

**FAVORECIENDO LA ACCESIBILIDAD A LA SALUD**  
**UNA INTERVENCIÓN EN LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE COVID ENTRE FEBRERO Y**  
**MAYO DE 2021**

**AUTORÍAS**

Mariano Girini

DNI: 33408893

Medico Pediatra

Sebastián Murua

DNI: 30744254

Medico Psiquiatra

Laura Murua

DNI: 34739676

Profesora en Ciencias de la Educación

Juan Martín Mirada

DNI: 31164365

Medico Generalista

Cintia Gomez Roleri

DNI: 29994390

Medica Generalista

Angeles Boffi Lambre

DNI: 31531871

Medica Generalista

**PARTICIPANTES**

María Eugenia Cazes

Emanuel Sosa

Paula Alejandra Pérez

Laura Gimena Morales

Maria Magdalena Bouchoux

Facundo Matías Novello

Julia Stepanenko

Valentina Vitale

Carla Agüero

Sebastián Loinaz

**Lugar de realización:** Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez

**Dirección:** Diagonal 114 Entre 39 y 40

**Código Postal:** 1900

**Teléfono** 0221 483-0171

**Mail:** [lauramuraazul@gmail.com](mailto:lauramuraazul@gmail.com)

**Fecha de realización:** Agosto 2021- Inédito.

**Tipo de trabajo y categoría temática:** Cuantitativo/Promoción de la salud.

## **DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN**

El Equipo de investigación lo conformamos un equipo interdisciplinario perteneciente al Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) del Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez. Desde un enfoque de la Atención Primaria de la Salud y Redes en Salud, los SAPS apuntan a fortalecer la prevención y la promoción, la atención integral, la continuidad asistencial, actuando como vínculo entre la comunidad y los hospitales, UPAS y otros efectores de salud de gestión provincial, permeando, a su vez, los servicios estos establecimientos con la realidad territorial en la que se insertan.

## **PROBLEMA U OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

El Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez, ubicado en el barrio Hipódromo de la ciudad, es uno de los 15 efectores de la red hospitalaria del Gran La Plata. Se caracteriza por ser un Hospital de Agudos con gran impronta materno-infantil, recibiendo anualmente alrededor de 1500 nacimientos. Por esto, destaca en las áreas de Pediatría, Maternidad y Neonatología, áreas en las que también cuenta con residencias y rotaciones de alumnos/as de la UNLP.

El área programática del Hospital se encuentra delimitado al Sureste por las calles 44 y extendiéndose por 122 hasta la calle 60; al Noreste por la calle 122; al noroeste por la calle 520 extendiéndose hasta el arroyo el gato en la franja delimitada por 122 y 7; y al suroeste por la calle 31.

Desde octubre de 2020 se encuentran funcionando los Servicios de Área Programática y Redes en Salud, impulsados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en diferentes efectores, uno de los cuales es el Hospital R. Gutiérrez de la ciudad de La Plata. Servicios que tienen como objetivo fortalecer el vínculo con el área programática aportando a la construcción de redes intersectoriales que mejoren la accesibilidad a la salud, desde una mirada interdisciplinaria e intersectorial.

El área poblacional al cual se hace referencia está formada por barrios con gran heterogeneidad sociodemográfica y sanitaria, por lo cual el equipo de trabajo del Servicio de Área Programática ha definido priorizar el abordaje en las zonas con mayor dificultad en el acceso a derechos. Dichos barrios conforman un cordón poblacional ubicado entre la avenida 520, el arroyo el Gato y la autopista Buenos Aires-La Plata.

Población que según datos relevados por un estudio realizado durante el período de julio 2018 y octubre de 2019 en el Barrio Nuevo de Ringuelet se encontraba en un 91% por debajo de la línea de pobreza, casi un 4% se presentaba en una situación de hacinamiento crítico, un 52,82% percibían como única fuente de ingresos un plan social, un 53,8% no había llegado al nivel secundario de estudio, el 70,85% contaba como único sistema de cobertura el sistema público de salud y solo un 25,71% con obra social o mutual (Mirada y otros, 2019).

