

La reorganización de los servicios de salud



Experiencias
provinciales en la
gestión sanitaria de la
pandemia del COVID-19
en la Argentina

Daniel Maceira
Sofía Olaviaga
Valeria Iñarra

La reorganización de los servicios de salud

Daniel Maceira
Sofía Olaviaga
Valeria Iñarra

Experiencias provinciales en la
gestión sanitaria de la pandemia
del COVID-19 en la Argentina



Índice

La reorganización de los servicios de salud	4	Introducción
	4	Antecedentes
	7	Metodología
	8	El contexto de la pandemia del COVID-19 en las provincias argentinas
	10	Resultados
	22	Conclusiones
	24	Anexo 1
	25	Bibliografía

Introducción

Durante los meses subsiguientes al inicio de la pandemia, la reorganización de servicios constituyó una meta clave de todos los sistemas de salud a nivel global, que procuraron garantizar el funcionamiento de cada componente en la cadena de atención del COVID-19 e intentaron postergar el momento de su saturación mediante el aumento de la oferta en espacios identificados como críticos.

Los efectores del primero y del segundo nivel de atención, los laboratorios y los servicios de emergencia y traslado debieron adaptarse a un contexto inusual y crítico. Los insumos (test, EPP, medicamentos, entre otros) y el equipamiento (respiradores) se volvieron bienes escasos debido a su alta demanda, y los recursos humanos se revelaron como el componente más crítico del sistema, lo que configura un dilema de difícil resolución en el corto plazo.

En estructuras federales como la argentina, la gestión descentralizada facilita adaptarse a demandas específicas, aunque exige mayores niveles de coordinación y de respuesta en la gestión durante una pandemia, lo que implica que los gobiernos nacionales lideren un plan común de acción. Simplificar procesos complejos, alinear visiones y prioridades no siempre compatibles son algunos de los desafíos que es preciso resolver.

El presente estudio captura las experiencias provinciales de gestión sanitaria de la pandemia y aborda los aspectos relacionados con la organización de los servicios de salud a partir de las encuestas y las entrevistas realizadas a funcionarios/as, que luego son sistematizadas a fin de mostrar los desafíos y sus respuestas a nivel local. El objetivo final es identificar posibles aprendizajes para el futuro del sistema de salud.

A continuación, se realiza una breve reseña con las principales recomendaciones y los lineamientos hallados en la literatura, sobre todo, de organismos especializados. Mientras la tercera sección describe la metodología empleada, la cuarta exhibe algunos de los indicadores sociosanitarios seleccionados, con el fin de proporcionar a los/as lectores/as una noción de los contextos provinciales en los que se desarrollan las gestiones analizadas posteriormente. Por su parte, la sección quinta presenta los resultados de nuestro estudio y el último apartado se destina a discutir los hallazgos y a presentar algunas de las principales conclusiones.

Antecedentes

El COVID-19 alteró las prioridades enfrentadas por los servicios de salud, pues fue necesario implementar nuevas medidas para atender una demanda creciente sin que el sistema colapse. En el contexto de crisis mundial, la escasez relativa de recursos tanto humanos como físicos —instalaciones, equipamiento, medicamentos, etc.— instó hacia la planificación, la asignación y la relocalización equitativa y eficiente, considerando los límites de corto y mediano plazo para aumentar la disponibilidad de insumos claves.

Una pauta de primer orden hacia la organización de los servicios fue la de definir en cada país la red de establecimientos mediante el mapeo de unidades del primer nivel de atención (PNA) y hospitales tanto públicos como privados, identificando aquellos con capacidad de respuesta al COVID-19. Para ello, se requirió la confección de inventarios sobre la disponibilidad de equipos y medios de transporte, e identificar la distribución y los perfiles de los recursos humanos con los que se contaba a la fecha.

Antecedentes

En relación al PNA, la emergencia agudizó la necesidad de garantizar su capacidad resolutive, lo que implica, entre las acciones prioritarias, reforzar el personal de los equipos de salud, proveer los insumos de protección necesarios y protocolos de atención y definir una estructura de soporte —diagnóstico, equipos de atención comunitaria y transporte asistencial— junto con los mecanismos de acceso a interconsultas con personal calificado. Es importante resaltar que la reorganización y la ampliación de los servicios de salud no solo se limita a un mayor número de camas y a su complejidad; se trata, además, de fijar un conjunto de acciones desplegadas que aumenten su capacidad de cobertura (OMS, OPS, 2020a).

Las recomendaciones de la OMS durante el período de transmisión comunitaria sostenida asignan al PNA tres funciones principales:

- Atención centrada en la respuesta al COVID-19: identificar, reportar, contener, manejar y referir —contribuir en la identificación de casos, la contención de la expansión y el manejo oportuno de todos los casos de manejo ambulatorio de COVID-19 en la comunidad—.
- Mantener la continuidad de los servicios esenciales durante la etapa de transmisión comunitaria, para evitar el deterioro en la atención de otras prioridades de salud de la población, lo que implica contemplar, sobre todo, a las personas con discapacidad, a los pacientes con enfermedades crónicas y transmisibles, a las embarazadas, a los recién nacidos y a los adultos mayores.
- Propiciar la descarga de la atención hospitalaria no asociada al COVID-19 en el sentido de absorber acciones que disminuyan la demanda de servicios hospitalarios durante la etapa de transmisión comunitaria de la pandemia (OMS, OPS, 2020b).

La modalidad de las acciones involucra la activación de redes comunitarias, la atención presencial en los efectores del PNA, la atención tanto domiciliaria como en centros de aislamiento especialmente preparados para casos de COVID-19, además del uso de tecnologías como telemedicina, telemensajes y llamadas telefónicas.

Además, el PNA puede intervenir en la caracterización de la población de riesgo epidemiológico ante el COVID-19 dentro de los territorios —adultos mayores de 60 años, personas con enfermedades crónicas, población que vive en instituciones como cárceles u hogares y personas en condición de vulnerabilidad— para poder estratificar perfiles de riesgo y llevar adelante la estrategia de priorización y de monitoreo.

En cuanto al segundo nivel de atención (SNA), se resalta la capacidad de fortalecer la disponibilidad de camas y dotar de equipamiento y de recursos humanos para reconvertir o ampliar las camas de cuidados intensivos, que serían demandadas progresivamente con el avance del virus. Para ello, los lineamientos internacionales recomendaron la mayor integración de red posible de todas las capacidades nacionales —en especial de cuidados críticos— de los diferentes actores de salud —ya sean públicos, privados, u otros, como los de la seguridad social— de modo de mejorar el acceso oportuno a una cama hospitalaria.

La reorganización, en este marco, incluye redefinir las funciones específicas para los distintos hospitales mediante la opción de designar algunos para el manejo exclusivo de pacientes con COVID-19, otros destinados a atender urgencias, pacientes crónicos y otras patologías agudas no respiratorias, o aquellos abocados a la atención de embarazos de alto riesgo y a partos.

Para aumentar la capacidad de respuesta en un contexto de emergencias, algunas alternativas complementarias pueden ser la aplicación de *triage* inverso, mediante un seguimiento adecuado de los pacientes aptos para un alta temprana, y la suspensión de cirugías postergables que expandan la disponibilidad inmediata para recibir nuevos pacientes. Además, el uso de espacios alternativos, como

Antecedentes

estacionamientos, pasillos y otras áreas hospitalarias, adecuadas como espacios terapéuticos, pueden contribuir al objetivo (Sheikhbardsiri, Raeisi, Nekoei-Moghadam and Rezaei, 2017).

Por otro lado, la literatura ha sugerido la implementación de mecanismos de gestión centralizada de camas, con un inventario actualizado a nivel nacional de ocupación y movimientos; el establecimiento de protocolos para el diagnóstico y la toma de muestras de pacientes con sospecha de COVID-19; y flujos de *triage* separados para pacientes sintomáticos respiratorios compatibles con casos sospechosos. La coordinación con la red de servicios de atención prehospitalaria —dispositivos de atención de emergencias y transporte sanitario, ambulancias— es otro de los puntos claves para el éxito de la respuesta del sistema sanitario (OMS, OPS, 2020c).

En relación con el uso y la administración de insumos y medicamentos, la interrupción de las cadenas de suministro y el agotamiento de las existencias en el marco de la crisis global se ha visto agravada, en parte, por la compra bajo pánico y el uso irracional de algunos de ellos. Tal es el caso de los equipos de protección personal (EPP), como los respiradores N95, cuyas consecuencias afectaron no solo el manejo de la pandemia del COVID-19, sino de otras enfermedades transmisibles. Bajo ese panorama, resulta imperioso para los Gobiernos brindar una guía clara sobre el uso de EPP y actuar para asegurar suministros y existencias adecuadas, que incluyan la producción regional de suministros médicos para reducir los riesgos de escasez en momentos cruciales (Hopman, Allegranzi, Mehtar, 2020).

La actividad de los laboratorios adquirió un rol central en la detección de casos positivos de COVID-19 y en la generación de datos que permiten evaluar la evolución de la propagación de la enfermedad en la comunidad. El aumento drástico de casos y la expansión del virus en los primeros meses del año 2020 generaron una insuficiencia de reactivos de prueba molecular —método recomendado por la OMS— a nivel mundial para el COVID-19 y para otros diagnósticos moleculares. Más allá de los problemas de oferta, otras limitaciones se relacionan con la capacidad de absorción específica en muchos países, sobre todo, en los de ingresos bajos y medianos.

