) y en celeste son nodos que indican otro tipo de situación de derivación (internación domiciliaria, fuga, entre otros). En relación a las formas de los nodos, es una característica visual que identifica el nivel de atención al cual pertenece el efector: triángulo 1° nivel de atención, cuadrado 2° nivel, diamante para el 3° nivel y el círculo para instituciones que intervinieron en las derivaciones (espacios administrativos, entre otros).

En relación a los vínculos, originalmente se desarrolló un grafo dirigido, es decir, una estructura con vínculos que orientan el flujo, en nuestro caso se refiere a la derivación de pacientes pediátricos: entre dos nodos cualesquiera, existe una relación en tanto haya un registro de derivación. Pero, en términos analíticos, no es lo mismo si la derivación va en un sentido o en otro y tampoco se computa de la misma manera si la derivación se trata

de una referencia o de una contrareferencia del paciente. Sin embargo, a los efectos de la visualización en vez de vínculos con forma de flecha, se eligió una línea simplificada, que indica un flujo unificado entre efectores. El grosor de los vínculos se corresponde con la proporción de derivaciones ocurridas en el período, a mayor cantidad de intercambios, más grueso el enlace de la díada.

Entre los 4 años, se observa un total de vinculaciones que asciende a 4835. Una aclaración importante es que el vínculo en forma de rulo (loop) sobre sí mismo (del HEC y del H. Mi Pueblo), indica aquellos pacientes que una vez resuelta la complejidad clínica inicial de su derivación, continuaron el tratamiento en el mismo efector con un alcance de larga duración. No se considera aquí aquellas consultas post-intervenciones quirúrgicas o control sino la continuación del tratamiento prolongado. Es importante remarcar que de los registros del HEC, 2517 pacientes cuentan con la información completa mientras que 615 no tienen información de sus efectores de derivación. La mayoría de ellos, continuó su tratamiento en el HEC (65%).

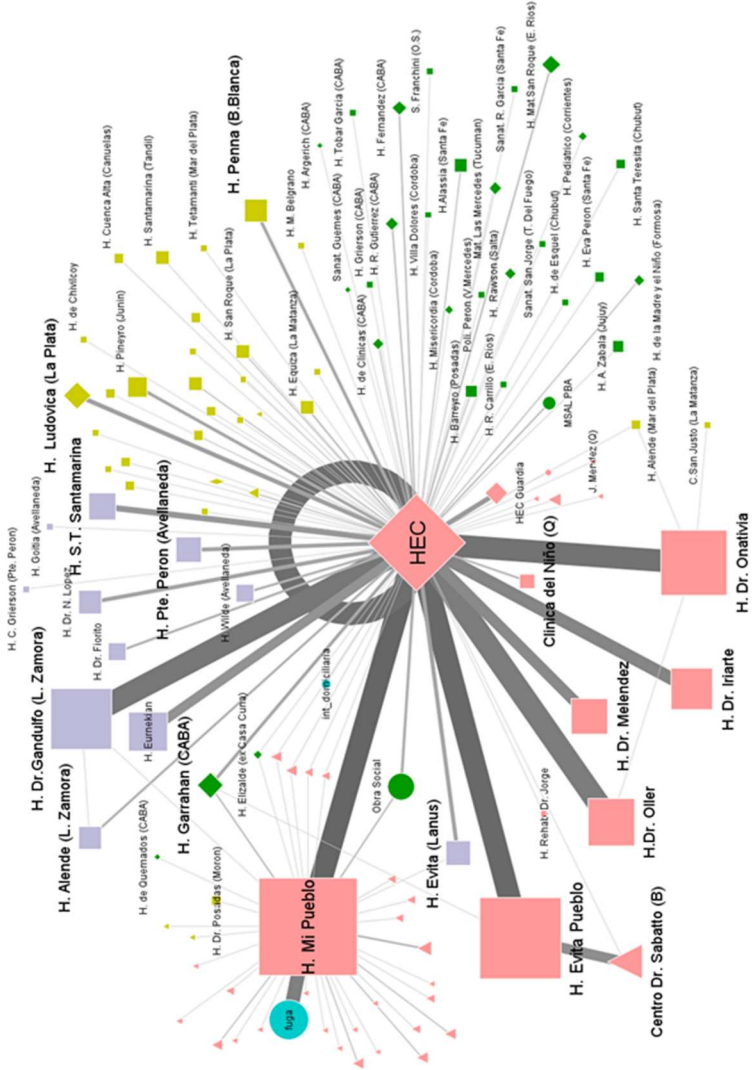


Figura 37. Estructura de vínculos entre efectores de salud de derivaciones pediátricas para el año 2018 (Fuente: elaboración propia 2024).

El grafo que modela las derivaciones pediátricas ocurridas en el año 2018 (Figura 37), tiene una estructura de 117 nodos (efectores), 1155 vínculos (derivaciones), 131 díadas. Dentro de las medidas de red completa se identifica: densidad de 0.012, una centralidad de grado promedio de 2.9, 2 subgrupos (*clustering coefficient*) y una distribución de 17 nodos entre los subgrupos y 100 en la periferia (85%).

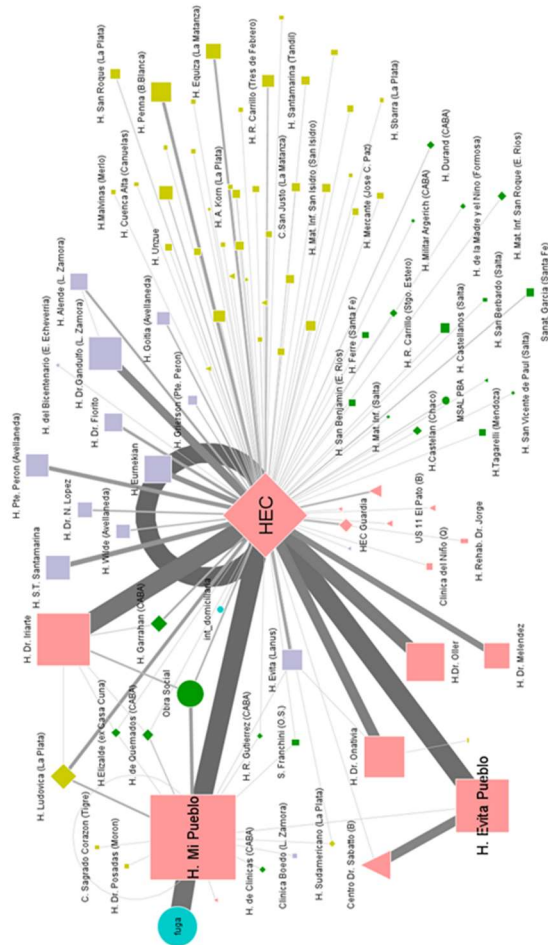


Figura 38. Estructura de vínculos entre efectores de salud de derivaciones pediátricas para el año 2019 (Fuente: elaboración propia 2024).

El grafo que modela las derivaciones pediátricas ocurridas en el año 2019 (Figura 38), tiene una estructura de 99 nodos (efectores), 1291 vínculos (derivaciones), 177 díadas. Dentro de las medidas de red completa se identifica: densidad de 0.017, una centralidad

de grado promedio de 3.6, 3 subgrupos (*clustering coefficient*) y una distribución de 7 nodos entre los subgrupos y 92 en la periferia (93%). Estas métricas implican una estructura más cohesionada que la anterior entre los nodos presentes y, al mismo tiempo, una periferia con mayor peso en la estructura.

El grafo que modela las derivaciones pediátricas ocurridas en el año 2020 (Figura 39), tiene una estructura de 65 nodos (efectores), 993 vínculos (derivaciones), 110 díadas. Dentro de las medidas de red completa se identifica: densidad de 0.026, una centralidad de grado promedio de 3.4, 2 subgrupos (*clustering coefficient*) y una distribución de 16 nodos entre los subgrupos y 49 en la periferia (75%). En este caso, se observa una retracción en términos de efectores y de alcance geográfico, en la cual predominó los vínculos densos entre efectores de una misma región y cae el peso de los nodos de la periferia del grafo.

El grafo que modela las derivaciones pediátricas ocurridas en el año 2021, tiene una estructura de 93 nodos (efectores), 1396 vínculos (derivaciones), 105 díadas. Dentro de las medidas de red completa se identifica: densidad de 0.018, una centralidad de grado promedio de 3.4, 3 subgrupos (*clustering coefficient*) y una distribución de 6 nodos entre los subgrupos y 49 en la periferia (93%). En comparación al año anterior, se observa una ampliación en la cantidad de efectores presentes, así como de vínculos, reflejando mayor actividad. La misma continúa con esa tendencia a clusterizar, teniendo una periferia amplia, pero con menos peso que los años anteriores a la pandemia.

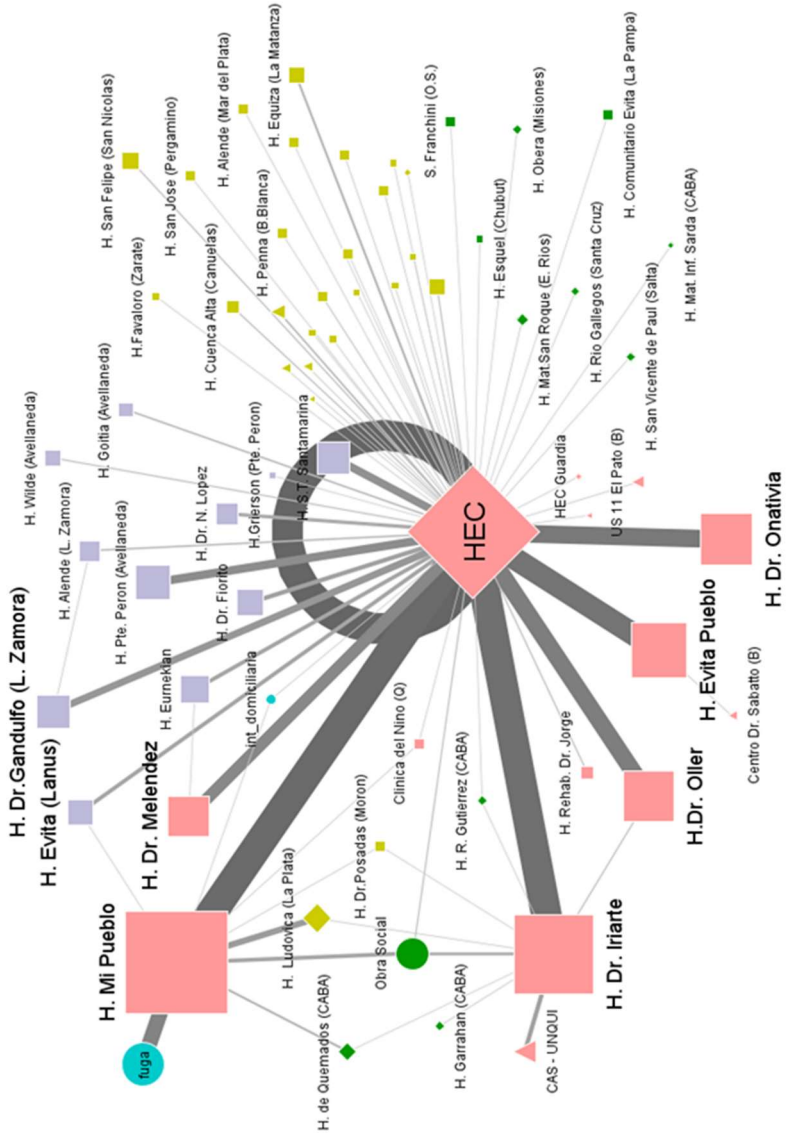


Figura 39. Estructura de vínculos entre efectores de salud de derivaciones pediátricas para el año 2020 (Fuente: elaboración propia, 2024).

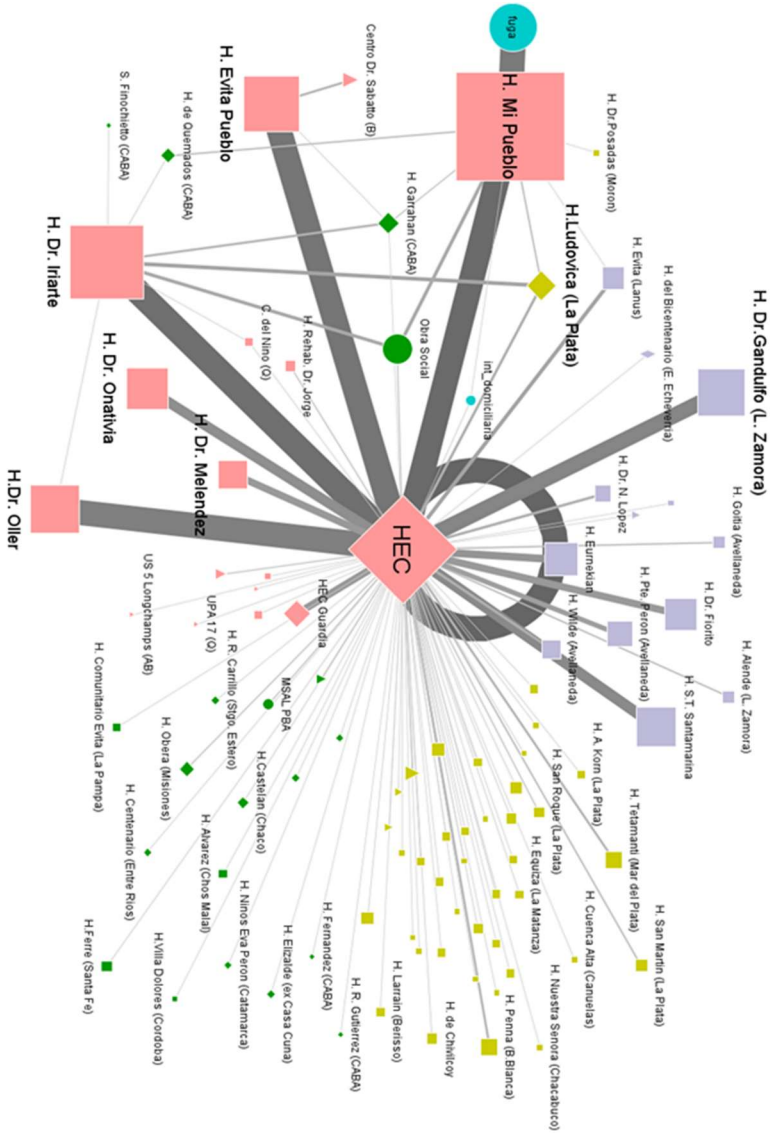


Figura 40. Estructura de vínculos entre efectores de salud de derivaciones pediátricas para el año 2021 (Fuente: elaboración propia, 2024).

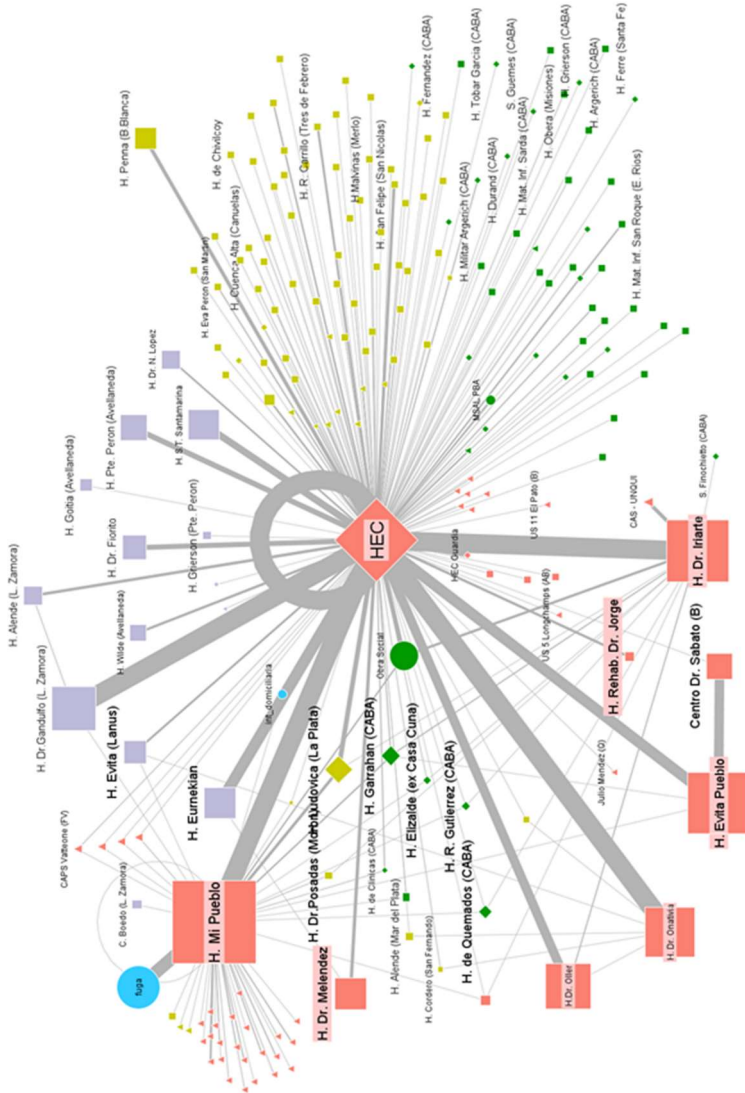


Figura 41. Grafo agregado con los nodos y vínculos registrados del período 2018 – 2021 (Fuente: elaboración propia, 2024).

En esta última figura (*Figura 41*) se observa el grafo que modela las derivaciones pediátricas agregadas desde el 2018 hasta el 2021. El conjunto de nodos asciende a 196 efectores diferentes, 2310 vínculos (derivaciones) y 290 díadas. Dentro de las medidas de red completa se identifica: densidad de 0.009, una centralidad de grado promedio de 3,3 subgrupos (*clustering coefficient*) y una distribución de 14 nodos entre los subgrupos y 182 en la periferia (93%).

En todos los grafos se puede advertir una fuerte vinculación entre efectores ubicados dentro de los municipios de la Red Sudeste y con otros efectores de la Región Sanitaria VI. Ese flujo preferencial que toman las derivaciones es el resultado de la existencia de la Red Pediátrica del Sudeste y la existencia y consolidación de una estructura de colaboración entre diferentes niveles de atención entre los municipios.

Las estructuras resultantes del análisis de las derivaciones pediátricas (para cada año y para el grafo final agregando toda la información) presentan, en términos técnicos reticulares un grafo de un gran componente de un modo, con lazos direccionados y graduados, en el cual se observa que el flujo de pacientes entre los efectores de salud locales conforma un modelo de centro/periferia (Borgatti y Everett, 2000) con una marcada centralidad de grado depositada en el HEC, indicando un gran protagonismo en la dinámica de derivación. Asimismo, se observa una alta centralidad de intermediación depositada en los hospitales de 2° nivel. Al respecto, se presentan como diferentes tipos de “brockers” o intermediarios (Gould y Fernández, 1989) entre las

áreas del grafo, por ejemplo, el H. Dr. Oller y Hospital Mi Pueblo tienen la característica de gatekeepers (es decir, son parte del clúster al cual referencian pacientes). Para el caso de los intermediarios del tipo “liaison” (son parte de su propio clúster y al mismo tiempo enlazan clúster desconectados que pertenecen a diferentes subgrupos), se identifican el H. Dr. Iriarte y el H. Dr. Oñativia, así como el mismo HEC.

También es importante mencionar la vinculación entre la mayoría de los efectores de la región con otros efectores de especialidad pediátrica de otras regiones. En este sentido, los efectores como El Hospital de Niños Sor María Ludovica (La Plata), el Hospital Dr. R. Gutiérrez, el Hospital Dr. Elizalde, el Hospital Dr. Garrahan (todos de CABA) conforman un circuito habitual de derivación. Al mismo tiempo, efectores de especialidad pediátrica de otros distritos del país referencian sus pacientes a hospitales de la región, especialmente la HEC. Cabe la pregunta por qué efectores del mismo nivel de atención se derivan pacientes que podrían atender por tener la misma complejidad en las capacidades institucionales. Sin embargo, existen algunas áreas como el trasplante renal, la referencia para diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiológicas congénitas y la cirugía neurológica que tiene una fuerte presencia en el HEC. Sería importante continuar indagando en este tipo de derivaciones para comprender con más herramientas la demanda a escala global de la red.

Distribución espacial de la demanda

Del caudal de información con el que contamos para el período, se realiza una prueba piloto con un segmento de los datos del año 2018. Se busca conocer la relación entre la distribución espacial de los efectores de salud y la ubicación de los pacientes en el territorio. También se busca identificar la distribución espacial de pacientes identificando el tipo de patologías de diagnóstico (respiratorias, neurológicas, traumatológicas, oftalmológicas, trauma, etc.) de modo de poder caracterizar la demanda a través de estimar la concentración o dispersión espacial de casos que acuden a efectores de salud de mayor complejidad y su eventual seguimiento y control en los centros de menor complejidad más cercanos a los domicilios de los pacientes.

Luego de la realización de procesos y utilización de herramientas del software QGIS (3.16) se referenció la ubicación de 651 pacientes pediátricos derivados en el año 2018, indicando con colores diferentes al tipo de patología en el diagnóstico (abdominal, neurológica, congénita, cardiológica, etc.). Asimismo, se incluye en el mapa la ubicación de efectores de salud de los municipios de la subregión de acuerdo al RUPES 2024.

La Figura 30 ilustra la distribución espacial de pacientes y efectores. Los íconos rojos indican los efectores de salud y las cruces marcan los 8 hospitales de la red. Se incluyen los límites de jurisdicción municipal y se distingue con un color rosa aquellos municipios pertenecientes a la Región Sanitaria VI de aquellos que no lo son (grises).

A través del análisis de la matriz de distancia, se procedió a realizar el cálculo para saber la distancia entre la ubicación de los pacientes y la del efector de salud más cercano. De los 651 registros de pacientes, hay 9 registros (ubicados por fuera de los distritos de la región o incluso de la provincia de Buenos Aires) con una amplia variación entre 893 km y 1.800 km de distancia entre estos pacientes y los efectores de salud de interés. Al removerlos, se puede realizar un histograma de la variación de la distancia entre pacientes y un efector de salud cercano, tomando solamente en consideración a los efectores de la Sub-región Sudeste. De los 580 pacientes que viven a menos de 10km de los efectores de la subregión, el promedio de la distancia entre la localización de pacientes y el efector más cercano arroja un resultado de 3,36 km.

A través de identificar la relación entre puntos y polígonos, se estima cuántos pacientes pediátricos se localizan en cada distrito de acuerdo a su patología. En la *Tabla 7* se observa un detalle de la prueba piloto:

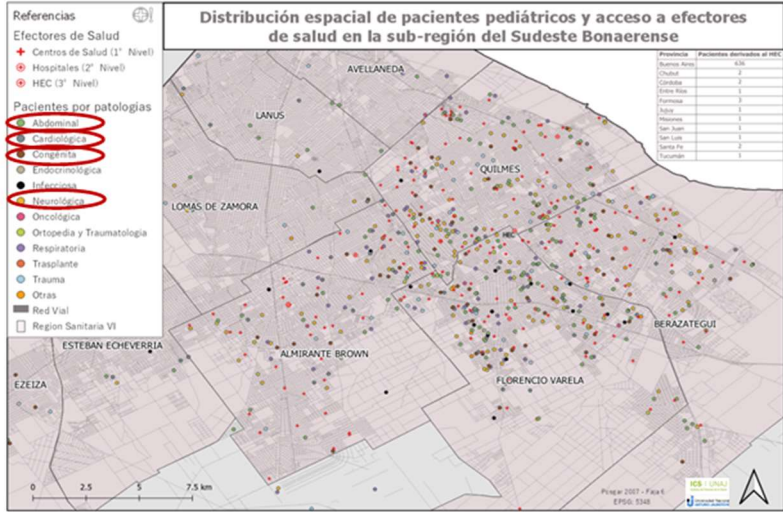


Figura 42. Distribución geográfica de pacientes y efectores dentro de los municipios de la subregión sudeste. Se indica con colores el tipo de patología de acuerdo al diagnóstico de derivación. Se indica en la grilla lateral la cantidad de pacientes de otros distritos por fuera de la representación cartográfica (Fuente: elaboración propia, 2022).

Tipo de patología	Región Sanitaria VI	Otros distritos	Total	%
Abdominal	137	14	151	23.20
Neurológicas	137	9	146	22.43
Cardiológica	50	23	73	11.21
Congénitas	66	7	73	11.21
Respiratoria	69	3	72	11.06
Trauma	50	4	54	8.29
Infecciosas	22	3	25	3.84
Ortopedia y Traumatología	19	1	20	3.07
Oncológicas	11	2	13	2.00
Otras (Clínica, Nefrología, Urología...)	12	0	12	1.84
Trasplante	6	1	7	1.08
Endocrinológicas	5	0	5	0.77
Totales	584	67	651	100

Tabla 7. Distribución porcentual de pacientes por tipo de patología y ubicación geográfica de residencia en base a un conjunto de información de muestra para testear la metodología de trabajo (Fuente: elaboración propia, 2022).

Se observa en la muestra de prueba que hay una mayor demanda de tipos de patologías abdominal, neurológica cardiológica y congénita locales en relación a otros tipos de patologías. Asimismo, se observa que la demanda de atención en estos

mismos efectores por parte de pacientes que residen en otros municipios por fuera de la RSVI, presenta un mismo patrón y orden de necesidades: mayor porcentaje de patologías de tipo abdominal, neurológica, cardiológicas y congénitas.

Discusión y conclusiones

Tanto el mapa (información representada en clave geográfica) como el grafo (información representada en clave relacional) están contruidos a partir de un set de datos que evoluciona en el tiempo, al cual se les agrega información referente a los efectores públicos de salud surgidos en los registros para el período. La construcción de una base de datos relacional en el ámbito sanitario es una tarea muy difícil que requiere de amplias voluntades, tenacidad en la búsqueda y mecanismos de triangulación que refuercen la confiabilidad de la información presentada.

Procesar la información a través de modelos de ARS y de mapas es una propuesta metodológica que facilita la comparación en períodos de tiempo separados entre sí. Hasta el momento, el análisis longitudinal de redes (Vu et al., 2017) presenta 4 grafos con estructuras de alta centralización de la dinámica de circulación: 15% de los pacientes y de los efectores que usan los servicios de la Red del Sudeste, están ubicados en otras regiones. Al mismo tiempo, los lazos son más fuertes con los hospitales de la Red que con efectores de otros distritos. La Red brinda canales unidireccionales hacia tercer nivel, pero presenta obstáculos en la contra-referencia, desequilibrando la atención del área y sobrecargando al HEC en el seguimiento de pacientes. El modelo de centro/periferia establece que las decisiones para elegir un

centro de derivación, están profundamente afectadas por la proximidad en términos de red (no necesariamente geográfica): los hospitales tienden a elegir los “socios de sus socios”, lo cual puede impactar en un alto coeficiente de clusterización en ciertas partes de la red.

Es importante recordar que en el período bajo estudio se incluye la emergencia sanitaria por COVID-19. Inicialmente, partimos de pensar que el aislamiento social preventivo y obligatorio (implementado desde marzo 2020) ha generado menor tensión y sobrecarga en la vinculación de estas redes de servicios de atención en pediatría, en relación al período pre-pandémico (causadas por otros virus). Sin embargo, observamos que, si bien ha disminuido la cantidad de vinculaciones en promedio durante ese año y el alcance territorial de la colaboración, se han mantenido en similares proporciones las derivaciones a UTIP del HEC, así como se ha intensificado la colaboración entre efectores de la subregión sudeste en comparación con otros años, representada en una mayor densidad en la red y mayor centralidad de grado promedio.

Una discusión para plantear con estos resultados es sobre la posibilidad del acceso a los servicios de atención. Como se mencionaba en la introducción de esta compilación, siguiendo a Lago et al. (2013) y a George, Daniels y Fioratou (2018), el acceso se consolida no solamente con la disponibilidad de cercanía de un efector de salud sino con otras dimensiones relevantes al momento de recibir la atención (estructurales, financieras, cognitivas, psicológicas) que se miden en función de en cuánto

impide o mejora esa vinculación entre el efector y el paciente y su familia. Por ejemplo, el resultado del cálculo geográfico que indica que los/as pacientes de la muestra tomada (residentes en la subregión durante el 2018) están a alrededor de 3km de un centro de salud en promedio, caracteriza una demanda urbanizada. Sería oportuno refinar este cálculo y ampliarlo en el tiempo para identificar distancias a efectores específicos de oferta de prestaciones demandadas. De ninguna manera este solo elemento sirve para medir acceso a la salud, sino que es un factor más para analizar oportunidades en la atención y para identificar fuentes de disparidades en salud.

Asimismo, los resultados del análisis de redes complejas que se traduzcan en sugerencias para la mejora del actual sistema de salud de la región, también cuentan con diferentes dimensiones. Los modelos de ARS formalizan una perspectiva que pone el énfasis en las relaciones entre entidades. Así, a diferencia de otros enfoques que tienen como objeto una institución en particular y sus características como principal variable de impacto en la admisión y tratamiento de sus pacientes (enfoque top-to-down), este estudio propone concentrarse en el análisis de los vínculos entre entidades de modo de poder indagar sobre la estructura de red conformada de “abajo hacia arriba” (enfoque bottom-up). Es decir, la construcción del dato relacional se establece desde los micro datos (paciente – institución – trabajadores/as de salud) hasta los macro datos (flujos de pacientes por patologías por región). Este cambio de escala que permiten los modelos de ARS contribuye al análisis de la dinámica del quehacer médico / equipos de salud de manera global con una perspectiva territorial,

que en la actualidad no existe: estos datos no están disponibles de manera integrada. En esta línea de investigación se propone vincular los datos a nivel epidemiológico, los geo- espaciales y los resultados del ARS para aportar a la toma de decisiones que apunten a mejorar la eficacia de los recursos disponibles y consolidar las estrategias hacia una política centrada en el paciente y su comunidad en la post-pandemia, desandando las inequidades en el plano de la salud en los municipios de la subregión.

Para ello, será necesario avanzar en la consolidación de la información de base y en su procesamiento con estas herramientas, ampliando la muestra y profundizando en los análisis geográficos y de estructura para conocer con más detalle el tipo de demanda poblacional y la forma dinámica que tiene el conjunto sanitario local para afrontar a esa demanda, de una población cambiante en sus necesidades y en sus capacidades de acceso a los servicios de salud.

Parte 4

Irrupción de la pandemia de COVID-19 en la región

Mora Castro

Introducción

La irrupción de la pandemia por COVID-19 ha forzado y reforzado las redes de atención pre existentes y creado nuevas maneras de vincularse con el fin de adherir y aplicar las políticas públicas descendentes desde los niveles nacionales o provinciales a los municipios, así como implementar aquellas que fueran necesarias y pertinentes para mitigar el avance brutal en la escala local.

Como se mencionaba en la Introducción, el impacto en la población y en el sistema de salud registrado en los municipios de la subregión (en comparación con otras regiones del país) se vio intensificado por situaciones estructurales previas a la pandemia, y cuyo resultado fue mayor número de contagios, mayor tasa de mortalidad, de internaciones y re-internaciones, entre otros.

La Parte 4 está dividida en 3 capítulos que apuntan a dar cuenta de algunas dimensiones del impacto de la pandemia en la

subregión: las decisiones en materia de políticas sanitarias y acciones locales para afrontar la pandemia, la experiencia del conjunto de trabajadores/as de la salud locales que asistieron a la población pediátrica local durante el 2020 hasta 2022, y las experiencias de las familias que tuvieron que enfrentar la situación de enfermedad de algún NNyA de su familia.

El hilo conductor de estas tres dimensiones (la gestión en el sistema de salud, los/as profesionales de sanitarios y los pacientes y sus familiares) es el territorio y la pregunta por cómo se dio la expresión local de la sindemia por COVID-19 con las características propias que configuraron el devenir de la transmisión del virus, las infecciones, las recuperaciones, la prolongación de los síntomas y efectos adversos, el proceso de vacunación y las muertes. Las estrategias implementadas para el cuidado de las personas, las redes de apoyo doméstico, las estructuras de colaboración y la disponibilidad de recursos materiales en el sistema de salud se han visto sometidas a una intensa presión. En esta sección, se presenta una descripción y análisis crítico de las experiencias vividas, con el objetivo de sistematizar aprendizajes que trascienden las estadísticas sanitarias convencionales y la epidemiología tradicional. Este enfoque busca visibilizar los conflictos y lecciones aprendidas durante ese período, generando nuevos conocimientos que faciliten una planificación sanitaria más efectiva, fundamentada en los procesos experimentados en el pasado reciente.

Capítulo 4.1.

Políticas Públicas aplicadas al territorio – Prov. de Buenos Aires. Sub Región Sudeste Sur

Elizabeth Barbis

Las recomendaciones sanitarias del nivel internacional adoptadas por el gobierno nacional y basadas en evidencias, permitieron a las provincias asumirlas en su totalidad y/o generar sus propias recomendaciones y normativas tanto a sus habitantes, comunidades y familias como a los establecimientos de los tres subsectores del sistema de salud.

Este apartado se propone describir el conjunto y las particularidades de las recomendaciones y normativas del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As dirigidas a los establecimientos de salud en general y a los establecimientos de la subregión sudeste, sus habitantes, familias y comunidades, en particular.

Nuestro país es constitucionalmente un país federal, con autonomía de las provincias que la componen en sus decisiones sanitarias, entre otras. Las recomendaciones sanitarias del nivel

internacional y propias del ámbito nacional, permitieron a las provincias hacerlas propias y adaptarlas a sus distintas realidades territoriales.