Si bien estos números se corresponden solamente con uno de los 8 barrios más desfavorables del área programática, y debido a la falta de otros registros, trabajamos con la hipótesis de que el resto de los barrios mencionados presentan niveles sociales y sanitarios similares.

En diciembre de 2019 comenzó la pandemia de SARS-CoV-2, contagiando a más de 5 millones personas en nuestro país, y dejando más de 100.000 personas fallecidas.

Profundizando además las inequidades preexistentes principalmente sobre los sectores populares, debido a que las medidas de confinamiento tuvieron un gran impacto en la fuente de ingresos de las personas con trabajos informales, sobrecargaron las tareas domésticas de cuidado para la difícil tarea de sostener la continuidad pedagógica de niñas y niños, y generaron la deambulaci3n sin rumbo claro en las y los j3venes que perdieron sus espacios de encuentro. Estas medidas de restricci3n de la circulaci3n se demostraron como las m1s efectivas para frenar la circulaci3n viral, pero modificaron de manera sustancial la vida cotidiana que se desarrollaba en las comunidades.

La llegada de las diferentes vacunas contra Sars Cov-2 a principios de este a1o, abri3 una posibilidad y esperanza para la superaci3n de esta pandemia. Lo que volvi3 como una de las principales tareas del sistema de salud la vacunaci3n masiva de la poblaci3n.

Debido a los niveles de precariedad de recursos econ3micos, de vivienda, laborales, de dificultades de acceso a la salud, y siendo que en un primer momento la campaa de acceso a la vacuna no era de car1cter libre sino que la inscripci3n para recibir el turno de vacunaci3n era de car1cter virtual, es que partimos de la hip3tesis de que gran parte de los y las vecinas de los barrios mencionados no iban a poder acceder a su turno de vacunaci3n. Tomando esta hip3tesis inicial es que entre febrero y mayo de 2021 iniciamos una campaa de acceso a la vacunaci3n casa por casa que permitiera inscribir a los y las vecinas del 1rea program1tica, a fin de que pudieran recibir su turno. Por lo cual en este trabajo, el cual nos ha permitido sistematizar parte de lo realizado, es que pretendemos delimitar las caracter1sticas de los grupos de riesgo para contraer el Sars-Cov-2 que tiene la poblaci3n del 1rea program1tica relevada por la campaa de vacunaci3n casa por casa impulsada por el SAPS del Hospital Guti3rrez entre febrero y mayo de 2021.

## **CONTEXTO DE INVESTIGACI3N**

La pandemia de SARS-coV-2 iniciada en diciembre de 2019 ha producido un gran impacto social y sanitario a nivel mundial, con m1s de 200 millones de personas contagiadas y cerca de 5 millones de fallecidos para septiembre de 2021. Dejando en evidencia las debilidades

de los sistemas de salud en el mundo, el lugar de los sistemas públicos, y las dificultades de millones de personas para acceder al derecho a la salud.

Sin embargo este impacto tuvo diferentes consecuencias dependiendo las características políticas, sociales, sanitarias y económicas de cada región geopolítica. Los países más pobres tuvieron un mayor impacto, debido a mayores dificultades de recursos estructurales para hacer frente a los problemas de salud desatados por la pandemia.

Recursos y realidades sanitarias que se constituyeron como resortes desde los cuales hacer frente a una pandemia. Según registros del Ministerio de Salud de la Nación durante el 2018 la tasa de mortalidad infantil fué de 8,8 defunciones cada 1.000 nacidos vivos, de los cuales 6 corresponden a la neonatal y 2,8 a la posneonatal. Sin embargo ese número debe ser comparado con el 2,3 de mortalidad neonatal de Alemania, con el 15,2 de Bolivia y el 23,7 de Ghana. Números que muestran diferentes realidades y una fuerte inequidad en materia de salud, a pesar de los más de 40 años transcurridos desde la declaración de Alma Ata.

Otra estadística de importancia que muestra esta situación es la diferencia en el número de camas de internación entre países (ver banco mundial). Por lo que la forma en que cada país pudo hacer frente a la pandemia tuvo mucho que ver con las particularidades de los sistemas de salud.