Las guías internacionales para las autoridades de cada país encomendaron la rápida valoración de las capacidades de pruebas y la planificación de su aumento en forma descentralizada, a través de laboratorios subnacionales, bajo la supervisión del laboratorio nacional de referencia de COVID-19. Asimismo, se promovió la opción de contratar servicios de laboratorio privados o al sector académico, además de la instalación de laboratorios móviles o, si estuvieran disponibles, de sistemas integrados automatizados que puedan ser operados en regiones remotas y por personal con una capacitación mínima.

Las buenas prácticas de laboratorio y la disponibilidad de resultados oportunos requieren superar posibles cuellos de botella en la demanda de reactivos y en la capacidad de almacenamiento de las muestras ingresadas. Además, es preciso prever el manejo de los recursos humanos para evitar el agotamiento y su exposición al virus, de modo de preservar personal crítico (OMS, 2020).

Las estrategias de testeo y priorización, según los mismos lineamientos, debieron adaptarse a realidades heterogéneas, pues en las distintas experiencias nacionales se ha constatado la coexistencia de zonas con circulación comunitaria del virus junto a otras sin casos positivos o con niveles muy controlados, como fue el caso de las provincias argentinas desde la aparición del COVID-19. Ante la escasez y la emergencia, deben priorizarse, por un lado, los testeos en aquellas zonas de circulación comunitaria y, por el otro, en cuanto a las poblaciones, aquellas personas vulnerables y de riesgo —con mayor posibilidad de desarrollar una enfermedad grave—, al personal de salud y a los casos sospechosos en entornos cerrados, como escuelas, cárceles u hospitales, de modo de favorecer la rápida contención de los contagios.

Metodología

Complementariamente, el rastreo de contactos con apoyo comunitario es parte de una estrategia integral de abordaje para la detección, el aislamiento y el diagnóstico de casos, que puedan minimizar la transmisión del virus y optimizar el uso de los test. Una vez asumida la imposibilidad de rastrear a



todos los contactos de un caso positivo, la sugerencia de las instituciones ha sido impulsar y apuntalar programas de rastreo de contactos estrechos o cercanos¹, y definir previamente la priorización y el monitoreo acorde al tipo de exposición (Pinell-McNamara, 2020).

Metodología²

Este documento forma parte de una serie que presenta los resultados de un estudio realizado en la Argentina sobre las experiencias de los sistemas de salud provinciales para gestionar la pandemia del COVID-19. El estudio tuvo por objeto analizar los desafíos de gestión que la pandemia plantea a los sistemas locales, la interacción con las problemáticas preexistentes y los recursos del sistema para brindarles respuesta. Asimismo, se procuró identificar las diversas respuestas que fueron implementando las jurisdicciones en pos de resolver los retos y las urgencias planteadas.

La metodología utilizada es de tipo cualitativa e implicó una primera etapa de revisión bibliográfica. Se examinaron documentos y guías producidos hasta el momento por los principales organismos internacionales y los textos de algunos autores en torno de la gestión de la pandemia. Asimismo, se sistematizaron las normas fijadas por el Ministerio de Salud de la Nación con el fin de establecer las dimensiones de análisis que nutrieron y guiaron posteriormente la elaboración de los instrumentos de relevamiento de información.

En este marco, entre los meses de junio y octubre de 2020, se relevó información mediante un cuestionario semiestructurado de preguntas abiertas y cerradas que se aplicó a funcionarias/os de primera y segunda línea dentro de los Ministerios de Salud de 14 jurisdicciones³ argentinas, representativas de las distintas regiones: Buenos Aires, Chaco, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán. Según información estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), estas jurisdicciones, tomadas en forma conjunta, reúnen en la actualidad al 78% de la población del país.

La encuesta, conformada por 98 preguntas, relevó distintos aspectos organizados en 4 dimensiones y sus correspondientes subdimensiones⁴: i) gobernanza de los sistemas de salud locales; ii) organización de los servicios de salud; iii) recursos humanos; y iv) educación y comunicación a la comunidad. El presente trabajo exhibe los hallazgos correspondientes a la segunda dimensión sobre la organización de los servicios de salud y, para ello, indaga sobre: los niveles de atención (PNA y SNA); los laboratorios; los servicios de emergencia; la tecnología, los insumos y los medicamentos; las redes de servicios y sus mecanismos y los servicios esenciales.



1 Las definiciones alternativas de contacto estrecho pueden consultarse en:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/operational-considerations-contact-tracing.html>

2 Esta serie consta de tres documentos, resultado de la misma investigación del Área de Salud de Fundar. Algunos contenidos son similares puesto que dichos documentos son complementarios y fueron producidos a partir del mismo enfoque metodológico.

3 La convocatoria inicial para participar del estudio incluyó a los funcionarios de los Ministerios de Salud del total de las 24 jurisdicciones existentes en la Argentina. Finalmente, se llevó adelante con aquellas que accedieron abiertamente a participar y brindaron sus respuestas dentro de los plazos estipulados durante los meses de duración de la investigación.

4 Véase el Anexo 1.

El contexto de la pandemia del COVID-19 en las provincias argentinas

Las provincias argentinas enfrentaron situaciones heterogéneas frente al desarrollo de la pandemia. En algunas de ellas, el primer caso confirmado demoró en llegar y los contagios se mantuvieron controlados en niveles bajos durante los primeros meses de la pandemia, como ocurrió en Formosa y en Catamarca. En otras, como en el caso del Chaco —alejada de la capital, que constituyó la primera vía de ingreso para los casos importados—, la aparición del COVID-19 se dio de forma prematura y se expandió incluso antes de que se pudiera generar una adecuación del sistema de salud.

Asimismo, la dinámica propia de la enfermedad se inscribió en realidades preexistentes también divergentes en términos sociales, económicos y de su sistema de salud, las cuales, frente a la emergencia, agudizaron o atenuaron las necesidades y las dificultades. La Tabla 1 presenta algunos indicadores seleccionados por provincia para dar cuenta de esos contextos específicos. En primer lugar, se observan diferencias marcadas entre provincias en la proporción de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Las jurisdicciones con mayores necesidades superan por 7 u 8 puntos porcentuales el promedio nacional en este indicador, ubicado en 11,4% al momento de realizarse el censo. En los extremos, el indicador de Formosa más que quintuplica el guarismo de La Pampa (19,8% vs. 3,8%, respectivamente).

Por el lado del gasto público provincial en salud, la dispersión es mayor: aun considerando el costo de vida diferencial entre las provincias, las discrepancias resultan especialmente significativas entre extremos. La relación entre la provincia con mayor y menor inversión per cápita es de 7 a 1 (Neuquén vs. Buenos Aires, respectivamente). El dato de la provincia de Buenos Aires, que concentra casi al 40% de la población total del país, resulta especialmente bajo en la comparación. El hecho se explica, sobre todo, por una mayor participación municipal dentro del gasto público en salud.

Al analizar las interacciones entre estos dos indicadores —NBI y respuesta en términos de gasto— no se hallan relaciones sistemáticas. En muchos casos, provincias con mayores proporciones de población en situación de vulnerabilidad cuentan con menos recursos públicos invertidos en su sistema sanitario. Esta situación permite vislumbrar la complejidad del sistema argentino, cuya configuración actual está caracterizada por una inversión pública en salud que depende, sobre todo, de las jurisdicciones subnacionales; este esquema consolida las inequidades existentes en lugar de corregirlas (Maceira, 2020).

En relación con la cobertura de salud, se observa que más del 40% de la población tenía hacia 2010 cobertura pública exclusiva —último dato disponible en base al censo nacional—. Contrastado con el indicador de NBI, se percibe que aquellas provincias relativamente más pobres son las que presentan una dependencia mayor al sistema de salud público.

Por su parte, las más de trescientas obras sociales nacionales y 24 obras sociales provinciales existentes concentran el mayor porcentaje de afiliados a escala nacional, con casi el 47% del total. Si bien excede el alcance de este estudio, el dato ilustra el rol destacado que juega la seguridad social dentro del esquema de cobertura y, por ende, la necesidad de contar con mecanismos de diálogo y articulación suficientes con el sector público.

En relación con la cobertura de salud, se observa que más del 40% de la población tenía hacia 2010 cobertura pública exclusiva —último dato disponible en base al censo nacional—. Contrastado con el indicador de NBI, se percibe que aquellas provincias relativamente más pobres son las que presentan una dependencia mayor al sistema de salud público.

En último lugar, la cobertura de las empresas de medicina prepaga (EMP) emerge como un fenómeno principalmente asociado con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), donde los seguros privados alcanzan al 36% de su población, seguido a la distancia por otras 5 provincias con rangos que oscilan entre el 15 y 20% del total.

La lectura de los indicadores específicos relacionados con el COVID-19, tomados a noviembre de 2020, permite configurar una idea sobre la evolución dispar del virus en las provincias, tanto en cantidad de casos confirmados y muertes por millón de habitantes, como en la tasa de testeos por mil habitantes. A simple vista, resalta CABA —cuyos tres indicadores están acompañados por un ícono color verde— con una proporción de casos solo superada por Tierra del Fuego y una tasa de muertes que casi cuadruplica el promedio nacional. Este hecho se ve posiblemente afectado por tratarse de la ciudad capital, con un nivel de movilidad y de contacto con el exterior superior a otras jurisdicciones y por ser el centro nacional de referencia de casos de relativa mayor gravedad. Como correlato, el nivel de testeos es mayor en CABA y en Tierra del Fuego, las provincias más afectadas por los contagios.