COVID-19 - La Emergencia Sanitaria en Clave Conurbana

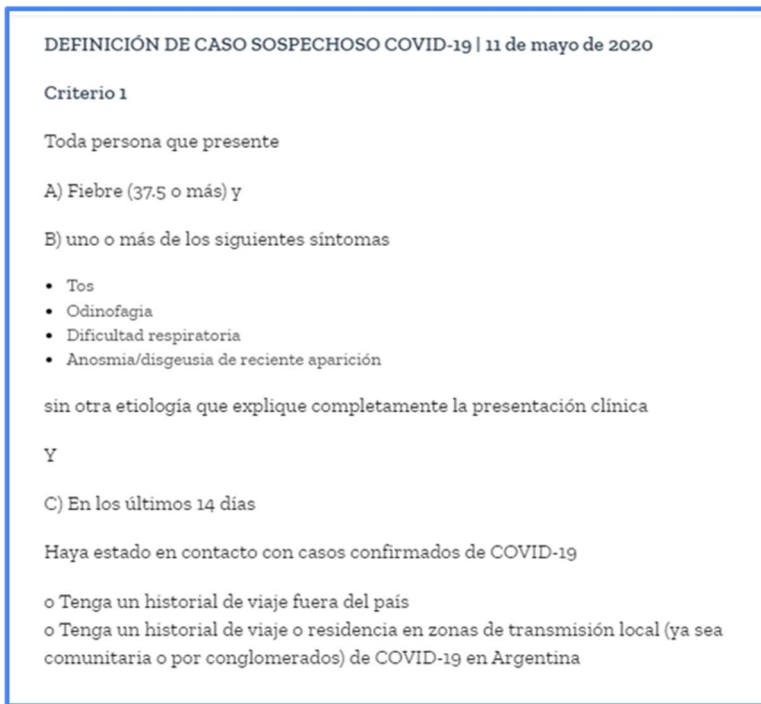
La Infección respiratoria humana, generada por el virus de Sars Cov-2 (Enfermedad por coronavirus -COVID-19) e iniciada en diciembre del 2019 en China y difundida a través de las personas rápidamente a todo el planeta, fue considerada una guerra mundial sin precedentes, en la que toda la humanidad se enfrentaba a un mismo enemigo: el nuevo coronavirus, dada las características desconocidas y de rápida propagación entre humanos, el primer campo de batalla se instaló en los hospitales.

Las primeras medidas estuvieron orientadas a asegurar que el personal sanitario, en todos sus rubros, disponga de los recursos suficientes, incluyendo tanto tecnología como experiencia. La pandemia en la era de la globalización ha permitido compartir recursos, aciertos y errores con aprendizajes resultantes con todo el mundo, sin importar quiénes ni de dónde, la única posibilidad de ganar, es siempre la cooperación entre equipos, provincias, naciones y continentes.

Las fases y actualizaciones en las recomendaciones sanitarias (instrumentadas por decretos, leyes, normativas, etc.) estuvieron dadas por la situación epidemiológica; las variables en estudio se definieron en: casos diarios / semanales, incremento abrupto de contagios (los picos), situaciones de relativa estabilidad (mesetas), distribución etaria o territorial de los casos y análisis de la

morbilidad y mortalidad poblacional resultante. La consideración atenta de la vigilancia epidemiológica estuvo signada por las variaciones en la definición de caso, las restricciones en el aislamiento social, la organización de las conductas dentro de los efectores de salud, la organización de la estrategia de testeo y los, criterios de atención clínico/farmacológico/paliativo, entre otros.

Los cambios en los criterios, como la relevancia en los antecedentes de viaje o haber estado en contacto con viajeros de zonas con casos, se implementaron en los primeros meses (*Figura 43*).



DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO COVID-19 | 11 de mayo de 2020

Criterio 1

Toda persona que presente

A) Fiebre (37,5 o más) y

B) uno o más de los siguientes síntomas

- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria
- Anosmia/disgeusia de reciente aparición

sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica

Y

C) En los últimos 14 días

Haya estado en contacto con casos confirmados de COVID-19

- o Tenga un historial de viaje fuera del país
- o Tenga un historial de viaje o residencia en zonas de transmisión local (ya sea comunitaria o por conglomerados) de COVID-19 en Argentina

Figura 43. Definición de caso al 20 de mayo de 2020 (Fuente: MSAL, 2020).

La vigilancia epidemiológica conlleva en su esencia, el registro obligatorio de casos sospechosos o confirmados, tanto para la adopción de medidas de cuidado, aislamiento, rastreo de contactos o criterios clínicos específicos; asimismo, monitorea la magnitud, dispersión, gravedad de casos como también las estrategias de testeo y sus resultados en sus diferentes momentos.

La situación y vigilancia se tradujo en “momentos” de la pandemia, no necesariamente lineales, que se basaron en las características de la situación poblacional de ese período e indicaba las restricciones o no a las conductas sociales (reuniones con tantos invitados, uso de barbijos, escolaridad remota, eventos públicos, home-office, entre tantas otras).

Estos momentos estuvieron definidos por palabras como Fases, Estrategias, Curvas, Brotes, Picos, Olas, ASPO, DISPO, entre otras.

En la escala social, las indicaciones conformaron en su conjunto una respuesta adaptativa frente a la emergencia sanitaria que presentaron diferentes procesos encadenados (*Figura 44*):

-Prevención o Contención: Diseñadas para prevenir la transmisión comunitaria. Contención o prevención de la propagación de la enfermedad en las primeras etapas de la transmisión, a través de medidas como la detección temprana y el aislamiento de casos, además del rastreo de contactos y la cuarentena social.

-Mitigación: Dirigidas a la reducción del impacto epidémico, mediante el retraso del pico del brote y la disminución del número máximo de casos (para reducir la tensión en el sistema de salud). Se incluyen tanto intervenciones no farmacológicas (como la higiene de manos, restricciones de viaje, cierre de escuelas y distanciamiento social) como farmacológicas, (procedimientos médicos específicos de atención de casos y el desarrollo de vacunas)

-Supresión: definida como la reducción y el mantenimiento de bajos niveles de transmisión de la enfermedad mediante la flexibilización y el endurecimiento intermitentes de las medidas sociales de salud pública, la detección y el aislamiento de casos, el rastreo de contactos y la cuarentena individual o familiar.

-Recuperación. Vacunación y Vigilancia epidemiológica.

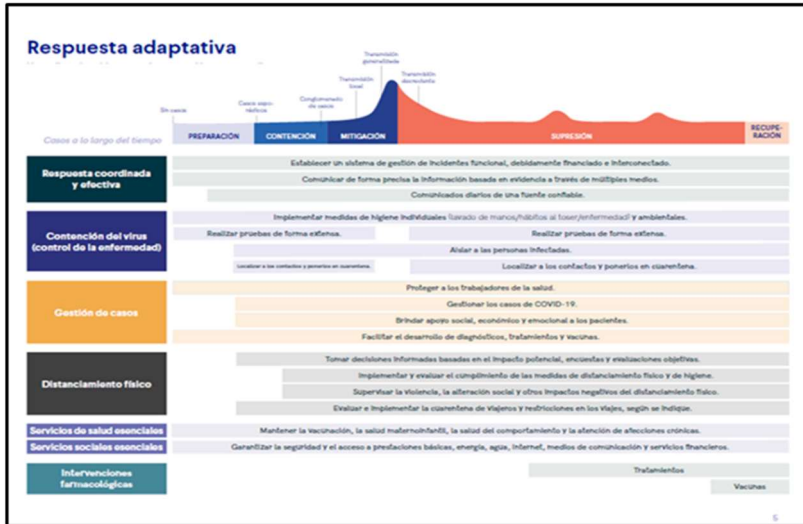


Figura 44. Estrategias sugeridas para responder a la emergencia sanitaria por COVID-19 (Fuente: Prevent Epidemics, 2020).

En el marco de la respuesta adaptativa con estrategias de mitigación, las fases de aislamiento se definieron según el tiempo de duplicación de casos (Figura 45), el tipo de actividad autorizada y la homogeneidad de la situación epidemiológica. A continuación, un detalle de cada una de ellas:

Fase 1: Es el más estricto, están autorizados sólo los servicios esenciales, la movilidad de la población tiene que ser de hasta un 10 por ciento y el tiempo de duplicación de los casos menos de 5 días.

Fase 2: Este aislamiento es administrado, están autorizados los servicios esenciales y algunas actividades más, la movilidad de la población tiene que ser de hasta un 25 por ciento y el tiempo de duplicación de los casos de 5 a 15 días.

Fase 3: Es por segmentación geográfica, están autorizados los servicios esenciales y las que dispongan las provincias, la movilidad de la población tiene que ser de hasta un 50 por ciento y el tiempo de duplicación de los casos de 15 a 25 días.

Fase 4: Aislamiento, pero con reapertura segmentada, están autorizados los servicios esenciales y las excepciones que habilitan las provincias, la movilidad de la población tiene que ser de hasta un 75% y el tiempo de duplicación de los casos de más de 25 días.

Fase 5: La nueva normalidad, están autorizados todos los servicios con hábitos de higiene y cuidado sostenido, la movilidad de la población puede ser de más del 75%.

Administración del aislamiento: fases

	Aislamiento estricto	Aislamiento administrado	Segmentación geográfica	Reapertura progresiva	Nueva normalidad
Autorizado	Sólo servicios esenciales	Nuevas autorizaciones	Excepciones provinciales	Excepciones provinciales	Con hábitos de higiene y cuidado sostenido
Restricciones	Todo el resto	Nacionales	Nacionales	Nacionales - Locales	
Movilidad de la población	Hasta 10 %	Hasta 25%	Hasta 50%	Hasta 75%	Mas del 75%
Tiempo de duplicación de casos	Menos de 5 días	5 a 15 días	15 a 25 días	Más de 25 días	
Geográfico	Homogéneo	Excepciones nacionales	Segmentación por criterio epidemiológico	Restricciones Locales	Homogéneo

Argentina unida

Figura 45. Definición de fases de la emergencia sanitaria por COVID-19 y la administración social del aislamiento, a través de la habilitación de actividades y conductas frente al contacto con otros (Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

El Campo de Batalla: los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires

“Debemos asegurarnos de que el hospital sea el campo de batalla donde destruyamos al virus, no donde el virus nos derrote a nosotros” Tingbo LIANG. MD., Hospital Universitario de Zhejiang.

Las problemáticas que fueron tomando relevancia durante el ASPO (aislamiento social preventivo y obligatorio) y DISPO (Distancia social preventiva y obligatoria) en el sistema de salud, conformaron tres dimensiones analíticas:

- la gestión de la política,
- la atención en los servicios y
- el financiamiento.

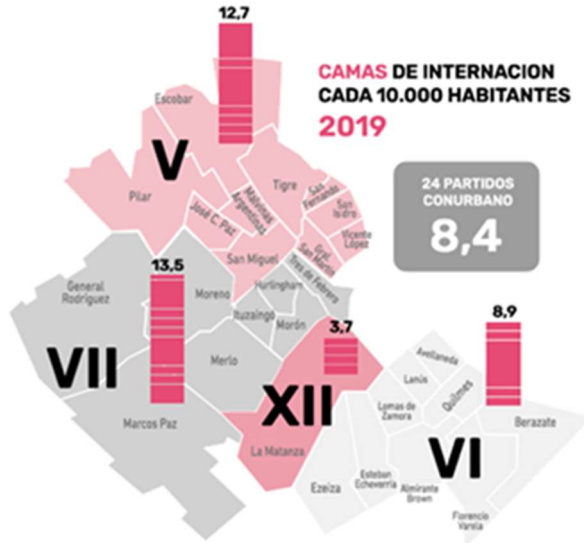
La Gestión del Sistema, la Infraestructura, los recursos humanos y el Financiamiento (Informe UNGS)

Ana Ariovich y colaboradores (2021) describen:

“El personal de las dependencias públicas y servicios no se encontraban preparados para enfrentar los desafíos de una pandemia. Situación que atravesó transversalmente a todas las áreas de gobierno, desde el personal de sistemas, pasando los administrativos, los de mantenimiento tecnológico, los de infraestructura, y los de logística, hasta todo el personal sanitario. Para enfrentar esta situación, rápidamente se organizaron espacios de capacitación en articulación con sindicatos, universidades y municipios. La refuncionalización de los establecimientos hospitalarios operada en la provincia de Buenos Aires durante los últimos

años es significativa y conlleva, sin duda, a la creación de una demanda de RRHH altamente calificado” (p. 56).

De acuerdo al mismo informe, en 2019 la población que contaba únicamente con cobertura pública de salud en el conurbano ascendía a 36% (4 puntos por encima del total nacional) y para el primer momento pre-pandemia, el subsector contaba con una brecha de disponibilidad de camas de internación cada 10.000 habitantes de 3 a 1, como se puede observar en la *Figura 46* (Ariovich et al, 2021).



Fuente: Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Figura 46. Relación camas críticas/10.000 habitantes conurbano (Fuente UGS, 2021).

El gobierno de la provincia de Buenos Aires junto al gobierno nacional, avanzaron en la construcción de hospitales modulares

entre abril y mayo, en diferentes localidades, reforzando el sistema provincial con alrededor de 800 camas de cuidados intensivos (UCI o UTI), en un escenario en el cual, en promedio, los municipios de AMBA, con hospitales municipales insumen en el 60% a 70% de sus recursos destinados a la oferta sanitaria municipal (Ariovich et al, 2021).

La provisión de equipamiento (monitores y respiradores automáticos) en los municipios que tienen bajo su responsabilidad hospitales municipales, fueron aportados desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través de las Regiones Sanitarias, junto a insumos y elementos de protección personal para los trabajadores de la salud. Así como el personal para operarlos, el mantenimiento de los mismos y el gasto municipal no previsto presupuestariamente (y no equiparado con un aumento de la coparticipación) el trabajo mancomunado se impuso (Ariovich et al., 2021).

Medidas Iniciales: Protocolos de Cuidado para Efectores de Salud

Con fecha del 25 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, entre las medidas de implementación iniciales, en etapa de preparación de hospitales provinciales de agudos para la Mitigación y Contingencia COVID-19 (coronavirus.gba.gov.ar) establecía las siguientes rectorías, que conforman la base del protocolo de cuidado para los efectores de salud:

- Comunicar y capacitar a los equipos de salud la necesidad de adecuación tanto de estructura como de procesos que los involucre en la toma de decisiones.
- Adecuar un ingreso sectorizado y señalizado de pacientes febriles con procesos respiratorios agudos.
- Capacitación del personal en diagnóstico, atención y notificación de casos.
- Planificar la reprogramación de actividades no urgentes que comprometan la disponibilidad de personal o de camas para casos que requieran internación en situación de alta demanda considerando la ampliación de servicios sin reducción de otros.
- Adecuar el establecimiento para supervisión y aislamiento de pacientes sintomáticos con factores de riesgo y aquellos sin factores que no pueda garantizarse su seguimiento y control clínico ambulatorio (*etapa de mitigación y contingencia*)
- Establecer la capacidad operativa para resolución de casos críticos.
- Asegurar vías y formas de traslados de muestras de laboratorio y/o de pacientes que superen la capacidad o complejidad del establecimiento.
- Conformar un comité técnico para asegurar las precauciones estándar (PS) y precauciones de uso extendido (PUE) – precauciones por gotas (PG) así como el seguimiento de medidas adoptadas.
- Asegurar insumos para protección personal de los trabajadores de la salud.
- Reforzar la capacitación en personal de limpieza de superficies, manejo de residuos y entorno de pacientes.

- Restringir el personal que será destinado a la atención de pacientes con COVID-19

Estas recomendaciones estuvieron dirigidas a agilizar la referencia pre-hospitalaria y hospitalaria de los pacientes respiratorios agudos febriles, pero con expresa prohibición de:

- Alterar el proceso/salud/enfermedad/atención en la población a la que se asiste habitualmente.
- Retrasar el funcionamiento de aquellas emergencias no aplicables al eventual aumento de demanda por COVID-19.
- Aplazar el control programado de pacientes sanos (Embarazadas, niños menores de 1 año, vacunación) ni seguimiento de pacientes en tratamiento de enfermedades crónicas o agudas que requieran tanto asistencia profesional (médico-enfermero, Clínica o quirúrgica) así como salud mental, especialidades clínicas o quirúrgicas,
- Suspender servicios auxiliares de diagnóstico, estudios de laboratorio, servicio de imágenes, trabajo social o cualquier otra actividad propia y específica del establecimiento que su suspensión no responda a la reasignación del personal de salud a los servicios comprometidos en la readecuación COVID-19 u ocupaciones prolongadas de camas.

Las recomendaciones y adecuaciones aplicaron a los sistemas municipales de salud de todo el territorio y se indicó ser debidamente notificadas a la comunidad, al personal y estar contenida dentro del Plan de Adecuación, tanto del sector de atención diferenciada de febriles respiratorios en el sector prehospitalario y hospitalario; el sector de aislamiento; sectores

de toma de muestra y la sala de internación específica para la contingencia COVID-19.

No Puede Haber Soldados sin Escudos: Equipos de Protección Personal (EPP)

Los EPP protegen al personal de salud de infecciones, protegen a los pacientes de infectarse y/o previenen que infecten a otros. La evidencia muestra que tanto los EPP, como las recomendaciones de higiene hospitalaria, son medidas eficaces para minimizar la contaminación ambiental y disminuir la cadena de transmisión de infecciones.

Las autoridades sanitarias en la provincia de Bs As. (2020) establecieron recomendaciones para la protección inter-institucional de las personas frente a la emergencia por COVID-19 y Las mismas se publicaban en el portal web coronavirus.gba.gob.ar con actualizaciones periódicas. Las indicaciones sobre las medidas de prevención y control de infecciones, debieron ser implementadas sistemáticamente, en base a las precauciones estándar, el aislamiento de contacto (previene del contacto de objetos o superficies contaminadas) y el aislamiento por gota (protege de gotas exhaladas) (MSAL, 2020).

Recomendaciones Generales:

- Antes de tomar contacto con caso sospechoso o confirmado de COVID-19, el personal de salud (PS) debe colocarse guantes descartables no estériles, camisolín, barbijo quirúrgico y protector ocular o un protector facial.

- Realizar la clasificación clínica o Triage para detección precoz de pacientes al ingreso en Área diferenciada y señalizada del Establecimiento.
- Los casos sospechosos o confirmados de infección por COVID-19 deben diagnosticarse de manera oportuna y colocado en salas de aislamiento con precauciones de contacto y gotas
- Si se realizan procedimientos respiratorios invasivos que generan aerosoles, el aislamiento debe ser de contacto y respiratorio, colocando antiparras y barbijo respirador N95. La sala de aislamiento deberá constar de o al menos un ambiente bien ventilado.
- La transmisión nosocomial en los centros de salud debe prevenirse colocando pacientes sospechosos o confirmados en salas de aislamiento con ventilación adecuada (presión negativa en lo posible) y desinfección ambiental eficiente.
- Restringir el ingreso de personal y visitas a las habitaciones de los casos sospechosos o confirmados. Todos los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 deben usar barbijo quirúrgico al salir de la habitación o traslado al hospital.

Recomendaciones Específicas:

- La higiene de las manos debe realizarse antes y después de cada contacto con el paciente y su entorno, y antes y después de colocarse y retirarse EPP.
- Respetar los 5 momentos para la higiene de la OMS.

- Durante la asistencia sanitaria, evite tocar innecesariamente las superficies cercanas al paciente para evitar la contaminación de las manos limpias con las superficies ambientales y la transmisión de agentes patógenos de las manos contaminadas a otras superficies
- El equipo de protección personal (EPP) determina la evaluación de riesgos en función del procedimiento. El EPP para la atención de los pacientes con síndromes de infección respiratoria aguda puede incluir una combinación de los siguientes componentes: barbijos (quirúrgica o N95); guantes; camisolín de manga larga, y protección ocular (gafas de protección o protectores faciales).
- Entre las personas con Infección respiratoria aguda (IRA), fomentar la higiene respiratoria (cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con barbijo quirúrgica, pañuelo de papel, la manga o el codo flexionado) y luego llevar a cabo la higiene de las manos para disminuir la dispersión de secreciones respiratorias que puedan contener partículas infecciosas.
- Mantenga la separación espacial (distancia mínima de 1 metro) entre cada paciente con infección respiratoria aguda y las demás personas, incluidos los profesionales de salud (sin equipo de protección personal), a fin de disminuir la transmisión de la infección.
- Vacunar a los trabajadores sanitarios tempranamente.
- Dispositivos para la higiene de las manos (jabón y agua corriente, desinfectante con base de alcohol para las manos y toallas de papel o de uso único Equipos de

protección personal para atender al paciente (barbijos, camisolín, guantes y protección ocular) Equipos de protección personal para la limpieza y recolección de residuos (calzado cerrado e impermeable, delantales impermeables y guantes de resistentes)

- Personal de salud en contacto con un paciente con infección confirmada por COVID-19 que desarrolla fiebre y síntomas respiratorios, realizar la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para diagnóstico Se recomienda la internación para seguimiento y control.
- El personal de salud asintomático en contacto estrecho sin EPP con un paciente con infección confirmada por COVID-19 debe mantener auto-aislamiento domiciliario, seguimiento y control.

En junio del 2020, cuando la disponibilidad de los EPP mostraba limitaciones por el uso intensivo y considerando que fueron elementos que el mundo entero competía por adquirirlos, el Ministerio de Salud, es autorizado por el gobierno provincial a gestionar ante China la adquisición del embarques marítimos y aéreos con más de 5.5 millones de EPP (barbijos, camisolines y guantes) dispositivo conocido como “Operación Shanghái”. El ingreso de ese material se distribuyó en los Hospitales públicos del territorio con criterio epidemiológico. De acuerdo con la Nota periodística de la agencia de noticias TELAM “El Buque Czech” arribó a la terminal de contenedores del Puerto Dock Sud, una de las más importantes del país, con una carga de 37 millones de insumos entre los que se encontraban: guantes, antiparras, máscaras, N95 y barbijos tricapas; el segundo

de los cinco buques que contemplaba la Operación Shanghai y que se inició con la llegada del “Buque Croacia” a los primeros días de julio” (El Día, 2020). Se puede observar en la *Figura 35* la imagen del barco con nota en bajada.



NOTICIAS TÉLAM Principal

Un barco proveniente de China que arribó al Puerto de Dock Sud con una carga de barbijos, antiparras, guantes y máscaras para proteger a los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia

17 julio, 2020 fupem 126 mil KN95 y 4 millones de barbijos tricapas, 668 mil máscaras, 83 mil antiparras, buque portacontenedores Czech, que llegó al país con 32 millones de guantes

Figura 47. Imágenes del barco en el que se transportaba insumos de protección y atención a raíz de la demanda en el contexto de pandemia (Fuente: El Día, 2020).

Recomendaciones de uso

La eficacia del EPP depende de: a) la existencia de insumos suficientes y continuos, b) la calidad de los insumos, c) la capacitación del personal, higiene apropiada de las manos, y d) el control de la adherencia a las recomendaciones. En situaciones de pandemia y escasez de recursos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda el uso de camisolines de contacto en la asistencia con bajo riesgo de exposición a fluidos o no contacto con el paciente con el fin de asegurar camisolines resistentes a fluidos para situaciones de alto riesgo de exposición. De acuerdo a la información, difundida por el Ministerio de Salud provincial se observa en la *Figura 48* y *Figura 49*, la secuencia de colocación y la secuencia de retiro del EPP para evitar contaminación y fomentar el correcto uso del equipo, cuyo uso constituye una estrategia de cuidado y protección de propagación del virus solamente, si se utiliza correctamente y de manera colectiva entre las personas pacientes y personal de salud.

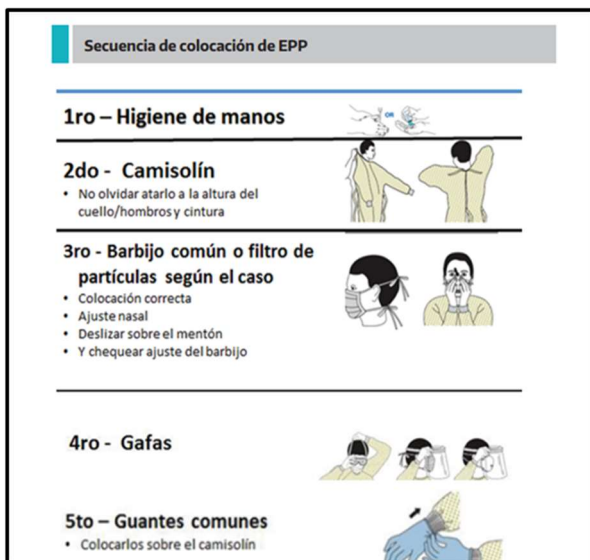


Figura 48. Protocolo de utilización de EPP. Secuencia de colocación del EPP (Portal Coronavirus. Provincia de Buenos Aires, 2020).

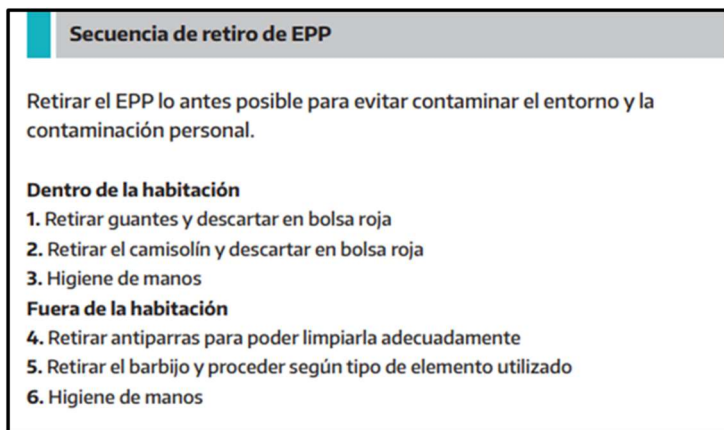


Figura 49. Protocolo de utilización de EPP. Secuencia de Retiro del EPP (Portal Coronavirus. Provincia de Buenos Aires, 2020).

Seguimiento de Pacientes

Adaptando las recomendaciones basadas en evidencias nacionales e internacionales, la autoridad sanitaria provincial elabora un flujograma de actuación (*Figura 50* y *Figura 51*) que facilitaba la intervención de los Equipos de salud en los establecimientos e instituciones sanitarias del territorio:



Figura 50. Flujograma Equipos de salud (Fuente: MSAL PBA. Protocolos y recomendaciones. Abril, 2020).

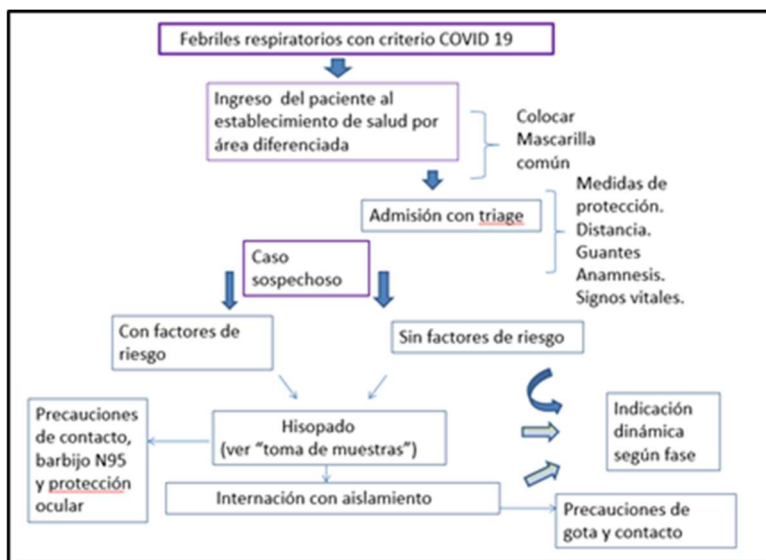


Figura 51. Flujograma caso probable o sospechoso. Criterios de seguimiento o asistencia telefónica (Fuente: MSAL PBA. Protocolos y recomendaciones. Abril, 2020).

Estrategias de Capacitación a Personal no Especializado

El aumento de camas críticas presentaba una limitante vinculada a cuadros profesionales y auxiliares especializados suficientes; reforzar la dotación de profesionales que se asignaban a cuidados intensivos era el desafío; aquellos que no trabajaron en ese ámbito específico requerían una capacitación que complementa la inversión realizada en estructura e infraestructura. Una premisa constante, en todo el proceso, era que las competencias de los profesionales no pueden incrementarse al mismo ritmo que el resto de los componentes de la respuesta sanitaria ante una situación crítica como la actual.

A la capacitación en servicio propio de los sistemas de residencias médicas y actualizaciones permanentes, se sumó el tercer sector. La Fundación Trauma es una organización no gubernamental, sin fines de lucro, que desde hace más de 10 años provee información estadística de lesiones por enfermedad trauma a distintas Instituciones y organismos. De acuerdo a estándares internacionales, en Convenio con el Ministerio de Salud de la provincia de Bs As y junto a la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) desarrollaron una propuesta formativa virtual y gratuita para equipos de trabajo que funcionaban en apoyo al personal de cuidados intensivos; dirigido a médicos/as de todas las especialidades, enfermeros/as y minesiólogos/as no especialistas en cuidados críticos, con el fin de contribuir en la mejora de la calidad de atención de la emergencia, disminución de secuelas y muertes prevenibles. En la *Figura 52* se puede observar materiales de uno de los espacios de formación de la fundación denominado Curso PARES (Preparación para el Aumento de la Respuesta del Equipo de Salud). En dicho curso se incluyó aspectos de diagnóstico y tratamiento tanto en pacientes adultos como pediátricos con enfermedad crítica, de acuerdo con las recomendaciones generadas con la SATI; gestión de recursos, EPP, triage y traslado.

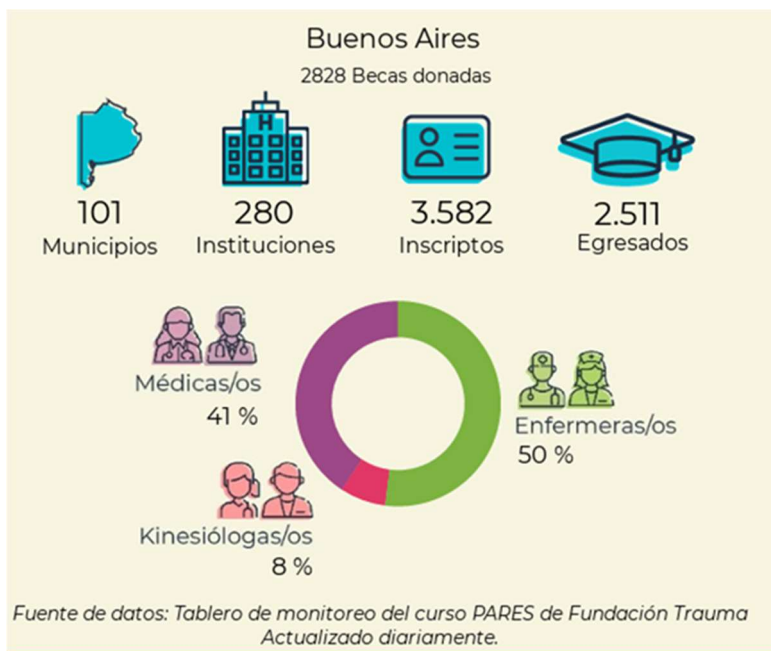


Figura 52. Reporte Fundación Trauma sobre personal capacitado en las primeras 6 semanas del Curso Pares. (Fuente: Fundación Trauma Agosto/sep 2020).

Dispositivos de rastreo territorial

El Gobierno Nacional implementó a través de la operatoria de provincias, municipios y organizaciones sociales, el Programa DetectAR. El mismo constituyó una valiosa herramienta para buscar, identificar y aislar, casos positivos de Covid-19 y sus contactos estrechos. El nombre del programa hace un juego de palabras con “Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr)” y estuvo destinado a “mejorar la detección de la enfermedad, la morbimortalidad y el riesgo de expansión del virus al resto de la población a través del fortaleciendo de las capacidades de respuesta del sistema de salud”

(MSAL, 2020). De acuerdo al cronograma de la cartera sanitaria provincial, los operativos en la zona metropolitana del AMBA fueron en barrios de los partidos bonaerenses de La Matanza, Pilar, Avellaneda, Almirante Brown, Lanús, Florencio Varela, Ituzaingó y Quilmes. Los equipos del Ministerio de Salud también estuvieron en Presidente Perón, Berazategui, Morón, Merlo, San Vicente y San Martín. Además, abarcó a los municipios de General Rodríguez, La Plata y Ensenada.

Asistencia, seguimiento y canales de comunicación

La demanda de la población de recibir información calificada sobre: asistencia a centros de salud, síntomas asociados que requieran asistencia domiciliaria y/o respuestas institucionales, exigió planificación de otros recursos vinculados a lo extra hospitalario (*Figura 41*).

El Centro de Telemedicina COVID-19 (CETEC-19)

El CETEC-19 es un dispositivo de telemedicina interactiva que funciona junto a dos plataformas digitales desarrolladas por el Gobierno provincial: www.gestioncovid.gba.gob.ar y www.asistenciacovid.gba.gob.ar. que fueron readaptando sus actividades pos pandemia hasta la actualidad.



Figura 53. Recomendaciones para la asistencia telefónica en contexto de pandemia. (Fuente: portal de bancos.salud.gob.ar/covid-19, accedido en abril de 2020).

El mismo comenzó a funcionar en la sede del Ministerio de Salud (CETEC Central) y luego se abrieron dispositivos en las regiones sanitarias de mayor relevancia epidemiológica y demográfica: V, VI, VII, XI y XII (CETEC regionales). Los 6 centros asistieron un promedio de 1.400 llamadas diarias. La asistencia telefónica tuvo horarios ampliados (lunes a domingos de 9 a 18 hs), con la participación de 188 profesionales re-asignados junto a personal contratado y entrenado en este objetivo sanitario.

El CeTeC-19 Central y sus sedes regionales tuvieron como objetivos el seguimiento de los casos sospechosos de coronavirus y el seguimiento diario de las personas que se mantienen en aislamiento estricto durante los 14 días posteriores al último contacto con un caso confirmado o sospechoso. La cooperación

de las Universidades Nacionales del territorio bonaerense través del “Programa de fortalecimiento de la prevención y seguimiento frente al COVID-19” (establecido por el Decreto N° 7721/2020); incorporó 31 sedes del CETEC en todo el territorio, aportando al dispositivo, perfiles de 1862 becarios y voluntarios como estudiantes universitarios de carreras tan variadas como enfermería, medicina, comunicación, trabajo social, kinesiología, acompañante terapéutico, psicología, derecho, entre otras. La función del rastreo y seguimiento telefónico de contactos estrechos, permitió realizar alrededor de 12 mil llamadas diarias. En la *Figura 54* se observan los espacios de labor de los CETEC correspondientes a la Universidad Nacional General Sarmiento y la UNAJ con el HEC en el folleto de difusión.



Figura 54. Imágenes de los espacios de labor del CETEC de la UNGS y de la UNAJ en octubre de 2020 (Fuente: página web Universidades, 2020).