Esta diferencia en equidad para el acceso a la salud a nivel mundial puede ser analizada al mirar al porcentaje de población vacunada. Mientras que para el 4 de 2021 en gran parte de Europa, Asia y América se habían aplicado más de 50 dosis de vacuna por cada 100 habitantes, en la mayor parte del continente Africano habían accedido menos de 10 personas cada 100 habitantes a la vacuna. Por lo que es necesario el debate sobre la transferencia de tecnologías y la liberación de patentes, para evitar la concentración de vacunas por parte de los países más ricos.

Diferencia en la equidad mundial de acceso a la salud e inequidad en la distribución de vacunas entre países, a la que suman las tensiones mundiales sobre la legitimidad de las vacunas. Tensiones que se vieron reflejadas en los fuertes movimientos anti vacunas a nivel

mundial, con movilizaciones en gran parte del planeta. Por lo que las representaciones e imaginarios existentes sobre las vacunas para hacer frente al Sars-Cov-2 por parte de la población son un obstáculo a las campañas realizadas y una realidad en la que se enmarca el problema abordado en este trabajo.

## **MARCO TEÓRICO**

Nos parece importante partir del concepto de derecho a la salud, detrás del cual según Rovere se encuentra el concepto de equidad. Para el autor la equidad sería una discriminación positiva, entendiendo por esto el hecho de darle más al que más necesita. En este sentido serían 3 los tipos de equidad: en la atención, en la distribución de riesgos, y en la distribución de saber y poder (Rovere, M. 2016).

Concepto de equidad que se encuentra ligado al de accesibilidad, entendiendo a la misma como la forma en que los servicios de salud se encuentran con la población y en donde se ponen en juego barreras que impiden ese acercamiento. Estas barreras pueden ser geográficas, económicas, administrativas o culturales. Comes, citando a Samaja, define una quinta barrera dada por las representaciones e imaginarios sociales que pueden obstaculizar el acceso a la salud y a la cual nombra como simbólicas ( Comes, Y; y otros. 2006).

Categorías como equidad, accesibilidad o barreras, que tienen gran importancia entendiendo las grandes desigualdades existentes en el mundo con el derecho a la salud, y que permiten pensar en grupos con mayor grado de vulnerabilidad. La relevancia del concepto de vulnerabilidad está dado por la necesidad de determinar las necesidades de salud de los grupos afectados con el propósito de poder jerarquizarlos en la planificación de acciones de cuidado (Flores- Sandí. G, 2012).

Como menciona Sousa Santos la pandemia agrava una situación de crisis a la que se encuentra sometida la población mundial. Es decir, teniendo en consideración las desigualdades existentes de forma previa a la pandemia y siendo que los sistemas de salud se encuentran menos preparados para hacer frente a una situación de crisis global, es decir

con menos concentración de recursos que hace 10 o 20 años atrás, existe una profundización de las desigualdades (Sousa Santos, 2020).

En ese sentido cobra relevancia enfocarnos sobre el sistema de salud en Argentina, el cual presenta características muy desiguales dependiendo de la región geográfica y de las características sociodemográficas de cada jurisdicción. Desigualdad que en parte se produce debido a diferencias en la distribución y concentración de recursos, y en parte a las consecuencias de la descentralización del sistema de salud producida en los 90. Desigualdades que dejan como saldo un sistema de salud fragmentado, y con mucha inequidad en el acceso a la salud (Chiara, M. 2009).

Por lo cual cobra relevancia retomar la discusión sobre la estrategia desde la cual debe ser planificada la política pública por parte del Estado, y para lo cual es fundamental retomar el concepto de Atención Primaria de la Salud. Como menciona Rovere las diferentes formas de conceptualizar la Atención Primaria de la Salud (APS) estuvieron en relación con los diferentes períodos políticos que atravesó nuestro país desde su declaración en Alma Ata en 1978. Heterogeneidad en la forma de conceptualizar la APS que encuentra correlato en la fragmentación del sistema de salud y en la profundización de las inequidades, debido a la ausencia de políticas transformadoras en el campo de la salud en Argentina que modifiquen la falta de accesibilidad a la salud de gran parte de la población (Rovere, M. 2011).