Indicadores sociosanitarios de las provincias argentinas

Provincias	Población con NBI ¹ (%)	Gasto público en Salud, p.c. (\$)²	Cobertura de Salud ¹			Indicadores COVID-19 ⁴		Recursos de Salud ⁵		
			Obra Social (%)	EMP³ (%)	Pública exclusiva (%)	Casos confirmados / millón de habitantes	Testeos / mil habitantes	Camas / mil habitantes	Médicos/as/mil habitantes	Enfermeros/as/mil habitantes
Promedio⁶	11, 4	12.101,5	46,7	12,8	40,4	21.070,9	42,1	3,6	3,7	5,1
Buenos Aires	▼ 8,2	▼ 3.830	▼ 47,8	▼ 15,5	▼ 36,7	▼ 31.702	▼ 67	▼ 3,6	▼ 2,9	▼ 5,5
CABA	▼ 6,0	▼ 18.182	▼ 44,8	▼ 36,1	▼ 19,1	▼ 47.885	▲ 131	▲ 7,2	▲ 16,6	▲ 8,5
Catamarca	▼ 11,4	▼ 10.998	▼ 51,6	▼ 7,6	▼ 40,8	▼ 2.431	▼ 24	▼ 4,8	▼ 2,7	▼ 3,5
Chaco	▲ 18,2	▼ 8.499	▼ 33,2	▼ 6,6	▲ 60,2	▼ 11.950	▼ 52	▼ 3,3	▼ 2,3	▼ 6,4
Chubut	▼ 8,5	▼ 16.514	▲ 56,6	▼ 14,4	▼ 29,1	▼ 24.575	▼ 29	▼ 3,4	▼ 3,0	▼ 5,0
Córdoba	▼ 6,0	▼ 6.031	▼ 47,4	▼ 18,0	▼ 34,6	▼ 23.475	▼ 32	▼ 3,7	▼ 4,4	▼ 2,9
Corrientes	▲ 15,2	▼ 7.002	▼ 39,4	▼ 8,5	▲ 52,0	▼ 2.337	▼ 13	▼ 3,3	▼ 3,2	▼ 4,7
Entre Ríos	▼ 8,1	▼ 10.164	▼ 53,0	▼ 9,8	▼ 37,2	▼ 12.038	▼ 22	▼ 3,6	▼ 3,0	▼ 6,6
Formosa	▲ 19,8	▼ 14.156	▼ 34,7	▼ 5,0	▲ 60,3	▼ 253	▼ 3	▼ 3,5	▼ 1,9	▼ 2,8
Jujuy	▲ 15,5	▼ 9.408	▼ 41,8	▼ 10,3	▲ 48,0	▼ 23.266	▼ 57	▼ 3,6	▼ 2,3	▲ 7,3
La Pampa	▼ 3,8	▼ 18.535	▼ 52,2	▼ 11,6	▼ 36,3	▼ 9.943	▼ 41	▼ 3,4	▼ 3,2	▼ 5,3
La Rioja	▼ 12,3	▼ 12.833	▼ 48,2	▼ 11,8	▼ 40,1	▼ 19.511	▼ 52	▼ 4,9	▼ 3,9	▼ 4,1
Mendoza	▼ 7,7	▼ 6.526	▼ 50,4	▼ 11,4	▼ 38,3	▼ 24.265	▼ 43	▼ 2,7	▼ 3,5	▼ 4,6
Misiones	▲ 15,7	▼ 8.300	▼ 42,9	▼ 8,9	▲ 48,2	▼ 236	▼ 6	▼ 2,7	▼ 1,8	▼ 3,0
Neuquén	▼ 10,4	▲ 26.593	▼ 51,1	▼ 12,5	▼ 36,4	▼ 37.361	▼ 46	▼ 3,6	▼ 4,0	▲ 6,7
Río Negro	▼ 9,5	▼ 12.936	▼ 51,2	▼ 12,8	▼ 36,0	▼ 33.179	▼ 55	▼ 3,0	▼ 3,9	▼ 5,6
Salta	▲ 19,5	▼ 9.528	▼ 40,3	▼ 9,5	▲ 50,2	▼ 13.375	▼ 25	▼ 3,3	▼ 2,2	▼ 6,3
San Juan	▼ 10,3	▼ 12.794	▼ 42,7	▼ 11,2	▼ 46,2	▼ 3.702	▼ 5	▼ 3,9	▼ 3,0	▼ 4,0
San Luis	▼ 7,9	▼ 11.722	▼ 47,2	▼ 10,9	▼ 41,8	▼ 15.445	▼ 42	▼ 2,6	▼ 3,0	▼ 4,1
Santa Cruz	▼ 8,3	▼ 18.024	▲ 63,6	▼ 14,9	▼ 21,5	▼ 27.504	▼ 46	▼ 3,4	▼ 2,8	▼ 5,8
Santa Fe	▼ 6,5	▼ 8.733	▼ 46,9	▼ 19,8	▼ 33,3	▼ 31.409	▼ 39	▼ 3,3	▼ 4,6	▼ 4,3
Santiago del Estero	▲ 17,7	▼ 6.232	▼ 33,6	▼ 8,0	▲ 58,4	▼ 10.397	▼ 36	▼ 3,5	▼ 1,8	▼ 5,4
Tierra del Fuego	▼ 14,3	▲ 19.867	▲ 56,3	▼ 16,9	▼ 26,7	▲ 69.013	▲ 108	▼ 2,2	▼ 4,7	▼ 6,2
Tucumán	▼ 13,4	▼ 13.030	▼ 44,8	▼ 16,1	▼ 39,1	▼ 30.450	▼ 36	▼ 3,3	▼ 3,3	▼ 4,4

Tabla 1

1. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 2010.

2. Ministerio de Economía de la Nación. Gasto provincial en Salud per cápita en pesos corrientes. Año 2019.

EMP: Empresas de Medicina Prepaga.

4. Ministerio de Salud de la Nación. Datos al 3/11/2020.

5. Camas cada 1000 habitantes: estimación propia en base a REFES-MSN e INDEC (número total de camas habilitadas y población proyectada, año 2018). Profesionales Médicos y Enfermeros: en base al Registro Nacional de Prestadores Profesionales Inscriptos en la SSS del MSN

6. Media aritmética.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC, del Ministerio de Economía de la Nación y del Ministerio de Salud de la Nación.



En el otro extremo, Catamarca, Formosa o Misiones exhibían, aun ocho meses después del primer caso confirmado en la Argentina, guarismos notablemente bajos en casos y muertes por millón de habitantes.

Las últimas tres columnas de la tabla dan cuenta de la desigual dotación de recursos de salud que caracteriza a las estructuras provinciales, donde una vez más CABA presenta tasas de camas, médicos/as y enfermeros/as cada mil habitantes marcadamente superiores al promedio nacional y al resto de las jurisdicciones, con excepción de Jujuy y de Neuquén en lo concerniente a enfermeros/as. En contraste, la provincia más populosa, Buenos Aires, cuenta con la mitad de las camas y con casi una sexta parte de los/as médicos/as de la ciudad capital.

Resultados

El PNA (Primer Nivel de Atención): acceso, continuidad de cuidados y control comunitario del COVID-19

Como eje clave de los servicios que conforman el sistema de salud, el PNA se encuentra altamente exigido por la pandemia del COVID-19. Sus funciones básicas se vieron afectadas, y en muchos casos limitadas, aunque de maneras muy diversas entre jurisdicciones. Asimismo, este nivel de atención desempeña un rol clave en las diferentes estrategias implementadas por los sistemas provinciales para contener y mitigar la propagación comunitaria del virus. Así, el PNA se encuentra frente al desafío de sostener de alguna forma sus ya conocidas funciones esenciales, mientras que en varias jurisdicciones va incorporando las acciones de identificación, rastreo y contención de la propagación del virus.

En este contexto, las catorce jurisdicciones entrevistadas manifestaron que la pandemia afectó en alguna medida los horarios y los días de atención en el PNA: poco menos de la mitad menciona que esta afectación representó una reducción horaria de la atención —menos horas o días—, mientras que otra cantidad similar señala que, por el contrario, la modificación implicó una ampliación horaria —más horas o días—. Cerca de un tercio, a su vez, expone el surgimiento de modalidades nuevas o alternativas para garantizar la atención.

Córdoba es una de las provincias que amplió el horario de atención. Antes de la pandemia los centros atendían únicamente entre las 8 y las 12 horas; actualmente, extendieron este horario en varios efectores del PNA hasta las 16 horas y algunos lo están haciendo sin interrupción durante todo el día. Mendoza, por su parte, reorganizó todo el PNA destinando algunos centros para la atención exclusiva de COVID-19 y otros para los problemas de salud no asociados a la pandemia. Los del primer grupo tienen extensión horaria, mientras que los del segundo siguieron funcionando en sus horarios habituales. A diferencia de las anteriores, Río Negro menciona el gran impacto de la pandemia en el PNA, que implicó tener que cerrar la atención en algunos centros por falta de recursos humanos. Entre estas tres experiencias se ubican, en mayor o menor medida, las jurisdicciones restantes, que evidencian cambios en el funcionamiento normal del PNA y respuestas muy diversas.

Para avanzar en el análisis, es importante detenerse en la Figura 1, que muestra el impacto de la pandemia en los servicios básicos que se brindan en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y las principales actividades que realizan en la comunidad, de acuerdo con lo manifestado por los/as entrevistadas/os. La figura refleja la cantidad de respuestas afirmativas por tema abordado. Cada respuesta corresponde a una de las jurisdicciones incluidas en el estudio.