CETEC en salud mental y consumos problemáticos

De acuerdo con declaraciones de la Lic. Julieta Calmes, Subsecretaría de Salud Mental, Consumos problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud pública (MSAL PBA)

con el advenimiento de la Pandemia se estableció un 0800 que tiene como propósito generar un mecanismo más ágil, más directo y menos mediado, para que cualquiera que esté en una situación de soledad, de tristeza o de angustia pueda llamar para buscar ayuda. Algunas asistencias, de forma remota pueden abordarse y resolverse; y otras veces, se requiere una derivación hacia un espacio de asistencia donde puedan acompañarlos con más intensidad y de manera presencial con un tratamiento prolongado. El número llegó a tener una “sublínea” para adultos mayores, que era una franja etaria que preocupaba mucho a la gestión bonaerense, previo a la vacunación (Vera Visotsky, 2021).

Esta misma Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública, puso en marcha un programa denominado “Cuidar a los que Cuidan” para acompañar y contener a los equipos de salud en el arduo trabajo cotidiano que emprendieron para hacer frente al virus y sus consecuencias.

El programa conformaba equipos de salud mental que recorrieron hospitales de toda la provincia con el objetivo de acompañar, ofrecer una escucha atenta y poner en palabras los impactos a nivel emocional y físico que atravesaban los/as trabajadores/as en el nuevo escenario de crisis sanitaria. Los dispositivos de abordaje llevados adelante sostuvieron dos modalidades de intervención: individual, en los que se recogían malestares o efectos singulares

transitados en tal contexto; o grupales (grupos de reflexión, talleres, capacitaciones, etc.) para la elaboración colectiva de situaciones de angustia y la construcción de herramientas que permitieran fortalecer los cuidados de los equipos²¹.

Entre las políticas de contención a los equipos de salud, surge la Ley llamada “Silvio” (Decreto 747/2020 Ley de Protección al personal de salud ante la pandemia de Coronavirus-19). La llamada “Ley Silvio” es en homenaje a Silvio Cufre, quien cumplía funciones como enfermero en la provincia de Buenos Aires y que fue la primera víctima fatal entre los equipos de salud del país a causa de la pandemia:

“Declárase prioritario para el interés nacional la protección de la vida y la salud del personal del sistema de salud argentino y de los trabajadores y voluntarios que cumplen con actividades y servicios esenciales durante la emergencia sanitaria causada por la pandemia de coronavirus COVID-19.

Artículo 2º- Créase el Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19, sujeto a las disposiciones de la presente ley y toda normativa elaborada por la autoridad de aplicación que establezca el Poder Ejecutivo nacional, cuyo objetivo principal sea la prevención del contagio de Coronavirus COVID-19 entre el personal de salud que trabajen en establecimientos de salud de gestión pública o privada, y entre los trabajadores y voluntarios que presten servicios esenciales durante la emergencia sanitaria. Artículo 3º- El Programa será de aplicación obligatoria para todo el

²¹ Para más información, ver <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsinviolencias/cuidar-a-quienes-cuidan/> estrategia en el marco de Hospitales Libres de Violencia, Resol 921/17.

personal médico, de enfermería, de dirección y administración, logístico, de limpieza, gastronómico, ambulancieros y demás, que presten servicios en establecimientos de salud donde se efectúen prácticas destinadas a la atención de casos sospechosos, realización de muestras y tests, y/o atención y tratamiento de COVID-19, cualquiera sea el responsable y la forma jurídica del establecimiento. La presente ley se encontrará vigente mientras dure la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID-19". Ley 27.549. Pensión para los familiares de trabajadores fallecidos durante la pandemia. Pensión graciable y vitalicia para los familiares de trabajadores fallecidos durante la pandemia (Fuente: SAIJ. gob.ar).

COVID 19 - La Emergencia Sanitaria en Clave municipal Afrontamiento de la emergencia en los espacios municipales

El Observatorio del conurbano de la Universidad Nacional General Sarmiento (UNGS) (Rofman et al., 2021) presentó en noviembre del 2020 un informe sobre las respuestas municipales frente al COVID-19 para la zona geográfica del Conurbano Bonaerense, en el cual brindaron una síntesis de lo actuado hasta ese momento, en la primera etapa de la emergencia sanitaria.

En esta sección, se analizan algunos de las estrategias llevadas adelante por los municipios, haciendo foco en las acciones sanitarias desplegadas en cada uno de los territorios. La contingencia sanitaria provocó un escenario en el cual, fue necesario innovar en los enfoques sobre la salud que permitan resolver viejos problemas del sistema sanitario local, al mismo tiempo que facilitare el afrontar la emergencia por COVID-19.

Así, las estrategias asumidas fueron diversas, las lecciones aprendidas de algunas acciones, se evaluaron sobre la marcha, las distintas dimensiones de los territorios obligaban a analizar conjuntamente los indicadores epidemiológicos, la rapidez del contagio en poblaciones multitudinarias y los altos índices de hacinamiento y vulnerabilidad, con la consiguiente dificultad del cumplimiento del aislamiento, o la higiene de manos o la ventilación de los ambientes domésticos.

En la Red del Sudeste Bonaerense, se implementó una herramienta digital de gestión de pacientes (software, a cargo de un equipo de investigadores del Instituto Nacional del Cálculo de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de Buenos Aires) denominada "Sala de Situación Epidemiológica". Dicha sala de situación fue una herramienta crucial que permitía en tiempo real tener la información de disponibilidad de camas y el porcentaje de internación en los efectores cercanos para realizar derivaciones o consultas pertinentes. Yacobitti et al. mencionan que sobre una cohorte de 2.588 pacientes con diagnóstico de COVID-19, hospitalizados entre el 8 de abril y el 30 de septiembre 2020, la implementación de la sala de situación, localmente organizada, evidenció las ventajas en la disponibilidad de recursos y camas en la región sudeste a partir de monitorear y evaluar la gestión de camas disponibles para los pacientes que requerían internación o pronta atención (2021).

A continuación, se muestran las infografías desarrolladas por el Observatorio de la UNGS para graficar esta información. En la *Figura 55* se observan las respuestas del Municipio de Florencio

Varela. En la Figura 56, se muestran las medidas adoptadas en Berazategui, en la Figura 57, se observan las acciones en Quilmes y, finalmente en la Figura 58 se muestra lo actuado en Almirante Brown.

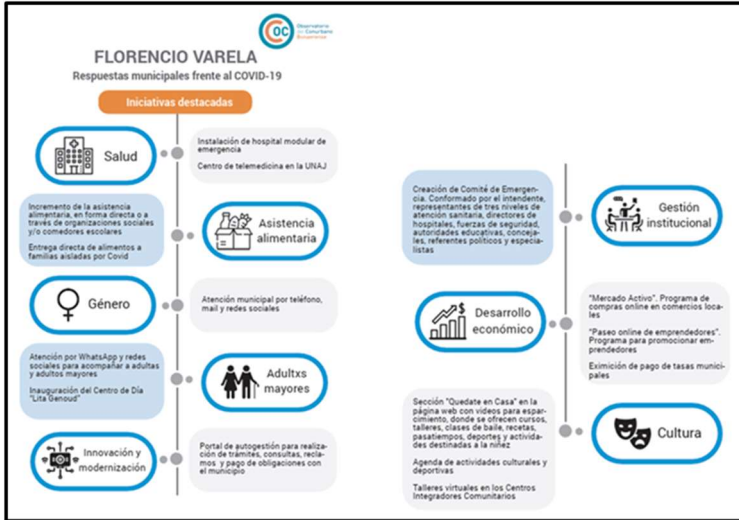


Figura 55. Respuestas municipales en F. Varela. (Fuente Observatorio UNGS, 2020).

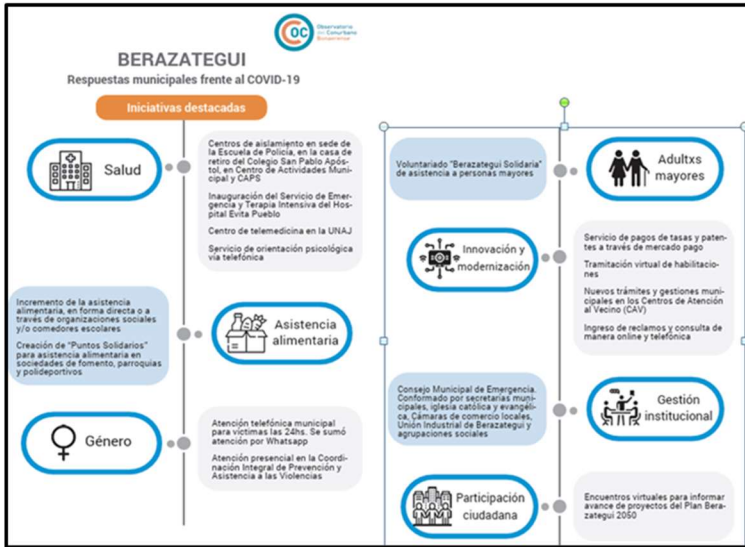


Figura 56. Respuestas municipales en Berazategui. (Fuente Observatorio UNGS, 2020).

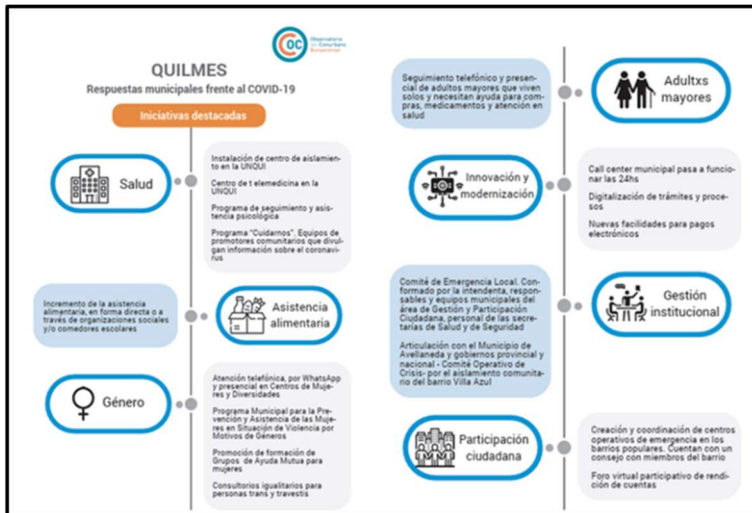


Figura 57. Respuestas municipales en Quilmes. (Fuente Observatorio UNGS, 2020).

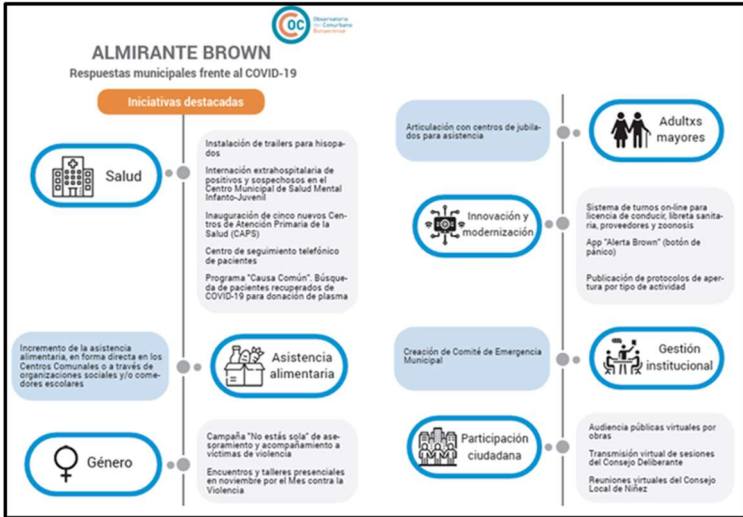


Figura 58. Respuestas municipales en Alte Brown. (Fuente Observatorio UNGS, 2020).

Recomendaciones y Criterios para la Atención Domiciliaria en Municipios del Territorio

En abril del 2020, la autoridad sanitaria nacional organiza y distribuye las recomendaciones para la atención domiciliaria de casos sospechosos y confirmados (MSAL, 2020) de modo que los servicios de salud que recibían nuevos casos y trataban casos graves no tuvieran también la circulación de personas ya diagnosticadas y con sintomatología leve o nula. Para ello, a las personas que tuvieran la posibilidad de estar infectadas (probables o confirmados) de COVID-19 con síntomas leves y sin criterios de ingreso hospitalario (se valoraba en cada paciente según la situación clínica y el momento epidemiológico concreto). El procedimiento constaba de:

- A) Constatar la ausencia de co-morbilidades en el paciente y en sus convivientes para permitir este tipo de atención.
- B) Casos probables o confirmados de COVID-19 que han precisado hospitalización y que han recibido el alta hospitalaria, pero requieren seguimiento y medidas de aislamiento.

Se solicitaba al paciente un teléfono que garantice la comunicación permanente con el personal sanitario hasta la resolución de los síntomas.

Aunque cada caso se presentaba con características particulares, como norma general no debía haber convivientes con condiciones de salud que supongan una vulnerabilidad, como por ejemplo edad avanzada, diversidad funcional, enfermedades crónicas, inmunodepresión, embarazo, éstos deberían trasladarse al domicilio de otro familiar mientras dure el aislamiento.

Aumento de la Capacidad de la Red Asistencial: Hospitales Modulares y Reconfiguraciones del Espacio de Atención

Los Hospitales Modulares de Emergencia (HME) fueron construidos por Ministerio de Obras Públicas de la Nación, se instalaron en tiempo récord, 12 Hospitales Modulares de Emergencia en distintos puntos de Conurbano Bonaerense, en Mar del Plata y en las provincias de Córdoba, Chaco y Santa Fe. Los HME del conurbano bonaerense, se ubicaron en los Municipios de Almirante Brown, Florencio Varela, Gral. Rodríguez, Hurlingham, Lomas de Zamora, Moreno, Quilmes y Tres de Febrero.

Simultáneamente, adoptando las recomendaciones de la OMS/OPS en abril de 2020 y extiende en 303 camas (cuidados intensivos y cuidados intermedios) la capacidad de la red asistencial ante la posibilidad de superar el techo de ocupación hospitalaria. Los sitios identificados y operativos para ampliar su oferta estuvieron ubicados en los municipios de Pilar; Alte. Brown, Florencio Varela, La Plata, Ensenada y Moreno.

Los hospitales modulares de la subregión en estudio aportaron: Florencio Varela: 55 camas, de las cuales 25, de terapia intensiva adultos con equipos multiparamétricos y respiradores artificiales. Alte. Brown: 22 camas con respirador artificial y 50 camas de internación intermedia. Quilmes: Hospital modular dentro del predio del Hospital Isidoro Iriarte que suma 40 camas de cuidados intermedios y un HME anexo a la Unidad de pronta atención (UPA 17) de Bernal Oeste, con 76 camas, con 24 de ellas de cuidados intensivos.

Integrantes del equipo de investigación participaron durante la pandemia en áreas de gestión sanitaria provincial con visitas periódicas, junto a agentes del nivel nacional, a hospitales provinciales en el monitoreo de normativas y como facilitadores de conflictos o situaciones a resolver en cuanto al manejo de la pandemia. En la Figura 59 se resumen las fortalezas comunes de los equipos de gestión en la sub región sudeste, dando cuenta del compromiso de trabajo, la adhesión a las normativas y lineamientos centrales propuestos y la vocación de servicio, producto de entrevistas a gestores de Hospitales provinciales en visitas programadas y no programadas.

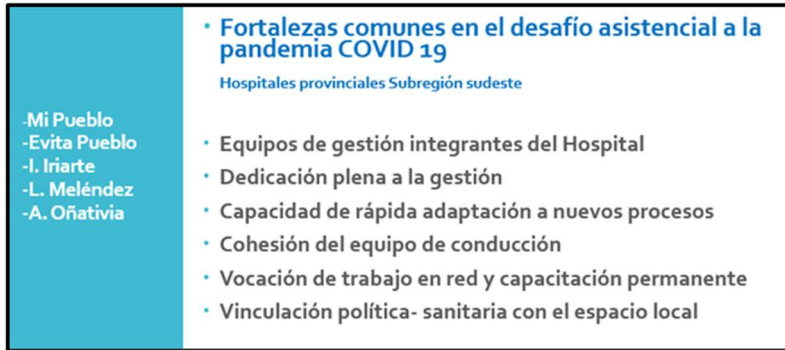


Figura 59. Fortalezas de Gestión en pandemia. Hospitales subregión Sudeste (Fuente: Construcción propia de n Entrevistas realizadas a gestores de cada Hospital. Julio, 2020).

Implementación local de estrategias de salud pública de apoyo la población y al sistema de salud: aislamiento comunitario y centros de alternativos extra-hospitalarios

Entre las distintas estrategias que se pusieron en marcha, de acuerdo a las posibilidades municipales, así como a las necesidades específicas de cada población, se encuentran la instalación de diferentes espacios alternativos de atención que no existían previo a la pandemia. Estas estrategias incluyen Centros de Aislamiento Transitorios (CAT), la construcción de hospitales modulares, las refacciones de los servicios ya existentes para aumentar la capacidad de respuesta en la internación, el Centro Alternativo de Atención Médica Extra-hospitalaria (CAAME), entre otros. Estos dispositivos de atención basaron su éxito en la capacidad de amoldarse al cambiante contexto y de las articulaciones entre diferentes sectores (no solo el sanitario) de la órbita tanto pública como privada.

El Gobierno provincial creó el *Fondo de Asistencia Municipal para la Atención no Hospitalaria de Pacientes con COVID-19* (MSAL PBA, 2020), con el objetivo de asistir económicamente a aquellos municipios que abrieran centros de aislamiento extrahospitalarios municipales en sus jurisdicciones. Para el caso del conjunto de los 4 municipios de la subregión sudeste, a partir de julio de 2020 se instalaron 3 hospitales modulares. De acuerdo con Silberman et al.,

“sumaron a la red 149 camas de internación intermedia (con capacidad de brindar oxigenoterapia) y 67 camas de cuidados críticos, lo que representó un incremento de 49,5% en camas de complejidad intermedia y de 76% de camas de cuidados intensivos” (2021: 4).

Políticas públicas locales

*** CAAME Florencio Varela**

Apenas iniciada la Pandemia por coronavirus, se redirigen los recursos para fortalecer el sistema sanitario, articulando con efectores de todos los niveles y todos los subsectores, la reorganización de los equipos de salud y sus funciones en los centros de salud municipales fue dinámica, en virtud de la situación sanitaria local y regional, readaptando la vinculación entre los equipos y la comunidad, estableciendo Triage (selección y clasificación de pacientes que evalúa las prioridades de atención), en todos los centros asistenciales con el debido instrumental y equipamiento de protección adecuado.

El sistema de emergencia Médicas (SAME) debió transformarse, no solo incorporando 11 técnicos en emergencias sanitarias y desastres, sino de profesionales que permitieron aumentar la capacidad de bases operativas que contaron con ambulancia y equipo completo.

La capacitación y protocolos emanados de autoridades nacionales y provinciales se adaptaron, con materiales de difusión y capacitaciones virtuales, participando todos los sectores del gobierno municipal. La sala de situación municipal pudo evaluar y monitorear en forma permanente y sistemática la evaluación de las medidas adoptadas. Entre ellas:

*Seguimiento telefónico de 16.000 pacientes (90.8% de activos); encapsulamiento (limitar ingreso y egreso de personas) y seguimiento telefónico de situaciones especiales (hogares de niños con discapacidad, hogares con pacientes con consumos problemáticos; hogares de ancianos, institutos de hemodiálisis)

*Equipo DETECTAR como estrategia del equipo territorial municipal y el “casa a casa” se propuso detectar situaciones particulares con necesidades especiales de asistencia o aislamiento. Este dispositivo visitó a más de 1100 familias en el Municipio. Así como los 15 Centros fijos de hisopado con personal capacitado para la toma correcta de muestra realizaron durante el 2020 más de 1600 hisopados diarios. *También se incorporaron los Equipos de salud mental, con fuerte participación no solo a las familias afectadas directa o indirectamente por el COVID-19, sino como acompañamiento a los equipos de salud en sus afectaciones emocionales

La ampliación en la capacidad de internación y/o aislamiento estuvo dada por:

- a) Instalación de hospital modular de emergencia: Anexo al UPA 11 en el barrio Km26, con la inclusión de 21 camas para la atención crítica y 46 camas para la atención intermedia (Silberman et al, 2021) permitió en sólo 3 meses de construcción ampliar la capacidad de respuesta en internación de cuidados intensivos e intermedios las cuales fueron utilizados por 800 pacientes del distrito.
- b) Centro la Patriada: Centro Alternativo Atención Médica Extrahospitalaria (CAAME)

Avanzada la pandemia, y con el objetivo de descomprimir la ocupación de camas tanto en los centros de internación, como en el Hospital Modular, se puso en marcha el Centro Ambulatorio de Atención Médica (CAAME), que contó con camas con oxígeno, y un equipo interdisciplinario acompañando todas las situaciones durante las 24 hs. La respuesta generada por este dispositivo, rápidamente se extendió a otros 6 municipios de la región.

El CAAME, ubicado en La Patriada, del Municipio de Florencio Varela, contaba con 20 camas con oxígeno central, más 44 camas (con oxígeno envasado). Los destinatarios de este positivo fueron los pacientes en condición de alta hospitalaria que debían seguir bajo cuidados específicos; estos pacientes requerían internación bajo cuidado de un equipo interdisciplinario hasta el alta definitiva: enfermeros, técnicos y médicos.

De acuerdo con fuentes de la Secretaría de Salud del Municipio de F. Varela, este centro articulaba con la UPA (Unidad de pronta atención) de Florencia Varela y su internación modular, con camas de cuidados intensivos y el Hospital Mi Pueblo, para referenciar personas que requieran en su evolución clínica una interconsulta o re-internación.

Vacunación municipal contra COVID-19

Las modalidades de ampliación de cobertura y acceso se basaron en 8 Postas fijas (UNAJ- Misión del Padre Schoenstatt - Soc. Fomento 6 de junio - Club Nago - Soc. Fomento Villa San Luis - Asociación Japonesa - Ing Allan (profacadi) Soc. Fomento La Carolina), Postas itinerantes y vacunación en control educativos cubriendo 1.150.000 dosis aplicadas (Fuente. Secretaría de salud. Municipio de Florencio Varela).

El Comité de crisis multisectorial creado desde la declaración de la pandemia en el territorio nacional, encabezado por el Intendente municipal Andrés Watson, actualizaba semanalmente el estado de situación

El municipio registró 87.759 contagios por el virus Sars-CoV-2 y tuvo que lamentar 1297 fallecidos en su comunidad durante el período 2020-2022) de declaración de pandemia.

***Quilmes**

- a) Hospital Modular de Emergencia

Creados en el marco de la aprobación del “Convenio de Colaboración para Prevención y Seguimiento de Contactos Estrechos Covid-19” del "Programa de fortalecimiento de la prevención y seguimiento frente al COVID-19" aprobado por el Decreto N° 772/2020, suscripto entre los Ministerios de Salud y de Jefatura de Gabinete de Ministros y la Universidad Nacional de Quilmes, se construyó un nuevo hospital modular denominado Hospital Modular N°10 en la Unidad de Pronta Atención 17. El mismo contaba con 24 camas de internación para niveles críticos y 52 camas para nivel intermedio (Silberman et al., 2021).

- b) Centro de aislamiento dentro de las instalaciones de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQUI)

Con la premisa que el aislamiento extrahospitalario debe garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad, higiene y limpieza, en el marco de una red de atención, dependiente de un establecimiento de salud de referencia con internación y adecuada complejidad y bajo el control de la jurisdicción, se instaló en el predio de la UNQui un Centro de Aislamiento Sanitario (CAS-UNQ) desde el 22 de abril hasta el 15 de noviembre de 2020. De acuerdo con Gallestegui

“Las personas ingresadas se encontraban cursando cuadros leves de la enfermedad y no podían realizar el aislamiento en su domicilio. Se establecieron tres líneas de trabajo: atención médica, acompañamiento psicológico y abordaje social con perspectiva de derechos. Se aisló a 954 personas (407 mujeres adultas, 362 varones adultos y 185 niños menores de 13 años). El máximo de personas aisladas de forma simultánea fue de 120” (et al.,2022)

Del total de las personas aisladas no se registraron fallecimientos.

- c) Aislamiento comunitario como estrategia para la mitigación de un brote de COVID-19: Caso Villa Azul.

En el municipio, en mayo del 2020 se identificó la ocurrencia de un brote de COVID-19 en el barrio Villa Azul y Villa Itatí. Habiendo evaluado las características del barrio, la proyección del ratio de contagios en el corto plazo haría dificultoso el cumplimiento del ASPO y las indicaciones de prevención para el cuidado individual y aislamiento. Así, se puso en consideración de referentes barriales una estrategia de aislamiento comunitario como respuesta sanitaria al brote (Esposito et al., 2021).

Con el objetivo de contener el brote y mitigar los impactos, de ese momento, entre las autoridades de los Municipios de Quilmes, de Avellaneda y de la Provincia de Buenos Aires, entre el 25 de mayo del 2020 y el 8 de junio se procedió al cierre de los barrios con el apoyo de las fuerzas de seguridad. Se instalaron 3 accesos al barrio controlados, por los cuales sólo podían ingresar o salir personas autorizadas previamente (determinadas urgencias o cuestiones de salud), portando su documento de identidad. En cada uno de estos accesos se realizaba la desinfección de ropa y calzado y alcohol al 70% en manos de cada una de las personas que ingresaron y egresaron del perímetro delimitado. En la *Figura 60*, se puede visualizar el impacto de la estrategia novedosa la cual, no sin otros conflictos, pudo mitigar los riesgos de contagios y fallecimientos en la población de este territorio (Esposito et al., 2021).

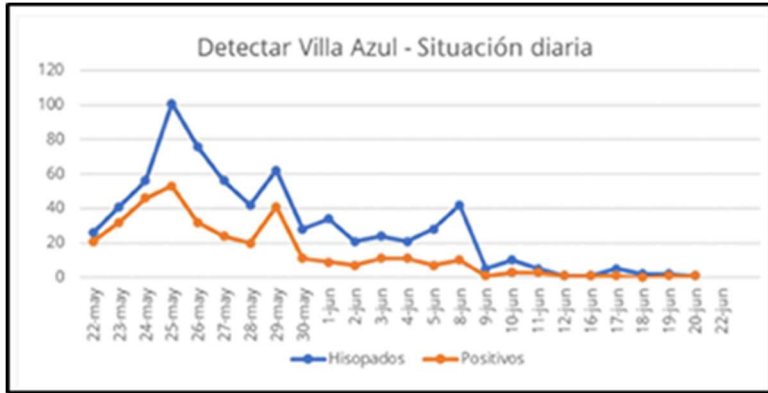


Figura 60. Cantidad de personas testeadas y casos positivos en el barrio Azul/ Itatí entre el 22/05/2020 y 22/06/2020 (Fuente: Esposito et al 2021).

Caso Villa Itatí: atención primaria y participación comunitaria

De acuerdo con Scaglia et al.:

“Si bien esta estrategia parecía adecuada para Villa Azul por las características geográficas y demográficas de este barrio (límites claros, una población de alrededor de 3000 habitantes en 837 viviendas del lado de Quilmes y 400 viviendas del lado de Avellaneda), la sola posibilidad de imaginar cerrar Villa Itatí con fuerzas de seguridad aparecía como una bomba de tiempo: por sus dimensiones, por la cantidad de habitantes y por el hecho de tener múltiples accesos hacían casi imposible replicar esa estrategia. Además, la historia y la potencia de sus organizaciones sociales, también constituían un desafío a la hora de pensar estrategias para controlar un posible brote de COVID-19” (2024:589).

Se observa una ilustración de este proceso en la Figura 61, registrada por el MSAL PBA en 2020.



Figura 61. Grupos de profesionales de la salud y voluntarios en la organización de la cobertura en Villa Itaí (Fuente: Ministerio de salud PBA. Julio 2020).

En el marco de este proceso, Ramaciotti afirma que

“La consigna #quedateencasa fue reformulada por #quedateentubarrio. Las pautas de aislamiento intentaron adaptar el espacio barrial a estos espacios que por tipo de infraestructura requerían la extensión del espacio de circulación. A partir de entonces, promotoras comunitarias y enfermeras lo recorrían para acompañar a grupos de riesgo, difundir medidas preventivas y distribuir elementos de seguridad e higiene” (2023: 208).

***Berazategui**

- a) Centro de Aislamiento Transitorio en la casa de retiro del Colegio San Pablo Apóstol, (localidad El Pato)

De acuerdo con autoridades sanitarias del primer nivel de atención municipal, se cuenta que

“se armó a nivel municipal un centro de aislamiento, un centro de aislamiento en la localidad de El Pato. Un centro que se ambientaba como un centro de aislamiento. Era un lugar de una iglesia que tenía varias habitaciones... tener aislados a 80 personas, que es bastante grande. Entonces, eso fue una articulación bastante interesante, porque fue algo que un espacio que prestó una iglesia, de todo el equipamiento y todo el personal se hizo cargo en el municipio, y el hospital se hacía cargo del alimento”
(Entrevista con Médica, Com. Pers., 2023).

- Centro de Aislamiento Escuela de Policía "Coronel Julio S. Dantas".
- Centro de Aislamiento CAPS N° 25.
- Centro de Hisopados Polideportivo N° 2 y Polideportivo N°6.

El Hospital Provincial Evita Pueblo, en junio del 2020, amplió 4 veces su capacidad en camas de Terapia Intensiva y se inauguró un sector de emergencias, pasando de 8 camas a 32 camas con respirador y equipadas.

* **Almirante Brown**

Entre otras acciones del ámbito municipal (como la instalación de tráileres para hisopados y la inauguración de nuevos centros de atención), la Secretaría de Salud de Almirante Brown gestionó el desarrollo del Hospital de Emergencia Modular N° 9, Almirante Brown, provincia de Buenos Aires, Argentina. Con Nivel de internación intermedio (51 camas) y crítico (22 camas) (Silberman et al 2021) adosado a la estructura de la UPA 5, instalados en el predio de la Avenida De la Aviación y Boulogne Sur Mer, Longchamps (ver

Figura 62).

De una entrevista realizada a autoridades del UPA 5, se afirma que

“Podríamos decir que la pandemia nos habilitó a un mayor ejercicio de la atención humanizada, incorporar servicios como kinesiología puesto al servicio de la comunidad tanto adulto como pediátrico, con niños derivados de otros pediatras con patologías respiratorias que pueden beneficiarse con ese servicio. Mejoramos la oferta de consultorios de especialistas, de prevalentes crónicas, médicos de familia que abarca la asistencia de adolescentes y adultos, ecografías pediátricas, consultorio de traumatología diario, radiología digitalizada, muchos servicios que fueron sumándose para brindar mejor atención a la comunidad de Alte Brown, como por ejemplo diálisis en pacientes agudos; docencia con estudiantes de enfermería de la universidad de Lanús y algo muy importante, es que somos la única UPA que realiza procuración de córneas por licenciadas en enfermería reconocida por el CUCAIBA. Hemos crecido no solo en organización, en facturación, en gestión de pacientes,

farmacia, Historia clínicas digitales sino en servicios de primer nivel, especialidades, vacunatorio y recolección de leche humana para banco, todo puesto al servicio de la comunidad” (Entrevista con Médica, Com. Pers., 2024).





Figura 62. Vista aérea de UPA y Hospital Modular y lateral de UPA 5 (Fuente: Autoridades de UPA 5, 2024).

Se observa en la *Figura 63* la distribución de los efectores de salud de la sub-región sudeste de todos los niveles de atención, adicionando los Centro de Aislamiento Social desplegados en el primer año dentro del contexto de pandemia, los hospitales Modulares de Emergencia. Durante el año 2020 y 2021, el mapa sanitario de atención pública tuvo esta distribución espacial para mejorar el acceso de la población a espacios de cuidado y prevención de la salud.

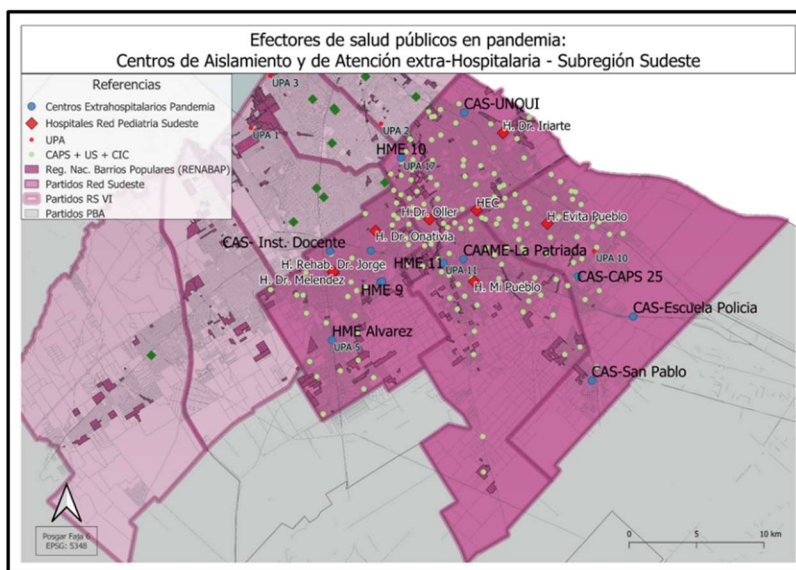


Figura 63. Distribución espacial de los centros de atención primaria de salud, los hospitales de la Red del Sudeste y los centros de aislamiento social, centros de atención extrahospitalaria y los hospitales Modulares de Emergencia instalados en los municipios de la subregión (Fuente: elaboración Mora Castro a raíz de la información del RUPES y de la información pública sobre innovaciones en la infraestructura sanitaria del área).

Redes de atención. Estrategias provinciales: Equipos de salud itinerantes. Caso Equipos Unidades de cuidados intensivos o terapia intensiva (EUTI) y Diálisis itinerante del Ministerio de salud provincial

Los equipos de salud itinerantes, son una estrategia sanitaria del Ministerio de salud de la provincia de Bs As se desplegaron hacia zonas de alta demanda y baja oferta durante la pandemia de COVID-19, así como la tele-asistencia de equipos expertos a equipos de trabajo a distancia (TELE-UTI remota) en el asesoramiento para casos especiales. Otra disciplina de asistencia itinerante estuvo conformada por los técnicos y profesionales en

hemodiálisis itinerante, concretada por los equipos de emergencias sanitarias (SIES) de la provincia de Bs As, con traslado de equipamiento y personal a una emergencia clínica como la insuficiencia renal, de frecuente presentación en paciente con COVID-19 grave.