Por lo que coincidimos con el diagnóstico que se hace de una crisis del paradigma de la salud pública y la necesidad de poder incorporar el eje “promoción-salud-enfermedad-cuidado”, aumentando la participación de la comunidad en el ejercicio del derecho a la salud (Almeida Filho. 1999).

## **OBJETIVOS**

En este trabajo se persiguen diferentes objetivos, generales y específicos. Como objetivo general podemos destacar el de:

- Realizar un análisis descriptivo de los datos relevados a partir de la Campaña de Acceso a la Vacunación realizada por el SAPS del Hospital Gutierrez.

Como objetivos específicos podemos mencionar:

- Facilitar el acceso a la vacunación de la comunidad.
- Generar un registro de la población de riesgo para padecer enfermedad grave por COVID 19 que permita un seguimiento del acceso real al turno y a la vacuna.
- Fortalecer el vínculo del Hospital con el área programática.
- Promover la participación comunitaria

## **ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

La campaña de acceso a la vacunación de COVID 19 se desarrolló durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo del 2021. Durante estos meses el acceso a la vacuna solo se lograba a partir de la inscripción por la página <https://vacunatepba.gba.gob.ar/>.

Por lo que a fines de poder alcanzar los objetivos propuestos en este trabajo realizamos un corte transversal de la información relevada entre el 1 de febrero y el 31 de mayo de 2021.

Para el análisis de los resultados se optó por realizar un estudio de caso, de tipo descriptivo, utilizando una metodología de tipo cuantitativa que nos permitiera relevar las características sanitarias de la población del área programática.

## **CAMPAÑA DE ACCESO A LA VACUNACIÓN**

La Campaña de acceso a la vacunación se gestionó desde la Mesa Barrial Tolosa Ringuelet (MBTR) a partir de la propuesta realizada por el SAPS del Hospital Gutierrez en relación al acceso a la vacuna de la población más vulnerable del área programática. Para lo cual se diseñó un dispositivo denominado “Campaña de acceso a la vacunación”, donde confluyeron diferentes instituciones, organizaciones sociales y referentes barriales de la zona Tolosa-Ringuelet.

Se realizó una capacitación con referentes barriales para organizar la metodología a llevar adelante en el territorio y también se invitó a la Residencia de Medicina General del Hospital Gutiérrez y al voluntariado de la Universidad Nacional de La Plata.

Del análisis del área programática del Hospital Gutiérrez se determinó una zona conformada por los siguientes barrios: La Favela (de calle 19 a calle 17 y de 530 a 528); La isleta (de calle 12 a calle 5 y de 514 a 516); Barrio Nuevo (de las vías del tren Roca a 118 y del arroyo el gato hasta el Mercado Central); Ringuelet (de calle 7 a calle 3 y de 514 a 516); Barrio Mercadito (de calle 514 a 520 y de 118 a 122); Barrio La Unión (de calle 520 a 5222 y de 118 a 122); Barrio La Bajada (entre 526, la rotonda y la bajada de la autopista Bs As-La Plata, y entre 120 y 122); Barrio La Laguna (de 526 a 522 y de 120 a 122); y Barrio El Churrasco ( de 115 a 120 y de 520 a 522).

Se definieron estos barrios como el área a trabajar con la campaña a partir del trabajo realizado con la MBTR. Espacio desde donde se identificaron los barrios más vulnerados del área programática.

Se generaron Equipos Responsables por barrio conformados por 1 referente del equipo de salud asociado a 1 o más referentes barriales. La comunicación se mantuvo activa a partir de grupos de whatsapp. El referente del equipo de salud fue el encargado de hacer el seguimiento del mail asignado para el barrio en cuestión y cuando llegaban los turnos se comunicaba con los referentes barriales.

La campaña se hizo en 2 etapas con una duración de dos meses consecutivos cada una. En un primer momento, durante los meses de febrero y marzo del año 2021, se recorrieron todos los barrios del área programática, en los cuales se realizó la inscripción para acceder a la vacunación. En una segunda etapa, durante los meses de marzo y abril de 2021, que estuvo en relación con un contexto de aumento exponencial de personas contagiadas de covid-19, se acompañó esta inscripción con tareas de detección viral por medio de la técnica de hisopado nasofaríngeo a personas sintomáticas para Sars-Cov-2. <sup>1</sup>

Cada barrio se recorrió casa por casa con Equipos Territoriales conformados generalmente por 1 profesional de la salud, 1 vecino/a del barrio, 1 o más voluntarios de la Universidad

---

<sup>1</sup> Cabe destacar que el análisis acerca de la realización de hisopados nasofaríngeos excede los objetivos de este informe.