Resultados

Las actividades extramuros de los equipos del PNA, que implican intervenciones en la comunidad, se vieron mayormente suspendidas en el marco del ASPO —Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio—, según lo expresan la mayoría de las jurisdicciones consultadas (8/14). Los servicios de odontología también se redujeron de manera significativa, pues se trata de una práctica con alto riesgo de contagio. Por el contrario, solo tres jurisdicciones redujeron la atención pediátrica y de medicina general, junto a la dispensa de medicamentos.

Entre las actividades que el PNA realiza en la comunidad —denominadas extramuros—, se observa que todas las jurisdicciones suspendieron las asesorías escolares, en tanto las escuelas se mantuvieron cerradas en el periodo de consulta. Las actividades de descacharreo contra el dengue y de promoción de la salud extramuros también sufrieron una considerable reducción en gran parte de las provincias. Por el contrario, varias jurisdicciones realizaron esfuerzos para sostener las acciones de búsqueda activa y visita domiciliaria, como medida para asegurar la continuidad en los cuidados de las personas con mayor riesgo: las personas gestantes, aquellas con enfermedades crónicas no transmisibles, y los/las adultos/as mayores o con movilidad reducida.

Servicios y actividades del PNA reducidos por la pandemia

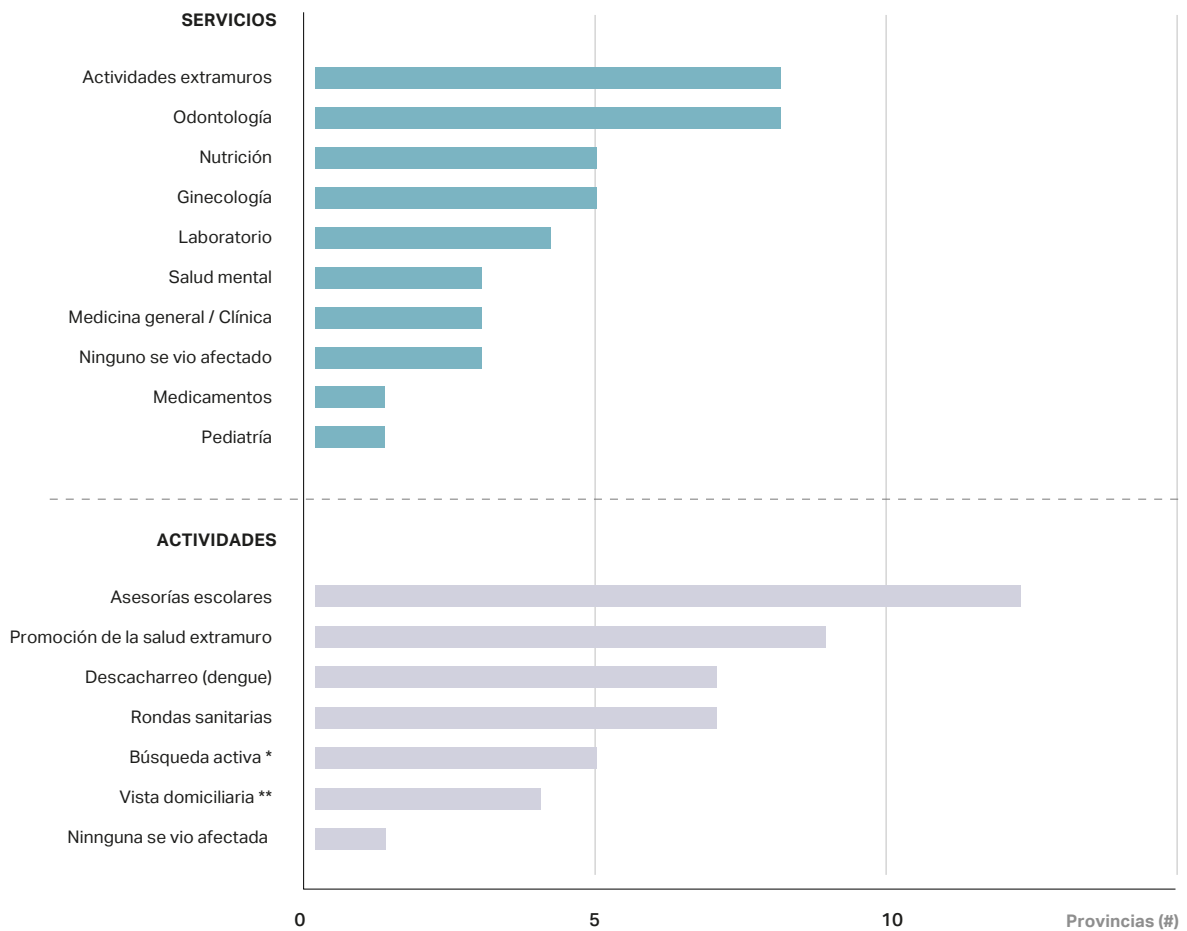


Figura 1

* Pacientes crónicos, embarazadas, etc.

**Adultos mayores y personas con movilidad reducida.

Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Frente a las limitaciones del acceso presencial a los centros de salud, varias jurisdicciones —entre ellas Neuquén, Tucumán, Jujuy, CABA, Córdoba, La Rioja y San Juan— mencionan la utilización de modalidades alternativas para garantizar la oferta de servicios y sostener la continuidad de atención en el PNA. Una de las más destacadas por la mayoría de los/as funcionarios/as consultados/os fue la teleconsulta, que se menciona principalmente para algunas de las especialidades como, por ejemplo, la salud mental. Otra modalidad extendida es la visita domiciliaria a cargo de profesionales del equipo del PNA, sobre todo, en el caso de personas gestantes, de pacientes con enfermedades crónicas —entrega de medicamentos para la continuidad de tratamientos—, o de adultos mayores con movilidad reducida. San Juan, por ejemplo, aplica cuestionarios para categorizar el riesgo de las personas y facilitar el otorgamiento de turnos programados en los CAPS, y también provee medicación a domicilio a adultos mayores y a personas con enfermedades crónicas. Santiago del Estero implementó la vacunación puerta a puerta al igual que Tucumán, que también llevó laboratoristas a domicilio.

En este contexto de pandemia, los equipos del PNA asumieron nuevas funciones para controlar el crecimiento del virus en la comunidad. En esta dirección, casi todas las provincias mencionan su participación en tareas de testeo y búsqueda activa de casos infectados, de rastreo de contactos estrechos, del monitoreo del aislamiento de personas infectadas, en la educación a la comunidad sobre medidas de prevención —lavado de manos, distanciamiento social, etc.— y en la identificación y el seguimiento de población de riesgo, entre otras. A su vez, nueve de las catorce jurisdicciones entrevistadas señalan que parte del equipo del PNA fue reasignado al SNA.

Solo para mencionar algunas de las diversas formas de desempeñar este nuevo rol que tiene el PNA en la pandemia, la provincia de Tierra del Fuego creó un sistema de atención y seguimiento domiciliario a los pacientes con COVID-19 positivo con base en el PNA. Al tener pocas camas de internación, la provincia definió que los/as pacientes leves recibieran atención y seguimiento a domicilio, dejando incluso saturómetros en comodato en las casas de los pacientes para que pudieran controlarse. Los equipos de PNA también realizan seguimiento telefónico de los pacientes asintomáticos. Otro ejemplo es el de la Provincia de Tucumán, donde el PNA participa en el programa de Búsqueda Activa de Febriles (BAF) en la comunidad, que está presente en los barrios más vulnerables.

El SNA (Segundo Nivel de Atención): prepararse para una demanda excepcional

El SNA concentró los mayores desafíos de atención generados por el avance de la pandemia del COVID-19. En todo el país las estructuras hospitalarias que acumulaban décadas de escasa inversión debieron readecuarse y reorganizarse en tiempo récord a la espera del potencial avance del virus.

Con base en las respuestas obtenidas de los Ministerios de Salud provinciales, en el promedio nacional, el sector público concentraba el 77% de las camas disponibles mientras el sector privado solo poseía el 23% de las cuales, en el momento de la encuesta, el 70% eran camas comunes y el 30% pertenecían a las unidades de terapia intensiva, un recurso especialmente acuciante en la pandemia. Sin embargo, estos números se encuentran sesgados por la falta de información que se reportó sobre el sector privado en muchos de los casos encuestados⁵. Este hecho, que debe ser una preocupación por la falta de articulación entre subsistemas, adquiere especial relevancia en contextos como el actual, dada la necesidad de centralizar ciertas decisiones y de administrar los recursos de manera coordinada.

⁵ Desde una perspectiva de financiamiento sectorial, aproximadamente el 70% de la inversión en salud es ejecutada desde seguros sociales (Obras Sociales Nacionales, Provinciales y PAMI) o por parte de prepagas, donde gran parte de la atención se realiza en establecimientos privados con internación subcontratada a tal efecto.

Resultados

En el interior, en las provincias patagónicas que participaron de la encuesta y brindaron información sobre el sector privado —Neuquén y Río Negro—, así como en CABA y Buenos Aires, la dotación proporcional entre ambos subsectores se muestra más equilibrada, sobre todo en CABA, donde cada uno alcanza casi un 50% del total de camas.

La pandemia puso en evidencia la necesidad de inversión y de actualización del SNA en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, así como la presencia de grandes disparidades entre provincias.