Desde el inicio de la pandemia el manejo de los pacientes más graves afectados por una enfermedad pandémica que requería, en muchos casos, asistencia respiratoria mecánica mostró la saturación de los servicios hospitalarios en varios países del mundo, para prevenir esa dramática situación, entre las medidas que tomó el gobierno bonaerense, se destaca la creación de los Equipos Itinerantes de Salud compuesto por médicas/os, enfermeras/os y kinesiólogos/as especializados en cuidados o terapia intensiva, listo para trasladarse donde la situación se torne más acuciante. En los momentos más críticos prestó colaboración con los hospitales Magdalena V. de Martínez de Pacheco, San Martín de La Plata, Mi Pueblo de Florencio Varela, Balestrini de la Matanza, Virgen del Carmen de Zárate, Narciso López de Lanús, Evita de Lanús y en el hospital modular de Mar del Plata (MSAL, 2020).

Las situaciones críticas y de contingencia en materia sanitaria, enfrentan al sistema sanitario a enormes desafíos que requieren una respuesta institucional con medidas adecuadas que refuercen las capacidades de la red asistencial del sistema de salud. Esos marcos dejan entrever la importancia de sumar equipamientos, insumos y mobiliario como parte de la estrategia sanitaria, así como también, la incorporación de fuerza laboral para hacer

frente a la demanda de atención por parte de la población en un contexto dinámico.

El escenario signado por la emergencia sanitaria por coronavirus (COVID-19) se constituye en un antecedente de una situación crítica que devela la necesidad de contar con instrumentos que permitan coordinar y optimizar las acciones para su abordaje.

Vacunación. La Mayor campaña de la historia de la provincia

De acuerdo con Maneiro et al (2021), el 6 de noviembre de 2020 se aprueba la Ley 23.473 “Ley de vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el COVID-19” y con ella se abre el proceso de adquisición y de organización de lo que será el Plan Estratégico de Vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina (Resolución 2883 / 2020 del Ministerio de Salud de la Nación). Desde el Ministerio de Salud de la Nación, se ejecutó una campaña de vacunación que implicó una fuerte e innovadora articulación con dependencias estatales de diferentes niveles para cumplimentar con la demanda poblacional de dosis de las vacunas que fueron siendo adquiridas por el Estado, distribuidas por un operativo sin precedentes y aplicadas en las diferentes regiones con altos niveles de efectividad.

El 28 de diciembre de 2020, llega al país el primer avión sanitario con el lote de vacunas contra el SARS-COV-2 que da inicio el proceso de vacunación. La distribución de las primeras dosis se realizó en 32 puntos del territorio nacional y así comenzó la

implementación del plan estratégico de vacunación contra el virus SARS-CoV-2.

Las prioridades de población a vacunar fueron el personal de salud, los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas y la población general sin mayor riesgo.

LA PRIMERA

La primera integrante del equipo de salud en todo el territorio provincial, en recibir la vacuna recién llegada (SPUTNIK V) fue una integrante del área de limpieza de la UCI/UTI del Hospital Isidoro Iriarte de Quilmes (ver Figura 64).

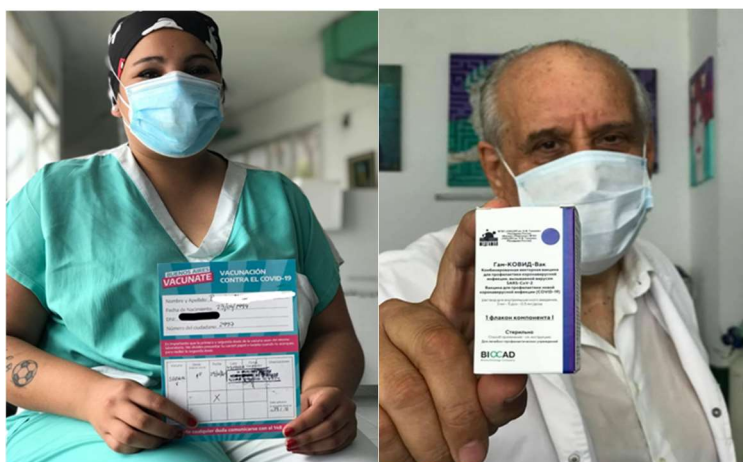


Figura 64. A la izquierda de la imagen, se encuentra Macarena, la primera trabajadora de salud vacunada en la provincia. A la derecha de la imagen, se observa al Director Ejecutivo del Hospital Isidoro Iriarte con el primer envase de vacuna Sputnik V (Fuente: Fotografías de Malena Viacava Barbis, diciembre 2020).

Quién estuvo a cargo, tanto de todo el proceso asistencial en pandemia, como la gestión de la vacunación, fue el ex director y recientemente fallecido Dr. Juan Fragomeno que muestra el envase de la primera vacuna aplicada (*Figura 64*).

AL realizarle una entrevista a Macarena, 30 años, trabajadora de limpieza del área de Cuidados intensivos (UCI/UTI) y primera vacunada en la provincia de Buenos Aires, ella cuenta que

“Entré a trabajar al hospital Iriarte en el año 2020, en abril, al iniciar la pandemia, sin mucha información general y miedo, como todos los que trabajamos en salud, desde que empecé, me tocó trabajar en terapia intensiva, con mucho trabajo y pacientes muy mal y con muchos fallecidos; me contagié en el mes de junio, me sentía muy mal, me hisoparon y me dio positivo, el dolor de la espalda era tremendo y tuve neumonía bilateral. Me internaron en el hospital modular durante 15 días y seguí así en mi casa; mucha incertidumbre, sobre todo al trabajar en terapia, viendo tantos casos graves; me atendieron como buenos compañeros súper bien...solo nosotros podemos contar todo lo que trabajamos!” Y continúa: *“Cuando llegan las vacunas la incertidumbre no paró, ya que había tantos comentarios que no eran buenos, y cuando me dijeron que estaba seleccionada para recibir la primera vacuna, temblaba; había muchos medios de comunicación, súper nerviosa, me temblaba el cuerpo, me acompañó mi mamá, que es también trabajadora del hospital ; ese día fue muy lindo y sentí mucha confianza; fue un antes y un después; había que hacer ver a la población que era algo bueno, al otro día unas líneas de fiebre y a los dos días volví a trabajar...”*(Entrevista trabajadora del sector limpieza área cuidados críticos Hospital Isidoro Iriarte, Com. Pers., 2024).

Priorizaciones sanitarias en el territorio bonaerense

Se planifica vacunar inicialmente a la población de riesgo (6.000.000 de personas: 2.900.000 mayores de 60 años; 2.000.000 mayores de 18 años con comorbilidades, 300.000 trabajadores de la salud y 800.000 docentes, auxiliares y policías, aproximadamente). Para ello, se establecieron distintos puntos en 114 hospitales (59 provinciales, 50 municipales, 3 nacionales y 2 hospitales de PAMI) para la vacunación de los y las trabajadores de salud²². En la *Figura 65* se observan las ubicaciones de estos espacios de vacunación, algunos en lugares que ya estaban destinados a esta acción como vacunatorios dentro de los efectores de salud y otros, inaugurados para este fin (muchos de los cuales, cuando se vio satisfecha la demanda a medida que pasaban los meses, fueron levantados o reutilizados con otros fines).

Se estima que cerca de 6 millones de personas fueron vacunadas en la primera etapa de aproximadamente 6 meses (01/01/2021 - 01/07/2021) y la campaña empleó a 5.400 equipos de vacunadores y asistentes, así como la garantía de la provisión de alcohol y otros insumos.

²² De acuerdo al Monitor Público de Vacunación al 11/12/2023 Aplicaciones de vacuna contra la COVID- 19 en Argentina (disponible en <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>).

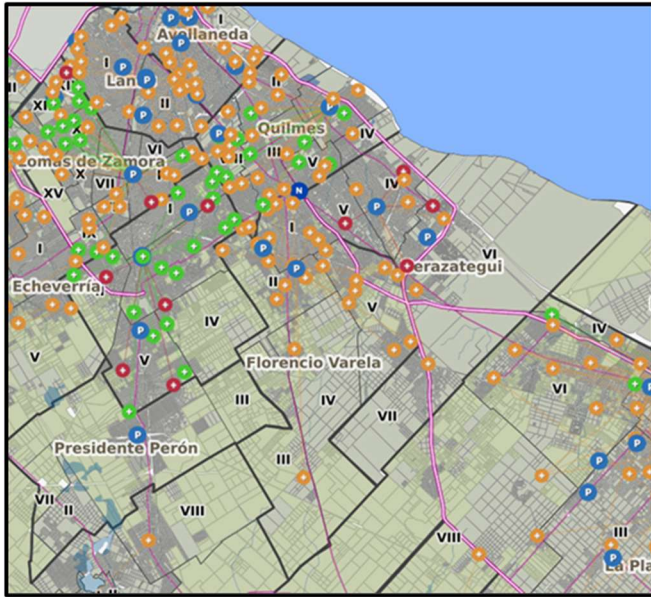


Figura 65. Red de asistencia y derivación pública de COVID-19. Mapa de la región con ubicación de efectores y los centros de referencia para la derivación de casos COVID-19 para su tratamiento. (Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires).

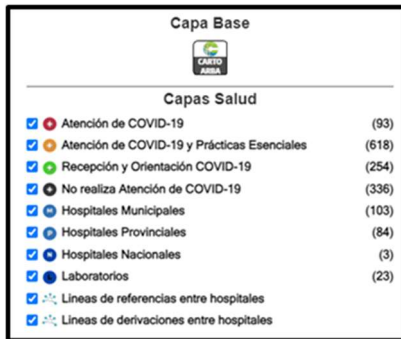


Figura 66. Referencias del mapa de la Figura 65 (Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires).

Vacunación en población pediátrica

El 2 de octubre del 2021, la Campaña “VacunatePBA” inició una nueva etapa al anunciar que los menores de 3 a 11 años, podrían ser registrados para vacunarse contra el coronavirus. Este avance fue posible tras ser autorizado el uso de la vacuna de origen chino Marca “Sinopharm” en esa franja etaria. El primer fin de semana, fueron anotados para recibir su primera dosis, 400 mil niños y niñas bonaerenses.

Los requisitos para la inscripción y aprobación de vacunas en Argentina se rigen por la Disposición ANMAT 705/2005 que solicita documentación técnica específica la cual incluye, entre otras cosas, estudios clínicos y preclínicos; en el marco de la Ley de Medicamentos (Ley 16.463) y el Decreto 150/1992 PEN que rigen las actividades de elaboración, producción, fraccionamiento, importación, exportación y depósito en jurisdicción nacional o con destino al comercio interprovincial de medicamentos. De acuerdo al registro oficial de MSAL de la provincia de Buenos Aires, al 12 de noviembre del 2021 La Provincia había superado los 2 millones de vacunados menores de 18 con una dosis.

Argentina fue uno de los pocos países que inició la vacunación con COVID-19 para adolescentes de 12 años o más en agosto de 2021 y para niños de tres años o más en octubre de 2021. La investigación recientemente publicada (Quiroga, Gastellu et al., 2024) es la primera en explorar el impacto de la vacunación en la mortalidad infantil y adolescente a nivel nacional, tomando el periodo de estudio 2020-2022 y el grupo etario de 6 meses a 2 años

que fueron vacunados con dos dosis. La investigación se centra en las estrategias sanitarias de aplicación de vacunas por edad, particularmente en niños y adolescentes, y establecer cómo la inmunización contra el COVID-19 influyó en la mortalidad específica. Uno de los principales hallazgos indica que

“la mortalidad por COVID-19 disminuyó en 2022 en los grupos de edad con mayor cobertura de vacunación (de 3 a 11 años y de 12 a 17 años). Sin embargo, la mortalidad por COVID-19 no disminuyó en 2022 para el grupo de edad de 0-2 años, que tenía mayor retraso en el acceso a la inmunización y la cobertura de vacunación más baja. En conjunto, las tasas acumuladas de mortalidad por COVID-19 en 2022 mostraron una reducción de 16-18 veces en la población vacunada con al menos dos dosis en comparación con la población no vacunada” (Quiroga, Gastellu et al., 2024: 39).

Agregan las/los autores que este resultado del análisis epidemiológico a escala nacional sugiere que tuvo que haber habido un mayor esfuerzo para garantizar la cobertura poblacional de la vacuna contra el Sars-Cov-2 en niños, niñas y adolescentes, especialmente en los rangos de menor edad.

La Campaña de vacunación en la Región del Sudeste

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires delineó un plan que, en una primera etapa, cubrió a 5.750.000 personas que serán inmunizadas en geriátricos, en la obra social IOMA y en 313 escuelas bonaerenses. El operativo contó con más de 5 mil

personas extras que fueron capacitadas de manera exclusiva para aplicar las primeras dosis de la vacuna “Sputnik V”.

En el marco del plan “Vacunate PBA” (Resol. 629/21), la provincia de Buenos Aires incorporó a trece universidades como centros de vacunación. Estos vacunatorios universitarios contaban con todos los requerimientos de bioseguridad y las condiciones de almacenamiento establecidas por los protocolos sanitarios. Se habilitaron para funcionar todos los días y fueron atendidos por vacunadores formados por el Ministerio de Salud bonaerense y, en algunos casos, también por estudiantes y egresados de carreras de salud de las propias instituciones.

El 23 de febrero del 2021 se inicia la actividad en la sede central de la Universidad Arturo Jauretche en el Municipio de Florencio Varela. En la *Figura 67* se puede observar la disposición del espacio de vacunatorio en el salón de la entrada principal de la Universidad. El mismo tuvo una distribución separada espacialmente: un puesto exterior en el que se realizaba un Triage de síntomas, se verifica la documentación y se asigna un puesto. Luego, dentro de la posta sanitaria, la aplicación de la vacuna estuvo a cargo de una persona vacunador/a y un/a asistente, con registro de la información al SIISA, brindaba información de posibles síntomas a posterior y las pautas de alarma y se entregaba el carnet de vacunación (Molinas y Salto, 2022). La mayoría del personal de asistencia contaba con formación profesional, o era estudiante de carreras de salud de la Universidad, habiendo sido formados con capacitaciones para alcanzar la figura de “vacunador eventual”. Finalmente, cabe destacar que, durante el tiempo de

duración de la posta sanitaria de vacunación, se mantuvo un promedio diario de hasta 200 personas por día (idem).

Otras universidades del Gran Buenos Aires que también funcionan como centros vacunatorios son la de La Matanza, La Plata, Lanús, General Sarmiento, Luján, José C. Paz, la Provincial de Ezeiza y las sedes de Morón, Berisso y Pacheco de la Universidad Tecnológica Nacional. Mientras que, en el interior de la provincia, se encuentran las universidades nacionales de Mar del Plata, la del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, en Junín y del Centro, en Tandil.



Figura 67. Sede del “Vacunate PBA” en el Hall de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. (Fuente: Página WEB UNAJ. Febrero, 2021).

De acuerdo a la Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para los municipios de la región, se observa en las *Figura 68* y *Figura 69* la cobertura de la población

vacunada (hasta febrero de 2024). Así, se registran dosis aplicadas con la siguiente distribución en Alte. Brown 1.510.000; Berazategui 922.250; Quilmes 1.570.000 y Florencio Varela 1.160.000.

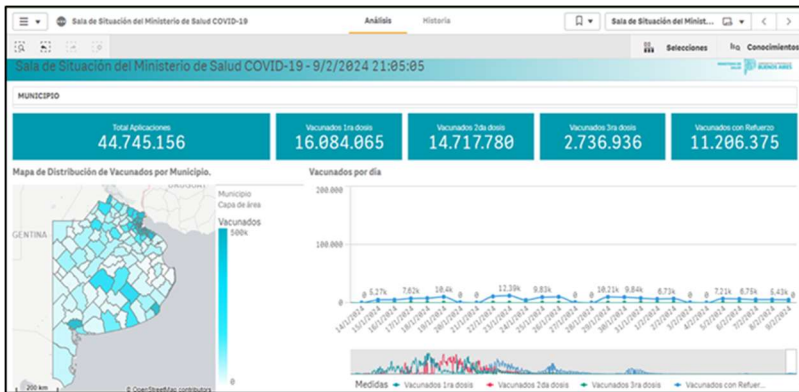


Figura 68. Cantidad de dosis aplicadas según municipio de la sub-región sudeste. (Fuente Sala de situación del Ministerio de Salud COVID-19, 2024).

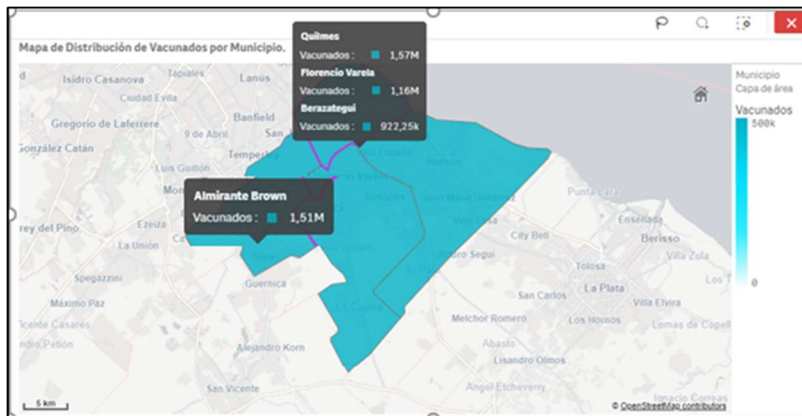


Figura 69. Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Provisiones de Buenos Aires. Visualización georreferenciada de la cantidad de dosis aplicadas en la población residente por municipio. (Fuente Sala de situación del Ministerio de Salud COVID-19, 2024).

Comunicación pública de centros operativos Municipales en las Campañas de vacunación

Las Piezas gráficas generadas por los equipos de comunicación de cada Municipio, describen horarios y lugares de vacunación, se observan en las figuras *Figura 70* y *Figura 71*.



Figura 70. Campañas gráficas municipales (Fuente: Páginas web municipales, 2021).



Figura 71. Campañas gráficas municipales (Fuente: Páginas web municipales, 2021).

Red de atención post- COVID-19

De acuerdo con las Recomendaciones Para la Atención de Personas con Antecedentes de Covid-19 -y Sintomatología de Covid-19- Persistente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en el marco del programa "Seguimos Cuidándote: Programa provincial de atención a personas que atravesaron COVID-19"²³, se postula que

“La infección por COVID-19 puede dar lugar a la persistencia de síntomas, cuadro conocido como “condiciones post COVID-19” (o COVID persistente) incluso en personas jóvenes, sin comorbilidades y aquellos que cursaron una enfermedad leve. Se conoce poco sobre la evolución en el tiempo de las personas afectadas y se necesita más tiempo de investigación para comprender los efectos a largo plazo causados por el COVID-19 y la probabilidad de una recuperación completa” (MSAL PBA, 2022).

Se parte de la consideración que el término “Condiciones Post COVID-19” es un término general que abarca las diferentes consecuencias para la salud física y mental que pueden presentarse finalizado el período agudo de la enfermedad por SARS CoV-2 y que no se explican por otra causa aparente.

El propósito de este Programa apuntaba a *“asegurar la equidad y reducir la variabilidad asistencial en la atención y seguimiento clínico de los/as pacientes post COVID-19 en el conjunto del sistema sanitario”.*

²³ Proyecto colaborativo multidisciplinar entre diferentes direcciones del Ministerio de Salud y las sociedades científicas. Para más información, ver <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/docs/RECOMENDACIONES-PARA-LA-ATENCIO%CC%81N-DE-USUARIOS-CON-ANTECEDENTES-DE-COVID-19.pdf>

Para ello, el protocolo de atención post-COVID-19 propone una unidad básica de atención conformada por médico/a clínico/generalista y profesional de la salud mental quienes realizarán, de manera independiente, la primera consulta en los consultorios post COVID-19 y determinarán si el/la paciente debe continuar su atención en el mismo nivel por atención psicológica o física o, por el contrario, ser derivado u otro nivel de atención (MSAL PBA, 2022).

Así, se estipula un cronograma de 3 consultas: al cumplirse 1, 3 y 6 meses luego del alta hospitalaria. También puede darse una cuarta consulta opcional (entre los 6 meses y el año) según lo consideren los/las profesionales de acuerdo a la evolución y necesidades de el/la paciente. Se indica que en todas las consultas se realice el examen físico y se apliquen las escalas de evaluación clínica detallados en el documento de referencia. Así, de acuerdo a la intensidad y severidad de los síntomas, y a la evolución de los mismos, estos tiempos pueden variar reduciéndose o ampliándose entre consultas.

Los Hospitales provinciales de la Subregión Sudeste que contaron con este espacio de atención específico en sus instalaciones son: Hospital Mi Pueblo; Hospital Evita Pueblo; Hospital Arturo Oñativia; Hospital Lucio Meléndez; Hospital Dr. Jorge y Hospital Dr. Isidoro Iriarte. A excepción del Hospital Lucio Meléndez, que ya contaba previamente a este Programa con consultorios post COVID-19, el resto de los hospitales prestaba servicios de consultorio post COVID-19 y de unidades clínicas multidisciplinarias.

Políticas educativas en el territorio en pandemia

El sector educación en la irrupción de la pandemia se enfrentó al desafío de garantizar no solo continuidad educativa sino también alimentaria.

Las primeras definiciones en cuanto a planificación de la contingencia fueron: La Plataforma conocida como “Continuemos Estudiando” y los “Módulo alimento” que garantizaban la continuidad de los alimentos de los comedores escolares.

Al suspenderse las clases presenciales en todos los niveles, la Dirección de cultura y Educación provincial trabajó en elaborar propuestas de cuadernillos impresos para un conjunto de estudiantado que tendría variedad en servicios de conectividad

La entrevista permite ex post analizar y deconstruir el prejuicio de la escuela cerrada o de contenidos no completos:

“Un eje transversal del sistema educativo bonaerense, es la lectura y la escritura, transversal a toda la escolarización no solo en las áreas de práctica del lenguaje, pensarlo en la diversidad, en no dar respuestas homogéneas para realidades heterogéneas, en una provincia que contempla la densidad y complejidad poblacional del conurbano y sus diferencias con los municipios del interior de la misma, algunos con escuelas muy numerosas y otras con poca matrícula, representaba un reto que requería de analizar el conjunto de las variables implicadas en el análisis.

La “continuidad pedagógica” no es novedosa para la provincia de Buenos Aires, ya que contemplada en el

reglamento general de instituciones educativas del a 2011 aunque en el caso de la pandemia por COVID-19 pasaba, de la destinada principalmente para escuelas en zonas con problemas climáticos, estado de los caminos o rurales, a que la continuidad pedagógica “no presencial” se dio en el conjunto, desarrollando la conocida definición como “la escuela no se fue a la casa”.

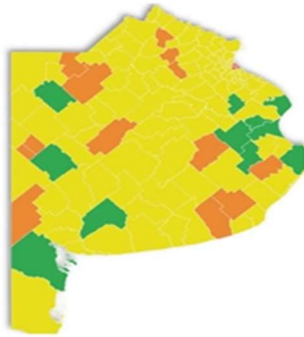
La capacitación de estos docentes, no particularmente capacitados para el desafío de la no presencial, permitieron analizar y dar cuenta sobre “qué se enseña, qué se aprende y qué debía profundizar” elaborando un “currículum prioritario”, que definía cuáles eran los saberes irrenunciables en el Nivel Inicial, en el Nivel Primario, en el Nivel Secundario, en las distintas modalidades y que debían enseñarse durante ese 2020. (Resol 1872/20)

La segunda etapa, posterior al receso invernal del 2020, permitió el relevamiento de estudiantes que se habían desvinculado, que no sostenían la trayectoria educativa, y llevar adelante el programa de “Acompañamiento a las Trayectorias y Revinculación” (ATR). El programa ATR ha tenido una buena valoración en el territorio, “la escuela te va a buscar” porque conlleva una carga simbólica muy potente, fue una respuesta concreta a una situación que tensiona el derecho a la educación de un sector de la población.” (Entrevista a la Subsecretaria de educación PBA. Docente e investigadora Claudia Bracchi, 2023).

A medida que los diferentes municipios se definían como de mayor o menor riesgo epidemiológico, se construyó el “Protocolo federal para el regreso, a las clases presenciales”, su elaboración se articulaba con todo el sistema educativo, los gremios docentes y de auxiliares y el Consejo General de Cultura y Educación, para

facilitar la organización institucional del regreso (en grupos y en bimodalidad) construyendo formas de escolarización hasta la presencialidad completa *Figura 72* (Octubre 2020).

Partidos bonaerenses en Fase 3, Fase 4 y en Fase 5 de distanciamiento social



Plan Jurisdiccional de la provincia de Buenos Aires para un regreso seguro a clases presenciales

Cómo será la rutina escolar

	En horario escalonado de entrada y salida, para reducir la concentración de personas.		Grupos de hasta 10 estudiantes.
	90 minutos de clase.		Sin recreo ni utilización de espacios comunes.
	Con subdivisión de los grupos de estudiantes para lograr el distanciamiento social		Con tapaboca, distanciamiento y medidas de protección.

DISTRITOS DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO BAJO

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Figura 72. Regreso seguro a la escuela. Fuente: Plan Jurisdiccional. Dirección general de Cultura y educación PBA 2021).

Línea de tiempo de fases y aperturas

En la Figura 73 se observan las diferentes fases del aislamiento en provincia de Buenos Aires a lo largo del tiempo y considerando las diferencias en la situación epidemiológica de cada municipio.



Figura 73. Construcción propia. (Fuente: Boleín oficial de la Provincia de Buenos Aires, 2020).

Las fases de restricción se clasificaron en números del 1 al 5; con orden ascendente en menor restricción o nueva normalidad, fueron administradas por cada país, según territorio y velocidad de contagios

Fase 1: Aislamiento estricto (Tiempo de duplicación de casos: menos de 5 días) duró del 19 de marzo hasta el 18 de abril (se mantuvieron restricciones duras en cuanto a la libre circulación y también para trabajadores y empresas)
 - 18 de abril al 26 de abril se inició la FASE 2 de Aislamiento administrativo
 - El 6 de junio se inició la FASE 3: Segmentación geográfica para cierre (Tiempo de duplicación de casos: de 15 a 25 días) como el AMBA.

- En Agosto, un total de 49 municipios del interior bonaerense transitaban la FASE 5 del aislamiento social, mientras que 47 permanecían en la Fase 4 (aperturas parciales no superior al 75% de la circulación) y 39 seguían en la fase 3, en Octubre sigue el AMBA en FASE 3 y pasan a velocidad de duplicación de casos, provincias (fase 2-3) 18 provincias.

Los retrocesos estuvieron signados por Octubre, el mes con el mayor pico de casos y fallecidos.

-Reapertura progresiva en noviembre (Tiempo de duplicación de casos: más de 25 días) 111 municipios en fase 4 (Reapertura progresiva) y 14 provincias

- Fase: Nueva normalidad, se inicia la presencialidad escolar 15 Municipios reiniciaron escolaridad en PBA

Virtualidad escolar en pandemia y su impacto epidemiológico en el Conurbano

Existe evidencia científica internacional que indica que la suspensión de la presencialidad escolar ha sido una herramienta efectiva para disminuir la circulación comunitaria del virus, en particular cuando es combinada con medidas complementarias de intervención no farmacológica (Instituto del Cálculo UBA, 2021).

Un estudio realizado por investigadores austríacos, que sistematiza más de 45 tipos diferentes de medidas preventivas, destinadas a la reducción de la circulación del virus, aplicadas a territorios en centenas de países, utilizando 4 enfoques estadísticos independientes entre sí y 3 fuentes de datos

diferentes, concluye que el cierre de instituciones educativas, es la segunda medida más efectiva para reducir la circulación viral (luego de la cancelación de reuniones sociales). También se concluye que ninguna medida (no farmacológica, como podría serlo la vacunación masiva) es suficiente por sí misma, ubicando al cierre de escuelas como una de las principales a ser combinada con otras acciones (Haug et al., 2021).

En un contexto de alta cantidad de casos, la suspensión temporal de la educación presencial en el Conurbano a partir del DNU presidencial, disminuyó la circulación viral comunitaria y produjo una disminución más veloz y pronunciada de la cantidad de casos confirmados en el Conurbano en comparación con CABA y el resto de la Provincia de Buenos Aires, donde se mantuvieron las clases presenciales (ver Figura 74).

Los autores de este informe concluyen que ante un panorama ya previsible de expansión de los contagios, internaciones y fallecimientos - por razones estacionales, nuevas variantes virales más transmisibles, así como las dinámicas del hemisferio norte - el cierre temporario de los establecimientos educativos, mostró hasta el momento, ser una herramienta eficiente para la reducción de contagios en la Argentina y en los países analizados. Estas consideraciones por supuesto, no desconocen que la educación presencial es indiscutiblemente ventajosa frente a la educación exclusivamente virtual, la cual presenta a su vez dificultades y a menudo reproduce, genera y amplifica desigualdades socioeconómicas y de género, y por lo tanto no debe extenderse indefinidamente en el tiempo.

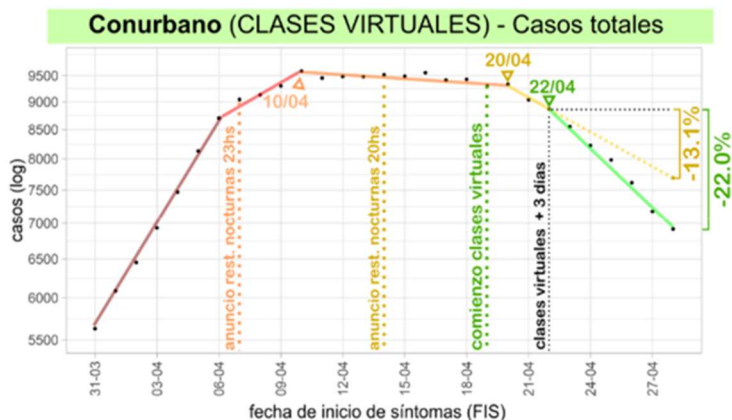


Figura 74. Efecto de restricciones nocturnas y escolaridad virtual sobre la evolución de los casos (Fuente: Instituto del Cálculo. UBA, 2021).

“Navegando en la pandemia de la COVID-19: nos hemos subido al bote salvavidas. La tierra firme queda lejos” dijo el epidemiólogo Norteamericano Marc Lipsitch. Pero llegamos.

Reflexiones finales

La provincia de Buenos Aires, a través de sus diferentes áreas de gobierno, estableció normativas y lineamientos adoptados del nivel nacional y adaptados según jurisdicciones y establecimientos de salud por complejidad. El trabajo en conjunto, la comunicación permanente, la asistencia directa a la población con priorización de riesgo y la capacitación en servicio de los trabajadores; ofrecieron pautas seguras de contención, no solo al interior de los establecimientos sanitarios y sus trabajadores y trabajadoras, sino a las áreas de gobierno que se desafiaron a gestionar eficientemente de la pandemia, no solo como evento de salud, sino como evento social y económico. Los municipios que

componen la subregión en estudio, fueron consecuentes y adherentes a estas medidas y lineamientos que permitieron multiplicar las actividades asistenciales, preventivas, individuales, familiares y comunitarias. Los centros de testeo, de aislamiento preventivo y de atención extrahospitalaria, aportaron en forma continua y comprometida a la vigilancia epidemiológica, las dinámicas que surgían de ello y al fortalecimiento de las políticas locales de asistencia y contención social.

Capítulo 4.2

La Experiencia de trabajadores/as de la salud que asistieron a la población pediátrica

Mora Castro y Federico Ugarte del Campo

En el marco de poder entender el impacto que ha tenido la pandemia en la subregión del Sudeste Bonaerense (municipios de F. Varela, Alte. Brown, Berazategui y Quilmes), una dimensión fundamental para incorporar al análisis son las experiencias de los/as profesionales de salud en el contexto de la emergencia sanitaria. En particular, se hizo foco en indagar cómo atravesaron su situación laboral y personal profesionales abocados a la asistencia de la población pediátrica. Se apuntó a recolectar información de profesionales de los tres niveles de atención con el propósito de conocer los detalles de las experiencias en ámbitos diferenciados, ya sea por complejidad o bien por pertenencia administrativa municipal, provincial o mixta (de la ley SAMIC que rige al hospital El Cruce de Alta Complejidad en F. Varela).

Para ello, el equipo diseñó²⁴, elaboró, difundió y analizó una encuesta en formato digital. El conjunto de encuestas suma 74 válidas (de un total de 80 respondidas) recolectadas entre marzo de 2022 hasta abril 2023. En versiones preliminares de este escrito (ver Castro y Ugarte 2022, 2024, y Castro et al. 2022) expusimos resultados parciales de la encuesta que luego se fue engrosando en cantidad de respuestas, así como reflexiones metodológicas de investigar en pandemia temáticas del ámbito sanitario con una perspectiva etnográfica. En esta oportunidad, presentamos el corte final de la encuesta, enfocando en algunos de sus puntos más sobresalientes. Entre ellos, el impacto de la emergencia sanitaria en el bienestar de los/as trabajadores de la salud de la subregión, las barreras de acceso percibidas para la atención en los servicios de salud y la perspectiva a futuro de las capacidades del sistema sanitario local para afrontar la combinación entre las demandas de una población con renovadas necesidades en materia de salud y un conjunto de profesionales marcado por una experiencia vital que ha trastocado todos los vínculos pre-existentes y ha regenerado la realidad en los espacios de trabajo y sus condiciones cotidianas.

Encuesta: elaboración, difusión y procesamiento

La encuesta es un instrumento de relevamiento de información. Su elaboración fue discutida largamente por el Equipo y, finalmente, se llegó a un consenso en su contenido y estructura.

²⁴ Adaptado de Rapid Research Evaluation and Appraisal Lab (RREAL) radicado en la University College of London (<https://www.rapidresearchandevaluation.com/>) y del Laboratorio de Investigaciones en Antropología Aplicada (LÍNEA) radicado en la Universidad Nacional de La Plata (<https://linea.fcnym.unlp.edu.ar/>).

Se tomaron todas las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de las respuestas: los cuestionarios fueron anónimos y un código numérico en lugar del correo electrónico, por lo que en los documentos utilizados para procesar la información no aparece la identificación. Tanto la información del estudio como el consentimiento de participación conformó el inicio del proceso de relevamiento a través del formulario.

La encuesta cubre una amplia gama de temas relevados que giran en torno a la experiencia atravesada en el momento de la pandemia en los servicios de atención de la subregión y su opinión sobre la situación general de salud de la población pediátrica. Con un total de 59 preguntas, el instrumento se divide en 5 secciones: a) datos sociodemográficos (caracterización de la persona entrevistada), b) Caracterización del rol/ tarea, c) Atención durante la pandemia COVID-19: protocolos de ingreso en la institución y equipo de protección personal (EPP); estrategias de preparación e impacto en las tareas durante la pandemia; IRAB y pandemia; impacto en tu salud y bienestar; sostén institucional; reorganización de la atención: reflexión personal (barreras...), d) Impacto post-pandemia, e) Cierre de la encuesta.