Nacional de La Plata, y 1 o más integrantes de la MBTR. En la entrevista se brindaba información fehaciente sobre la vacuna, se ofrecía el registro para la vacunación y en el caso de que la comunicación virtual fuera dificultosa se ofrecía ser el Equipo Responsable el encargado de recibir el turno por mail (para cada barrio se configuró un mail específico que el referente del equipo de salud revisa cotidianamente, por ejemplo [vacunatelalaguna@gmail.com](mailto:vacunatelalaguna@gmail.com)). El registro de la vacunación se hizo en la aplicación Epicollect 5 a partir del cual se generó una base de datos que el SAPS del Hospital Gutierrez cargó a la página [www.vacunatepba.gba.gob.ar](http://www.vacunatepba.gba.gob.ar) . En estos relevamientos las preguntas estuvieron orientadas a clasificar los distintos grupos poblacionales en pos de delimitar la población de riesgo para contagio de COVID-19.

Diferenciamos entre los siguientes grupos:

- personal de seguridad
- personal docente o auxiliar
- mayores de 60
- entre 18 y 59 años (con factores de riesgo)
- entre 18 y 59 años (sin factores de riesgo)

En esta instancia y en sintonía con las definiciones del Estado Nacional, se interpretaba como personas con factores de riesgo aquellas que presentaran alguna de las siguientes condiciones:

- diabetes
- enfermedad renal crónica
- enfermedad cardiovascular
- enfermedad pulmonar crónica
- enfermedad con compromiso inmunológico
- cirrosis hepática
- discapacidad
- obesidad

Por otra parte, los siguientes grupos poblacionales estuvieron categorizados en un comienzo como grupos contraindicados para la vacunación:

- Personas amamantando
- Personas embarazadas
- Personas con alergias graves
- Personas con un algún grado de inmunocompromiso

A partir de la base de datos generada se creó una *Herramienta de Seguimiento* que consistió en un Google Drive con los datos relevados.

A medida que fueron avanzando los resultados de los ensayos clínicos en relación a la vacuna algunos de estos grupos poblacionales fueron incluidos dentro de la población a vacunar. Al mismo tiempo, a medida que fue aumentando gradualmente la disponibilidad de dosis, otros grupos poblacionales fueron incorporados en la campaña. Ambas cuestiones ocasionaron que se hiciera necesario un seguimiento telefónico de las personas a partir de la herramienta de seguimiento y en algunos casos volver a los recorridos casa por casa con los equipos territoriales.

## **RESULTADOS**

Durante la campaña se registraron 542 personas de las cuales 89 eran mayores de 60 años con factores de riesgo, 101 tenían más de 60 años pero no poseían factores de riesgo, 144 tenían entre 18 y 59 años y poseían factores de riesgo, 199 personas de 18 a 59 años no tenían factores de riesgo y 9 personas eran trabajadores esenciales (Gráfico 1- ver anexo).

De estas personas, 397 recibieron la primera dosis (73,25%), 127 no se vacunaron (23,43%), se registraron mal 14 personas (2,58%), y 3 personas fallecieron antes de recibir el turno (0,55%). (Gráfico 2-ver anexo).

Se discrimina esta información de acuerdo al barrio al que pertenecían en 2 tablas ( ver anexos tabla 1 y 2) que resumen los inscriptos por grupo de riesgo según barrio y el porcentaje de vacunados por grupo de riesgo según barrio.

## **DISCUSIÓN**

En un intento de hacer un corte en el trabajo cotidiano que sigue muy ligado a la problemática COVID y a su vacuna, intentaremos construir algunas reflexiones emergentes del trabajo realizado.

