

Niñez y derechos en contexto de pandemia

Mg. Daniel Esteban Manoukian¹

✓ Introducción

En este breve documento intentaremos conectar algunos conceptos que forman parte del núcleo duro de una perspectiva de política sanitaria centrada en el derecho, con fuerte correlación con la realidad del territorio.

Se trata de algunas reflexiones que surgen en el contexto de la pandemia, a más de 100 días del comienzo de sus manifestaciones en Argentina. Rescatamos la necesidad de ampliar la mirada para no sesgarla por concentrarse solo en el Covid-19, propiciando retomar y fortalecer algunas de líneas de acción otrora exitosas, y contribuir a consolidar una organización que emerja de este contexto, con más capacidad instalada y mayor motivación para enfrentar los desafíos actuales y los que vendrán.

Vale advertir que no se trata de un estudio pormenorizado desde el punto de vista epidemiológico, sino que se vale de algunos indicadores como sustento empírico de una postura en favor de sostener la salud como derecho esencial que debe ser de acceso universal.

✓ La tasa de mortalidad infantil como parámetro

La tasa de mortalidad infantil (TMI) se emplea con frecuencia como parámetro para estimar la situación de salud de una población. Como es un indicador para cuyo resultado confluyen múltiples aspectos que hacen al devenir social, político y económico de un pueblo, la TMI refleja de alguna manera el nivel de desarrollo integral alcanzado por una comunidad en un momento dado (Spinelli et al., 2000) (León López et al., 1998). La TMI expresa cuantos de los niños nacidos vivos en un año fallecen antes de cumplir un año de vida.

Durante el presente año 2020, en Neuquén se cumplen **50 años desde el inicio de un "Plan de salud"** que marcó un cambio rotundo en el perfil sanitario de la provincia. La TMI se redujo casi un 95% desde 1970 hasta 2018. De una tasa inicial que indicaba que en Neuquén fallecían antes del año de vida casi 11 niños de cada 100 que nacían vivos (TMI 1970: **108,5 por mil**), la provincia pudo mostrar con orgullo colectivo que la tasa en 2018 llegó a un guarismo histórico del **5,44 por mil**. Expresado de otra manera, la TMI de Neuquén en 2018 fue **20 veces menor** que la de 1970.

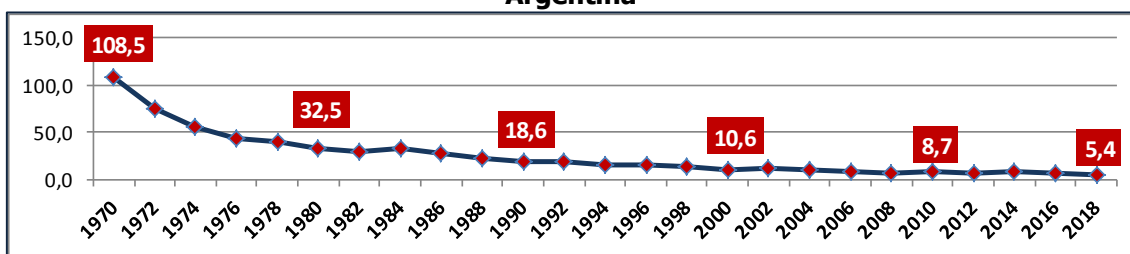
La TMI tiene varios componentes pero los dos más importantes son la tasa de mortalidad neonatal (TMN) que mide los niños fallecidos durante el primer mes de vida

¹ Médico sanitarista. Integrante del Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar (CUESEB – Universidad Nacional del Comahue)

y la tasa de mortalidad postneonatal (TMPN), que mensura los fallecidos entre esa edad y el año.

Si bien ambos componentes responden a un conjunto de factores, hay suficiente evidencia para sostener que mientras que el componente neonatal está más influido por la respuesta del sistema de salud y su capacidad de acompañar a la madre y el niño durante el embarazo, parto y puerperio, el componente post-neonatal está muy condicionado a las condiciones y calidad de vida de las familias. Dicho de otra manera y a riesgo de simplificar la explicación, podemos sostener que los esfuerzos orientados a mejorar la calidad de atención hospitalaria se traducen en reducción de la TMN y las conquistas de la sociedad en términos de mejorar la calidad de vida, considerando para ello el trabajo, la educación, la vivienda y la alimentación del grupo familiar, impacta positivamente reduciendo la TMPN (Laspina Arellano, N. et al., 2016).