El formato fue dado a través de la plataforma virtual que provee formularios de preguntas de Google²⁵. La manera de relevar los datos con esta encuesta auto administrada, fue a través de difundir esta herramienta entre contactos individuales laborales, principalmente a través del correo electrónico y de los contactos a la plataforma de mensajería WhatsApp de los/as miembros del

²⁵ Difundido a través del enlace <https://forms.gle/a49yza6QTdeV4y1a7>

equipo, con una dinámica de “bola de nieve” en la cual se alcanzaba a los contactos de la primer persona, que a su vez podía re-enviar el mismo mensaje de participación con el link del acceso a nuevos contactos que quizás el primero no conocía. La población a estudiar tiene como variables más significativas el hecho de ser trabajadores/as de la salud del subsector público para la atención de la población infantil en los 4 municipios que conforman el área sudeste de la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires. Este grupo se estima está compuesto por 570 individuos (adicionando profesional médico, de enfermería, kinesiología, entre otras profesiones). Como afirma Salgado (2023), cualquier subconjunto de una población no es una muestra estadísticamente válida para realizar inferencias, más allá de su tamaño. La representatividad de la muestra (hasta el momento) en relación a los municipios, las profesiones y las tareas dentro de la asistencia a la población pediátrica en el territorio, no cuenta con la diversidad del escenario territorial e institucional que se quiere abarcar, aun cuando en términos numéricos alcanzara una significatividad estadística (74 respuestas válidas de 570 profesionales, sería una cifra mayor al 0,05 en una muestra aleatoria inferencial).

A medida que se generaban los formularios con las respuestas, la plataforma ofrece los datos ingresados en un formato de .csv que facilita su posterior procesamiento. Se desarrolló una base de datos, a partir de la cual se obtuvieron cruces de variables y la graficación que aquí se presenta.

Resultados obtenidos

Caracterización sociodemográfica de la muestra

La muestra se compone de personas que se auto adscribieron en un 88% al género femenino y en 12% masculino, con un promedio de edad de 45 años. La distribución geográfica en función de la ubicación del efector mencionado como principal dentro de sus actividades laborales (se declaró una situación de pluriempleo para el 58% de quienes respondieron) es: 58% F. Varela, 8.1% Quilmes, 15.9% Alte. Brown y 18% Berazategui.

El tipo de formación del personal de salud en esta encuesta se corresponde con: 50% Enfermería, 44% Medicina, 1.4% Kinesiología, 4.1% Gestión y administración sanitaria. A su vez, los espacios de trabajo declarados, se distribuyen así: 19% en el 1° nivel de atención, 40% en el 2° y en el 3° nivel se divide en un 38% (alta complejidad) y 3% (rehabilitación).

Todos/as los/as profesionales de la salud que respondieron estaban abocados/as a la atención pediátrica y, luego de declarada la pandemia, el 55,4% declaró que tuvo que realizar cambios ya sea en sus funciones, horarios o lugar de trabajo y, dentro de este porcentaje, el 12% tuvo que cambiar todas estas instancias. Si indagamos un poco más, vemos que tanto en el 2° y 3° nivel de atención, el personal indicó en su mayoría la situación de cambio en sus funciones, pero en el 1° se mantuvo en paridad la proporción de aquéllos que tuvieron nuevos roles de aquellos que no cambiaron sus responsabilidades.

En relación a los cambios en los vínculos dentro del contexto laboral susceptibles de ocurrir en el marco de la emergencia sanitaria, un 46% cree que la relación con sus colegas es distinta a partir de la pandemia (y el 16% manifiesta explícitamente que empeoró). Asimismo, el 46% de profesionales manifiesta que ha cambiado su relación con lxs pacientes, ya sea porque genera susto el EPP, la comunicación interpersonal, la situación de estrés producida por el riesgo al contagio en los espacios de atención sanitaria, entre otras.

Respecto a los cuidados individuales que tomaban al llegar a la institución de trabajo, todas las respuestas fueron diferentes. Con un tipo de pregunta para responder con 18 opciones múltiples, el procesamiento del contenido, se muestra en la *Figura 75* un gráfico de nube, en donde el tamaño de las palabras se corresponde con la cantidad de veces mencionada en las respuestas, es decir la palabra más grande, mayor número de veces elegida esa opción. Se observa una preponderancia en las medidas de uso de alcohol y la higiene de manos con agua y jabón, y a continuación la utilización de barbijo, ventilación y limpieza del ambiente de trabajo.

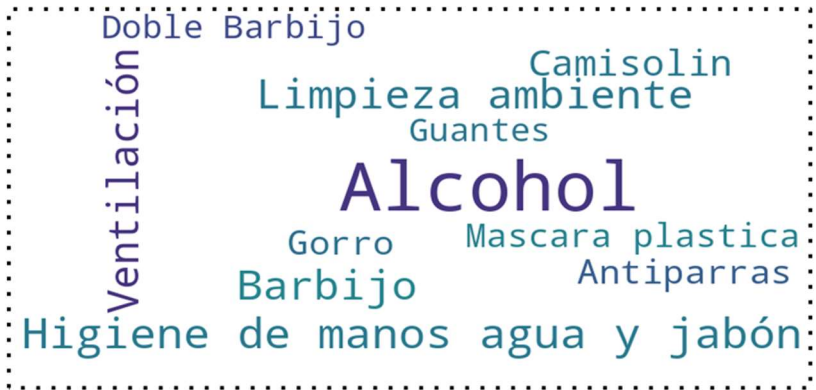


Figura 75. Nube de palabras de la respuesta sobre los cuidados individuales que tomaban los/as trabajadores/as de salud al llegar al efector donde trabajaron durante los años de pandemia 2020 - 2021 -2022 (Fuente: elaboración propia, 2024).

El impacto de la emergencia sanitaria en el bienestar de los/as trabajadores de la salud de la subregión

Si bien la gran mayoría de quienes respondieron la encuesta no pertenece a un grupo de riesgo, el impacto en los cuidados personales tuvieron un profundo alcance en sus hábitos y comportamientos que marcaron un corte radical en sus vidas personales y laborales. Por ejemplo, un 42% de las personas que respondieron la encuesta mantuvo el aislamiento social más de lo indicado y un 72% estuvo alejado de su familia por precaución frente a la posibilidad de contagiar a sus seres queridos. Asimismo, un 19% afirmó sufrir estigmatización por su trabajo y un 2,7% afirma haber sufrido violencia (fuera del ámbito laboral) por el trabajo que realiza.

En relación a los hábitos y comportamientos que se han visto modificados a raíz del contexto de pandemia, indagamos en

diferentes aspectos, como ser la ansiedad, dificultad para relajarse, cambios en la calidad o cantidad del sueño, propensión a la irritabilidad o enfado, poco interés o alegría por hacer cosas, problemas para concentrarse, fatiga o poca energía, aumento en la ingesta de alcohol o drogas psicoactivas. Asimismo, se preguntó en con qué frecuencia se realizaba u ocurría dicha acción o hábito (nunca, en menor medida, ocasionalmente, muchas veces, permanentemente). Se muestran en el cuadro a continuación (*Tabla 8*), los porcentajes en las respuestas a cada pregunta, específicamente cuando la respuesta fue "ocasionalmente", "muchas veces" o "permanentemente".

Experiencias	%		
	Ocasionalme nte	Muchas veces	Permanente mente
Te has sentido con nervios o ansiedad	16,22	51,35	22,97
Has cambiado la calidad de tu sueño y/o las horas de sueño	8,11	43,24	22,97
Has tenido dificultad para relajarse	12,16	52,7	18,9
Te has irritado o enfadado con facilidad	28,38	32,43	14,86
Has tenido poco interés o alegría por hacer cosas	25,68	21,62	10,81
Has tenido sensación de decaimiento, depresión o desesperanza	20,27	29,72	12,16
Has tenido sensación de fatiga o de tener poca energía	17,56	40,54	16,21
Has tenido problemas para concentrarse en algo, como leer el diario o ver la TV	17,57	25,68	14,86
Has aumentado o disminuido tu ingesta de comida en comparación a antes del confinamiento	17,57	29,73	10,81
Has aumentado tu ingesta de alcohol o drogas psicoactivas en comparación a antes del confinamiento	9,46	9,46	4,05
Promedio %	17,298	33,647	14,86

Tabla 8. Descripción de hábitos incorporados en el contexto de pandemia y la frecuencia de realización (fuente: Elaboración propia, 2024).

Finalmente, se preguntaba si aquellas respuestas que habían sido marcadas como permanentes o muchas veces persistían como

cambios ya incorporados en el comportamiento actual. Cabe destacar que, de todas las respuestas, un 34% declaró mantener como actuales (al momento de responder el cuestionario entre marzo 2022 y abril 2023) hábitos que perjudicaban su salud y que habían sido incorporados en el período de pandemia.

Al indagar por la percepción respecto al sostén institucional recibido durante el período, el 78% indicó que pudo compartir sus preocupaciones y experiencias con otros colegas/ compañeros / pares / superiores. El 60% mencionó que en su lugar de trabajo existió la posibilidad de solicitar licencia en caso de problemas personales, y alrededor del 15% pidió licencia en el trabajo en algún momento de este período en estudio.

Por otro lado, el 60% destacó que no hubo posibilidad de socialización dentro de la institución durante el 2020, siendo alguno de los comentarios *“Por mi seguridad no compartí en lugares de muchas personas ej comedor nada solo tome agua que lleve desde mi casa y en lugares abiertos al aire libre jardines internos solo los mismos grupos de trabajo reducidos”* (Enfermera, 33 años, 2022) o *“...Como no veíamos a nuestra familia, además de compañeras de trabajo fuimos amigas, el sostén del otro, nos cuidamos mucho entre nosotras. Afianzamos nuestra relación con los de la misma burbuja”* (Médica, 44 años, 2022).

Un tema que surgió de la encuesta y que es muy importante poder profundizar son los eventos de violencia interna propiciados por jefes/as o compañeros/as de labor. Frente a esta pregunta, un alarmante 25,6% contestó que había sido víctima o testigo de este tipo de eventos en sus ámbitos laborales.

Las barreras de acceso percibidas para la atención en los servicios de salud

En la sección de la encuesta donde se pregunta por la organización para la asistencia en el período de la pandemia, se indagaba sobre las barreras que los/as trabajadoras/es de salud identificaban como impedimentos para el acceso a la atención sanitaria de las familias en la subregión. Para la clasificación de barreras tomamos como referencia a aquella realizada por George, Daniels y Fioratou (2018) (ver *supra*). En concreto, se preguntó por situaciones que se percibían como agravadas a partir de la pandemia entre las siguientes opciones: Gasto de bolsillo de las familias (barreras financiera), cobertura en salud insuficiente a las necesidades de la población pediátrica (barrera financiera), costo en el uso de efectores públicos (barrera financiera), disponibilidad de atención en los servicios (barrera estructural), grandes distancias geográficas a los efectores de salud disponibles (barrera estructurales), falta de disponibilidad de especialistas en el área (barrera estructural), falta de conocimiento de las familias sobre los cuidados necesarios para protección de la COVID-19 (barreras cognitivas), actitudes discriminatorias de las/os profesionales sanitarios hacia la población local (barreras cognitivas de parte del efector de salud), ansiedad frente a la atención sanitaria (barrera psicológica), falta de esperanza frente a la atención o adherencia a los tratamientos (barrera psicológica), otra.

A continuación, se muestra en la *Figura 76* un cuadro que ilustra el conjunto de las respuestas, calculado en los porcentajes de las respuestas:

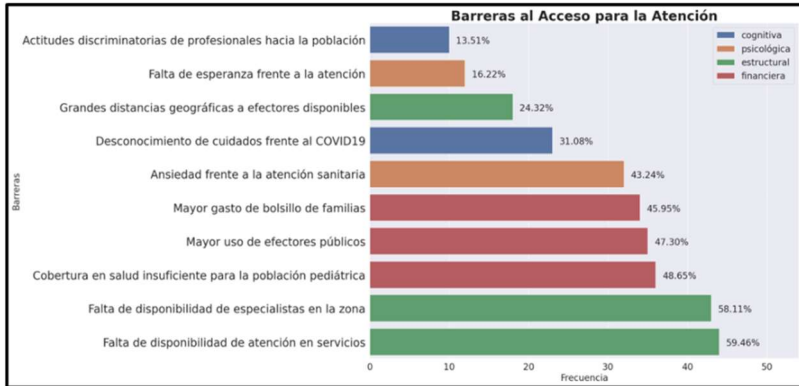


Figura 76. Porcentaje de respuestas elegidas sobre las barreras de acceso a la atención de la salud en pandemia (Fuente: elaboración propia, 2024).

Es interesante remarcar que las barreras que más fuertemente fueron marcadas son aquellas de carácter estructural: falta de disponibilidad de atención en los servicios (59,46 %) y de especialistas en el área (58,11%). Luego, se identifican 3 de las barreras financieras: insuficiencia en la cobertura de la salud (48,65%), mayor uso de efectores públicos (47.3%) y mayor gasto de bolsillo por parte de las familias usuarias de los servicios (45.95%). Y luego se presentan una de las barreras psicológicas como es la ansiedad frente a la atención sanitaria (43.24%) y una de las cognitivas como es la falta de conocimiento de las familias sobre los cuidados necesarios para protección de la COVID-19 (31.08%).

La perspectiva a futuro de las capacidades del sistema sanitario local para afrontar a las nuevas demandas

La percepción sobre las capacidades del sistema de salud local para afrontar, con respuestas adecuadas, las necesidades de la población

pediátrica en la actualidad es uno de los puntos centrales que fueron relevados, apuntando a indagar en la construcción a futuro de instituciones fuertes. Un sonante 65% indica que el sistema no tiene las capacidades necesarias para atender las demandas de la población. De entre ellos/as, el 66% se refiere a trabajadores/as del 1° nivel, un 70% del 2° nivel y un 40% del 3° nivel.

Al indagar en qué aspectos habría que mejorar para poder dar respuesta adecuada, se brindaron 4 opciones múltiples (es decir que se podían optar por todas o por ninguna). El personal de salud que respondió optó por la opción de la necesidad de cambios en la gestión de la salud (73%), fortalecer la capacitación del personal (66.2%), modificar los recursos edilicios y equipamiento (62.1%), modificar el financiamiento (67.5%) y otros (8%).

La perspectiva sobre cómo será la atención en la post-pandemia indica que hay en conjunto poco optimismo dado que, de todas las respuestas, solamente 14 respondieron que la atención post pandemia será mejor que la que había antes (19%). El resto de las respuestas, para la mayoría la atención será igual que antes de la pandemia (34.49%) y para el 20.27% será peor. Finalmente, el 24.32% indicó “no sabe”. Si realizamos el corte por nivel de atención, los resultados se observan en la Tabla 9:

Nivel de Atención	mejor	igual	peor	no sabe
1	1	5	3	6
2	8	12	7	5
3	5	9	5	8
Totales:	14	26	15	19

Tabla 9. Resultados sobre la opinión de la atención en la post-pandemia, en función del nivel de atención del efector en el que trabaja en la subregión (Fuente: elaboración propia, 2024).

La perspectiva a futuro de la actividad de atención también involucra la percepción sobre el impacto en su propia tarea y la de sus colegas en las nuevas condiciones que la emergencia trajo. Al respecto, se preguntaba cómo ven la atención en la post-pandemia en términos generales y en términos particulares en su propia tarea. El 39,19% piensa que tendrá algunos cambios menores, el 41% siente que tendrá cambios importantes y el 18,9% estima que no se verá afectada.

Otro dato relevante para entender qué acciones se tendrían que tomar en el plano de la Salud Pública para fortalecer el afrontamiento de situaciones similares en el futuro se puede observar en la Figura 77. Allí se indica que la mejora de los salarios y del financiamiento del ámbito sanitario tuvo un 73% y un 65% respectivamente. Poner a la salud como prioridad (71,2%) y mejorar las condiciones de trabajo (66,22%) también estuvieron presentes en las respuestas de manera contundente. Con mucha presencia también estuvo elegida la opción de “mejorar los sistemas de seguimiento epidemiológico” (45,91%) que la

pandemia evidenció como indispensables no solamente para la toma de decisiones en lo inmediato (notificaciones diarias) sino también para la consolidación de la información en salud con un alcance mayor.

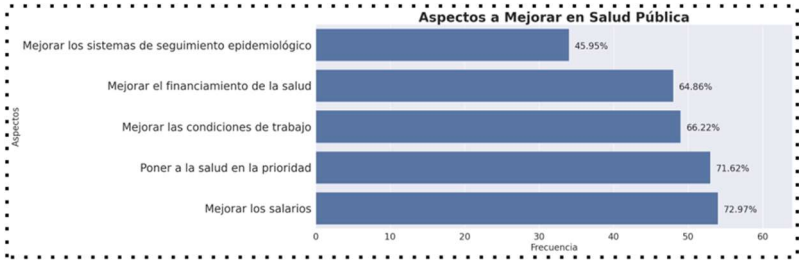


Figura 77. Aspectos a mejorar en la Salud Pública (Fuente: elaboración propia, 2024).

Reflexiones finales

Este capítulo presenta líneas de análisis de los resultados de una encuesta retrospectiva, que se distribuyó en formato digital y permitió el relevamiento y registro de las experiencias de trabajo de personal de salud en efectores públicos que atendieron a la población pediátrica en la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires (Argentina) durante el 2020 y 2021. Es importante marcar que, si bien la muestra continúa siendo pequeña (74 casos de trabajadores/as de la salud que asisten a la población pediátrica en la subregión del Sudeste Bonaerense) y los resultados no son concluyentes, se puede observar desde un carácter exploratorio de la muestra ciertos aspectos a destacar de los servicios de salud de atención pediátrica, así como de las gestiones sanitarias locales. En el plano del análisis cualitativo, las encuestas realizadas desde un formato a distancia en plena pandemia de COVID-19 constituye

un valioso registro de conflictos, perspectivas y atributos observables del sistema de salud analizado y de los profesionales que lo integran. En especial, nos permite realizar un interesante análisis comparativo con otros proyectos de investigación que en paralelo a nuestros esfuerzos buscaron reflejar las batallas de la pandemia desde todos sus frentes.

En la actualidad, ya se ha visto que existe un impacto desigual de la transmisión del Sars Cov-2 en los países a nivel mundial, así como existe un impacto desigual al interior de las poblaciones dentro de un mismo Estado (Singer y Rylko-Bauer, 2020). Este impacto desigual responde a distintas características socioculturales, económicas y demográficas que moldean la forma en la cual se da la transmisión, se responde frente a la enfermedad, se organizan las familias y grupos más pequeños y se lidia con la muerte. Una de las conceptualizaciones más difundidas para caracterizar los efectos desiguales que tiene la difusión de enfermedades a lo largo y ancho de la población mundial es el concepto de sindemia (Singer, 2003). Como lo expresa la Asamblea de trabajadorxs por la Salud Pública de Rosario,

“...no era un combate sino una construcción común. El virus y sus variaciones revelaron qué poco de biológico y cuánto de social tiene la enfermedad, al dejar en evidencia la interdependencia en la que vivimos, que las vacunas tampoco son una variable individual” (Sosa, 2022:24).

Tanto como hay un impacto desigual en las poblaciones (retroalimentándose negativamente la rapidez de contagio como la gravedad de los síntomas individuales, así como la tasa de mortalidad) también hay un impacto desigual en los servicios de

salud de la sub-región sudeste. Estas disparidades en la forma de afrontar a la emergencia se ven reflejadas en: las estrategias que cada lugar de trabajo implementó, la provisión de elementos de protección personal y el tiempo de distribución del mismo en los efectores, la incertidumbre del cambio en el vínculo con colegas y con pacientes pediátricos, la dificultad de encontrar apoyo en la institución frente a la necesidad de contención personal y profesional.

Algunos estudios sobre el impacto en trabajadores/as de la salud y su experiencia en pandemia indagan sobre las condiciones de trabajo y medio ambiente laboral (Ramacciotti y Testa, 2022; Sy et al., 2021; Alzina 2023, Ramaciotti et al., 2023) y afirman que *“En todas las regiones del país hubo reclamos y reivindicaciones vinculadas a visibilizar las condiciones de trabajo y la precariedad laboral, los bajos salarios así como la necesidad de formalizar el empleo con el pase a planta permanente”* (Sy et al., 2023).

En este sentido, muchas investigaciones que aportan desde las ciencias sociales al análisis del ámbito sanitario, al momento de plantear una estrategia metodológica se inclinaron por hacer un registro de las experiencias de los/as profesionales de salud en pandemia. Ya sea a través de encuestas, entrevistas en profundidad (presenciales, telefónicas o virtuales), observación participante, focus group entre otros diversos métodos de recolección de información, el valor de la información cualitativa se ve potenciado cuando su sistematización aporta a entender aspectos de la realidad de los/as trabajadores/as del sector que no se puede establecer con las variables habituales de medición sanitaria.

En ese sentido, Alzina (2023) indaga sobre los riesgos psicosociales de los/as trabajadores/as de salud en pandemia, entre los que se incluyen la carga desmedida de trabajo en combinación con sentimientos que tienen un impacto adverso como puede ser la tristeza, preocupación, cansancio e incertidumbre. Al respecto, menciona que en una escala de importancia se pudo observar que la mayoría del personal de salud indicó, en 1° lugar el temor por la salud de un familiar o ser querido, 2° la preocupación del personal de salud, 3° el estrés, 4° sentimientos de inseguridad y 5° miedo (Alzina, Danel y Favero Avico, 2022). Asimismo, estos sentimientos individuales se retroalimentan con las condiciones laborales y del contexto general institucional y social. Por ejemplo, cuando menciona que *“...ante esta situación triste de ver morir en soledad tanta gente lejos de su familia, el conjunto del personal de salud, desde los jefes, supervisores, residentes, enfermeras/os, se sintió sin contención institucional”* (Alzina, 2023:175). Por su parte, Pozzio y Testa (2023) indagan en la movilidad del personal sanitario, en las condiciones que tuvieron que afrontar durante los primeros meses de la pandemia, especialmente el personal de enfermería. Las autoras afirman que

“Hacer visible la movilidad en la enfermería implica un cruce específico entre las problemáticas de la movilidad y el pluriempleo. Allí, en ese cruce, se plasma la cotidianidad de enfermeras y enfermeros, trayectorias laborales fuertemente afectadas por la pandemia; un espacio social que se volvió un lugar de visibilización de riesgos y tensiones en un clima social enrarecido” (2023: 136).

Todos estos aportes sobre las características de las condiciones de trabajo se alinean con nuestros hallazgos sobre el impacto en el bienestar de los/as trabajadores/as de la salud, el cual en nuestro estudio estuvo medido por variables como el tiempo de no ver a sus familiares, las huellas que dejó el aislamiento en sus hábitos, los nuevos consumos o comportamientos adquiridos en ese período (alimentación, sueño, bebidas, narcóticos, tranquilidad, concentración, entre otras) (ver *Tabla 8*). También hay estudios que señalan la ambivalencia de la experiencia laboral en ese contexto de una extensa duración, resaltando que

“En el plano simbólico, el personal de salud transitó experiencias de reconocimiento público, político y mediático, sobre todo en los primeros meses de pandemia con los aplausos y con la generalización de discursos de agradecimiento hacia su ‘dedicación incondicional’ (y vocacional). No obstante, también atravesó episodios de discriminación en virtud de su representación como agentes de contagio” (Aspiazú y Cutuli, 2023:235).

Un punto central para entender el bienestar en este contexto fue analizar las redes y circuitos de comunicación y aspectos sobre el rol de las redes sociales (especialmente WhatsApp) en la organización colectiva durante la pandemia. Comprender con mayor profundidad la identificación, el funcionamiento y la importancia simbólica que conllevan los canales de comunicación interpersonal y las nuevas formas de sociabilidad en el territorio en el ámbito sanitario local (Castro y Ugarte del Campo, 2024 inédito) nos permitirá establecer nuevos aprendizajes en torno a la estructura de vínculo que unen a los/as profesionales luego de la pandemia. Uno de los espacios de mejora más urgentes lo

compone el abordaje de la salud mental de toda la población, pero en particular de quienes tuvieron un rol protagónico en la emergencia sanitaria quienes se encontraron, como afirma Cammarotta en *“en estados de miedo, incertidumbre y angustia, propios de un sentido de ruptura emocional y pérdida de previsibilidad”* (Cammarota et al., 2022:136).

En tanto a las medidas de cuidado al personal de salud, referida a las políticas de licencias ordinarias de descanso y vacaciones terapéuticas, las respuestas del sistema de salud según nuestros propios entrevistados/as fueron diversas. En algunos casos las licencias y vacaciones fueron canceladas ante la situación de emergencia sanitaria experimentada. En otros casos se mencionó una fuerte incidencia de licencias, principalmente de los profesionales de la salud con comorbilidades o de edad avanzada, provocando situaciones en donde la atención se concentró en un núcleo muy reducido de profesionales. A su vez, en algunas entrevistas se menciona un uso normal de las licencias y vacaciones por parte de los profesionales de la salud más allá de la emergencia sanitaria. Independientemente de cual sea el caso, se denota que las políticas de vacaciones y licencias respondieron a dinámicas locales e independientes de las propias instituciones y no se constituyeron desde una respuesta unívoca y unificada ante la pandemia. La pregunta en este punto sería en todo caso si este fenómeno respondió a factores estructurales clásicos de fragmentación del sistema de salud o la diversidad contextual de cada institución ante las demandas de atención y la no menor necesidad de protección de los profesionales de los equipos de salud. Aunque la respuesta a esta pregunta puede responderse

reafirmando que ambos fenómenos pueden ser igualmente responsables de la situación citada, sus incidencias o un análisis más profundo de dichas situaciones puede brindarnos alguna luz de los procesos de toma de decisiones en las instituciones sanitarias en nuestra área de estudio seleccionada.

En relación a las barreras de acceso, los/as trabajadores de la salud identificaron con mayor énfasis las de carácter estructural y financiero. Esto a su vez se corresponde con las respuestas donde se indagaba en qué piensan que se necesita para una mejora en la atención en los servicios. En ambos conjuntos de respuestas se apunta hacia la misma necesidad: mayor disponibilidad de atención en los servicios y de especialistas y fortalecer la cobertura de las necesidades de la población. Si bien ambos tipos de barrera componen el grueso de las opiniones, se observa un 13.3% de las respuestas que indica como barrera de atención a las actitudes discriminatorias de los/as profesionales sanitarios hacia la población local. Este dato recogido en las encuestas, aunque tiene poco impacto numérico en los resultados, se impone como una línea de investigación importante a profundizar en nuevos estudios.

Para finalizar, como afirman Sy et al.,

“mientras las narrativas de los medios de comunicación instalan la demanda de hospitales hiperespecializados y respiradores, el desarrollo de antivirales y vacunas, las/os trabajadores vivencian una transformación completa de su trabajo cotidiano en condiciones de precariedad laboral y de empleo previas a la pandemia, asentadas en tensiones y

una sobrecarga de trabajo en las que es necesario reparar”
(2023:152).

En este mismo sentido, nuestros hallazgos sobre la percepción a futuro de las capacidades del sistema sanitario local se entremezclan con el giro en las demandas de una sociedad cambiante.

Capítulo 4.3

La experiencia de familias que tuvieron alguna infancia con COVID-19 en los tres primeros años de pandemia

Brenda Chaile, Lía Matkovic, Julieta Molina, Claudia Setién y Mora Castro

Introducción

En este capítulo se aborda el análisis de la experiencia de un conjunto de familias de la sub-región Sudeste en la ocasión de contagio y enfermedad por COVID-19 entre los primeros años de la pandemia (2020-2021-2022). Partimos de preguntas de investigación sencillas, pero cuyas respuestas aún se presentan dispersas y poco sistematizadas, como por ejemplo: ¿cómo afrontaron las familias de la región el ASPO y el DISPO?, a qué tipo de servicios de salud tuvieron acceso y cuál fue la calidad de la atención?, ¿qué impacto tuvo en las infancias de estas familias la experiencia de la enfermedad en general, y en su escolarización (si fuera el caso) en particular?, ¿cómo resolvieron las necesidades nuevas que este contexto de pandemia les impuso?, ¿Hubo impacto en el plano de la salud mental en las infancias y en los

adultos de la familia? De ser así, ¿en qué consistieron, persistieron y/o tuvieron secuelas?

Para comprender cómo se desplegaron estrategias de cuidado en un período de tiempo signado por la emergencia sanitaria, la incertidumbre y la fatalidad, es importante establecer algunos acuerdos conceptuales desde los cuales se analizará la información relevada en las entrevistas, así como en la descripción del contexto del territorio de análisis.

Retomamos la idea de agencia de Parente *“el repertorio de posibilidades de acción de un agente es fuertemente dependiente del conjunto material histórico - cultural en el que se inscribe su actividad”* (2016) entendiendo que las acciones de las personas transforman el entorno y se convierten en estrategias, en nuestro caso, de cuidado y afrontamiento de una situación inédita a nivel mundial.

De más está decir que en el contexto de la emergencia sanitaria se han tomado medidas preventivas que trajeron consecuencias en varias actividades sociales, educativas y laborales. Por ende, se realizaron readaptaciones con el fin de la continuidad de las actividades. Para el caso de las estrategias pedagógicas, se implementaron por ejemplo reuniones virtuales a través del uso de dispositivos electrónicos y la participación familiar activa, siendo esto un problema para los niños, niñas y adolescentes que no contaban con los medios necesarios para la realización de las actividades, generando un impacto en su desarrollo educativo. De acuerdo con la Cuarta Encuesta de UNICEF... *“Es posible inferir que al menos 357.000 niñas, niños y adolescentes (en Argentina) vieron interrumpida su escolaridad en 2020”*.

En el año 2021 con la implementación de medidas preventivas se volvió a la asistencia presencial de la escolaridad. Sin embargo, la presencialidad se vio nuevamente afectada debido a la evolución de la pandemia luego del inicio de las clases, determinada por la segunda ola de contagios, la aparición de nuevas cepas de COVID-19 y el agravamiento de los indicadores sanitarios en AMBA y el interior del país (UNICEF, 2021).

En el estudio “COVID-19 y salud mental en la población infantil” (Santolin et al., 2023) realizado por profesionales del HZGA Mi Pueblo F. Varela se analiza las repercusiones del ASPO respecto a lo acontecido en nuestro territorio (República Argentina), relevando la opinión madres, padres y cuidadores de NNyA de entre 3 y 18 años (88% de BsAs), que hayan estado cursando escolaridad durante el ASPO. A través de un formulario Google, de carácter anónimo, se obtuvieron 149 respuestas en 7 días, de madres en la mayoría de los casos, de escolares de nivel inicial (n=43: 28.9%), primario (n=68:45.6%) y secundario (n=46:30.9%). El relevamiento evidenció que el 93% (N=139) de los NNyA ha presentado al menos un síntoma que implique impacto en su salud mental, dentro de los cuales la falta de interés por las actividades cotidianas (n=64: 43%), la alteración del sueño (n=42:28%) y la irritabilidad y alteraciones en ánimo (n=35: 23.5%) fueron los más presentes” (Santolin et al., 2023: 519).

Para hacer frente a los interrogantes de investigación en este territorio particular y, en el marco conceptual estipulado, el análisis se divide en 4 dimensiones que, aunque interconectadas, se las abordan separadamente: 1) el impacto en la escala familiar y

vida cotidiana, 2) las redes de apoyo y cuidado frente al episodio de enfermedad, 3) el acceso a los servicios de salud / calidad en la atención y 4) las estrategias de afrontamiento a micro escala.

Metodología

La estrategia metodológica para alcanzar los objetivos de trabajo contó con diferentes pasos de relevamiento de la información y su procesamiento posterior. Apuntamos mayormente a trabajar con información primaria, de carácter cualitativo que permita una aproximación al relato de las experiencias familiares e instrumentos con variables tanto cualitativas como cuantitativas.

En primera instancia, se definieron los temas de interés para el proyecto y sobre ello se diseñó un protocolo de entrevista a grupos con estas características: familias de niños, niñas y adolescentes de 0 y 14 años, residentes en la sub-región sudeste, con hisopado positivo o que estuvieron en contacto con familiares directos diagnosticados con COVID-19. Su estructura presenta 3 grandes campos: una introducción a la caracterización familiar; la descripción de la situación de enfermedad (relato del episodio de la enfermedad, vinculación con la institución sanitaria, vida cotidiana, vida post pandemia), y un cierre de la entrevista. La realización de la entrevista a familias contó con un consentimiento previo e informado de la actividad y el alcance del uso de la información de acuerdo a las normativas vigentes²⁶.

²⁶ Ley nacional de Protección de los Datos Personales No 25.326, la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061 y la Ley Provincial N° 11044/90 sobre los aspectos éticos

Las entrevistas fueron llevadas adelante por miembros del grupo de investigación. De acuerdo a las posibilidades, algunas tuvieron una modalidad presencial en diferentes escenarios (efector sanitario, domicilio, etc.) y otras virtuales. En algunos casos, pudo ser grabado su audio y en otros, no fue posible. La extensión aproximada fue de 35 minutos por cada una. Para poder procesar la información recolectada a través de estas entrevistas, se delineó una grilla temática de uso interno de evaluación de resultados. En ella se registraron las respuestas a las preguntas más relevantes de esta investigación.

El total de las entrevistas es de 33 familias procesadas hasta el momento, residentes del área: 14 Alte. Brown, 12 Quilmes, 4 Berazategui y 3 de F. Varela. El promedio de edad de las personas entrevistadas es de 40 años, 82% femenino y 18% masculino. De los contagios que mencionan, el año del 1° contagio fue 2020 (10) – 2021 (12) – 2022 (11), y en las familias que tuvieron un segundo contagio en sus infancias, la distribución anual es: 2020 (1) – 2021 (1) – 2022 (5).

Además de la realización de entrevistas, nos abocamos a la sistematización de la información sanitaria de los efectores de la región de modo de contar con un panorama de más largo alcance, que describa el escenario en el cual las familias desplegaron las estrategias de cuidado y se vincularon con el sistema sanitario.

de la investigación en seres humanos y las Pautas CIOMS 2016 para manejo y confidencialidad de datos sensibles de salud.