*El valor de la campaña es cualitativo.* La campaña de acceso a la vacuna nos acercó a las personas que habitan el área programática y posibilitó que 397 personas accedan a la vacuna de COVID. Será quizás en otra investigación en que comparemos lo que sucedió en otros barrios menos vulnerables pero resulta imperioso poner en valor que aquellas personas en las que se enfocó la campaña y que accedieron a la vacuna quizás no podrían haberlo hecho de otra manera. Por falta de conectividad, por falta de dispositivos de conexión, por falta de acceso a la información o porque sencillamente la vida les imponía otras prioridades la gran mayoría de las personas que accedieron a la vacuna gracias a la campaña realizada no lo hubiesen hecho sin ella. Por otro lado, nos quedan un sinfín de interrogantes sobre la accesibilidad a la salud, sobre todo cuando analizamos trayectorias particulares de personas a las que se inscribió en la puerta de su casa, se recibió el turno, se avisó del turno asignado a través de los referentes barriales y aún así no pudieron vacunarse por un vacunatorio muy alejado, una dirección confusa o sencillamente no poder priorizar ir al vacunatorio.

*La salud es con el barrio.* Quizás queden pocas dudas de que el trabajo en red con los distintos actores sociales del área programática es fundamental para generar acceso al sistema de salud y una atención de calidad. Sin embargo con la campaña pusimos el ojo en otro lugar, lo que nos permitió ver que las y los referentes barriales no son un actor social más, si no que son cardinales en la articulación de los efectores de salud con las necesidades reales de las personas que habitan los barrios. Sin su participación la inscripción a la vacuna no hubiese llegado a las casillas ocultas debajo de la autopista, y sin su participación los turnos hubieran quedado encriptados en llamados telefónicos frustrados o mail no respondidos.

*Las redes se tejen todos los días.* Cuesta imaginar lo difícil que hubiese sido realizar el trabajo sin las redes tejidas con anterioridad. Por un lado redes más nuevas que se pudieron ver en

el abordaje intersectorial de un mismo problema cuando la Universidad Nacional de La Plata, las brigadas Ramón Medina, el SAPS del Hospital Gutierrez, el SAPS del Hospital de Gonnet, el Servicio Social, el de Salud Mental, y la Residencia de Medicina General del Hospital Gutierrez, junto a organizaciones barriales y trabajadores de las escuelas del área recorrieron un barrio entero casa por casa para hacer promoción de la salud ofreciendo información fehaciente sobre la vacuna de COVID, además de inscripción y acceso a un turno. Para esto rescatamos la historia previa de vínculos sociales establecidos en la Mesa Barrial Tolosa Ringuelet y en el trabajo previo hecho por la Residencia de Medicina General del Hospital Gutierrez.

*Las redes se tejen todas con la misma aguja.* Una reunión en un club encuentra a referentes barriales con efectores de salud y otras instituciones; una organización social garantiza que una familia con COVID pueda comer los 14 días de aislamiento; un gazebo que tapa el sol; un turno en el hospital que se da para poder acompañar mejor; un llamado que escucha las dificultades de un turno de vacunación perdido; un partidito de fútbol de la pibada junto a la carpa de hisopados... en estas y en otras fotografías de la campaña siempre la misma aguja, la empatía, que nos invita a comprender que la otra persona tiene una trayectoria particular y atravesamientos que le son propios sin negar aquellos flagelos globales que nos oprimen a todos, pero no nos oprimen a todos por igual. La empatía como estrategia fundamental para reconocer al otro, entendiendo que en el reconocimiento es donde ocurren los encuentros que germinan en una nueva red de sostén para caminar juntxs.

*Los efectores de salud son parte de la comunidad.* Luego de recorrer la campaña y encontrarnos con la realidad de las numerosas dificultades que las personas tienen para acceder a la vacuna de COVID en particular, pero al sistema de salud en general, pudimos palpar la necesidad de que los hospitales se abran a sus áreas programáticas, que las habiten, las caminen y las convivan con sus habitantes. No sólo para comprender sus necesidades y esgrimir de manera colectiva las respuestas posibles a un determinado problema, si no también para poder ver la plausibilidad de las estrategias sanitarias planteadas y, si se pudiera, modificarlas sobre la marcha.