Gráfico N° 1
Tasa de Mortalidad infantil en años pares desde 1970 hasta 2018, Neuquén, Argentina



Fuente: Dirección general de Información Sanitaria, Subsecretaría de Salud de Neuquén.

Unos pocos comentarios que surgen del Gráfico N° 1 y de la Tabla N° 1.

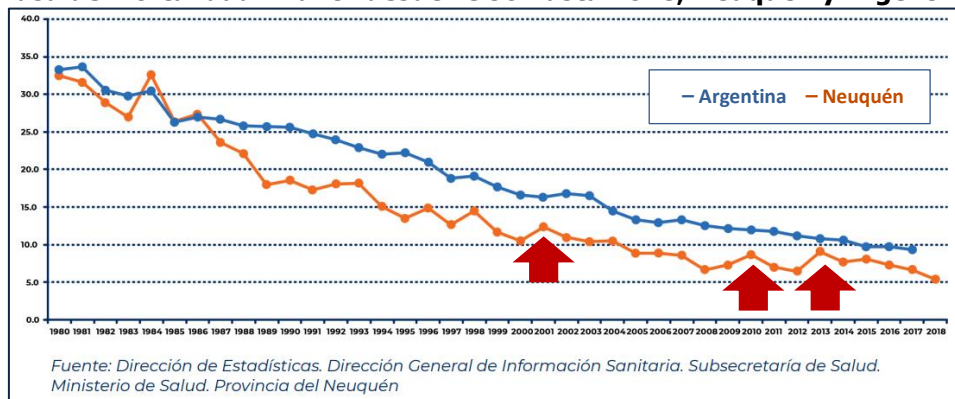
1. Descenso brusco de la TMI en los primeros 10 años (**70%**, del 108,5 por mil iniciales, al 32,5 en 1980). Resulta notoria la reducción más importante en el componente postneonatal (78,5% contra el 57,3% del neonatal). En 1975 por primera vez la TMI de Neuquén pasó a ser inferior al del promedio nacional.
2. Segundo escalón importante se evidencia en la segunda década del plan de salud con una reducción del **42,8%**, bajando desde el 32,5 por mil a 18,6 por mil en 1990. En este período con una reducción pareja de ambos componentes.
3. Tercer escalón significativo de descenso en la tercera década, con una reducción del 43% en la TMI. En este período vuelve a ser proporcionalmente más importante la reducción de la TMPN, estableciendo una tendencia que se sostiene hasta la actualidad.
4. A partir de 2000 desciende la TMI con una pendiente más suave y con algunas ondulaciones provocadas por algunos leves incrementos que alteran la curva (2001: 12,6; 2010: 8,7; 2013: 9,3 por mil), (ver gráfico N° 2) (Ministerio de Salud de Neuquén, 2019).

Tabla N° 1
Evolución de la tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en años pares, Neuquén, 1970 – 2018

Año	TMI	% reducción	TMN	% reducción	TMPN	% reducción
1970	108,5		43,3		62,5	
1972	74,3		36,0		38,3	
1974	56,5		23,5		33,0	
1976	44,0		24,0		19,9	
1978	39,9		23,0		16,9	
1980	32,5	70,0%	18,5	57,3%	14,0	77,6%
1982	28,9		16,3		12,6	
1984	32,6		18,4		14,2	
1986	27,4		17,9		9,5	
1988	22,1		14,2		8,0	
1990	18,6	42,8%	10,5	43,2%	8,1	42,1%
1992	18,1		10,8		7,3	
1994	15,6		10,3		5,2	
1996	15,1		9,3		5,8	
1998	14,4		9,0		5,2	
2000	10,6	43,0%	6,9	34,3%	3,7	54,3%
2002	11,0		7,4		3,6	
2004	10,5		6,2		4,3	
2006	9,0		5,6		3,4	
2008	6,7		4,0		2,7	
2010	8,7	17,9%	6,3	8,7%	2,4	35,1%
2012	6,5		4,5		2,0	
2014	7,7		5,6		2,1	
2016	7,3		5,3		2,1	
2018	5,4	19,4%	3,8	5,0%	1,6	40,7%

Fuente: Dirección general de Información Sanitaria, Subsecretaría de Salud de Neuquén.