La pandemia puso en evidencia la necesidad de inversión y de actualización del SNA en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, así como la presencia de grandes disparidades entre provincias. Prácticamente todas las jurisdicciones aumentaron significativamente sus camas críticas y de internación. Desde Nación, se acompañaron los esfuerzos provinciales mediante la financiación para la compra de insumos y de equipamiento médico necesario. Sin embargo, el aspecto más acuciante y de difícil solución señalado de manera unánime por todas las jurisdicciones entrevistadas, es el recurso humano capacitado (Figura 2), referido como una necesidad principal en doce de las jurisdicciones, seguido por insumos (6/14 casos), infraestructura edilicia (5/14 casos) y equipamiento (4/14 casos). Esto es más preocupante en las zonas alejadas de los grandes centros urbanos y, sobre todo, en las provincias del sur o del norte del país.

Principales necesidades del SNA ante la pandemia

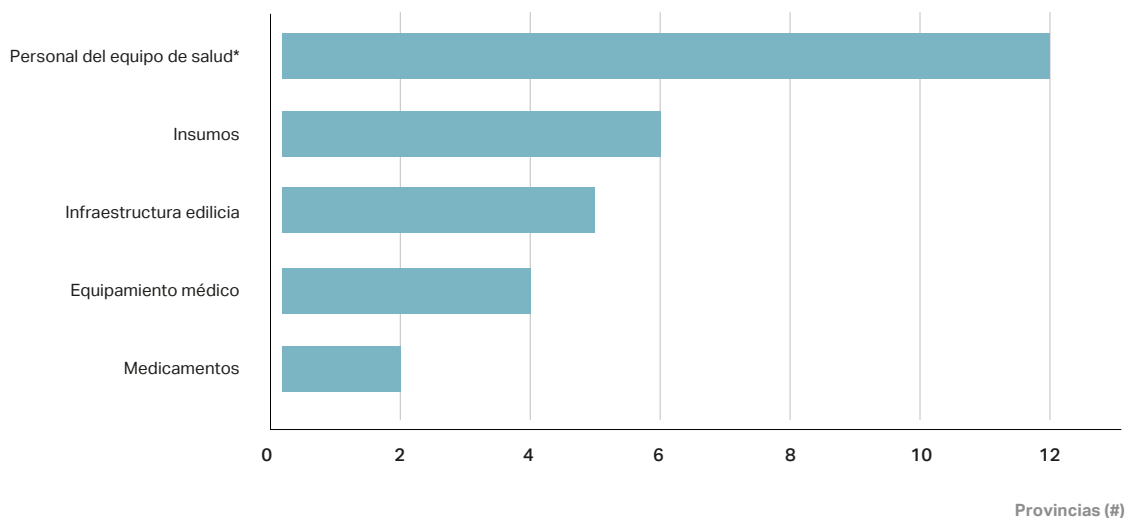


Figura 2

* Enfermeros/as, médicos/as, especialistas, etc.

Fuente: Elaboración propia.

Frente a ello, algunas de las soluciones mencionadas por las provincias fueron:

- **Optimizar el recurso humano existente.** El Chaco, por ejemplo, realizó un censo para identificar recursos humanos con especialidades asociadas al abordaje del COVID-19, trasladando al SNA a aquellos que cumplían funciones en el primer nivel. Tierra del Fuego, por su parte, señala un trabajo de reingeniería del recurso humano: ante la poca disponibilidad de especializaciones en terapia

Resultados

intensiva, y dada la imposibilidad de poder satisfacer esta demanda en el corto plazo, la provincia evaluó la posibilidad de reconvertir ciertas especialidades para que hicieran de soporte a las terapias intensivas. Tucumán, Jujuy y Mendoza, asimismo, mencionan el aprovechamiento de los/as profesionales que se encontraban de licencia por ser personal de riesgo, para apoyar el despliegue de la estrategia de telesalud, principalmente realizando teleconsultas o apoyando tareas de seguimiento telefónico en el rastreo de contactos estrechos o de pacientes infectados/as.

- Todas las jurisdicciones encuestadas mencionan en alguna medida que realizaron **incorporación de personal**. Para ello, varias señalan la utilización de nuevas modalidades de contratación como, por ejemplo, La Rioja o Tucumán (esta última especialmente para enfermería). En la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, se está ampliando la incorporación de personal mediante el otorgamiento de becas.
- La **articulación con las universidades** para dotar al sistema de profesionales también es mencionada por varias jurisdicciones como una alternativa para contar con recursos humanos. San Juan, por ejemplo, realizó convenios con las universidades públicas y privadas para disponer de profesionales con título en trámite. Mendoza se encuentra trabajando con alumnos/as del último año de carreras de ciencias de la salud y habilitando las prácticas para aquellos/as que están próximos a recibirse. Asimismo, están prorrogando las residencias del cuarto año.
- La **articulación público–privada** es otra alternativa mencionada, por ejemplo, en el caso de Jujuy, mediante la celebración de convenios en lo que respecta a recursos humanos y físicos.

Uno de los aspectos clave para contar con los profesionales de la salud necesarios es el resguardo de la salud de los equipos: son fundamentales las medidas para evitar el contagio intrahospitalario por la circulación de las personas infectadas. En esta materia, todas las jurisdicciones señalan haber avanzado significativamente generando protocolos para la circulación de personas dentro de los establecimientos y para el uso adecuado de EPP —equipos de protección personal, tales como guantes, barbijos, etc.—. Entre las medidas mencionadas se encuentran: la definición de áreas y efectores exclusivos COVID-19; doble circulación, definiendo especialmente aquella para la persona sintomática; y cuidados domiciliarios para la población con COVID-19 —seguimiento remoto, presencial y toma de muestras—. Neuquén, por ejemplo, conformó duplas de trabajo fijo específicas para la tarea presencial en domicilio, mientras Córdoba y Mendoza aplicaron la rotación del personal 14/14⁶, y tests al equipo de salud, entre otras.

Asimismo, varias/os entrevistadas/os mencionaron contar con estrategias para controlar el cumplimiento de estas medidas de bioseguridad. Córdoba afirma que posee equipos especialmente destinados a fiscalizar estas medidas, en tanto Tucumán informa la presencia del Programa VIGIES (Vigilancia de los Equipos de Salud) con la misma finalidad. En el caso de Tierra del Fuego, los comités de ética de los hospitales asumieron para sí la tarea de dar seguimiento al acatamiento y la implementación de los protocolos internos de prevención de contagio laboral. Algo similar sucede en Jujuy, donde son los Comités Operativos de Emergencia (COE) hospitalarios los que asumen este rol junto al área de auditoría y fiscalización del Ministerio provincial. Esta provincia también cuenta con equipos de enfermeras/os de control de infecciones, que se han creado dentro de los hospitales para fiscalizar el correcto uso de los equipos de protección personal.

Otra área afectada por la irrupción de la pandemia en el SNA fue la de los servicios ambulatorios que se ofrecen en estos establecimientos, con respuestas positivas en diez de las provincias consultadas. Por un lado, estos servicios se vieron afectados por la reducción en la oferta, pues numerosos establecimientos de SNA se centraron únicamente en la atención del COVID-19. Sin embargo, aquellas

⁶ Rotación del personal cada 14 días sosteniendo los mismos equipos para conformar burbujas y evitar la extensión de contagios.

Resultados

jurisdicciones que clasificaron sus establecimientos en atención COVID-19 y no COVID-19, y cuya oferta estaba garantizada, vieron igualmente una merma importante en la demanda. Según manifiestan los/as encuestados/as, ello puede explicarse, en parte, debido al temor de las personas de acercarse al hospital. Algunas provincias manifestaron que la demanda alcanzaba apenas entre un 20-30% de lo que representaba en tiempos prepandemia, algo similar a lo que ocurrió en el PNA, pero en mayor proporción. Ello plantea un gran dilema para la red de servicios de salud acerca de cómo resolver y garantizar la continuidad del cuidado integral de las personas, es decir, la prevención y la atención de todos los otros problemas de salud no-COVID.

Existieron otras respuestas innovadoras que se pueden profundizar y sostener más allá de la coyuntura. En esta dirección, gran parte de las jurisdicciones reconocen avances en el SNA especialmente en tres áreas: la seguridad del paciente y/o bioseguridad; la organización de los servicios en red y las diferentes herramientas asociadas con la telemedicina.

Para garantizar la oferta de estos servicios e incentivar la demanda no expuesta durante la pandemia, algunas jurisdicciones se reorganizaron y buscaron intervenciones alternativas. Por ejemplo, como afirmamos, ciertas jurisdicciones destinaron establecimientos para la cobertura exclusiva de COVID-19; avanzaron en la modalidad de programación de todos los turnos para evitar congestión de personas en salas de espera; implementaron la receta electrónica u optaron por la entrega directa de medicamentos en forma bimestral o trimestral, para evitar la discontinuidad de un tratamiento. La teleconsulta avanzó como una de las principales modalidades para garantizar el acceso a la atención, entre otras. Asimismo, hubo jurisdicciones, como Tierra del Fuego, que cuentan con pocos establecimientos de SNA y decidieron trasladar gran parte de los servicios ambulatorios al PNA. Esta medida, resistida en principio por los equipos de ambos niveles de atención, encontró luego una gran aceptación y están evaluando sostenerla —al menos parcialmente— una vez superada la pandemia.

Existieron otras respuestas innovadoras que se pueden profundizar y sostener más allá de la coyuntura. En esta dirección, gran parte de las jurisdicciones reconocen avances en el SNA especialmente en tres áreas: la seguridad del paciente y/o bioseguridad; la organización de los servicios en red y las diferentes herramientas asociadas con la telemedicina.