Resultados

En esta sección se describen los resultados obtenidos de las entrevistas a las familias y una descripción de la muestra en términos socio-demográficos. De las 33 entrevistas realizadas a familiares de niños, niñas y adolescentes con COVID-19, el 53% se realizaron en forma virtual y el 47% de manera presencial. El 69,7% de los encuestados eran madres, el 12,12% padres, 6,06% adolescentes afectados, el 6,06% abuelas y el 6,06% la encuesta fue respondida por ambos padres. En cuanto al nivel educativo de los entrevistados puede afirmarse que el 28,6% posee secundario completo, el 11,8% secundario incompleto, el 8,5% secundario en curso, 2,7%, terciario completo, el 8,4% terciario incompleto, el 2,7% terciario en curso, el 19,7% universitario completo, el 2,7% universitario incompleto y el 14,3% universitario en curso.

El 96,1% contaba con internet en el domicilio durante la pandemia de Sars-Cov-2, el 3,8% restante utilizaba datos móviles del celular.

En todos los casos, los contagios fueron a través de convivientes del hogar. A continuación, se presentan los resultados separados en 4 dimensiones:

1) Impacto en la escala familiar y vida cotidiana

En relación a la sintomatología de los niños durante los episodios podemos afirmar que el 20.83% de las infancias presentó sintomatología (de leve a grave) y el 79.17% cursó la enfermedad de manera asintomática. En ninguna de las familias hubo infancias que fallecieron por el COVID-19, aunque en el relato se especificó

que en el 10% de las familias hubo al menos un fallecido a raíz de la enfermedad.

La situación de contagio y el ASPO trajo la suspensión del contacto familiar en un 58% y cambios en la organización familiar en un 42%. Asimismo, al tener los picos de contagio poblacional en octubre 2020 (con escolaridad presencial suspendida), enero 2021 y enero 2022, muchos de los contagios que tuvieron lugar en las familias no afectaron la escolaridad dado que o bien estaban de vacaciones o bien ya estaban en el domicilio sin poder circular regularmente.

Durante los episodios de enfermedad, en un 58% el contacto familiar se vio suspendido y el 42% de las familias entrevistadas tuvieron que realizar cambios en la organización familiar, por ejemplo, en la obtención de comida, insumos para el hogar, formas de circulación al interior de la casa, entre otros.

En cuanto a la vida escolar de los niños durante el aislamiento social preventivo obligatorio, el 94% de los niños en las familias entrevistadas se encontraban escolarizados, el 6 % aún no había comenzado la vida escolar. Asimismo, el 33,3% de los casos de contagio tuvo lugar durante el receso escolar de verano (2021 o 2022). Del otro 66,6% que se encontraba en época escolar durante la enfermedad, el 56,6% lo estaba haciendo de forma virtual y el 10% de forma presencial. Quienes cursaban de forma virtual utilizaban en su mayoría el celular disponible en la familia (70%), lo cual generaba que la madre copiara y enviara la tarea por el único celular de la familia. Cabe mencionar que, al indagar sobre la escolarización durante la enfermedad, una familia nos contó

que una de sus hijas presentó ataques de pánico y tuvo que ser asistida por medio del servicio de salud de su obra social y a partir de ello comenzó a realizar terapia psicológica.

2) Acceso a los servicios de salud / calidad en la atención

El método de diagnóstico para el 88% de los niños, niñas y adolescentes fue un hisopado y el 12% fue declarado caso positivo por contacto estrecho de un familiar positivo. De las familias, el 36,4% cuenta con cobertura de obra social, accediendo a través de este subsector a la atención para el hisopado y/o a la atención durante y post COVID-19. El 27,3% realizó controles luego de la enfermedad.

Los efectores relevados a través de las entrevistas a los que acudieron son: hospitales de la región (Htal. Oller, HZGA Dr. I.G Iriarte, Htal L. Meléndez, Htal. A. Oñativia), hospitales de otras jurisdicciones (Efactor CABA, Htal. Evita -Lanús), Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS Don Orione, CAPS Bosques Norte, CAPS 32), centros sanitarios móviles (Centro municipal o tráiler en Quilmes), efectores de gestión privada (Fundación Científica de Adrogué, Bio Rossi y el Sanatorio de la Trinidad Quilmes, Nuevo Sanatorio Berazategui, laboratorio privado), otros espacios de testeo (Test en Farmacia, en Aeropuerto, en domicilio por la municipalidad). Se destaca el hecho que un 22% de las familias asistieron a un efector de salud que no se ubica en su mismo partido de residencia.

De todas las familias, el 90% consultó en algún efector de salud público o privado. La movilidad a estos servicios sanitarios se dio

de la siguiente manera: el 57,6% de los encuestados se movilizó en auto particular, y el 36,4 % lo hicieron caminando, en transporte público, remis. Además, el 12% restante fueron hisopados en su domicilio o se diagnosticaron por síntomas y contacto estrecho con conocidos.

En relación al seguimiento por parte de profesionales de la salud cuando se diagnosticaba la enfermedad, se registraron diversas formas de llevarlo adelante, por ejemplo: mensajería por la red social WhatsApp, contacto telefónico, consultas en el marco de la estrategia de la telemedicina, acercarse personalmente a una posta municipal, consultas con amistades profesionales de la salud. Así, el 45,5% de los entrevistados manifestó haber tenido seguimiento telefónico/mensajería, el 9% a través del médico de cabecera. Asimismo, el 30,3% no tuvo seguimiento por parte de profesionales sobre su situación de salud.

En relación a cómo resultó la experiencia con los servicios de salud, el 67% tuvo una experiencia positiva. El otro 33% varía desde una experiencia muy negativa (con situaciones de maltrato, discriminación, y exclusión) hasta experiencias de corte en el acceso a los servicios (ya sea porque el personal de salud no quiso atender, por horarios restringidos de atención o por decidir no querer exponerse a ir presencialmente a un efector por el miedo al contagio).

Se les preguntó a los entrevistados, si durante o luego de la pandemia observaron mejoras en cuanto a los centros de salud, hospitales, etc. y el 61,5% informó que sí. En general, se mencionan mejoras en centros de salud de los barrios.

En relación a la vacunación contra el COVID-19, 54,6% contestó que se encuentran vacunados. Es una información importante, dado que, puesta en contexto para febrero de 2022, el 78% de los niños, niñas y adolescentes en la PBA estaban vacunados. Asimismo, se registra en el “II Informe Sobre El Impacto De La Pandemia Por Sars-Cov-2 En Las Coberturas Nacionales De Vacunación De Argentina” realizado por el MINSAL (2022) que

“El impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre las coberturas nacionales de vacunación (CNV) de todos los grupos etarios para 2020 fue muy significativo. Se registró un descenso promedio de 10 puntos en las coberturas de todas las vacunas en 2020 (respecto de 2019), viéndose aún más afectadas la vacunación de niños en edad escolar y adolescentes. Esto implicó que, la disminución promedio en tan sólo un año fuera similar a la que se había registrado previamente en el período de una década (2009-2019), profundizando la situación desfavorable que ya se evidenciaba en 2019 y poniendo de franco manifiesto la magnitud del problema” (MSAL 2022: 5).

En el mismo informe se afirma que

“En el año 2020, ninguna vacuna del CNV en ningún grupo etario superó un valor del 80% de cobertura a nivel nacional. En el transcurso de la pandemia por COVID-19 (2020-2021) más de 262.000 lactantes no completaron su esquema básico de vacunación contra difteria, tétanos, coqueluche, Haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B (MSAL, 2022:17). Finalmente, se indica que “En el curso del segundo año de pandemia (2021), aunque la tendencia nacional continuó por debajo de la meta esperada, comenzó a observarse una leve recuperación en términos de coberturas vacunales. Si bien ninguna vacuna superó ni

alcanzó porcentajes de coberturas del 90% a nivel nacional, todas las vacunas (de todos los grupos etarios) registraron coberturas superiores a las de 2020" (MSAL, 2022:22).

También es importante destacar que la emergencia de otros virus y su circulación entre la población, especialmente pediátrica, luego de retomadas las actividades escolares y otros espacios de socialización generó olas de contagio de las enfermedades frecuentes, pero con las características de mayor gravedad y persistencia en los síntomas. Así, se comparte este gráfico en el que se indican algunas cifras de contagio y circulación viral (*Figura 78*).

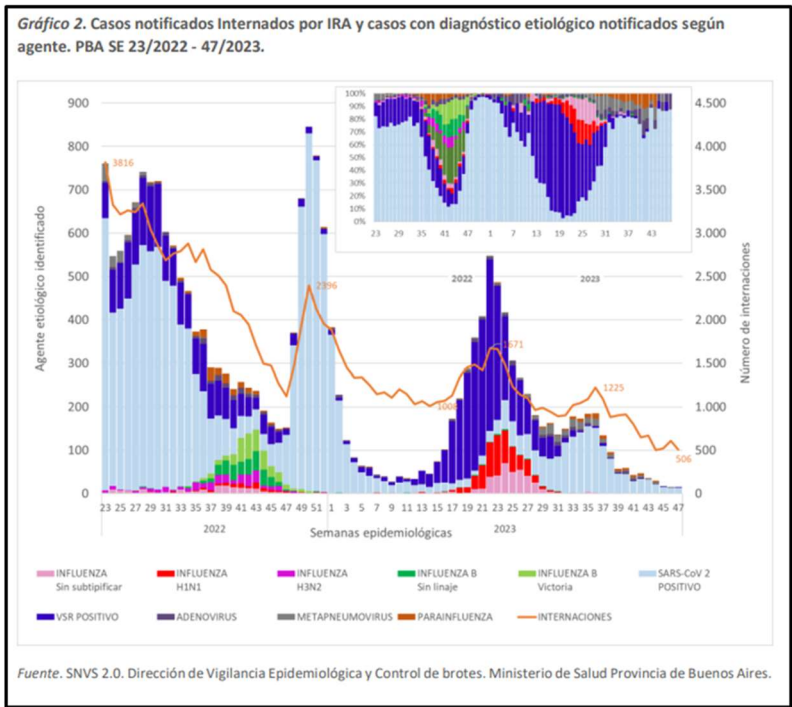


Figura 78. Gráfico de casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente en la PBA, entre la Semana epidemiológica 23/2022 hasta la 47/2023. (Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires, 2023).

3) Redes de apoyo y cuidado frente al episodio de enfermedad

Las redes de apoyo y cuidado adquirieron características inusitadas en el contexto de la pandemia. El 51,6% de las personas entrevistadas indica que su familia, tanto cercana como extendida, no ayudó en ningún aspecto de la organización al interior del hogar. Esta situación se presenta independientemente de si la

familia estaba geográficamente cerca o lejos: en las entrevistas se manifiesta una suerte de desvinculación.

Por su parte, el 75,6% no recibió ayuda de sus vecinos para ninguna de las tareas domésticas.

Finalmente, el 15% de los niños, niñas y adolescentes indicó haber tenido episodios de discriminación tanto de sus pares (en el colegio) como de personas cercanas al enterarse del contagio. Se destaca el testimonio de niños que fueron tratados como “*niños Covid*” por sus pares al regreso de la presencialidad en la escolarización.

4) Estrategias de afrontamiento micro escala

Una de las preguntas apuntaba a conocer cómo eran las estrategias para obtener información sobre la situación a escala global. Se halló que el 45,5% se informaba por medios de comunicación, el 18,2% por conocidos que trabajaban en el área de salud, el 15,16% con su médico de cabecera y 3,03 % por medio de WhatsApp con personal del Hospital El Cruce.

Dado que la mayoría de las familias entrevistadas se encontraban trabajando durante la pandemia, el 66,7% de ellas debió gestionar permisos de circulación ya que debía asistir de manera presencial. Asimismo, debieron hacer trámites para obtener medicaciones de uso crónico a través de formularios, autorizaciones y gestión electrónica en farmacias.

Algunos de los comentarios en el marco de las entrevistas apuntaban a describir situaciones de salud o condiciones

individuales que se presentaron durante el período de aislamiento o distanciamiento social y que luego persistieron en el tiempo.

Por ejemplo, situaciones de salud de los niños, niñas y adolescentes en los cuales se encuentran: 1) la emergencia de dificultades en el lenguaje del hijo menor (4 años); 2) dificultades para la sociabilización de su hija; 3) dificultades en el aprendizaje; 4) el aislamiento trajo dificultades al hijo afectando la salud mental; 5) le costaba sumarse a las clases por el celular, no participaba; 6) el padre tomó el rol de docente, fue difícil la adaptación; 7) le costó mucho comenzar 1 grado de manera presencial... También se mencionan otras circunstancias familiares como 1) crisis de pánico del padre cuando se levantó el aislamiento; 2) cambiaron de colegio por la crisis económica, costó volver; 3) inicio de ataques de pánico / atención psicológica / yoga; 4) madre médica pediatra que comenzó con un síndrome vertiginoso por estrés. Y finalmente, se mencionan comentarios sobre la atención recibida al momento de la enfermedad, indicando que *“en las salitas los han tratado mal”* o *“se prioriza COVID-19 en los centros de atención y para otras enfermedades”* o bien que *“la atención era mala”*.

Discusión

Las estrategias que desplegaron las familias que tuvieron infancias con COVID-19 para afrontar la enfermedad y los cuidados necesarios en ese momento fueron variadas. Algo de notar es que las redes de apoyo doméstico se vieron reducidas o circunscritas, lo cual reduce las posibilidades de accionar y atravesar el tiempo de dificultad. Así, toma mayor relevancia la distinción entre la

idea de “las redes de cuidados” (como disponibles o percibidas) y “las redes de apoyo” (las reales o “de hecho”). En nuestro análisis, las redes de apoyo se mostraron exiguas, recayendo la carga del cuidado y la realización de las tareas domésticas en el grupo familiar nuclear, sin contar con la colaboración de otros miembros de la comunidad.

Al realizar las entrevistas con las distintas familias pudimos observar sus diferentes experiencias. Algunos habían perdido familiares o presentaban secuelas a causa del COVID-19 y eso les generaba angustia. Este grupo de personas consideraba que la enfermedad era grave y cumplían con las medidas de cuidado recomendadas. La enfermedad les generaba respeto. Quienes no habían pasado por esa experiencia creían que la enfermedad era leve y la comparaban con la gripe estacional. En ese sentido, minimizaban los cuidados y las consecuencias de la enfermedad.

Es interesante resaltar esta diferencia en la construcción subjetiva del riesgo que divide a las familias entrevistadas. Si bien en todos los casos los contagios se dieron a través de las personas que conviven en el hogar, la concepción del cuidado y del riesgo está anclada en la experiencia familiar en este contexto de incertidumbre. Por ejemplo, menos de la mitad de las familias realizaron un control luego del episodio de la enfermedad, independientemente de si contaban con cobertura privada o de obra social o no.

En este sentido, la experiencia y la subjetividad en la construcción del riesgo de contagio (propio o a los seres queridos) también moldea la capacidad de agencia de adultos y menores en el

afrontamiento de la situación de emergencia sanitaria. Por ejemplo, la búsqueda de atención en efectores que pertenecen a diferentes distritos del de residencia, la reorganización de los vínculos familiares, la re-vinculación con los dispositivos electrónicos para buscar información, asistir a clases o entretenimiento (individual o en grupo) son ejemplos de procesos de cambio y adaptación (forzosa) a un escenario restringido y con un umbral de peligro más alto que al que estábamos habituados.

Los resultados preliminares de esta investigación coinciden con lo postulado por UNICEF cuando afirma que

“La problemática de Pandemia ha condicionado retrocesos considerables en las condiciones de vida de las familias, y en particular de los niñas, niños y adolescentes, de modo que, para evitar propagación del virus y contagios, se vieron obligados a cumplir una serie de restricciones entre ellas la interrupción de los vínculos físicos con seres queridos. En consecuencia, la pérdida de autonomía y de espacios de socialización, limitaron el desarrollo de niñeces “normales”, tanto así que emergieron respuestas emocionales como temor, ansiedad, angustia, irritabilidad, enojo, falta de concentración y problemas en el sueño, como respuestas adaptativas que en ocasiones se sostienen a lo largo del tiempo” (UNICEF, 2021).

Algo a destacar es que las distintas familias, sin excepción, no querían volver a transitar el aislamiento ya que consideraban que los niños, niñas y adolescentes lo padecieron e identifican que provocó trastornos desde lo afectivo y conductual. La gran mayoría de las familias manifestaron que empezaron, luego de la pandemia, a valorar más los encuentros con familiares y amigos.

El acceso a los servicios de salud se dio de manera general, con opiniones mayormente positivas en cuanto a la calidad de atención. Un 5%, diagnosticado por contacto estrecho, no asistió a ningún establecimiento ni para confirmar el diagnóstico ni para realizar consultas de seguimiento. En estos casos, las barreras que impidieron su acceso al sistema fueron de tipo cognitivo o psicológico, en la clasificación de George, Daniels y Fioratou (2018). Del resto de las familias que sí accedieron a un primer o segundo evento de atención, ya sea por ir a un efector, o recibir atención domiciliaria, la mayoría no mantuvo un seguimiento o control incluso en algunos de los casos en los cuales las infancias presentaron sintomatología (leve o grave). Del mismo modo, se presentaban dudas en relación a la vacunación contra el COVID-19, lo cual implicó que no todas las familias decidieran vacunar a sus infancias y casi ninguna redoblara la dosis al momento oportuno de refuerzo.

Finalmente, para mencionar las limitaciones del estudio, podemos indicar que el número de entrevistas que hemos realizado necesita ampliarse, así como su distribución espacial, de modo que quede una muestra más homogénea del amplio territorio que se quiere estudiar. Muchas de las familias, no tenían niños, niñas y adolescentes con hisopado positivo, sino que eran considerados enfermos por contacto estrecho pero asintomáticos. Esta situación constituyó un nuevo obstáculo al relevar la información ya que los padres no querían contestar la encuesta porque consideraban que el niño no había transitado la enfermedad.

Conclusiones

En este capítulo se quiso dar cuenta de una de las líneas de trabajo del equipo de investigación, sobre la experiencia de las familias que tuvieron infancias contagiadas de COVID-19 durante el primer período de la emergencia sanitaria (2020-2021-2022). La investigación se circunscribe a familias residentes de la subregión sudeste, que está conformada por los partidos de Florencio Varela, Alte. Brown, Quilmes y Berazategui, y apunta a comprender las estrategias desplegadas por las familias desde una perspectiva cualitativa a través de la realización de entrevistas.

Las dimensiones de análisis de las experiencias familiares fueron 1) el impacto en la escala familiar y vida cotidiana, 2) las redes de apoyo y contención frente al episodio de enfermedad, 3) el acceso a los servicios de salud y calidad en la atención y 4) las estrategias de afrontamiento a micro escala. La investigación de estas dimensiones aportó resultados de gran valor para la planificación de los mecanismos que faciliten el acceso al sistema sanitario, a través de considerar la construcción local de subjetividades en relación al riesgo y temor al contagio. Además, se identificaron situaciones de salud que emergieron en el contexto del ASPO o DISPO para que tuvieron secuelas a posteriori, como la emergencia de retrasos en el desarrollo del lenguaje (disfluencias típicas o atípicas, entre otras), en el aprendizaje y en la socialización de niños y niñas y condiciones de salud mental, entre otras.

Es importante remarcar que el sistema de salud de la sub-región Sudeste ya tenía dificultades para afrontar la demanda de

personas/infancias que acudían al sistema previo a la pandemia. Con el advenimiento de la emergencia sanitaria, todo el sistema se adaptó generando cambios y ajustes para afrontar una situación inédita en la historia. Hoy, el sistema ya ha cambiado nuevamente, reorganizando sus espacios y profesionales para la atención sanitaria en un nuevo contexto que fue moldeado por la experiencia del COVID-19 tanto de los/as profesionales de la salud (*ver capítulo 6.b de esta misma compilación*) como de las personas que requirieron atención. Es primordial contar con información básica, como la provista por este Equipo que, como otros/as colegas, apuntamos a sistematizar información relevante que se proponga mejorar el sistema sanitario local, considerando la experiencia de familias que han atravesado episodios de enfermedad. No solo para mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud sino para comprender las nuevas demandas de la población y canales de comunicación que mejoren las estrategias de vinculación entre todos los actores del ecosistema sanitario.

Parte 5

Palabras Finales

Mora Castro, Elizabeth Barbis, Marcelo Pereyra, María Isabel Scaramutti, Odilia Estela Valiente, Claudia Setién, Cecilia M. Santolín, Federico Ugarte del Campo

Red como estrategia sanitaria que mejora el acceso a los servicios de salud

A partir del 2009 se fue consolidando un equipo sanitario de trabajo colaborativo a través de espacios conjuntos de decisión, formación y discusión sobre las problemáticas y adversidades del sistema de salud en un territorio conurbano. Dicha consolidación se vio reflejada en un flujo de derivaciones tal que fortaleció a las intervenciones oportunas y el seguimiento adecuado en la población pediátrica del área, la cual alcanza un promedio del 25% del total de habitantes. La elaboración de normativas internas y formas de abordar y tratar pacientes con cuadros similares, estableciendo pautas para la situación de derivación o bien facilitando la interconsulta a través de medios electrónicos ha contribuido fortalecer lazos de apoyo y mejora en las condiciones de atención médica a pacientes pediátricos.

En este sentido, la instrumentación de una red de atención pediátrica favoreció el acceso a los servicios de salud locales de una población con demandas cambiantes. De acuerdo a los registros institucionales analizados, la mayor proporción de casos de derivaciones pediátricas entre los efectores de la subregión son las patologías de tipo respiratorio (23,5%), de tipo abdominal (15,58%), cardiopatías congénitas (11,3%) y neurológicas (10,56%). El restante 40% de las derivaciones registradas se debe a interconsulta, solicitud de internación o seguimiento para patologías del tipo trauma, clínica, infecciosa, ortopedia y traumatología, nefrología, cardiología, oncológica, trasplante, entre otras.

Como se mencionaba al inicio de esta compilación, la idea de acceso a la atención sanitaria se compone de 5 dimensiones fundamentales: asequibilidad económica, aceptabilidad entre pacientes y profesionales/efectores, adaptación a la sociedad, disponibilidad concreta, cercanía física. En este marco, que exista un efector en un espacio dado no implica que pueda cubrir las necesidades sanitarias de la población, debido a que su mera presencia no garantiza la equidad de recibir la atención necesaria. La Red de la sub-región Sudeste, que encuentra en el Hospital El Cruce el efector de mayor complejidad del área, también recibe pacientes derivados de casi todas las provincias del país. En el período estudiado mantiene una proporción (excepto para el año 2020) en 20% provenientes de otras provincias, 20% provenientes de hospitales de la provincia de Buenos Aires y un 60% proveniente de los municipios de la misma subregión. Se destaca el hecho que reciben atención y seguimiento familias que se

desplazan desde 2 cuadras hasta miles de kilómetros al HEC, ya sea por la presencia de especialidades y aparatología específica para el tratamiento, como así también por ser hospital de referencia para patologías específicas, como las cardiopatías congénitas o enfermedades poco frecuentes.

En paralelo al trabajo de atención, cabe destacar el rol fundamental desempeñado por los espacios de labor no-médicos que sostienen el funcionamiento en red entre efectores de salud y otros actores indispensables para la atención sanitaria. La mejora en la atención del paciente se fortalece con el acompañamiento de profesionales de disciplinas como Trabajo Social, terapeutas ocupacionales o psicología entre muchas otras. Asimismo, cumplen una función central algunos espacios de diferente naturaleza institucional (centros educativos, espacios municipales, organismos religiosos) que fortalecen a las indicaciones estrictamente terapéuticas. La funcionalidad en el organismo debe ser acompañada por el bienestar personal y familiar para lograr un estado de bienestar en salud.

Por su parte, hemos visto la colaboración entre los 3 niveles de atención, al interior de los municipios de la subregión, de la Región Sanitaria VI, de otros municipios de la provincia de Buenos Aires y de otras provincias de Argentina, incluida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El total de efectores que se vincula con la sub región Sudeste en el período analizado es de 268 efectores de gestión pública mayormente, pero también provenientes de la gestión privada o de la seguridad social. Con derivaciones provenientes, por ejemplo, desde Ushuaia (Tierra

del Fuego), Posadas (Misiones), San Salvador (Jujuy) o Mendoza, la red unifica miles de kilómetros y hace posible la atención y el seguimiento de casos que no hubieran podido realizarse si solo se considerara la ubicación geográfica del efector de atención.

La fortaleza de la Red radica en sus conexiones y en la condición de diferencia entre los nodos que la componen: diferentes jurisdicciones, niveles de complejidad, capacidades logísticas, administrativas, ofertas prestacionales y disponibilidad. Sumado a esta diferencia entre efectores, se presentan las disparidades en el acceso de una población marcada por las inequidades socio-económico-ambientales que afectan no solamente su forma de vida y condiciones socioeconómicas sino además los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados que atraviesan cotidianamente.

Nuestros hallazgos en el análisis, la experiencia en la gestión sanitaria y el haber generado un espacio de atención articulado con las características ya descritas aportan a una discusión en la que se tensionan las lógicas de atención en salud. Por un lado, los mecanismos de atención locales (municipales, distritales) centrados en los hospitales en contraposición con una estrategia de atención descentralizada, basada en la atención primaria de la salud. Y, por otra, una estrategia de atención en red en la que se amplía la idea de “estrategia situada” dado que, como hemos visto en el caso de la Red de Pediatría del Sudeste Bonaerense, efectores de esta subregión responden a demandas y necesidades de poblaciones de otras regiones al mismo tiempo que responde a

necesidades de la población que reside en el mismo espacio geográfico.

En este sentido, habría que ampliar la escala del análisis, y pensar en nuevas maneras de pensar “lo situado” cuando el alcance de la atención sobrepasa los límites jurisdiccionales (en términos de normativas y financiamientos). Repensar la escala es una problemática habitual en las aproximaciones de la complejidad, en donde la definición de los límites del sistema es un elemento central para el análisis. En este caso, la complejidad de organización del sistema de salud escapa a los límites de esta obra. Sin embargo, sí podemos afirmar que a raíz de la experiencia de la Red de Pediatría uno de los elementos que la distingue ha sido el flujo entre efectores, que solamente es posible a partir de lazos de colaboración (instaurados por mecanismos formales o informales), del impulso que surge a partir de la necesidad de contar con el apoyo de otro equipo de salud que cuente con las capacidades diferentes a las propias, de la confianza en el trabajo de colegas de otras disciplinas y del apoyo institucional para llevar adelante todo el proceso de atención sanitario, el cual empieza y termina en la casa del paciente

Emergencia Sanitaria por COVID-19

Cuando se declara la emergencia sanitaria a nivel mundial, Argentina avanza con las diferentes acciones legales y territoriales para detener el avance del nuevo coronavirus Sar-Cov-2. Con estrategias de aislamiento social, controles en la circulación, cierre de fronteras, suspensión de eventos públicos y privados, dispensa de asistencia a espacios laborales no considerados esenciales y

reorganización de espacios educativos en todos los niveles se apuntó a postergar la circulación del virus en la población. Inicialmente, la vigilancia fue puesta en casos que venían del extranjero y luego en espacios de circulación comunitaria. Se marcó una fuerte impronta en la gratuidad de la atención, vigilancia y seguimiento en los tratamientos (control de síntomas, seguimiento de casos) así como en el registro público y unificado de casos confirmados, fallecimientos y recuperados en todos los distritos del país.

Las autoridades municipales en la sub-región sudeste, también orientaron acciones para desplegar las estrategias adecuadas a las realidades de cada lugar que permitieran afrontar la emergencia sanitaria y todas las otras situaciones de la vida cotidiana que se vieron impactadas por este contexto. Cabe destacar que al interior de la región existen fuertes diferencias en las situaciones socio-económicas de la población que allí reside, con amplias zonas de profunda vulnerabilidad, incluyendo deficiencias en el plano de la alimentación, infraestructura doméstica y barrial, condiciones de salud, situación dominial, cercanía a efectores sanitarios, accesibilidad a agua potable, cloacas, tendido de gas y electricidad entre otras). De toda la región Sanitaria VI, hay un registro de 175.918 familias que habitan en barrios incluidos en el RENABAP (Registro Nacional de Barrios Populares 2024, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Territorial, Hábitat y Vivienda del Ministerio de Economía de la Nación) con una superficie total que abarca alrededor de 50,7801 mk² (es decir, una superficie que, considerada toda junta ocuparía 500 manzanas por 500 manzanas de extensión). Para los municipios de la subregión, la superficie

total de los barrios populares alcanza 25,085 km², lo que indica la mitad de toda la Región Sanitaria VI.

Esta disparidad en la situación socioeconómica que existía previamente a la pandemia, se vio amplificada en la situación de emergencia. El fenómeno de sindemia que se dio (tanto aquí como en muchas otras partes del mundo) resalta la retroalimentación negativa entre la aparición de un virus y la situación poblacional / organismo individual. En particular, en la población de los 4 municipios se dieron de acuerdo a los registros nacionales (SIISA) en promedio, una mayor cantidad de casos confirmados y fallecimientos que en el promedio de otras zonas del país (entre 2020 - 2021).

Al analizar las estrategias de cuidados y búsqueda de atención sanitaria de familias que residen en los municipios de la subregión, incluimos una metodología cualitativa de recolección y procesamiento de la información. De familias entrevistadas, se destaca la combinación de estrategias para buscar atención que mayormente contempla a efectores públicos con una opinión positiva sobre la experiencia de acceso a los servicios y seguimiento a posteriori de la consulta / internación. También se destaca que las redes de apoyo habituales de estas familias no tuvieron el mismo sentido en el contexto de emergencia: grupos de contención (familiares, amistades, vecindad) que estuvieron ausentes en la colaboración esperada.

Por otra parte, observamos un dato interesante a remarcar: durante el 2020, de los registros institucionales de derivaciones pediátricas, hubo una baja considerable en la cantidad absoluta de

movimientos entre efectores. Sin embargo, la cantidad de internaciones en la UTIP del HEC se mantuvo a lo largo de todo el período con similar cantidad de internaciones que años anteriores y posteriores. Es decir, que aquellas patologías que requirieron mayor complejidad fueron derivadas en la misma proporción, sin verse afectadas, en principio, por el contexto de emergencia.

En relación a los/as trabajadores/as de la salud de la región que asistieron a la población pediátrica y su experiencia de labor en pandemia, identificamos algunos aspectos que moldearon su forma de atravesar uno de los fenómenos de mayor impacto en la población y el sistema sanitario en su conjunto. Quedaron registrados en nuestros hallazgos los cambios en las rutinas, en los espacios laborales y en algunos pocos casos, los cambios de tareas. En el plano personal, las opiniones son diversas en cuanto a las experiencias y formas de atravesar la pandemia, algunas con una minimización del riesgo y el malestar propio y, otras, enfocadas en la sensación de temor al contagio propio y de los seres queridos, a la tristeza de ver personas fallecer en soledad en los servicios intensivos de adultos o bien en el impacto en la salud mental causado por la permanente sensación de riesgo, la violencia de situaciones cotidianas de maltrato laboral y la situación de encierro social. Un elemento a destacar es que, en casi todas las respuestas, hubo un descontento en relación a la contención institucional en ese contexto, la falta o insuficiencia de espacios de diálogo o medidas de apoyo al personal.

Junto con otros equipos de investigación de la región, luego de las indagaciones de este Equipo y la experiencia en territorio de trabajo en servicios de atención y espacios de gestión institucional y gubernamental, se ha podido caracterizar y analizar la reconfiguración que impuso afrontar la pandemia y algunos de los aprendizajes incorporados por los servicios de atención locales. Sin embargo, con una sociedad cambiante en sus características y conformación en la que se anidan nuevas o renovadas necesidades y demandas, tiene una gran importancia poder responder sobre la base de lo ya analizado ¿Qué características tiene el escenario epidemiológico después de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la región?

Post-pandemia

A partir de la visión conjunta de la experiencia de los efectores de salud y de su situación en los municipios, en el período de la post pandemia se observa una consolidación del ámbito sanitario público a raíz de una mejora en la infraestructura sanitaria general, pero para la atención pediátrica en particular. Ejemplo de ello es la inauguración del pabellón pediátrico y el hospital modular en el H. Dr. Iriarte, la instalación de una guardia pediátrica exclusiva en el H. Dr. Oller, la instalación de los hospitales modulares en F. Varela (Gov. Costa), en Alte. Brown (Longchamps) y en Quilmes (Bernal Oeste). Asimismo, se observa un incremento en la cantidad de profesionales de la salud a raíz de la pandemia en todos los hospitales de la subregión sudeste, reforzando la atención durante esos años de emergencia sanitaria y hasta la actualidad.

Adicionalmente, se considera que hubo una especial mejora en la formación por parte del personal sanitario sobre procedimientos propios de la atención, pero además sobre las técnicas de cuidado propio, de pacientes, de las familias y del entorno. Además, el conocimiento sobre el uso de equipamiento, indumentaria específica y formas de preparación y limpieza de los ambientes sugieren una ampliación y consolidación de las capacidades en las personas que conforman los servicios de atención. Cabe destacar que se profundizó en el entendimiento de los beneficios para el ámbito sanitario que conlleva la colaboración e involucramiento de otros sectores como, por ejemplo, los bomberos, la gente de las iglesias locales entre otros.

En relación a la vacunación, se considera que la baja en los casos y en la gravedad de los síntomas en la población pediátrica se alcanzó a raíz de la campaña de vacunación (Quiroga et al., 2024), que estuvo en línea con las estrategias sanitarias que tiene Argentina. Gratuidad, alcance universal y por etapas de acuerdo a la disponibilidad y criterios epidemiológicos. Muchas de las opiniones de los/as profesionales entrevistados/as indican que *“el escenario cambió totalmente luego que la campaña cubrió a quienes estábamos más expuestos/as y avanzó sobre la población general”*. Sin excepción, al consultar en las entrevistas por el momento en el cual llegaron las vacunas a los hospitales para vacunar a los/as profesionales de la salud, las respuestas evocaban el momento con emoción, se recordaba con dolor ese momento y con alivio la llegada de la campaña de vacunación a los espacios hospitalarios de cada municipio.

En relación a cómo se construye el escenario entre los/as profesionales de la salud que asisten a la población pediátrica en el territorio es importante considerar tanto el impacto en la escala personal como en la reconfiguración de las relaciones laborales al interior de las instituciones sanitarias y entre ellas. Los resultados de nuestros estudios, así como de otros análisis en la región, señalan que la fuerte falta de apoyo tanto económico como de contención institucional ha generado nuevas formas de vincularse y de colaborar para la atención pediátrica.