*Ir al barrio no es nada más y nada menos que un punto de partida. Caminar con vecinxs cada barrio que visitamos, reconocernos y encontrarnos, abrazar las necesidades de territorios ninguneados durante años nos fue incorporando a los referentes barriales como un efector de salud que les escuchaba y les respondía como podía, pero les respondía. Cada nuevo encuentro nos permitió profundizar el vínculo y conocer problemáticas complejas que no llegaban a la consulta hospitalaria. La responsabilidad y el peso que tomó cada palabra que compartimos en los encuentros con las personas de los barrios se configura como un camino que resulta difícil saber a dónde va, pero que deja la tranquilidad de saber que caminamos juntxs.*

## **CONCLUSIONES**

Encarar la tarea de analizar los resultados, implica posicionarse en una postura político-ideológica. En este sentido, nos posicionamos desde la tradición de la salud colectiva, a partir de la cual no nos limitamos a sistematizar los datos obtenidos sino que también destacamos algunos interrogantes que nos plantea el trabajo realizado.

Un primer desafío con el que nos encontramos, tuvo que ver con la falta de confianza en la efectividad y seguridad de las vacunas en la población, lo que se potenció a partir de la información confusa que circuló por redes sociales y medios de comunicación. Entendemos que ninguna campaña de vacunación puede ser absolutamente efectiva si la población no accede a vacunarse. En este sentido, un interrogante que se nos presentó en el trabajo cotidiano tuvo que ver con: *¿Cómo convivir con las tensiones que implica la co-construcción desde la tradición de la salud colectiva, en un contexto de creciente desconfianza en la seguridad y efectividad de las vacunas en la población?* y ligado a ello *¿Que percepciones existen en la población destinataria de la campaña con respecto a las vacunas? ¿Qué modificaciones fueron sufriendo dichas percepciones en la población destinataria de la campaña?*

Sin embargo, los datos presentados en esta sistematización, sugiere que gran parte de la población tuvo disposición a vacunarse frente al COVID-19. Para ello, fue fundamental el

trabajo de los equipos territoriales, los cuales fueron construyendo estrategias en el diálogo casa por casa que permitió derribar miedos e incertidumbres y sensibilizar a la población sobre los beneficios de la aplicación de la misma.

Sostenemos entonces que la campaña realizada contribuyó al acceso a la salud de la población del área programática y a fortalecer los vínculos entre los efectores de salud y la comunidad, lo que nos alienta a seguir fortaleciendo políticas de promoción y prevención de la salud en una relación de intercambio permanente con la comunidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Almeida Filho, N; Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Rosario. Cuadernos médicos sociales. nro 75, pp 5-30.

Belló, M; Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de Salud en Argentina. Salud pública de México. Vol 53, supl 2, pp 96-108.

Chiara, M; Di Virgilio, M; Moro, J. (2009). Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una mirada desde la gestión local. Revista de Reflexión y Análisis Político. nro. 14, pp 97-128.

Comes, Y; Solitario, R; Garbus, P; Mauro, M; Czerniecki, S; Vazquez, A; Sotelo, R; Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología, UBA. Anuario de investigaciones. Vol XIV.

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E. (2021). Una base de datos global de vacunas COVID-19. Nature Human Behaviour 5, pp 947-953.

Ministerio de Salud de la Nación. Natalidad y Mortalidad 2018. Síntesis estadística nro 6.

Portela Fernandes de Souza, L; Marchiori Buss, P. (2021). Desafíos globales para el acceso equitativo a la vacunación contra la COVID-19. Cuadernos de salud pública. Vol 37, nro. 9.

Rovere, M. (2011). La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos. El Ágora. Buenos Aires, Argentina.

Rovere, M. (1999). Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario. Ed. Secretaria de Salud Pública.