Gráfico N° 2
Tasa de Mortalidad infantil desde 1980 hasta 2018, Neuquén y Argentina



La fuerte reducción inicial de la TMI se explica en gran parte por la disminución de los llamados componentes “blandos” de la mortalidad, especialmente fruto de acciones sanitarias dirigidas al control del embarazo, el parto institucional, el cuidado del niño en los primeros dos años de vida y la asistencia alimentaria (Subsecretaría de Salud de Neuquén, 2000).

Estos resultados fueron posibles con escasa o nula participación comunitaria y rasgos paternalistas, pero es evidente que hubo una firme decisión política de propiciar un Estado presente y equipos de salud consecuentes con el objetivo de mejorar la salud colectiva.

Victoria Mazzeo concluye en un estudio publicado en 2017 sobre la tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la Ciudad de Buenos Aires que respecto de la composición de las causas de muerte reducibles o evitables, “en la mortalidad neonatal, prevalecen los factores relacionados con el tratamiento oportuno –sea clínico o clínico y quirúrgico– y con el período perinatal, mientras que, en la mortalidad postneonatal, tienen mayor impacto las relacionadas con la prevención y el tratamiento, es decir con las condiciones ambientales y socioeconómicas sobre la salud del niño (infecciones intestinales, tuberculosis, respiratorias, accidentes y traumatismos)” (Mazzeo, 2017). Es decir, que **no alcanza sólo con optimizar las acciones del sistema de salud, sino que se necesita operar también sobre variables ambientales y socioeconómicas.**

En Neuquén, al mismo tiempo que se implementaron acciones en el ámbito de lo sanitario, **se intervino en otras dimensiones que hacen a la determinación social de la salud**, fundamentalmente aquellas relacionadas con el nivel de empleo y los ingresos familiares, el acceso a la educación y la vivienda, tanto en el ámbito urbano como rural, además de acercar otros servicios esenciales.

Respecto de la favorable evolución de los indicadores de salud materno-infantil, es dable mencionar que especialmente durante las últimas dos décadas del siglo XX y continuando después, la normatización de la atención obstétrica, neonatal y pediátrica; el mejoramiento del cuidado intensivo neonatal; la extensión de planes de vacunación; la evaluación, supervisión y monitoreo de la población bajo programa, así como la focalización de acciones dirigidas a grupos especiales de riesgo; en el marco de un sistema de salud regionalizado, de amplia cobertura y organizado por complejidad creciente, fueron iniciativas alineadas en favor de la construcción de salud colectiva.

Tanto en los momentos iniciales, como a lo largo de la historia sanitaria de Neuquén, el vínculo de confianza que se fue tejiendo entre comunidad y equipos de salud, la captación de situaciones especialmente complejas, el acompañamiento de familias con dificultades y la búsqueda activa de casos, tiene a los **equipos del primer nivel de atención** como protagonistas. No solamente por la presencia, sino mucho más por la actitud frente al desafío constante, se encierra aquí una de las claves de lo que pudo y podrá aportar, el sistema de salud.

✓ **La alta complejidad del primer nivel de atención**

El gobierno nacional argentino, con acompañamiento de los provinciales, **acertó en la decisión de imponer un aislamiento masivo temprano para “aplanar la curva de casos”** y ganar tiempo en aras de fortalecer el sistema de salud, pero no pudo esquivar caer en la trampa de un modelo “hospitalocéntrico” que fue perdiendo la perspectiva que contribuyó en la conquista de logros como el comentado.

Estar bien preparado para enfrentar la pandemia requiere de infraestructura, equipamiento y sobre todo de equipos de personas (enfermería, médicos) para la alta complejidad (unidades de terapia intensiva), pero también, y antes que eso, se necesitan, sólidos y entrenados equipos en los demás niveles de atención.