La experiencia de la Red de Pediatría ha permitido establecer una perspectiva subregional para caracterizar las problemáticas sanitarias de la población a la que asiste. Al mismo tiempo, se ha visto que las condiciones actuales de los servicios de salud pediátricos en la post-pandemia están, por un lado, fortalecidas en los aspectos que ya mencionamos (capacidad del personal, equipamiento, cantidad de profesionales) y, por el otro, con alarmantes vacancias en temáticas de alta demanda. Como también se plantea la SAP en una carta abierta, indica que

“Respecto del escenario laboral actual de los médicos pediatras, queremos hacerles notar que estamos enfrentando una situación acuciante de falta de pediatras en todas las regiones de nuestro país, con trabajo muchas veces autónomo y siempre mal remunerado, guardias extenuantes, violencia en los lugares de trabajo, cargos de médicos residentes no cubiertos y falta de candidatos en puestos de formación en las diferentes especialidades pediátricas (Neonatología, Terapia Intensiva Pediátrica, entre otras), situación actual que permite avizorar que en pocos años no contaremos con médicos pediatras formados que garanticen una adecuada atención para los NNyA argentinos. Este año, el 40% de los

cargos para la formación de médicos pediatras y especialistas en ramas de la Pediatría ha quedado vacante...” (SAP, 2023).

Una estrategia de política sanitaria reciente (febrero 2024) frente a esta problemática, en el marco del “Plan Integral Bonaerense de Fortalecimiento de Especialidades Estratégicas” (MSAL PBA, 2024), fue la instrumentación del “Programa de Becas de Capacitación “Programa Pre-Residencias”, es decir un esquema de pre-residencia en la provincia de Buenos Aires, en la cual se incorporan a personas recién recibidas, con un horario reducido y un sueldo acorde a ese tiempo de labor. Así, se da la oportunidad de conocer el efector y el ámbito hospitalario. En la subregión Sudeste, a nuestro entender está actualmente (al momento de escritura de este capítulo) implementado en el área de Pediatría en el H. Dr. Iriarte (2), en el H. Mi Pueblo (1) y en el H. Dr. Oñativia (2).

Se presenta una imperiosa necesidad de fortalecer los espacios de atención para la población de niños, niñas y adolescentes en todos los aspectos concernientes, entre otros, por ejemplo, al amplio campo de la salud mental. En el marco de las preocupaciones de salud pública en base a evidencia, informes oficiales del MSAL de la PBA indican una tasa específica de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, en adolescencias de municipios de similares características a los de la subregión sudeste, de 0,8 en el rango etario de 10-14 años, siendo el promedio para la PBA una tasa de 0,6 (MSAL PBA, 2022). En otro plano, también se registra el aumento tanto para consulta, solicitud del Certificado Único de Discapacidad o en algunos casos para internación en efectores de

la Red de casos pediátricos de TEA así como de consumos problemáticos y adicciones.

Para aportar a una lectura epidemiológica y de cambios en la demanda poblacional, es importante considerar las huellas que ha dejado la experiencia del aislamiento social obligatorio en las infancias en diferentes aspectos. En primer lugar, las dificultades encontradas en la situación de confinamiento y la suspensión de las rutinas habituales, incluyendo la asistencia escolar, el tiempo de juego con pares y otras actividades fuera del hogar. En segundo lugar, se deben sumar la presión sobre cada infancia producto del estrés atravesado en este período, la eventual estigmatización causada por atravesar la enfermedad, así como el miedo al contagio y muerte propia y de seres queridos. Finalmente, es necesario identificar las consecuencias en la salud mental, así como en el cambio de conductas y representaciones sociales (sobre salud, enfermedad, riesgos, miedos, etc.) de la población infante - juvenil en los territorios de la subregión sudeste.

Otra gran preocupación son los casos crecientes de internaciones pediátricas por tuberculosis o bien con tuberculosis. Aunque es necesario reforzar el registro de estos casos en la subregión (Moreno, Santolín y López, 2022), es notable el aumento en los hospitales de la región y la falta de estrategias integrales para arribar al diagnóstico y catastro familiar frente a un caso registrado, así como las dificultades para iniciar y continuar el tratamiento adecuado en colaboración con diferentes niveles de atención y, en algunos casos, las derivaciones a efectores en distritos diferentes al del efector de origen.

Uno de los desafíos más importantes en esta nueva etapa sociosanitaria será la capacidad para establecer mecanismos que duren en el tiempo y que aporten a sumar espacios de colaboración entre efectores ubicados en diferentes municipios de la subregión. Es decir, fortalecer la cooperación entre los municipios a partir de vínculos consolidados entre equipos de salud. En este sentido,

“lograr una estructura que permita la comunicación fluida real, un registro real que no sobrecargue a los/as profesionales que deban cumplir las tareas asistenciales y administrativas, deberían ser políticas de salud sostenidas para poder crecer y avanzar. De la pandemia nadie salió indemne y para quienes están en el 1° nivel de atención (con sueldos diferentes a los que están en otros niveles y recursos escasos), lograr sostenes en el tiempo, una red, es una gran ayuda y evita la sensación de soledad y aislamiento”
(Entrevista con Médica, Com. Pers., 2023).

Reflexiones generales finales

En el final de esta compilación queremos resaltar algunos de los puntos abordados hasta aquí, así como dejar propuestas preguntas a ser respondidas con futuras investigaciones.

¿Cuáles son las lecciones políticas que se están aprendiendo en las experiencias de atención pediátrica en red en el territorio de la subregión sudeste? ¿Cuáles son los aprendizajes que brindó el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19 en la escala municipal como en la estructura de asistencia a la población infanto-juvenil? ¿Cómo es posible incorporar a la planificación sanitaria la experiencia de trabajadores/as de la salud y de familias

vecinas luego de atravesar la pandemia y el aislamiento social preventivo y obligatorio?

La vinculación entre los actores ubicados en un mismo territorio es una actividad ardua y muchas veces se organiza en torno a tensiones e intereses encontrados, lógicas de gestión, presupuestos escasos y expectativas sobre los vínculos. En el ámbito de la salud, la vinculación se monta sobre las demandas socio-sanitarias de la población que no solamente cambia en su perfil epidemiológico a lo largo del tiempo, sino que también incorpora diferentes estrategias de afrontamiento del padecimiento y de la búsqueda de atención.

La existencia de la Red de Pediatría del Sudeste se originó a partir de una necesidad concreta de la población de poder contar con asistencia de los 3 niveles de atención, disponer de especialidades pediátricas que se presentan en efectores específicos (neonatología, neurología, psicología, endocrinología, genética, etc.) y para abordar patologías complejas. Esta situación amplifica el alcance en el acceso a los servicios de atención de la población que se atiende en algunos de sus puntos de entrada o nodos, poniendo a disponibilidad especialistas, equipamiento o infraestructura que no estarían presentes en otros contextos de atención.

En este sentido, cabe una reflexión sobre la distinción entre una red de atención en salud, una red de cuidados y una red de apoyo. La primera es tomada aquí como una estrategia sanitaria que apunta a mejorar el acceso a servicios de atención críticos, cuyo centro es la derivación del paciente, para las demandas de una

población vulnerable como es la pediátrica (en relación su desarrollo cognitivo, emocional, físico, factores socio ambientales, dependencia de adultos, etc.), independientemente de su situación socioeconómica. La segunda, son las redes percibidas y disponibles que involucran, además de efectores de salud otros actores del contexto que faciliten o soporten la actividad sanitaria y, la tercera son las redes de apoyo son aquellos actores que se presentan en eventos específicos, lo cual se ajusta a la red real (Ortiz, 2023). Luego de todo el recorrido presentado en esta compilación, incluyendo el análisis de experiencias profesionales y de familias afectadas por COVID-19, se arriba a la conclusión que solo cuando estos tres tipos de redes se alinean es que funciona el sistema sanitario y reduce en algún grado las inequidades estructurales propias de la relación entre las diversas poblaciones y los efectores públicos de salud. Es así como, partiendo de la necesidad de realizar una derivación, se despliega un proceso de articulación inter institucional, inter- especialidad e inter-personal imprescindible para desarrollar los vínculos sobre los cuales se montan la colaboración entre efectores.

Es importante señalar que dicha colaboración, puede tomar un carácter vertical u horizontal, dependiendo de las normativas vigentes y de las prácticas en el uso de dichos vínculos. No por llamarse “red” debemos caer en la trampa de pensar la vinculación entre los actores o nodos sin tensiones, conflictos o estatus de jerarquías. Cualquier vínculo recíproco puede ser positivo, negativo o neutro y eso impacta en el flujo de la interacción y en el alcance que la red pueda tener.

La alineación entre los tres tipos de redes (de atención, de cuidados y de apoyo) varía a lo largo del tiempo por diversos motivos. Durante la emergencia sanitaria, se vio una fuerte contracción en los dos últimos, ya sea por el aislamiento social preventivo y obligatorio, por el temor al contagio, por la percepción del riesgo a contraer síntomas graves, por las consecuencias en el plano de la salud mental de la población (adulto e infantil) o por la sobrecarga del cuidado al interior de la unidad doméstica familiar que generó una disminución en las posibilidades de apoyo. Al mismo tiempo, la emergencia sanitaria habilitó una reestructuración de la red de atención, a través del mayor flujo de recursos como el EPP, vacunas, equipamiento, incremento en los suministros, mayor agilidad en procedimientos administrativos y de atención sanitaria, entre otros como ya hemos visto. Se sumaron centros de atención (como los hospitales modulares de emergencia, vacunatorios, etc.), se re-acondicionaron casi todos los efectores en la región, modificaron normativas en todos los niveles de atención... entre múltiples modificaciones.

Otro aspecto fundamental que ha sido un verdadero desafío para todas las líneas de investigación aquí compiladas, fue la obtención de información necesaria para construir los datos que permitan tener una visión global de los cuatro municipios que conforman la sub región Sudeste. Al respecto, la solicitud de información epidemiológica e institucional a municipios, efectores públicos y organismos de gestión sanitaria se ha encontrado con gruesas barreras y muchos rechazos, reticencias y rispideces a otorgar datos propios de cada una de las instituciones, aun siendo un

Equipo de investigación radicado en una Universidad Nacional con proyectos de investigación científica de financiación pública vigentes y aprobados por los Comités de Ética correspondientes. Estas dificultades de acceso también convergen en falta de información clave, aun cuando exista el registro sanitario. De más está decir que ninguna decisión puede tomarse sin la base de información fehaciente, confiable y actualizada. La disponibilidad de la información epidemiológica, poblacional y sanitaria debiera estar garantizada por aquellas personas de quienes depende la gestión institucional, resguardandola de acuerdo a las normativas éticas y legislaciones vigentes. La experiencia de la pandemia es fundamental para considerar la importancia del registro en el momento del evento sanitario con miras a la toma de decisiones locales. La carencia de información clave en el registro sanitario y la no disponibilidad para agentes relevantes del entorno que puedan con ella generar espacios de análisis y/o gestión en el ámbito de la salud, afectan el diseño de políticas sanitarias e impide el desarrollo de metodologías que permitan agregar valor. Cuando los recursos y el tiempo disponible están enfocados solamente en obtener la información pública de efectores sanitarios o entes gubernamentales, se obstaculiza la posibilidad de profundizar en el contenido y limita la generación de nuevas capas de conocimiento sobre aquello que el registro describe.

Es importante remarcar que los datos cualitativos son una fuente invaluable de información que nos ayuda a comprender las razones detrás de los comportamientos, las creencias y las circunstancias en las que se encuentran las personas. Sin embargo, los datos cualitativos no se utilizan a menudo para informar

cambios en políticas y prácticas en contextos urgentes debido a las tendencias dominantes, suposiciones sobre el tiempo requerido para el análisis y la creencia de que los datos cualitativos son más propensos al sesgo que los datos cuantitativos (Vindrola Pardos et al., 2021). Esto significa que los datos cualitativos valiosos no se están utilizando en todo su potencial en la toma de decisiones de emergencia, a pesar de que pueden responder preguntas de "cómo" y "por qué" en lugar de simplemente "qué" y "cuándo". En este sentido, es importante preguntarse: en lugar de enfoques verticalistas en salud pública, ¿cómo podemos garantizar que se reconozcan las realidades sanitarias cotidianas? Esta compilación apunta a poner en escena a la subregión con una visión global, a pesar de lo dificultoso de las estadísticas y registros, para la reflexión y análisis de la situación y de la práctica cotidiana de quienes se encuentran terreno y, tal vez, sirva como herramienta para futuros escenarios.

De acuerdo con Raja (et al, 2020) para avanzar en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS, ONU), los gobiernos deben invertir más en investigación de servicios de salud y apoyar la infraestructura y la capacidad necesarias para permitirlo. Esta propuesta de investigación en redes de atención está definida temáticamente por prioridades sociosanitarias ajustadas al contexto y está orientada a generar conocimientos relevantes para su ámbito de aplicación. Este tipo de investigaciones, que profundizan sobre los propios contextos de producción y aplicación de resultados, buscan contribuir a reducir los desfases entre la teoría y las prácticas, considerando que el nivel local y sus servicios representan el espacio de construcción territorial de la

salud, y que éste requiere de la generación de conocimientos multisectoriales aplicables a la formulación de estrategias programáticas de gestión sanitaria que den cuenta de las realidades que lo atraviesan. Desde estas perspectivas, la investigación aplicada a sistemas y redes de servicios de salud constituye en sí misma una herramienta de conocimiento para la gestión (Álvarez et al., 2017; Rovere 1999, 2004) incluyendo en el proceso investigativo la visión y participación de aquellos/as profesionales directamente envueltos/as en la problemática objeto de la investigación. El sobrevolar el territorio de la subregión ha permitido conocer sus características comunes, al mismo tiempo de sus grandes diferencias. La irrupción de la pandemia, aún en todas sus fases negativas, se presentó como un ordenador de lo diverso, aplicando casi con detalle, los lineamientos emanados -como en cascada- de experiencias en otros países, hacia el nivel nacional, el provincial y el municipal. Estos dos últimos fueron los más afectados, por la cercanía con las poblaciones bajo cuidado, sus familias, su comunidad y los/las trabajadoras de salud de cada establecimiento en esos territorios. Las políticas implementadas en cada uno, se sustentaron en enormes voluntades, profesionalismo y capacidad de trabajo en equipo, muchas veces invisibilizados, sin dejar de honrar a quienes perdieron la vida en esa tarea. Nadie salió indemne de la pandemia, en cada circunstancia individual o familiar algo estuvo afectado, sea por el aislamiento, por la educación virtual, por el empleo, las relaciones sociales o la propia salud. También se considera que fue un aprendizaje traumático, habrá quienes lo capitalizan con optimismo, habrá quienes lo intentan olvidar.

Bibliografía

Aliaga, J. (2024). Sitio web de datos COVID19. Recuperado de <https://jorgealiaga.com.ar/> y <https://threadreaderapp.com/thread/1741589347516686679.html>

Altorki, S. y El-Solh, C. (Eds.) (1988) *Arab women in the field: studying your own society*. Syracuse University Press.

Álvarez, D., & Turkenich, M. (Eds.). (2021). *Redes y territorios: Aportes para planificar la política de salud en nuestra región*. Serie Cuadernos de Investigación. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Recuperado de <https://biblio.unaj.edu.ar/cgi-bin/koha/opacdetail.pl?biblionumber=6634>

Alzina, P. (2023). Los miedos y las percepciones sobre la muerte del personal de salud durante la pandemia del COVID-19. *Revista La Rivada*, 11(21), 168-180. Recuperado de <http://larivada.com.ar/index.php/numero-21/dossier/398-los-miedos-y-las-percepciones-sobre-la-muerte>

Alzina, P., Danel, P., & Favero Avico, A. (2022). Cuerpos, emociones, temporalidades y espacialidades del personal de salud durante la pandemia del COVID-19. *Rev. I D E N T I D A D E S*. Recuperado de <https://iidentidadess.files.wordpress.com/2022/11/04-identidades-23-12-2022-1.pdf>

Ariovich, A., Couto, B., Crojethovic, M., Jiménez, C., & Martínez, C. (2021). Análisis integrado de impactos y transformaciones salud: Prevención y monitoreo del COVID-19 en municipios del conurbano bonaerense desde una perspectiva multidimensional. Agencia I+D+i (IP 415, UNGS). Dr. Rodrigo Carmona (investigador responsable). Recuperado de <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/09/Informe-COVID19-UNGS-Etapa-3-Abr-2021-salud-1.pdf>

Arreguín, G. I. J., & Cabrera, C. R. (2017). Memoria y atención en escolares que nacieron prematuros y/o con bajo peso en México. *Archivos de Neurociencias*, 22(3), 30-39. Recuperado de https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDA_RTICULO=77216

Aspiazu, E., & Cutuli, R. (2023). Riesgos psicosociales en la enfermería de Mar del Plata. En K. Ramacciotti (Ed.), *Estudiar, cuidar y reclamar: La enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19* (pp. 221-247). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos.

Aucott, S., Donohue, P. K., Atkins, E., & Allen, M. C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 298-308. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10040>

Basarab, N. (2002). *Manifiesto de la transdisciplina*. SUNY. ISBN 9780791452615.

- Bellotti, E. (2015) *Qualitative Networks. Mixed methods in sociological research*. Routledge. Reino Unido.
- Borgatti, S., & Everett, M. (2000). Models of core/periphery structures. *Social Networks*, 21, 375-395.
- Bourdieu, P. (1988). *El sentido práctico*. Editorial Taurus.
- Bourdieu, Pierre (1991). La economía de los intercambios simbólicos. En *El sentido práctico*. Barcelona: Anagrama.
- Breilh, J. (2020). *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Intercultural*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Buzai, G., Baxendale, C., Caloni, N., Cruz, M. R., Delfino, H., Mora, G., & Principi, N. (2015). Sistemas de información geográfica aplicados en salud líneas de investigación. *Revista Ciencias Espaciales*, 8(1), Primavera, 395-410.
- Cammarota, A., Faccia, K., Barrera, M., & Librandi, J. (2023). Enfermería bajo el COVID: Pluriempleo, condiciones laborales y estrategias para enfrentar la crisis sanitaria. *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 25(4), 116– 139. <https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/Sociales/article/view/4497>
- Carrasco, J.-A., Hogan, B., & Wellman, B. (2007). Agency in interactions: The role of social networks in time and space (Working Paper). Toronto: NetLab. <https://www.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/index.html>

Casado Gómez, C., Moya Maya, A., & Corrales González, A. (2019). Los recién nacidos muy prematuros: Dificultades en la escuela. *Enfermería Global*, 18(3), 554– 578. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.347121>

Castro, M., Barbis, E., Pereyra, M., Favero, E., Fontana, S., Valiente, E., Moreno, E., & Scaramutti, I. (2020). Atención de salud en red: Circulación de pacientes pediátricos en la Región del Sudeste Bonaerense. En A. Paredes (Ed.), *Reflexiones teórico-metodológicas desde el análisis de redes sociales: poder, circulación, comunidades e intelectuales en América del Sur* (pp. 139-154). Mendoza, Argentina: Editorial Qellqasqa y la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo (UNCUYO). Recuperado de <http://qellqasqa.com/omp/index.php/qellqasqa/catalog/view/ISBN%20978-987-4026-43-9/20/72-1>

Castro, M., Barbis, E., Pereyra, M., Graziano, A., Favero, E., Fontana, S., Valiente, E., Borturo, M., Scaramutti, M. I., & Moreno, E. (2021). Colaboración entre efectores de salud: Integración territorial de la atención en red. El caso de pacientes pediátricos en la red del sudeste bonaerense. En D. Álvarez & M. Turkenich (Comps.), *Redes y territorios: Aportes para planificar la política de salud en nuestra región* (pp. [números de página]). Editorial UNAJ. Serie Cuadernos de Investigación. Florencio Varela, Argentina. Recuperado de <https://biblio.unaj.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6634>

Castro, M., Barbis, E., Pereyra, M., Ugarte del Campo, F., Scaramutti, M. I., Santolin, C., & Valiente, E. (2022). Experiencia

de lxs trabajadorxs de salud en pediatría de la subregión sudeste en pandemia: Resultados preliminares. En *III Jornadas de Investigación UNAJ* (pp. [números de página]). Universidad Nacional Arturo Jauretche, F. Varela, Buenos Aires, noviembre.

Castro, M., & Ugarte del Campo, F. (2023) ¿Y si Margaret Mead hubiera tenido WhatsApp? Estudiar a la distancia problemáticas propias en el área de salud en tiempos de pandemia. *Inédito*.

Dabas, E. (Comp.). (2010). *Viviendo Rede*. Ediciones CICCUS. ISBN 9789879355305.

Diez Roux, A. V. (2012). Conceptual approaches to the study of health disparities. *Annual Review of Public Health*, 33, 41-58. Recuperado de <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124534>

Emirbayer, M., & Goodwin, J. (1994). Network analysis, culture and the problem of agency. *American Journal of Sociology*, 99(6), 1411-1454. <https://doi.org/10.1086/230450>

Esposito, M., Bustos, S., Cardonetti, L., et al. (2021). Aislamiento comunitario como estrategia para la mitigación de un brote de COVID-19: El caso de Villa Azul. *Global Health Promotion*, 28(3), 114-121. <https://doi.org/10.1177/17579759211007120>

Fundación Trauma. (2020). *Reporte sobre personal capacitado en las primeras 6 semanas del Curso Pares*. Agosto-septiembre 2020. Recuperado de [URL si está disponible en línea]

Gallastegui, M., Rosselló, G., Vinuesa, M., Martelli, E., Ojeda Morcos, L., Sánchez Correa, H.,... Konfino, J. (2022). El rol de un centro de aislamiento sanitario extrahospitalario durante la pandemia de COVID-19: la experiencia de Quilmes. *Revista Argentina De Salud Pública*, 14, e52. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/787>

Gastellu, S., & Fernández, B. (2023). Special Report: “COVID-19 in children” in Argentina. Trabajo conjunto de @CoronavirusArgg y el colectivo “Infancia en Riesgo” (@sofiagastellu). Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1WixGXZ7wwXc93Pn5stEa7bhCDus_QEf6/view?usp=share_link

Gell, A. (1998). *Art and Agency: An Anthropological Theory*. Oxford University Press.

Gentile, Á., Juárez, M. V., Romero Bollón, L., Cancelara, A. D., et al. (2021). Estudio multicéntrico de casos confirmados de COVID-19: Datos preliminares de 2690 pacientes pediátricos en Argentina durante el primer año de la pandemia. *Archivos Argentinos de Pediatría*. Recuperado de <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/covid-en-pediatria-la-experiencia-argentina-49433>

George, S., Daniels, K., & Fioratou, E. (2018). A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community center in Romania. *International Journal for Equity in Health*, 17, 41. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0753-9>

Gerber, J. S., & Offit, P. A. (2021). COVID-19 vaccines for children. *Science*, 374(6570), 913- 913. <https://doi.org/10.1126/science.abn2566>

Giddens, Anthony. (1994). *Las consecuencias de la modernidad*. México: Siglo XXI Editores.

Gould, R. V., & Fernandez, R. M. (1989). Structures of mediation: A formal approach to brokerage in transaction networks. *Sociological Methodology*, 19, 89.

Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., et al. (2002). ¿Qué significa “acceso a la atención médica”? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186- 188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>

Haug, N., Geyrhofer, L., Londei, A., Dervic, E., Desvars-Larrive, A., Loreto, V., Pinior, B., Thurner, S., & Klimek, P. (2020). Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. *Nature Human Behaviour*, 4, 1303–1312. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01009-0>

Ingold, T. (2000). *The perception of the environment: Essays on livelihood, dwelling and skill*. Routledge.

Kalish, Y., & Robins, G. (2006). Psychology, agency and network structure: Relating psychological predispositions to structural holes and network closure. *Social Networks*, 26(1), 56-84. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2004.08.003>

Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health, 56*(9), 647- 652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>

Lago, F., Elorza, M. E., Moscoso, N., & Ripari, N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de atención primaria de salud en sistemas de salud descentralizados: El caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud, 12*(25), 40-54.

Lago, F., Moscoso, N., Elorza, M. E., & Ripari, N. (2012). Descentralización y equidad: El gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. *Revista Salud Colectiva, 8*(3), 263-274.

Latour, B. (2005). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Oxford University Press.

Maceira, D. (2020). Caracterización del sistema de salud argentino: Debate en el contexto latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas, 8*(14), 155-179.

Mangham, L. (2009). El costo del nacimiento prematuro a lo largo de la infancia en Inglaterra y Gales. *Pediatrics, 123*(2), e312-e327. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1827>

Maneiro, M., Borda, J. P., Farías, A., Nardin, S., Olivera, L. H., & Pacheco, D. (2021). Noveno reporte: El plan de vacunación contra el COVID- 19 en el AMBA. Recuperado de <https://medium.com/@Covid19RegionSanitariaVI/noveno-reporte-el-plan-de-vacunaci%C3%B3n-contra-el-covid-19-en-el-amba-6cddcd6a6216>

Medina, A., & Narodowski, P. (2015). *Estado, integración y salud: La gestión en red de un hospital público*. Imago. Buenos Aires.

Messerschmidt, Donald (Ed.) (1981) *Anthropologists at home in North America. Methods and Issues in the Study of One's Own Society*. Cambridge University Press. Estados Unidos.

Molinas, M. del C., & Salto, D. J. (2022). Los desafíos en el contexto de pandemia que debió afrontar el personal de vacunación en la vacunación masiva de la población (Tesis de grado). Universidad Nacional Arturo Jauretche. Recuperado de https://biblio.unaj.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=8237&query_desc=

Moreno, E., Santolin, C., & López, R. (2022). Una enfermedad de antaño, muy presente en la actualidad. Tuberculosis en Florencio Varela. En Jornadas del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela.

Observatorio del Conurbano de la UNGS. (2021). Respuestas municipales frente al COVID-19. Informe 2021. Recuperado de <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/?p=14801>

Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V., Montoya-Rojas, J., & Bautista-Botton, D. (2013). Sistemas y modelos de salud: Su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud (Colombia)*, 12(24), 114-129.

Ortiz, Z., Antonietti, L., Capriati, A., Ramos, S., Romero, M., Mariani, J., Ortiz, F., & Pecheny, M. (2020). Preocupaciones y demandas frente a COVID-19: Encuesta al personal de salud. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(Supl. 3), 16- 24. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-7680202000050003&lng=es&tlng=es

Ortiz Ruiz, F. (2023). Care and social support networks: An exploration of theoretical and methodological approaches. En A. Antonyuk & N. Basov (Eds.), *Networks in the Global World VI. NetGloW 2022* (Vol. 663). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29408-2_13

Parente, D. (2016). Los artefactos en cuanto posibilitadores de acción: Problemas en torno a la noción de agencia material en el debate contemporáneo. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*, 16 (33), 139- 168. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/288915635_Agency_biography_and_objects

Pereyra, M. (2009). Esquema FODA discutido entre los nodos de la Red de Pediatría. En Jornadas Internacionales de Economía de la Salud organizada por AES (Asociación de Economía de la Salud), Buenos Aires, Argentina.

Pereyra, M., Barbis, E., Castro, M., Graziano, A., Favero, E., Fontana, S., Valiente, E., Borturo, M., & Scaramutti, M. I. (2019). Redes de atención en salud: Alcances territoriales y colaboración institucional en el seguimiento de pacientes pediátricos en la Red del Sudeste Bonaerense. *Revista del Hospital El Cruce*, 24, 1-7. <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/878>

Pereyra, M., Barbis, E., Ugarte del Campo, F., Valiente, E., Santolin, C., Pascale, R., & Mora Castro, R. (2023). Disparidades en la atención: Un estudio exploratorio sobre la experiencia en pandemia de lxs profesionales en pediatría de la subregión del Sudeste Bonaerense (RS VI). Poster presentado en el Congreso Provincial de Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Mar del Plata, Buenos Aires, abril de 2023.

Pozzio, M., & Testa, D. (2023). “Como estar en una película”: Movilidades laborales en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En K. Ramacciotti (Comp.), *Estudiar, cuidar y reclamar: La enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19* (pp. 127-138). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos.

Quiroga, R., Gastellu, S., Fernández, B., Ottaviani, R., Zuccoli, J. R., Vallecorsa, P. D., Aliaga, J., Barberia, L. (2024). The impact of COVID-19 childhood and adolescent vaccination on mortality in Argentina. *Vaccine*. ISSN 0264- 410X. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.06.005>.

Rajan, S., Ricciardi, W., & McKee, M. (2020). The SDGs and health systems: The last step on the long and unfinished journey to universal health care? *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_1), i28– i31. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa035>

Ramacciotti, K., Guerrero, G., & Gilligan, C. (2023). El aislamiento comunitario en Villa Itatí y Villa Azul. En K. Ramacciotti (Comp.), *Estudiar, cuidar y reclamar: La enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19* (pp. 205-220). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos.

Reynoso, C. (2011). *Redes sociales y complejidad: Modelos interdisciplinarios en la gestión sostenible de la sociedad y la cultura*. Colección: COMPLEJIDAD HUMANA. Editorial SD. Buenos Aires.

Russel, B. H. (1995). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Altamira Press. Estados Unidos.

Rofman, A. (2021). *Gestionar en la emergencia: Respuestas de los gobiernos municipales frente a COVID-19*. Observatorio del Conurbano, Universidad Nacional General Sarmiento. Recuperado de <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/513-Respuestas-municipales-frente-al-COVID-19-2020.pdf>

Rovere, M. (2004). *La investigación en el campo de la Salud Pública; extendiendo su uso y diversificando sus perspectivas*. OPS. Red de Posgrados en Salud Pública. p.159-189.

(1999) *Redes en salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Salgado, P. (2023). “Población y Muestra: Parámetros y Estadísticos”. *Apuntes de Epidemiología, material de cátedra*. Centro Redes: Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior, Centro Asociado CONICET. Inédito.

Sánchez Torres, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82- 89. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/html/>

Santolin, C., Barbis, E., Molina, J., Chaile, B., Matkovic, L., & Mora Castro, R. (2023). Análisis de experiencias de acceso a la salud pública de las infancias durante la pandemia en la sub-región Sudeste de la RS VI (Prov. Buenos Aires). En el 1° *Congreso Internacional de la Asociación Argentina de Salud Pública. Una Salud para una Argentina con Equidad*. Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP), Centro de Convenciones Palais Rouge, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mayo de 2023.

Santolin, C., Caballero, L., Magallanes, D., Moreno, E., & Ramos, R. (2023). COVID-19 y Salud Mental en la población infantil. En *Pediatría en Red* (Vol. 5, pp. 515-516). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: La Plata.

Scaglia, M. C., Calcagno, F., Konfino, J., Percovich, N., Osella, N., Baigorria, N., Saraceno, M., Turkenich, M., & De Zavalía, D. (2024). Construyendo salud comunitaria a partir de una experiencia de participación social en salud. En *Actas de las 3^{er} Jornadas de Investigación de la Universidad Nacional Arturo Jauretche: Investigaciones interdisciplinarias en el territorio en el actual contexto*. Florencio Varela, Buenos Aires.

Silberman, M., Yacobitt, A., Otero, L., Doldan Arruabarrena, V., Arano, J., Lage, S., ... Kochen, S. (2021). La región sudeste del Gran Buenos Aires frente a la pandemia: evaluación de la ampliación del sistema de salud en el marco de la COVID-19. *Revista Argentina De Salud Pública*, 13, e19. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/523>

Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 423– 441. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>

Sociedad Argentina de Pediatría. (2023). *Carta a los candidatos a la Presidencia de la República Argentina*. Recuperado de [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_carta-a-los-candidatos-a-la-presidencia-de-la-republica-argentina_1695739389.pdf]

Sosa, G. (2023). *El hilo rojo de la pandemia*. Editorial Homo Sapiens. Rosario, Argentina.

Sy, A., Alonso, V., Lorenzetti, M., Burijovich, J., Zóttola, L., Suarez, M. E., Ojeda, E., Stival, M., & Drovetta, R. (2023). Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID-19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública. En Peirano et al. (Comp.), *PISAC COVID-19: La sociedad argentina en la postpandemia. Tomo III: Salud y Género. Educación* (pp. [Page Numbers]). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Agencia de I+D+d. ISBN 978-987-813-457-4. Disponible en <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/244906/1/PISAC-COVID-19-III.pdf>

Torres Sánchez, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82- 89. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/rmimss/55-1/RMIMSS-55-1-09.pdf>

UNICEF & Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Decálogo de los derechos del prematuro UNICEF* (3ª ed.). Buenos Aires, Argentina: UNICEF. ISBN 978-92-806-4650-4. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/386/file/Dec%C3%A1logo%20del%20prematuro.pdf>

UNICEF. (2021). *Impacto de la pandemia en la educación de niños/niñas y adolescentes: Encuesta de percepción y actitudes de la población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Cuarta ronda. Informe Sectorial Educación. Primera edición.* Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/13346/file>

Vilaca Mendez, E. (2013). *Las redes de atención de salud*. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Vilar, S. (1997). *La nueva racionalidad: Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios* (pp. 29-35). Barcelona: Ediciones Kairos.

Vindrola-Padros, C., Brage, E., & Johnson, G. (2021). Rapid, responsive, and relevant? A systematic review of rapid evaluations in health care. *American Journal of Evaluation*.

Vu, D.; Lomi, A.; Mascia, D. y F. Pallotti (2017). "Relational event models for longitudinal network data with an application to interhospital patient transfers". *Statistics in Medicine*, 36 (14) 2265 – 2287.

Wellman, B., & Frank, K. (2001). Network capital in a multilevel world. En N. Lin, R. S. Burt, & K. Cook (Eds.), *Social capital* (pp. [Page Numbers]). Aldine De Gruyter.

Wasserman, S. y K. Faust (2018). *Social Networks Analysis: Methods and applications*. New York: Cambridge University Press.

Yacobitti, A., Otero, L. J., Doldan Arruabarrena, V. S., Arano, J., Lage, S., Silberman, M., Zubieta, M., Erbetta, I., Danei, P., Baeck, G., Vallejos, V., Cavalli, F., Calderón, N., Di Gregorio, M., Hernández, V., Bruno, D., Roderia, B., Parisi, D., Macherett, I., Gallastegui, M., Paz, A., Bernardi, R., Azcárate, S., Hraste, A., Caridi, I., Boechi, L., & Kochen, S. (2021). Población hospitalizada con diagnóstico de COVID-19 en los centros de salud públicos de la región sudeste del Gran Buenos Aires. *Revista de la Facultad de*

Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, 78(1), 17-24.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n1.31146>

Documentación de organismos de gobierno y Legislación

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) Disposición 705 / 2005. Requisitos para la inscripción de vacunas. Presentación de la documentación técnica.