Sousa Santos, B. (2020). La cruel pedagogía del virus. CLACSO. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## ANEXOS

Gráfico 1

Total de inscriptos por grupo de riesgo (total 542)

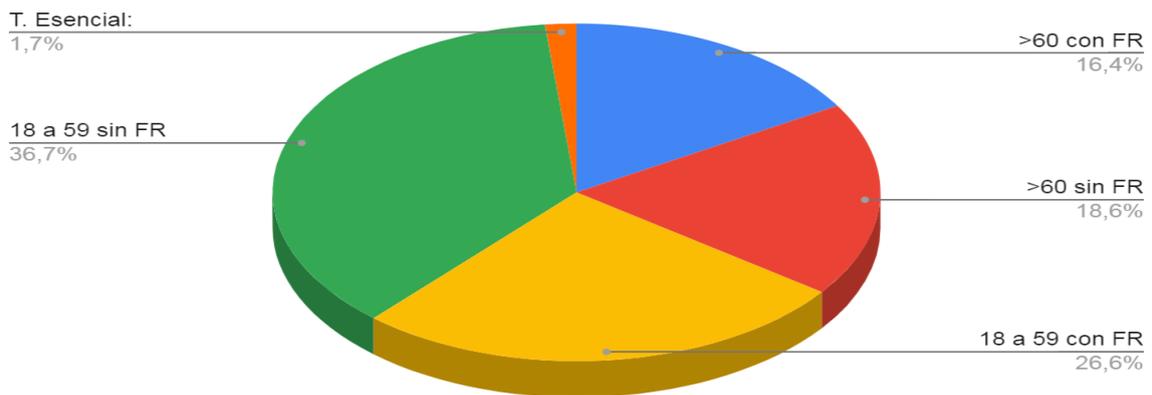
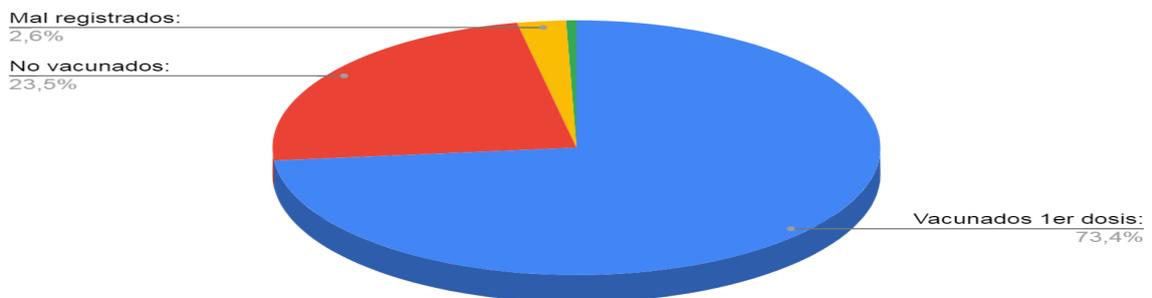


Gráfico 2

% total de vacunación



**Tabla 1. Inscriptos por grupo de riesgo según barrio.**

	Total	>60 con FR (1)	>60 sin FR(2)	18-59 con FR(3)	18-59 sin FR(4)	T. Esencial(5)
<b>La bajada</b>	67	10	11	11	34	1
<b>La Unión</b>	108	9	16	30	52	1
<b>Mercadito</b>	108	9	16	31	51	1
<b>B°Nuevo</b>	78	12	12	37	13	4
<b>Ringuelet</b>	24	4	3	9	8	0
<b>La Islita</b>	49	9	10	14	16	0
<b>La Favela</b>	56	26	17	6	5	2
<b>El Churrasco</b>	52	10	16	6	20	0

(1) mayores de 60 años con factores de riesgo; (2) mayores de 60 años sin factores de riesgo; (3) 18 a 59 años con factores de riesgo; (4) 18 a 59 años sin factores de riesgo; (5) trabajadores esenciales

**Tabla 2. Porcentaje de vacunados por grupo de riesgo según barrio.**

	Total de inscriptos	% vacunados	% no vacunados	mal registrados	fallecidos
<b>La bajada</b>	66	74,24%	21,21%	4,55%	0%
<b>La Unión</b>	109	64,22%	32,11%	3,77%	0%
<b>Mercadito</b>	108	75,93%	22,22%	0,93%	0%

<b>B°Nuevo</b>	78	60,26%	35,90%	2,56%	1,28%
<b>Ringuelet</b>	24	91,67%	4,17%	4,17%	0%
<b>La Islita</b>	49	71,43%	24,49%	4,08%	0%
<b>La Favela</b>	56	91,07%	5,36%	1,79%	1,79%
<b>El Churrasco</b>	52	92,30%	7,69%	1,92	0%