Una pandemia como ésta no se controla mejor solamente haciendo tests masivos, sino con una conjunción de acciones que implican: **rastrear casos**, hacer las **pruebas suficientes** y disponer el **aislamiento y seguimiento** en forma efectiva de las personas que pueden ser fuente de contagio para otros.

Ese trabajo de búsqueda requiere un **equipo de rastreadores profesionales** y eso es crucial para detectar focos, que si no se bloquean tempranamente, generan una rápida multiplicación en la comunidad. Seguramente preocupa a las autoridades sanitarias contar con esos recursos y probablemente coincidan en que esa vacante difícilmente pueda ser cubierta favorablemente con el concurso de "voluntarios".

Estas acciones claves no se pueden resolver con empresas tercerizadas, o instalando un improvisado "call center" atendido por voluntarios, o con jóvenes reclutados con un contrato precario, o con empleados de otras áreas obligados a reciclarse en medio de la emergencia.

Esa tarea de terreno, que consiste en rastrear las conexiones sociales que pueden haber sido el puente para que una persona contagie a otra, y ella a otra, y así sucesivamente, es una actividad de **alta complejidad** y debe ser llevada a cabo por **especialistas**. Tiene especificidad propia, no son los especialistas que habitualmente identificamos como tales, y que aparecen en los medios ostentando muchos títulos. Son esos expertos que conocen muy bien el territorio, los vínculos y relaciones de la ciudadanía y también sus condiciones de vida. Son los que con más precisión podrían sugerir una u otra forma de aislamiento, para que ésta resulte efectiva a los fines de limitar la diseminación del virus.

Pero son pocos para una labor de muchos. Son los trabajadores del **primer nivel de atención**, que conforman un equipo interdisciplinario con promotores comunitarios barriales o agentes de salud urbanos, trabajadores del área psicosocial, enfermeras comunitarias, médicos y odontólogos, además de personal administrativo. Son los equipos de los centros de salud que deben entrenarse para este tipo de tarea específica y asociarse con otros actores sociales en el territorio que también son constructores de salud colectiva.

El Dr. Carlos Alberto Alvarado, creador del primer "plan de salud rural" en Jujuy en la década de 1960, jerarquizó al **agente sanitario** como pilar esencial del sistema de salud, y sostenía que había que **salir a la búsqueda del problema**, no quedarse a la espera de asistir sus consecuencias. Esa es la base del modelo, que a partir de ese primer escalón, se organiza por complejidad creciente. Caminar y recorrer el barrio debiera ser más habitual, pero de a poco dejó de serlo porque los equipos, al menos en muchos lugares, se fueron metiendo cada vez más puertas adentro de los centros de salud, esperando que las familias vayan llegando a la "salita".

Pero persiste el conocimiento que surge de la praxis, mucho más que de la teoría. Hay memoria y **acaso el secreto es recordar y recuperar prácticas** que fortalecen el vínculo entre el equipo de salud y la comunidad (Manoukian, 2020).

Al analizar esta arista de la pandemia resuenan las palabras cargadas de convicción y pasión, muchas veces repetidas aun a riesgo de impresionar que atrasaran, del Maestro **José Carlos Escudero**. Este gran sanitarista, que supo en muchos momentos contrariar el discurso oficial para sacudir la modorra y ayudar a explorar otros andariveles, reiteradas veces sostuvo que las acciones de salud

consisten básicamente en servicios de personas, de muchas personas, para ayudar a otras personas. La salud, dice Escudero, *"es absolutamente **mano de obra intensiva, participativa, y debe tener una organización territorial** que ahora está surgiendo y que deja experiencias para trabajar una cantidad enorme de problemas adicionales"*.

Fortalecer los equipos del primer nivel de atención en todas las dimensiones y aprovechar estas experiencias, especialmente con el sentido de **salir al encuentro de los problemas**, como refiere Escudero, permitirá encarar muchos otros problemas que inciden en la salud colectiva y que hoy están solo parcialmente visibles.