Departamento de Estadísticas Vitales y Demográficas - Dirección de Estadística e Información en Salud (DEISBA) - Dirección Provincial de Estadística y Salud Digital (DPEYSD) - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2023). *Mortalidad materno- infantil*. Recuperable en https://tablerodis.ms.gba.gov.ar/dashboard.php?q=mortalidad_materno_infantil

Dirección Provincial de Hospitales. (2020). *Distribución del personal de salud provincial confirmado acumulado por hospital según estado*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Hospitales (DPH). Disponible al 20 de junio de 2024 en XXXXX

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2012). “Módulo de Capacitación para el personal de enfermería. Infecciones respiratorias bajas”. Recuperado el 03/04/2024 en <https://bancos.salud.gob.ar/recursos/infecciones-respiratorias-bajas-modulo-de-capacitacion-para-el-personal-de-enfermeria>

Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). II informe sobre el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en las coberturas nacionales de vacunación de Argentina. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ii-informe-sobre-el-impacto-de-la-pandemia-por-sars-cov-2-en-las-coberturas-nacionales-de>

Instituto del Cálculo de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires (2021). Informe sobre el Impacto de la presencialidad escolar en los casos confirmados de COVID- 19. Recuperado de [https://ic.fcen.uba.ar/uploads/files/Resumen%20-%20Informe%20sobre%20el%20Impacto%20de%20la%20presencialidad%20escolar%20en%20los%20casos%20confirmados%20de%20COVID-19%20\(1\).pdf](https://ic.fcen.uba.ar/uploads/files/Resumen%20-%20Informe%20sobre%20el%20Impacto%20de%20la%20presencialidad%20escolar%20en%20los%20casos%20confirmados%20de%20COVID-19%20(1).pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2024). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos. Fecundidad. Edición ampliada*. Mayo de 2024. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 (Censo 2022). Resultados definitivos*. Recuperado de https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos/

Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Resolución 641/2012 Directriz de organización y funcionamiento de los servicios de

cuidados neonatales. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-641-2012-197943>

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Organización del seguimiento de prematuros de alto riesgo*. Informe. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/organizacion-del-seguimiento-de-prematuros-de-riesgo>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Recomendaciones para atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19*. abril 2020. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-atencion-de-casos-sospechosos-y-confirmados-de-covid-19>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Recomendaciones para atención domiciliaria de casos sospechosos o confirmados de COVID-19*. Abril 2020. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-atencion-domiciliaria-de-casos-sospechosos-o-confirmados-de-covid-19>

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Monitor Público de Vacunación al 11/12/2023: Aplicaciones de vacuna contra la COVID-19 en Argentina*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Programa DETECTAR*. Accedido en septiembre de 2020. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-presidente-y-el-ministro-de-salud-lanzaron-el-detectar-federal>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Resolución Ministerial 2883/2020: Plan Estratégico para la Vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina.*

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Decreto 747/2020. Programa De Protección Al Personal De Salud Ante La Pandemia De Coronavirus Covid- 19. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235055/20200917>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). Creación del Fondo de Asistencia Municipal para la Atención No Hospitalaria de Pacientes con COVID-19. Decreto 495/2020. Recuperado de <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/decreto/2020/495/213042>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Recomendaciones para la reorganización y expansión de los servicios hospitalarios en respuesta a la COVID-19.* Recuperado de <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/actualizacion-protocolo-covid-19-marzo-2020>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Recomendaciones para la atención de personas con antecedentes de COVID-19 y sintomatología de COVID-19 persistente. Atención integral a pacientes con condiciones post-COVID-19.* Recuperado de <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/docs/RECOMENDACIONES-PARA-LA-ATENCION-DE-USUARIOS-CON-ANTECEDENTES-DE-COVID-19.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Análisis de situación de Salud en la Población de la Provincia de Buenos Aires*. Recuperado de https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/informes_de_gestion/an%C3%A1lisis_de_situaci%C3%B3n_de_salud_en_la_poblaci%C3%B3n_de_la_provincia_de

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2024). *Red de atención y derivación de COVID-19*. Portal web disponible en <https://carto.arba.gov.ar/cartoArba/covid-19> (Accedido el 11 de marzo de 2024).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2021). Resolución 629/2021 aprobar el plan público, gratuito y optativo de vacunación contra el coronavirus en la provincia de buenos aires “Buenos Aires Vacunate”. Recuperado de <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/resolucion/2021/629/228845>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2024). *Sala de situación del Ministerio de Salud COVID-19*. Recuperado el 10 de febrero de 2024, de <https://portal-coronavirus.gba.gov.ar/sala-de-situacion>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2024). *Reglamento del Programa de Becas de Capacitación “Programa Pre-Residencias” DISPO-2024-45-GDEBA-DFYEPMSALGP*. Recuperado de <https://portal-coronavirus.gba.gov.ar/docs/RECOMENDACIONES-PARA-LA-ATENCION-DE-USUARIOS-CON-ANTECEDENTES-DE-COVID-19.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2024). *Seguimos Cuidándote: Programa provincial de atención a personas que atravesaron COVID*. Recuperado el 15 de enero de 2024, de <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/docs/RECOMENDACIONES-PARA-LA-ATENCION%CC%81N-DE-USUARIOS-CON-ANTECEDENTES-DE-COVID-19.pdf>

Municipalidad de Berazategui. (2023). *Boletín Oficial N° 120. Secretaría de Gobierno, Año 23 - Nro. 120 - Marzo de 2023*. Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <https://berazategui.gob.ar/descargas/boletin/boletin-120.pdf>

Municipio de Florencio Varela. (s.f.). *Salud*. Recuperado de <https://www.varela.gov.ar/salud/>

Municipalidad de Quilmes. (s.f.). *Salud*. Recuperado el 11 de enero de 2024, de <https://www.quilmes.gov.ar/ciudad/salud.php>

Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). (2020). *Recomendaciones para la reorganización y expansión de los servicios hospitalarios en respuesta a la COVID- 19*. Recuperado de https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_comienza_el_estudio_de_factibilidad_estructural_en_el_%E2%80%9Cmel%C3%A9ndez

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Social determinants of health*. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (4ª ed.). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Recuperado de https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Redes integradas en servicios de salud: La renovación de la atención primaria en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Programa Médicos Comunitarios. (2010). *Programa Médicos Comunitarios*. Ministerio de Salud de la Nación. ISBN: 978-950-380-037-9.

Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud (RUPES) (2024). Información, estadística y salud digital. Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/establecimientos/>

Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) (2024). Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución Ministerial 1070/09. Recuperado de https://sisa.ms.gov.ar/sisadoc/index.jsp?id=refes_home

Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) (2024). Secretaría de Desarrollo Territorial, Hábitat y Vivienda. Ministerio de Economía de la Nación. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/capital-humano/familia/integracion-sociourbana/renabap/observatorio-de-barrios-populares>

UNAJ - Universidad Nacional Arturo Jauretche. (s.f.). Anexo A: Estado de situación de salud de la región. Recuperado el 11 de julio de 2024, de <https://redes.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2016/11/Anexo-A-Estado-de-Situacion-de-Salud-de-la-Region.pdf>

Normativa

Argentina. Presidencia de la Nación. (2008). Decreto de necesidad y urgencia N° 621/2008: Consejo Nacional De Coordinación De Políticas Sociales. Boletín oficial N° 31.384. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-621-2008-139544/texto>

Argentina. Presidencia de la Nación. (2020). *Decreto de necesidad y urgencia N° 297/2020: Aislamiento social, preventivo y obligatorio*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dnu_297_2020.pdf

Argentina. Presidencia de la Nación. (2020). *Decreto de necesidad y urgencia N° 875/2020: Distanciamiento social preventivo y obligatorio*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dnu_875_2020.pdf

Argentina. Presidencia de la Nación. (2021). *Decreto de necesidad y urgencia N° 235/2021: Medidas generales de prevención*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dnu_235_2021.pdf

Argentina. Presidencia de la Nación. (2020). *Decreto Nacional de Urgencia 7721/2020: Programa de fortalecimiento de la prevención y seguimiento frente al COVID-19*.

Argentina. Departamento de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2006.). Decreto 3.377 de aprobación de la reglamentación de la Ley N° 7.016 (1992)

Ley Nacional N° 26.529/09. Congreso de la Nación Argentina. (2009). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Ley Nacional N° 25.326/00. Congreso de la Nación Argentina. (2000). *Principios generales relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales*. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/pdfs/arg_ley25326.pdf

Ley Nacional N° 26.061/2005. Congreso de la Nación Argentina. (2005). *Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Recuperado de http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_ni_os.pdf

Ley Nacional N.º 26.061. Congreso de la Nación Argentina. (2005). *Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Recuperado de http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_ni_os.pdf

Ley Nacional N.º 25.326/00: Protección de Datos Personales. (2000). Principios generales relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales. Disponible en https://www.oas.org/juridico/pdfs/arg_ley25326.pdf

Ley Nacional N.º 27.573/20. Congreso de la Nación Argentina. (2020). Ley de vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el covid- 19. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236986/20201106>

Ley Provincial N.º 6.647 de la Provincia de Buenos Aires. (1961). Decreto / Ley de Regionalización Sanitaria.

Ley Provincial N.º 7.016/90 de la Provincia de Buenos Aires. (1992). *Ley de Regionalización Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires*. Recuperado de <https://normas.gba.gob.ar/documentos/0QZ9Dc4x.html>

Ley Provincial N.º 11.044/90: Obras Sociales y Privadas. (1990). Investigación en salud. Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Menores o personas discapacitadas mentales. Reglamentación de la ley 11.044 - DECRETO 3385/2008. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/dis/wp-content/upload>

s/sites/11/2016/06/Ley11044-Prov-Bs-As.pdf y <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php>

Ley Provincial N° 13.298 de la Provincia de Buenos Aires. (2005). Ley de la Promoción Y Protección Integral De Los Derechos De Los Niños. Recuperado de https://www.mpba.gov.ar/files/documents/ley_13298-05.pdf

Ley Provincial N° 14.931 de la Provincia de Buenos Aires. (2017). Ley de Creación del Sistema y/o Red de Seguimiento de Recién Nacidos Prematuros de Alto Riesgo". Recuperado de <https://normas.gba.gov.ar/documentos/BjY9OTyx.html>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Análisis de la situación de salud en la población de la Provincia de Buenos Aires*. Accedido en diciembre de 2023. Disponible en <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2022/07/INFORME-ASIS-PBA-baja-resolucion.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). Decreto N° 7721/2020. Programa de fortalecimiento de la prevención y seguimiento frente al COVID-19". CETEC.

Pautas CIOMS 2016 para el Manejo y Confidencialidad de Datos Sensibles de Salud: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2016). *Pautas CIOMS para el Manejo y Confidencialidad de Datos Sensibles de Salud*. Recuperado de https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Noticias periodísticas

CICOP. (2021). Lxs trabajadorxs del Hospital Onativia homenajearon al Dr. Daniel Marconetto. Recuperado de <https://cicop.org.ar/seccionales-provinciales/hospital-onativia-seccionales-provinciales/lxs-trabajadorxs-del-hospital-onativia-homenajearon-al-dr-danielmarconetto/>

Clarín. (2020). Brown: 28 nuevos consultorios para aliviar hospitales con atención ambulatoria. Recuperado de https://www.clarin.com/zonales/brown-salidas-28-nuevos-consultorios-alivia-hospitales-atencion-ambulatoria_0_GsUaKkIHK.html

Clarín. (2023). Funcionan de nuevo los servicios más importantes del hospital del conurbano. Recuperado de https://www.clarin.com/zonales/funcionan-vez-servicios-importante-hospital-conurbano_0_nMy0oETue3.html

Dataconurbano. (16 de mayo de 2020). Cascallares y Arroyo recorrieron un centro de aislamiento y un hospital modular en Don Orión. Recuperado de <https://dataconurbano.net/municipio/almirantebrown/cascallares-y-arroyo-recorrieron-un-centro-de-aislamiento-y-un-hospital-modular-en-don-orion/>

De Brown (2020). El Instituto N° 41. Nuevo centro de internación extrahospitalario. Recuperado de <https://www.debrown.com.ar/el-instituto-n41-nuevo-centro-de-internacion-extrahospitalario/>

De Brown. (2023). Evacuaron parte del hospital Meléndez: ¿qué pasó? Recuperado de <https://www.debrown.com.ar/evacuaron-parte-del-hospital-melendez-que-paso/>

El Diario Sur. (2023). Terminaron las obras en el hospital Lucio Meléndez de Adrogué: ya funcionan todos los servicios y las guardias. Recuperado de <https://www.eldiariosur.com/altebrown/2023/10/17/terminaron-las-obras-en-el-hospital-lucio-melendez-de-adrogué-ya-funcionan-todos-los-serviciosylasguardias-63444.html>

El Diario Sur. (2023). Terminaron las obras en el hospital Lucio Meléndez de Adrogué: ya funcionan todos los servicios y las guardias. Recuperado de <https://www.eldiariosur.com/altebrown/2023/10/17/terminaron-las-obras-en-el-hospital-lucio-melendez-de-adrogué-ya-funcionan-todos-los-serviciosylasguardias-63444.html>

El Día. (2020, 10 de agosto). Llegó al país otro buque chino con insumos para hospitales. El Día. Recuperado de <https://www.eldia.com/nota/2020-8-10-20-7-0-llego-al-pais-otro-buque-chino-con-insumos-para-hospitales-informacion-general>

Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA). (n.d.). Portal de FESPROSA. Recuperado de <https://fesprosa.org.ar/portal/>

Gobierno de Almirante Brown. (2020). Recuperado de <https://www.almirantebrown.gov.ar/noticias/leer/1533>

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020). Asistencia COVID. Recuperado de <https://www.asistenciacovid.gba.gob.ar>

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020). Gestión COVID. Recuperado de <https://www.gestioncovid.gba.gob.ar>

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2023). La provincia comienza el estudio de factibilidad estructural en el “Meléndez”. Recuperado de https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_comienza_el_estudio_de_factibilidad_estructural_en_el_%E2%80%9Cmel%C3%A9ndez

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (MSAL PBA). (2023). Comunicado de prensa: la provincia comienza el estudio de factibilidad estructural en el “Meléndez”. Recuperado de https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_comienza_el_estudio_de_factibilidad_estructural_en_el_%E2%80%9Cmel%C3%A9ndez

Hospital El Cruce. (2009). Con una importante participación se realizó las 2 Jornadas Científicas de Red Integrada Pediátrica (Red Pediátrica Sudeste - Región Metropolitana - SAP). Recuperado de <https://www.hospitalelcruce.org/index.php/noticias/4367-con-una-importante-participacion-se-realizo-las-2-jornadas-cientificas-de-red-integrada-pediatrica-red-pediatrica-sudeste-region-metropolitana-sap>

InfoRegión. (2023). Derrumbe en el hospital Meléndez: las guardias fueron trasladadas. Recuperado de <https://www.inforegion.com.ar/2023/06/14/derrumbe-hospital-melendez-guardias-traslado-pacientes/>

InfoRegión. (2020, 19 de octubre). Falleció otro trabajador del Onativia por COVID- 19. Recuperado de <https://www.inforegion.com.ar/2020/10/19/fallecio-otro-trabajador-del-onativia-por-covid-19/>

Inforegión. (2020). Fallecen dos trabajadores de la salud de Brown por COVID- 19. Recuperado de <https://www.laizquierdadiario.com/Fallecen-dos-trabajadores-de-la-salud-de-Brown-por-covid-19>

La Izquierda Diario. (2020). Fallecen dos trabajadores de la salud de Brown por COVID-19. Recuperado de <https://www.laizquierdadiario.com/Fallecen-dos-trabajadores-de-la-salud-de-Brown-por-covid-19>

Municipalidad de Quilmes. (2021). Desarrollo de la salud en Quilmes. Recuperado el 11 de enero de 2024, de https://quilmes.gov.ar/noticias/noticia.php?id_noti=3572

NuevaBA. (2021). Salud mental y pandemia en la Provincia: El abordaje de un profundo dolor colectivo. Recuperado de <https://www.nuevaba.com.ar/notas/202106/16227-salud-mental-y-pandemia-en-la-provincia-el-abordaje-de-un-profundo-dolor-colectivo.html>

Política del Sur. (2020). Ministro Arroyo visitó Don Orión y recorrió el centro de aislamiento junto a Cascallares. Recuperado de <https://politicadelsur.com/nota/59572/ministro-arroyo-visito-don-orione-y-recorrio-centro-de-aislamiento-junto-a-cascallares/>

Prevent Epidemics. (2020). Recuperado de <https://preventepidemics.org>

Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). (2024). En la UNAJ comenzaron las tareas de detección y seguimiento de casos de COVID-19. Recuperado de <https://www.unaj.edu.ar/en-la-unaj-comenzaron-las-tareas-de-deteccion-y-seguimiento-de-casos-de-covid-19/>

Tabla de figuras

Figura 1. Distribución espacial de efectores públicos dentro de la Región Sanitaria VI (Hospitales y Unidades de Pronta Atención)	15
Figura 2. Casos confirmados y fallecidos desde el 01/03/2020 hasta el 31/12/2023.	28
Figura 3. Ubicación geográfica del municipio de F. Varela y ubicación espacial de los centros públicos de salud en el municipio	76
Figura 4. Entrada principal del Hospital Mi Pueblo	78
Figura 5. Entrada principal del Hospital El Cruce.....	79
Figura 6. Taller de RCP. Equipos de salud y SIES. Florencio Varela.....	84
Figura 7. Inauguración del Centro veterinario municipal	87
Figura 8. Mapa del Municipio de Quilmes con la ubicación de los efectores de salud públicos del primer y segundo nivel de atención	93
Figura 9. Frente del Hospital, próximo al ingreso de guardia de Pediatría, por Allison Bell	94
Figura 10. Frente de la entrada de la guardia general por Humberto Primo.....	95
Figura 11. Frente de la entrada de la guardia.....	100

Figura 12. Información distribuida en el H. Iriarte para organizar la atención en el espacio de hisopados a pacientes adultos con sospecha de infección por COVID-19, en enero de 2022.....	106
Figura 13. Hospital Modular en el predio del estacionamiento	107
Figura 14. Edificio de la Planta de Oxígeno en el predio del estacionamiento	108
Figura 15. Ubicación geográfica del municipio de Berazategui y distribución espacial de los efectores públicos de salud.	116
Figura 16. Afiche colocado en todos los Centros de Salud y diferentes lugares públicos	117
Figura 17. Centro de Salud Sábatto	118
Figura 18. Centro Odontológico Municipal.....	119
Figura 19. Centro de Salud Mental Municipal.	120
Figura 20. Centro Oftalmológico Municipal.	121
Figura 21. Clínica Veterinaria Municipal	121
Figura 22. Centro de Rehabilitación Deportiva Municipal.....	122
Figura 23. CIPAV.....	123
Figura 24. Centro de Salud N°8.....	124
Figura 25. Sedronar: atención y acompañamiento a personas con consumos problemáticos	125
Figura 26. Frente del Hospital Evita Pueblo de Berazategui. ...	126

Figura 27. Frente de la Unidad de Pronto Atención N° 10, Hudson, Berazategui.....	126
Figura 28. Centros de atención dentro del Municipio de Berazategui donde se realiza la actividad del Programa de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo.....	135
Figura 29. Ubicación geográfica de los efectores de salud públicos del municipio de Almirante Brown.	144
Figura 30. Entrada del Htal. L. Meléndez (Adrogué).....	145
Figura 31. Entrada principal del Hospital Dr. Oñativia.....	146
Figura 32. Entrada al predio del Hospital Dr. Jorge (Burzaco), Almirante Brown.....	148
Figura 33. Distribución mensual de derivaciones pediátricas en efectores de la Subregión sudeste	164
Tabla 4. Distribución espacial de la ubicación de efectores sanitarios que derivan a aquellos ubicados en la subregión sudeste.	166
Figura 34. Distribución de derivaciones pediátricas según ubicación del efector de referencia.....	168
Figura 35. Distribución de derivaciones de contrerreferencia por ubicación geográfica del efector de recepción	170
Figura 36. Distribución porcentual de las derivaciones pediátricas de acuerdo al tipo de patología registrada en el diagnóstico	171
Tabla 5. Distribución por efector de 2 y 3 nivel de atención de la Red Pediátrica.	172

Tabla 6. Distribución anual para el período 2018 – 2021 y el promedio de las características estructurales de los grafos).....	174
Figura 37. Estructura de vínculos entre efectores de salud de derivaciones pediátricas para el año 2018.	177
Figura 38. Estructura de vínculos entre efectores de salud de derivaciones pediátricas para el año 2019	179
Figura 39. Estructura de vínculos entre efectores de salud de derivaciones pediátricas para el año 2020	181
Figura 40. Estructura de vínculos entre efectores de salud de derivaciones pediátricas para el año 2021	182
Figura 41. Grafo agregado con los nodos y vínculos registrados del período 2018 – 2021.	183
Figura 42. Distribución geográfica de pacientes y efectores dentro de los municipios de la subregión sudeste.	188
Tabla 7. Distribución porcentual de pacientes por tipo de patología y ubicación geográfica de residencia en base a un conjunto de información de muestra para testear la metodología de trabajo.	189
Figura 43. Definición de caso al 20 de mayo de 2020.....	199
Figura 44. Estrategias sugeridas para responder a la emergencia sanitaria por COVID-19.....	202
Figura 45. Definición de fases de la emergencia sanitaria por COVID-19 y la administración social del aislamiento, a través de la habilitación de actividades y conductas frente al contacto con otros.	203

Figura 46. Relación camas críticas/10.000 habitantes conurbano.	205
Figura 47. Imágenes del barco en el que se transportaba insumos de protección y atención a raíz de la demanda en el contexto de pandemia.	213
Figura 48. Protocolo de utilización de EPP. Secuencia de colocación del EPP.....	215
Figura 49. Protocolo de utilización de EPP. Secuencia de Retiro del EPP.....	215
Figura 50. Flujograma Equipos de salud.....	216
Figura 51. Flujograma caso probable o sospechoso. Criterios de seguimiento o asistencia telefónica.	217
Figura 52. Reporte Fundación Trauma sobre personal capacitado en las primeras 6 semanas del Curso Pares..	219
Figura 53. Recomendaciones para la asistencia telefónica en contexto de pandemia.....	221
Figura 54. Imágenes de los espacios de labor del CETEC de la UNGS y de la UNAJ en octubre de 2020	222
Figura 55. Respuestas municipales en F. Varela.	227
Figura 56. Respuestas municipales en Berazategui..	228
Figura 57. Respuestas municipales en Quilmes.....	228
Figura 58. Respuestas municipales en Alte Brown.	229
Figura 59. Fortalezas de Gestión en pandemia. Hospitales subregión Sudeste.....	232

Figura 60. Cantidad de personas testeadas y casos positivos en el barrio Azul/ Itatí entre el 22/05/2020 y 22/06/2020239

Figura 61. Grupos de profesionales de la salud y voluntarios en la organización de la cobertura en Villa Itatí.....240

Figura 62. Vista aérea de UPA y Hospital Modular y lateral de UPA 5.....244

Figura 63. Distribución espacial de los centros de atención primaria de salud, los hospitales de la Red del Sudeste y los centros de aislamiento social, centros de atención extrahospitalaria y los hospitales Modulares de Emergencia instalados en los municipios de la subregión.245

Figura 64. A la izquierda de la imagen, se encuentra Macarena, la primera trabajadora de salud vacunada en la provincia. A la derecha de la imagen, se observa al Director Ejecutivo del Hospital Isidoro Iriarte con el primer envase de vacuna Sputnik V.....248

Figura 65. Red de asistencia y derivación pública de COVID-19. Mapa de la región con ubicación de efectores y los centros de referencia para la derivación de casos COVID-19 para su tratamiento..251

Figura 66. Referencias del mapa de la Figura 65251

Figura 67. Sede del “Vacunate PBA” en el Hall de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.255

Figura 68. Cantidad de dosis aplicadas según municipio de la sub-región sudeste.256

Figura 69. Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Provisiones de Buenos Aires. Visualización georreferenciada de la cantidad de dosis aplicadas en la población residente por municipio.	256
Figura 70. Campañas gráficas municipales.....	257
Figura 71. Campañas gráficas municipales.....	257
Figura 72. Regreso seguro a la escuela.....	262
Figura 73. Construcción propia. (Fuente: Boletín oficial de la Provincia de Buenos Aires, 2020).....	263
Figura 74. Efecto de restricciones nocturnas y escolaridad virtual sobre la evolución de los casos.....	266
Figura 75. Nube de palabras de la respuesta sobre los cuidados individuales que tomaban los/as trabajadores/as de salud al llegar al efector donde trabajaron durante los años de pandemia 2020 - 2021 -2022.....	275
Tabla 8. Descripción de hábitos incorporados en el contexto de pandemia y la frecuencia de realización.....	277
Figura 76. Porcentaje de respuestas elegidas sobre las barreras de acceso a la atención de la salud en pandemia.....	280
Tabla 9. Resultados sobre la opinión de la atención en la post- pandemia, en función del nivel de atención del efector en el que trabaja en la subregión.....	282
Figura 77. Aspectos a mejorar en la Salud Pública.....	283
Figura 78. Gráfico de casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente en la	

PBA, entre la Semana epidemiológica 23/2022 hasta la 47/2023.
.....302

Autores

Elizabeth Barbis

Médica y magíster en salud pública de la UNLP e investigadora UNAJ, Esp. en Obstetricia y Ginecología. Especialista en Comunicación y Salud (UNLP) y diplomada en Comunicación Política (UBA); ex Directora de atención primaria Quilmes; Directora Hospital MI y Coordinadora técnica Ministerio de salud; ex Docente universitaria del internado Anual Obligatorio UBA y Asesora técnica Ministerio Salud Provincia de Buenos Aires y Nación (Programa médicos comunitarios. Ex Secretaría de salud Quilmes. Actual docente JTP en metodología de la investigación UNAJ y JTP de Sociales en Obstetricia/ AD Cátedra salud y medicina comunitaria UNLP; Docente invitada en la Maestría en sistemas de salud (ISALUD) Evaluadora de programas sanitarios y Asesora en la dirección provincial de Hospitales PBA.

Mora Castro

Antropóloga, realizó su formación de Profesorado Universitario, Licenciatura y Doctorado en la FFyL-UBA. Investigadora del CONICET radicada en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ. Sus temas de investigación y docencia abarcan problemáticas de la Antropología Sociocultural y Antropología de la Salud. Coordinadora de la asignatura "Antropología de la Salud" (Universidad Nacional Arturo Jauretche, F. Varela) y es Honorary Lecturer de la MSc Global Public Health en la Queen Mary

University of London. Es Coordinadora Técnica de la Red de Investigación Traslacional en Salud (CONICET). Miembro del Comité de Posdoctorado de la Fac. de Cs. Naturales y Museo de la UNLP. Dirige proyectos de Investigación radicados en el Instituto de Ciencias de la Salud desde 2014, actualmente 4, financiados por UNAJ (Convocatorias 2020 y 2023), CONICET (PIBAA 2021) y la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación (PICT 2020). Ha dirigido becas de grado radicadas en el instituto de las convocatorias BIEI 2022 y CIN 2023.

Marcelo Pereyra

Egresado de la Facultad de Cs. Médicas de la UNLP en 1987. Residente de Pediatría del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata entre 1988 y 1991. Formación en Terapia intensiva Pediátrica en la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI). Médico de Planta del servicio de Terapia Intensiva Pediátrica, área de traslado y evacuación aeromédica del H. de Niños de La Plata desde 1993 hasta 2020. Jefe del servicio de Pediatría del Hospital de Alta Complejidad El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, desde 2007 hasta 2019. Master en Salud Pública cursada en INUS, Facultad de Cs. Médicas UNLP, 2011-2013. Diplomatura en redes de UNAJ año 2019. Coordinador Administrativo del CEMET (Centro de Medicina Traslacional) del Hospital El Cruce desde 2019 hasta 2023.

Diana L. Álvarez

Lic. en Trabajo Social (FTS-UNLP). Participó como autora y expositora en diversos congresos, jornadas y encuentros académicos de la FTS-UNLP y como becaria del concurso ABRAAM SONIS (becas salud investiga 2017). Su desarrollo profesional se ha centrado en la actividad asistencial y de terreno en instituciones hospitalarias principalmente, y secundariamente en el ámbito jurídico, de la seguridad social y educativo. Desde el 2015 a la actualidad forma parte del servicio de gestión de pacientes del Hospital de Alta complejidad El Cruce Néstor C. Kirchner. Su formación profesional se vincula al campo de la salud y políticas sociales. Es maestranda en UNLA-ISCO (proyecto de tesis pendiente).

Brenda Chaile

Estudiante de 6to año de la carrera de Medicina en la UNAJ. Actualmente, es becaria del Consejo Interuniversitario Nacional por el período 2023- 2024.

Lía Matkovic

Egresada de la UNAJ de la Tecnicatura en Información Clínica y Gestión de Pacientes. Actualmente, es estudiante de la carrera de Administración en el ICSyA de la UNAJ.

Julieta Molina

Médica de la UNAJ, actualmente realizando su residencia de pediatría en el Htal. Oñativia. Fue becaria de la UNAJ por el período 2022-2023 para el inicio en investigación.

Pablo Sanhueza

Licenciado en Trabajo Social, egresado de la Facultad de Trabajo Social UNLP en el año 2010. Acompañante Terapéutico del Centro Psico Social Argentino (Universidad CAECE) de CABA en el año 2012. Especialista sobre Abordaje al Autismo Infantil del Centro Psico Social Argentino (Universidad CAECE) de CABA en el año 2012. Residente y Jefe de residentes en salud como Trabajador Social del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias de Florencio Varela del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2011-2015). Licenciado en Trabajo Social del “Sistema de Becas de Formación Profesional en el Campo Gerontológico y de Seguridad Social” en el marco del convenio entre la UNLP y el INSSJP PAMI en el año 2015. Trabajador Social del Hospital El Cruce “Dr. Nestor Carlos Kirchner” desde el año 2016 hasta la actualidad.

Cecilia Mariela Santolin

Médica especialista en Pediatría, Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo en Florencio Varela. Profesora Universitaria. Docente - investigadora del ICS de la UNAJ, directora de sede Curso Superior UBA, Coordinadora PFO medicina UNLP. Ex instructora de Residentes 2013- 2021 (Msal Pcia de BsAs).

Claudia Analía Setien

Médica especialista en pediatría SAP. Profesora universitaria con especialización en docencia en entornos virtuales. Jefa de Unidad de Cuidados Ambulatorios Pediátricos, Hospital Zonal General de

Agudos “Dr. Isidoro Iriarte” en Quilmes. Docente - investigadora del ICS de la UNAJ.

María Isabel Scaramutti

Médica pediatra neonatóloga, especialista en desarrollo infantil trabaja en el área materno infantil del Municipio de Berazategui. Trabaja en consultorio de Seguimiento de alto riesgo desde hace 20 años, fue parte del grupo de Seguimiento de Alto Riesgo de la SAP, del que fue representante por dos periodos en el último período 2008- 2011, miembro del CEFEN 2008-2011. Médica de planta en la Unidad de Neonatología del Htal. Argerich (CABA). Docente universitaria Catedra de Pediatría Htal Argerich – UBA.

Federico Ugarte del Campo

Lic. en Antropología por la UBA. Actualmente se desempeña en el Hospital Provincial Gral. Manuel Belgrano. Miembro investigador de los proyectos del equipo radicados en el ICS de la UNAJ.

Odilia Estela Valiente

Médica generalista y/o de familia, sexóloga clínica, Directora del Programa Materno infantil de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Berazategui desde 2016 y asesora técnica especializada de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles desde 2022. Fue Instructora de la Residencia de Medicina General (2015-2020), Docente de la Diplomatura en Cuidados Domiciliarios de Personas ACNUR-

UNSAM 2020-2021, Especialista en Implementación de Programas Sanitarios Región NEA-DECNT del Ministerio de Salud de la Nación (2012-2016). Hizo la residencia en el Cic 18 y en el Hospital Evita de Berazategui (2007-2010). Candidata a magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social de ISALUD (tesis pendiente). Integrante investigadora de los proyectos del equipo radicados en el ICS de la UNAJ.

Esta compilación presenta los resultados del Grupo de Investigación en Salud Pública y Redes de Atención sobre el análisis de la atención pediátrica en la región sudeste del conurbano bonaerense, al mismo tiempo que relata la experiencia colaborativa de la Red de Pediatría del Sudeste desde 2009 hasta 2020. Este compendio ofrece información y reflexiones que fortalecen nuestros supuestos de trabajo: la evolución de la Red de Pediatría y sus distintas formas de colaboración a lo largo del tiempo han mejorado el abordaje de la atención en salud infantil (que representa el 25% de la población) en una subregión marcada por profundas inequidades en salud.

Asimismo, se analiza la implementación de políticas públicas sanitarias y normativas institucionales que enmarcaron las estrategias para enfrentar la pandemia de COVID19 en los municipios de la subregión (Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown). Se examinan las características de este proceso devastador, que ha dejado consecuencias profundas —algunas aún inexploradas—, poniendo especial atención en las experiencias de los trabajadores y trabajadoras de la salud en los servicios locales y las familias afectadas con casos de niños, niñas y adolescentes en el grupo doméstico. Se describen las estrategias de afrontamiento frente a la pandemia en el contexto de emergencia sanitaria, incluyendo el impacto en el ámbito familiar, las redes de apoyo ante la enfermedad y el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, se resalta la necesidad de profundizar en la investigación sobre los sistemas de salud y se propone reflexionar sobre los resultados obtenidos por el Grupo de Investigación y las proyecciones en las estrategias de salud pública en un sistema sanitario que debe responder en forma permanente a demandas cambiantes. A este respecto, surgen preguntas cruciales: ¿de qué se enferman los niños y niñas en la región? ¿Cuál es la mejor estrategia para facilitar el acceso de las familias a los servicios de salud? ¿Cuáles son las lecciones políticas que deja la sindemia de COVID-19 en la escala municipal y en la asistencia a la población infanto-juvenil en contextos de vulnerabilidad social? ¿Cómo se puede incorporar la experiencia de los trabajadores y trabajadoras de la salud y de las familias vecinas, en la planificación sanitaria tras atravesar la pandemia y el aislamiento social preventivo y obligatorio?



OBRAS
COLECTIVAS
SOBRE RESULTADOS/
AVANCES DE
INVESTIGACIÓN



Secretaría de
**Investigación y
Vinculación Tecnológica**

Dirección de
**Gestión de la
Investigación**