El Chaco, por ejemplo, reconoce un crecimiento en el área de seguridad del paciente mediante la actuación de equipos centinelas de verificación de los protocolos en los establecimientos del SNA. Señalan que se invirtió en la protocolización y en la organización de los flujos de circulación de las personas en los establecimientos, sobre todo, del SNA. En la misma línea, funcionarios/as entrevistados de Tucumán, Córdoba, Neuquén y La Rioja mencionan logros de largo plazo en esa área. CABA destaca la organización lograda en torno del cuidado de la salud ordenado por niveles de complejidad y el manejo de la disponibilidad de camas en red. Asimismo, la provincia de Buenos Aires (PBA) subraya la creación de la Unidad de Gestión de Derivaciones y el trabajo en red.

Servicios esenciales y redes integrales de servicios de salud

La pandemia no solo impactó en el funcionamiento de los niveles de atención, como se mencionó anteriormente, sino que también puso a prueba el funcionamiento de la red de servicios. La Figura 3 expone la percepción general de los/as entrevistados/as respecto del nivel de afectación de los servicios y el funcionamiento en red. Tanto para el primer nivel como para el segundo se indagó sobre el

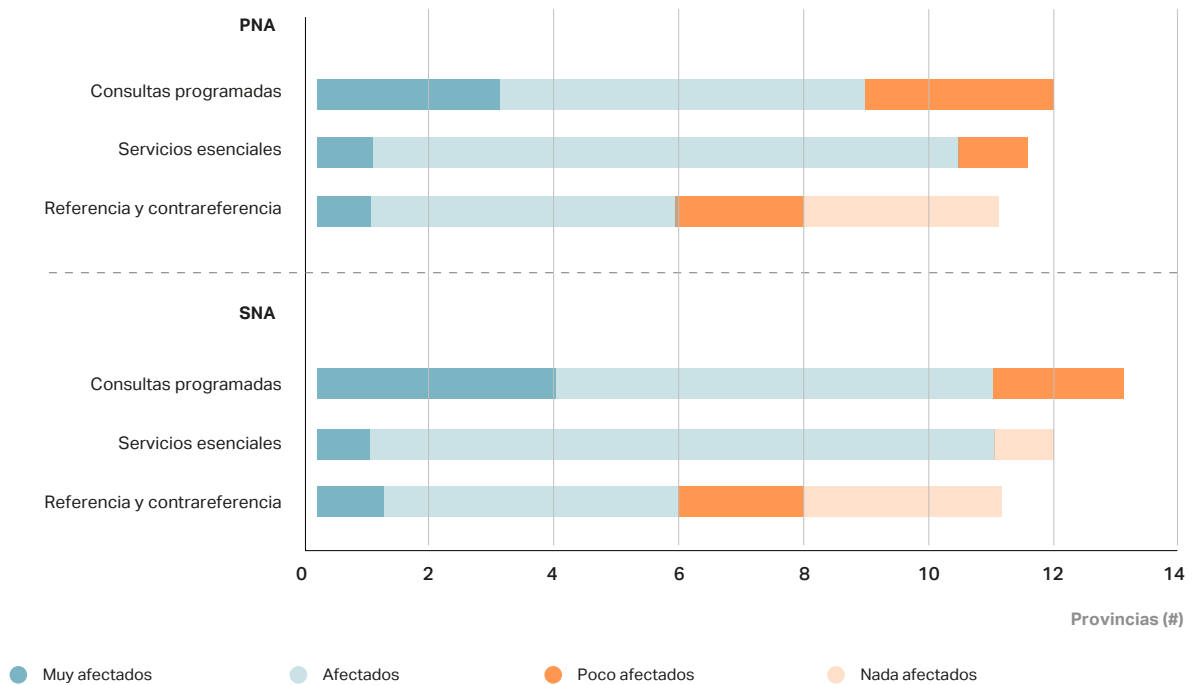
Resultados

nivel de afectación, estableciendo cuatro categorías —muy alto, alto, bajo y nulo— para tres tipos de servicios —consultas programadas, servicios esenciales⁷ y referencia y contrarreferencia—. La Figura agrega la información recibida por cantidad de provincias que respondieron en cada categoría.

Como es posible observar, los servicios esenciales del PNA y el SNA se vieron afectados o muy afectados en la mayoría de los casos (11/14 en ambos casos), así como las consultas programadas, con mayor impacto en el caso del SNA (9/14 en el primer nivel y 11/14 en el segundo). Por su parte, el sistema de referencia y contrarreferencia aparece como el relativamente menos afectado en este análisis: seis de las catorce provincias sugieren que hubo un impacto significativo.

Nivel de afectación de los servicios por la pandemia: PNA y SNA

Figura 3



Fuente: Elaboración propia.

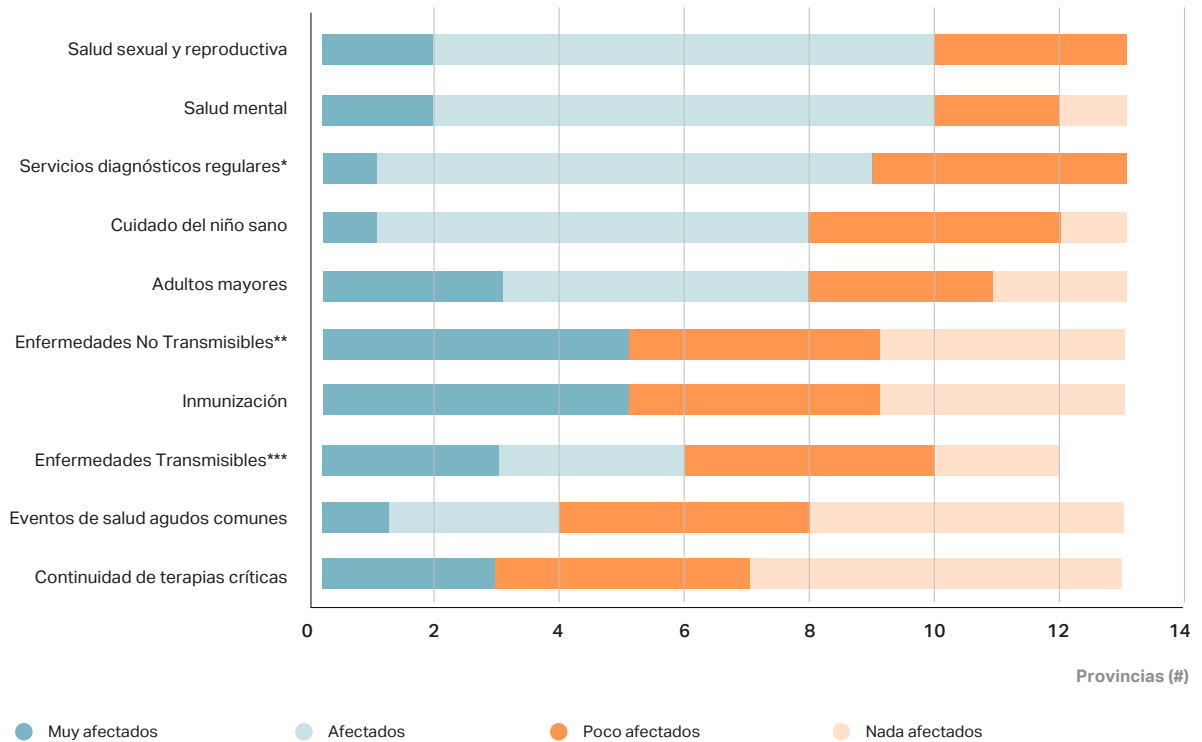
Una mirada hacia el interior de los servicios permite visualizar la huella de la pandemia sobre una gran proporción de ellos. En particular, aquellos relacionados a la salud sexual y reproductiva, la salud mental —ambos en diez de los catorce casos reportados— y la realización regular de diagnósticos (9/14) presentaron mayor frecuencia de respuestas como “afectados” o “muy afectados”. En el otro extremo, eventos agudos comunes o terapias críticas que era imposible postergar continuaron en la mayoría de los casos con dinámicas similares a los momentos prepandemia —con tres y cuatro respuestas positivas sobre el universo de catorce jurisdicciones—.

⁷ Las categorías de alta prioridad abarcan los servicios esenciales de prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles, incluidas las vacunas; los servicios relacionados con la salud reproductiva, incluido el período de embarazo y el parto; los servicios básicos para los grupos de población vulnerables, como los bebés y las personas mayores; el abastecimiento de medicamentos y de suministros y el apoyo de los trabajadores de la salud para el tratamiento sin interrupciones de las enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales; los tratamientos de medicina intensiva que deben realizarse en establecimientos sanitarios; la gestión de las dolencias y los cuadros clínicos agudos habituales que requieren intervenciones urgentes; y los servicios de apoyo, como los servicios básicos de diagnóstico por imagen, de laboratorio o de banco de sangre (OMS, 2020b).

Resultados

Servicios más afectados por la pandemia

Figura 4



* Imagen, laboratorio, etc.

** Tratamiento y entrega de medicamentos.

*** HIV, TBC, Dengue, Chagas, etc.

Fuente: Elaboración propia.

Al indagar sobre las principales dificultades para garantizar estos servicios, obtuvimos respuestas variadas que es posible agrupar mayormente en dos grandes grupos de motivos: (i) la caída de la demanda por el temor de las personas a consultar en los establecimientos de salud; y (ii) una vez más, la escasez de recursos humanos, por ejemplo, debido a la reasignación a otro nivel de atención y las licencias del personal mayor de 60 años o con factores de riesgo. En este último caso, y solo a modo de ejemplo sobre la magnitud del impacto, Córdoba señaló que ello implicó la licencia de 600 enfermeras/os y Río Negro manifestó que representó el 30% de los trabajadores de la salud. En menor medida, algunas jurisdicciones mencionaron la dificultad para la distribución de insumos esenciales en el marco de la cuarentena —el Chaco indica como ejemplo la demora en la entrega de los tests de HPV—.