✓ **No todo es Covid-19 sobre la faz de la tierra**

Las medidas sanitarias de aislamiento masivo y temprano dispuestas por el Poder Ejecutivo Nacional y acompañadas por distintos niveles del Estado y también del mundo privado, sirvieron para "aplanar la curva" de casos de Covid-19. Será difícil calcular exactamente cuántas muertes habrán sido evitadas por esta medida, pero es posible que cuando la pandemia haya pasado puedan hacerse comparaciones en términos de muertes por cada millón de habitantes que mostrarán tasas diferentes en países que adoptaron distintas formas de abordaje de la pandemia.

Esas medidas no son neutras, impactan en la economía y en las configuraciones sociales e intrafamiliares, por lo cual por esta vía también inciden en la salud colectiva. Concomitantemente, el bloqueo de la economía en algunos casos generó externalidades positivas, que se expresan en beneficios para la salud individual y colectiva. **Disminuyeron los incidentes de tránsito y también las consultas e internaciones por accidentes de trabajo.** Eso explica en parte la reducción de los porcentajes de ocupación de camas comunes y de terapia intensiva, **pero esa no es la única explicación para la reducción de uso de recursos** (Manoukian, 2020).

Y es que **el Covid-19 es peligroso hasta cuando no infecta.** En efecto, este fenómeno de ausencia generalizada en los centros de atención médica es considerado por la comunidad científica como un **"efecto colateral"** del nuevo virus.

Tabla N° 2
Algunos indicadores de producción hospitalaria, abril-mayo de 2019 y 2020, Hospital Chos Malal

Indicador	Abreviatura	2019	2020	Variación en número de veces menos
Consultas Hospital Chos Malal abril-mayo	Cons. Htal.	2.093	753	2,8
Consultas Centros de salud Chos Malal abril-mayo	Cons. Ctros. Salud	2.473	1.367	1,8
Egresos Htal. Chos Malal abril-mayo	Egresos Htal.	375	247	1,5
Cirugías realizadas Htal. Chos Malal abril-mayo	Cirugías totales	99	47	2,1
Consultas por guardia Htal. Chos Malal abril-mayo	Consultas guardia	5.424	1.920	2,8

Fuente: Anabella Della Cha, Sector Estadística Hospital Zonal Chos Malal

El Hospital Chos Malal, que es un establecimiento de mediana complejidad y cabecera de la zona norte neuquina, **las consultas programadas y las de guardia producidas en el hospital en el período abril-mayo de este años representan el 36 y 35% respectivamente de las producidas** en igual período de 2019. Las **consultas en centros de salud son casi dos veces menos** mientras que las cirugías totales se redujeron a la mitad en la comparación interanual y los egresos totales disminuyeron un 36%.

Los fallecidos durante la pandemia son muchos más que los esperados de acuerdo a los registros históricos comparando períodos similares. **¿Todas las muertes son por Covid-19?** Por ejemplo el Reino Unido acumulaba hacia fines de mayo 57.000 muertos por encima de su media histórica, un 63% más, de los cuales 16.000 no han sido catalogados por coronavirus (Mohorte, 2020) y una revisión de los datos de mortalidad preliminares de 27 países publicada por la BBC el 20 de junio, muestra que en muchos de esos países la cifra general de defunciones durante la pandemia ha sido superior a la esperado. "Además de las 440.000 muertes por covid-19 registradas en todo el mundo de forma oficial, durante la pandemia han fallecido al menos otras 130.000 personas a nivel global", según concluye una investigación de la BBC (Dale & Stylianou, 2020). En Italia entre el 24 de febrero y el 26 de abril se produjeron aproximadamente 42.900 fallecimientos más que lo habitual, de los cuales 26.644 fueron por Covid-19 y 16.278 ocurrieron por otras causas. Más allá de las diferencias en los registros de fallecimientos por Covid-19, se acumula evidencia en torno del exceso de muertes por otras causas debido a los efectos colaterales de la pandemia y las conductas asumidas por las personas.

Por miedo, por desconocimiento o simplemente porque fueron mal informados o no lograron interpretar bien los mensajes muchas personas con problemas de salud urgentes optan, o se sienten obligadas, a quedarse en sus casas en lugar de acudir al hospital en busca de ayuda. Prefieren sufrir a tomar el riesgo de infectarse de coronavirus en una guardia de hospital. Esperan que los síntomas pasen solos. **En definitiva el miedo que paraliza se impone**, se retrasa la consulta y cuando finalmente llegan a la guardia, muchas veces es tarde. El pico hipertensivo se convirtió en un ACV, el dolor de pecho en infarto evolucionado, la apendicitis en una peritonitis o la situación de violencia intrafamiliar en un femicidio.

¿Cómo desandar este camino?

- **Los hospitales debe estar preparados para atender con seguridad a las personas que consultan por causas distintas al Covid-19.** Para eso debemos disponer de espacios y circulación independiente, que le brinde protección a los usuarios y le transmita confianza.
- **El mensaje debe ser claro, contundente y efectivo** para que la ciudadanía no se demore en consultar ante situaciones urgentes, y sepa que puede contar con el sistema de salud que está preparado para recibirlo sin someterlo a riesgos.
- Es menester **sostener y promocionar todos los programas y líneas de trabajo incluidas en la estrategia de la atención primaria de la salud**, especialmente aquellas cuyo objetivo es la promoción y prevención de la salud. Si abandonamos o relegamos acompañar a las familias en las distintas etapas del ciclo vital se pierden oportunidades que no pueden recuperarse. Solo por citar pocos ejemplos, eso ocurre con el seguimiento de la embarazada, pasa con las consultas de

niños en salud, con el adolescente necesitado de orientación ante situaciones de abuso problemático de sustancias.

- Debemos instrumentar, y/o mejorar, los **dispositivos de acompañamiento a distancia** de pacientes conocidos con problemas de salud de distinto tipo, y también de orientación ante consultas de primera vez, aprovechando la telemedicina.
- Las conducciones sanitarias deberán **monitorizar la evolución de los indicadores de morbimortalidad, pero también de tasas de uso de los distintos servicios** para detectar desvíos inexplicables, para luego obrar en consecuencia.

Si no logramos llegar a la población con este mensaje, las víctimas fatales de la pandemia no serán solo aquellas a las cuales el test le dio positivo, sino que habrá que sumar a las víctimas del miedo como "daños colaterales", que son y deben ser evitables.

✓ **Cuidando a los que cuidan nuestra salud**

Las organizaciones gremiales venían advirtiendo sobre la necesidad de atender esta cuestión, y habían logrado que se reconociera mediante el DECNU 367/2020 que la enfermedad COVID-19 producida por el coronavirus SARS-CoV-2 se considerara presuntivamente una enfermedad de carácter profesional (artículo 1º). Pero, ya se sabe, reconocer un problema de salud como **enfermedad de carácter profesional** es llegar tarde, es haber perdido el valioso espacio de la prevención.

Si no se actúa con celeridad y rigor se corre el riesgo de diezmar a los equipos antes de las instancias decisivas de la pandemia. El personal de salud tiene una doble posibilidad de contagiarse por estar atendiendo enfermos y por no estar alcanzado en la cuarentena y muchas veces ir a trabajar en el transporte público.

Las características de esta pandemia obligan a prestar especial atención a la protección de los trabajadores de salud. Mencionamos algunas de los aspectos que entendemos deben tenerse en cuenta para concentrarnos en particular en el último punto.

1. **Equipos de protección personal (EPP)**. Es el conjunto de elementos que deben estar disponibles para asegurar que el trabajador de salud evite contagiarse del SARS-CoV-2. Para cada función está establecido como se compone ese equipo, camisolín impermeable, barbijos, máscaras faciales, mamelucos, guantes, botas, etc. No solo debe estar prevista la **provisión en cantidad, también la calidad** de esos elementos debe estar garantizada porque la capacidad de filtro de los posibles materiales empleados en su confección no son iguales y algunos se desaconsejan para esta función.

Además es necesario **entrenar al personal** en las técnicas de colocación y retiro de los EPP y los tiempos de recambio de los EPP por ejemplo las horas máximas de uso de los barbijos, todo ello en el marco de un persistente clima a favor de la concientización sobre el riesgo de contagio. Si la epidemia de H1N1 no nos dejó

instalada en la cultura de trabajo el correcto lavado de manos y el uso racional de los EPP, esta debe ser una oportunidad para lograrlo.