Luego de un primer momento de constricción, numerosas provincias comenzaron a reaccionar con intervenciones orientadas a garantizar los servicios esenciales y la continuidad de los cuidados. En este contexto, y como se reitera en las entrevistas en profundidad, la salud digital desempeñó un rol fundamental, sobre todo a través del crecimiento exponencial de la teleconsulta y la implementación de la receta digital, que permitió la continuidad de los tratamientos que requieren medicamentos. Solo por mencionar algunos ejemplos, Tucumán puso en marcha más de 60 consultorios de telemedicina, atendidos, mayormente, por los profesionales con comorbilidades o personas mayores de 60 años. Jujuy creó el efector de telesalud —Efector Virtual— dentro del ámbito del Ministerio de Salud a partir de las estructuras de la coordinación de telesalud provincial con todos los hospitales de la provincia, y diseñó consultorios virtuales.

Resultados

El contexto de pandemia también aceleró la incorporación de herramientas de salud digital existentes, pero poco aprovechadas hasta el momento, debido a las resistencias propias de la cultura organizacional de cada sistema de salud local. Una de ellas es la tele educación que, si bien existe hace tiempo, no solía ser muy utilizada. Al encontrarse limitada la modalidad presencial, la virtualidad se convirtió en el único medio existente para capacitar a los equipos. Tucumán llegó a capacitar a 17.000 personas que integran el sistema de bioseguridad en un breve período de tiempo.

Otra herramienta cuya incorporación se vio fuertemente alentada durante la pandemia es la interconsulta virtual entre profesionales de salud. Este mecanismo se constituye en una herramienta sumamente útil para mejorar el trabajo en red de los servicios de salud. Numerosas provincias mencionaron su crecimiento —e incluso la formalización de sistemas para la comunicación entre profesionales—, a través del cual lograron sostener una capacidad horizontal de interacción para el tratamiento de las personas o el abordaje de las patologías. Según declararon, el intercambio con centros urbanos con mayor número de especialistas como Córdoba o CABA se vio facilitado durante la pandemia. En este sentido, Tucumán señala que esta circunstancia impactó en un descenso de los traslados de personas hacia CABA, con un mayor acompañamiento virtual de los centros especializados —Hospital Garrahan, Hospital Italiano, entre otros—, lo cual redundó en el desarrollo de capacidades locales.

Algunas jurisdicciones implementaron nuevos marcos legales de políticas asociadas con la orientación de la demanda, mediante equipos interdisciplinarios que dirigen la consulta de acuerdo a la necesidad de la persona. En esa línea, el Chaco ha generado normativas (Decreto 608/2020) para que la primera consulta en salud mental sea por vía telefónica y destinó líneas específicas a tal fin. La Rioja, por su parte, implementó el “fonosalud”, una estrategia de comunicación a poblaciones priorizadas: adultos mayores, personas gestantes y niñas/os.

El contexto de pandemia también aceleró la incorporación de herramientas de salud digital existentes, pero poco aprovechadas hasta el momento, debido a las resistencias propias de la cultura organizacional de cada sistema de salud local. Una de ellas es la tele educación que, si bien existe hace tiempo, no solía ser muy utilizada.

También se desarrollaron herramientas para una mejor identificación de la población, fundamentalmente aquella vulnerable. En esta dirección, Córdoba realizó un relevamiento social exhaustivo en los barrios sociales más desprotegidos, además de contar con la población de riesgo geolocalizada —enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), adultos mayores, etc.—, lo cual contribuye al diseño de estrategias de recaptación de personas. Uno de los instrumentos implementados consistió en contratar a una empresa que lleva a domicilio los medicamentos a las personas con ECNT que se encuentran bajo tratamiento. Tucumán también ha avanzado en la utilización de mapas sanitarios ya existentes, cuyo aprovechamiento se ha cristalizado en este momento para la identificación de las zonas vulnerables.

Jujuy, por su parte, menciona que una de las prácticas más innovadoras para dar continuidad a los cuidados fue la que desarrollaron para las personas con enfermedades crónicas y los adultos mayores. Definieron un circuito de captación y seguimiento telefónico, junto a una red de contención compuesto por psicólogos/as, asistentes sociales, médicos/as y agentes sanitarios, que incluso llegaba a sus domicilios para entregarles la medicación.

Asimismo, la PBA desarrolló el CETEC (Centro de Teleconsulta para COVID), que se inició desde una unidad central, y luego se extendió a las regiones y a las universidades. Lo interesante de esta estrategia en la pandemia es que permitió incorporar de modo seguro al personal esencial cuya asistencia a los establecimientos representa un riesgo. Además, el CETEC posibilita el seguimiento de 188.000 personas diariamente.

Servicios de apoyo (red de laboratorios, sistema de emergencias) e insumos críticos

Los servicios de apoyo como el sistema de emergencias y la red de laboratorios son un eslabón clave en una pandemia con las características del COVID-19. Los laboratorios cumplen un papel central en la identificación y el diagnóstico temprano de las personas infectadas, lo cual es un paso esencial para la elaboración de cualquier estrategia de contención del virus, mientras que el sistema de emergencias tiene a cargo el traslado de gran parte de las personas infectadas con complicaciones vinculadas a la pandemia.

La información recogida muestra que, al igual que en los otros servicios de salud, la capacidad de los laboratorios es muy disímil entre las distintas jurisdicciones (Figura 5), y que muchas de ellas debieron invertir de inmediato en tecnología, insumos, recursos humanos y capacitación para poder contar con la capacidad mínima de respuesta a esta nueva y significativa demanda.

Capacidad de testeo de las provincias por población

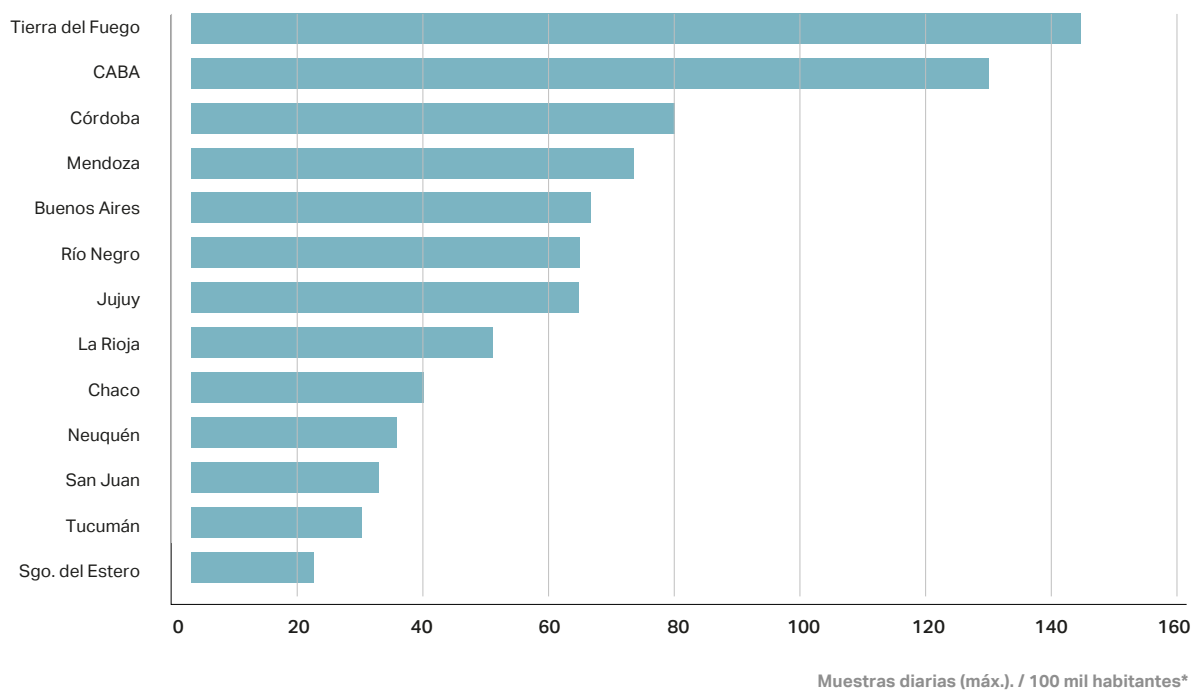


Figura 5

* Los datos de muestras diarias corresponden al máximo de capacidad dado por el límite superior de los rangos preestablecidos por la encuesta. En algunos casos, las jurisdicciones respondieron con el dato específico del número de muestras diarias procesadas en promedio.

Fuente: Elaboración propia.