2. **Espacios físicos y el distanciamiento social.** El uso de los EPP no alcanza para resguardar a los trabajadores del contagio. Las mismas medidas que auspiciamos para toda la comunidad deben ser atendidas en los hospitales y centros de salud. Entre ellas, evitar la presencia de personas en número tal, que reduzcan la distancia entre las mismas a menos de 2 metros, e intentar, en la medida de lo posible, establecer circulación independiente Covid19 y no Covid19. Limitar al máximo la circulación dentro de los hospitales y acomodar los espacios de espera para que la misma disposición de los lugares genere el distanciamiento recomendado, son algunas medidas simples que ayudarán a reducir el riesgo de contagio.
3. **Equipos locales de seguridad hospitalaria** con participación de la conducción y los trabajadores, que monitoricen los procesos y el cumplimiento de protocolos, y corrijan los desvíos y puntos débiles. Supervisar, desde si nos lavamos las manos con la técnica correcta, hasta verificar como nos ponemos y sacamos o descartamos el EPP. Atender las recomendaciones que van surgiendo en la medida que aprendemos más sobre el tema y estar atentos a las observaciones de los trabajadores de terreno, que muchas veces advierten detalles que a la conducción se les pasan por alto. En este contexto es imperioso reducir el potencial nivel de conflicto que hace desperdiciar energía y una de las maneras de evitarlo es trabajar participativamente en la búsqueda de soluciones y en la elaboración de acuerdos, para luego comunicar masivamente.
4. **Organización de la tarea.** *"En las conclusiones preliminares de la investigación se han observado cadenas de transmisión en distintas instituciones y la explicación es que el equipo de salud trabaja en distintos sitios"*, informó Vizzotti, el pasado 17 de abril (Vizzotti, 2020). La extensión de las guardias activas, la cantidad de pacientes asistidos por hora en consultorios, el sistema de otorgamiento de turnos para distintos servicios hospitalarios y de los centros de salud, la atención a distancia y la telemedicina, entre otros aspectos relacionados con la **organización del trabajo**, deberán ser revisados, no solamente para el escenario de la pandemia, sino para que esta coyuntura genere una externalidad positiva que perdure más allá de ella. El pluriempleo de muchos trabajadores de salud suma un factor de riesgo, como sugirió la Dra. Vizzotti, lo cual desde nuestro punto de vista agrega un argumento más a favor de fortalecer y estimular el régimen de **dedicación exclusiva en el ámbito de salud para todas las disciplinas**.
5. **Vigilancia activa de la salud de los trabajadores de salud.** La detección de portadores entre los trabajadores de salud tiene por finalidad reducir la posibilidad de propagación de la infección dentro del equipo de salud, siendo esto relevante para poder contar con el personal suficiente para la atención de la comunidad. Por esta razón, deberán extremarse los recaudos para la detección de casos sospechosos que clínicamente cursen como asintomáticos o leves, para hacer pruebas, separarlos de la actividad y testear a sus compañeros. La frecuencia del testeo del personal de salud, no está definida, ya que el resultado negativo hoy no descarta la enfermedad en los próximos días. Sin embargo, parece pertinente sugerir ser más riguroso en la definición de caso sospechoso cuando se trata de personal de salud, al considerarlos de prioridad para el cuidado.

6. **Contención emocional y reflexión sobre la propia tarea.** Pocas veces se presta atención a este aspecto en los equipos de salud, sin embargo, estas personas son vulnerables, se cansan, se agotan y sufren. Pocas veces reflexionan sobre su propia tarea, cuando de esas instancias no solo son útiles para revisar lo actuado para mejorar la calidad prestacional, sino también para procesar las experiencias vividas, tanto individual como grupalmente.

Entendemos que **un aspecto de la contención y el cuidado de la salud del trabajador de salud, está ligado a preservar el trabajo habitual de acompañar y cuidar a las familias a su cargo.** Es decir, parte del apoyo al trabajador de salud es jerarquizar su función visibilizando la importancia del rol de articulación del sistema de salud con la comunidad y su papel en la construcción de lazos de confianza.

Sostener las actividades habituales del primer de atención y potenciarlas recuperando el sentido histórico de Alvarado, no solo fortalece al sistema, sino que sostiene y motiva al trabajador.

✓ **A modo de síntesis**

Hemos vinculado conceptos vinculados con el proceso salud-enfermedad-cuidado sosteniendo que los resultados sanitarios, aun aquellos que aparentan ser resultado de variables biológicas, pueden ser modificados si se interviene desde múltiples dimensiones.

Pusimos de relieve la importancia del primer nivel de atención en la contribución que puede hacer el sistema de salud en la construcción de salud colectiva. En ese trayecto es importante evitar obnubilarse con un solo problema, aunque éste por sí sólo sea de gran magnitud e impacto, como lo es la pandemia por Covid-19, ya que hay muchas otras cuestiones que hacen a la salud y la vida que los trabajadores de salud podemos acompañar.

Finalmente, destacamos que si salud es una actividad talento-intensiva, que depende del concurso comprometido de personas sirviendo a otras personas, esos trabajadores deben ser cuidados, y que parte de ese cuidado consiste en habilitarlos a desplegar las tareas para la que se formaron y que los motiva.

Daniel Esteban Manoukian

Chos Malal, Neuquén, junio de 2020

✓ Referencias

- Dale, B., & Stylianou, N. (2020). *¿Cuál es la cifra real de muertos por la pandemia de coronavirus?* (Investigación de la BBC). BBC News Mundo.
<http://www.bbc.com/mundo/noticias-53092667>
- Laspina Arellano, N. et al. (2016). *Impacto de las intervenciones de salud sobre la mortalidad infantil en Ecuador, período 1960-2013*. Rev Fac Cien Med (Quito), 41 (1): 57-70. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.
- León López, R., Gallegos Machado, B., Estévez Rodríguez, E., & Rodríguez García, S. (1998). *Mortalidad infantil: Análisis de un decenio*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 14(6), 606-610.
- Manoukian, D. *Covid-19. La salud de los que nos cuidan*. Publicado en el portal regional de noticias Vaconfirma el 24 de abril de 2020.
http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_11098/la-salud-de-los-que-nos-cuidan
- Manoukian, D. *Covid-19. No todo es Covid19 sobre la faz de la tierra*. Publicado en el portal regional de noticias Vaconfirma el 20 de mayo de 2020.
http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_11274/no-todo-es-covid-19-sobre-la-faz-de-la-tierra
- Manoukian, D. *Covid-19. Acaso el secreto esté en recordar*. Publicado en el portal regional de noticias Vaconfirma el 20 de mayo de 2020.
14 de junio – Covid-19.
http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_11440/acaso-el-secreto-este-en-recordar
- Mazzeo, V. (2017). *La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la Ciudad de Buenos Aires*. Población de Buenos Aires. Dirección General de Estadística y Censos Buenos Aires, Argentina, 14(26), 15.
- Meritano, J. et al. (2016). *Evaluación de la mortalidad neonatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según la residencia de la población y la pertenencia al subsistema de salud*. Archivos Argentinos de Pediatría 2016;114(5):405-411
- Ministerio de Salud de Neuquén. (2019). *Primeros 1000 días. Tu salud, nuestro futuro*.
<https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2019/07/Primeros-1000-dias-Documento-Institucional.pdf>
- Mohorte. (2020, mayo 27). *Un exceso de 177.000 muertes: Qué dicen los datos del MoMo sobre el coronavirus en Europa*. Magnet.
<https://magnet.xataka.com/en-diez-minutos/exceso-177-000-muertes-que-dicen-datos-momo-coronavirus-europa>
- Spinelli, H., Alazraqui, M., Calvelo, L., & Arakaki, J. (2000). *Mortalidad infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la Provincia de Buenos Aires en 1998*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6256/2001-ARG-digesto1-recursos-humanos.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Subsecretaría de Salud de Neuquén. (2000). *Diagnóstico de situación. Bases para el plan provincial de salud materno-infantil*. Ministerio de Desarrollo Social.
- Vizzotti, C. *Recomendaciones para los trabajadores de salud ante la presencia de síntomas compatibles con Covid-19*. Ministerio de Salud de la Nación. Conferencia de prensa del 17 de abril de 2020.
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/recomendaciones-para-los-trabajadores-de-salud-ante-presencia-de-sintomas-compatibles-con>