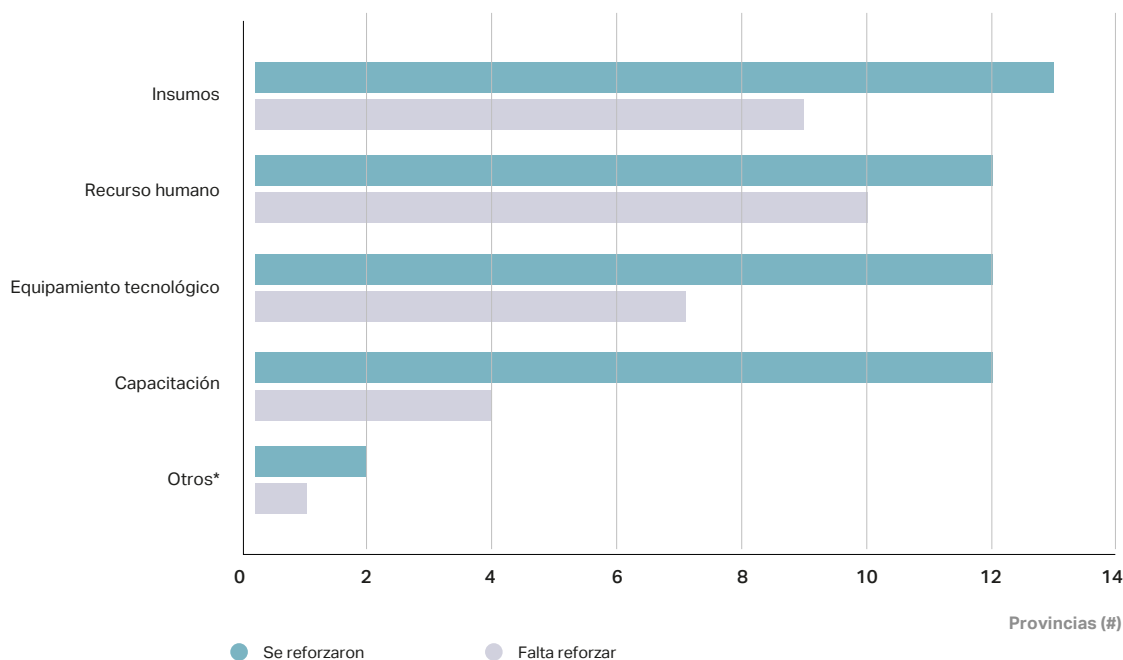
La capacidad de procesamiento de muestras diarias en el momento de realizar la encuesta presentaba divergencias significativas. Gran parte de las provincias contaban con una capacidad inferior o cercana a las 50 muestras cada cien mil habitantes, mientras Tierra del Fuego o CABA, por ejemplo, tenían una capacidad de más del doble de ese valor. Esta información relativa a las muestras diarias según encuestas se corresponde, en gran medida, con los datos recopilados en la sección de indicadores con base en las estadísticas oficiales sobre testeos totales, donde también encabezan el ranking Tierra del Fuego y CABA, las jurisdicciones más afectadas por los contagios. En el extremo inferior, entre las provincias con menor capacidad diaria se encontraban algunas cuyo nivel de contagios era relativamente elevado, como Neuquén o Tucumán.

Resultados

Pese a las inversiones y a los esfuerzos realizados en el corto plazo, y aun cuando los laboratorios fueron una pieza priorizada de fortalecimiento institucional, las brechas continúan siendo profundas en relación con las necesidades. Como ilustra la Figura 6 —que consigna el número de reportes de fortalecimiento (o falta de él) para cuatro ejes de análisis (insumos, recurso humano, equipamiento tecnológico y capacitación)—, todas las áreas involucradas muestran haber sido reforzadas mediante la asignación de recursos, aunque una vez más el factor humano es el que presenta mayor espacio vacante de acción.

Fortalecimiento de la red de laboratorios por área

Figura 6



* Comprende infraestructura edilicia, logística, sistemas de información y sistema de redes inter-laboratorios.

Fuente: Elaboración propia.

Pese a las inversiones y a los esfuerzos realizados en el corto plazo, y aun cuando los laboratorios fueron una pieza priorizada de fortalecimiento institucional, las brechas continúan siendo profundas en relación con las necesidades.

Un aspecto clave para aprovechar las nuevas capacidades y abordar las fallas aún existentes es la coordinación entre subsectores para lograr absorber en mayor medida la demanda creciente. Algunas de las jurisdicciones mencionaron medidas en esta dirección, pero otras tantas señalaron la falta o la dificultad de coordinación con los laboratorios privados, tanto para organizar la oferta como en el acceso a la información sobre los resultados. También se señaló que la red pública de laboratorios asumió gran parte de la demanda, en tanto las obras sociales y prepagas contaban en numerosos casos con barreras de acceso al hisopado. En este contexto, los laboratorios públicos recibieron una demanda inusitada y muchos debieron implementar medidas para mejorar su producción y su desempeño.

A modo de ejemplo, Córdoba triplicó su capacidad previa y ofreció una estrategia agresiva de testeo. En la Provincia de Buenos Aires, la constitución de la red para Covid-19, con el vínculo y respuesta generada con todos los laboratorios, inclusive los privados, resultó un acierto a replicar para el abordaje de otras enfermedades.

Resultados

Un aspecto clave para aprovechar las nuevas capacidades y abordar las fallas aún existentes es la coordinación entre subsectores para lograr absorber en mayor medida la demanda creciente. Algunas de las jurisdicciones mencionaron medidas en esta dirección, pero otras tantas señalaron la falta o la dificultad de coordinación con los laboratorios privados, tanto para organizar la oferta como en el acceso a la información sobre los resultados.

CABA, por su parte, identifica la incorporación de nuevas y diversas tecnologías, laboratorios móviles para llegar a barrios vulnerables, la mejora de procesos mediante la protocolización, el fortalecimiento de la red de logística de muestras, entre otras. A su vez, Neuquén señala que, por primera vez, algunos laboratorios privados se sumaron a las tareas de notificación, y la expectativa es que sigan haciéndolo para otras enfermedades de notificación obligatoria. Señalan también como innovación en desarrollo la interoperabilidad entre el sistema del laboratorio de biología molecular de la provincia y el sistema nacional, lo que permitirá la devolución de resultados en forma automática.

San Juan menciona como novedosa la reorganización de la toma de muestras y la devolución de los resultados a las personas en forma digital. En la misma línea, Mendoza destaca que actualmente el sistema permite encontrar el resultado del estudio en la página del Gobierno solo con el ingreso del número de trámite y del DNI.

El Chaco avanzó en un mecanismo de articulación entre laboratorios a través de una empresa pública, Laboratorios Chaqueños, que habitualmente produce reactivos de Chagas y los distribuye entre las provincias. Esta empresa asumió la administración y la coordinación de los laboratorios COVID, lo cual facilitó el trabajo en red y la centralización de las decisiones y el procesamiento. La Rioja recuperó el laboratorio móvil para llegar a las zonas más críticas, mientras Tucumán creó un proceso rápido de procesamiento de resultados de laboratorio que ayuda a la priorización: cuenta con un equipo de reacción rápida, que son los que recogen la muestra y clasifican cuáles son las más urgentes para reportar.

Los sistemas de emergencia, por su parte, se vieron altamente expuestos en la pandemia. Numerosas provincias con desarrollos incipientes en el área tuvieron que fortalecerlos y organizarse rápidamente para poder responder a la alta demanda. En este sentido, las jurisdicciones consultadas mencionaron que tal fortalecimiento fue más necesario en las áreas de capacitación de recursos humanos, la provisión de insumos de seguridad para el/la paciente, el sistema de información y comunicación y el *call center*, y la incorporación de equipos móviles. Este servicio no está exento del dilema de cómo resolver la coordinación entre subsectores. Los diferentes sistemas de salud provinciales presentan situaciones diversas al respecto, que van desde la limitada coordinación entre el sistema público, la seguridad social y los seguros privados (Chaco, Córdoba o Tucumán), hasta la existencia de instancias intermedias como centros coordinadores de la derivación (Jujuy, San Juan o CABA), pasando por aquellos casos que centralizaron toda la demanda a modo de un único prestador (Neuquén, Corrientes o Tierra del Fuego). Más allá de la modalidad adoptada, un problema a resolver es qué subsector financia estos equipamientos e insumos y cómo se distribuyen los costos asociados con su operación.

La autoridad nacional en el área ha acompañado las iniciativas locales para reforzar estos aspectos de carácter urgente. Tal como se expone en la Tabla 2, la mayoría de las jurisdicciones consultadas identificaron dificultades en adquirir insumos críticos para el abordaje del COVID-19, tanto respiradores, tests y equipos de protección personal (EPP) —entre 69,2% y 76,9%—. Las dificultades se dieron sobre todo al inicio de la pandemia y principalmente por escasez en la oferta (92,3%), seguido por limitaciones financieras (15,4%) y dificultades en los procesos de compra (7,7%). Por otra parte, más de la mitad de las respuestas considera que la dotación actual de estos insumos es suficiente luego de los refuerzos realizados.

Conclusiones



Dotación y adquisición de insumos críticos (% sobre el total de jurisdicciones)

Tabla 2

Items	Dotación actual		Dificultades en la adquisición			
	Suficientes	Faltan completar	Presentó dificultades	Tipos de dificultad		
				Escasez de oferta	Financiamiento	Proceso de compra
Respiradores	61,5%	38,5%	69,2%	92,3%	15,4%	7,7%
Test	53,8%	46,2%	69,2%			
Equipos de protección	53,3%	41,7%	76,9%			

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

El presente trabajo analiza las acciones desarrolladas por las administraciones sanitarias subnacionales para abordar los efectos asociados con la pandemia del COVID-19. El objetivo no reside en realizar un examen exhaustivo sino, por el contrario, en discutir respecto de los desafíos encontrados, las estrategias implementadas y sugerir un debate a futuro sobre cómo evaluar las intervenciones puestas en práctica.

En primer lugar, el mapeo expone la remarcable capacidad de respuesta provincial y su aptitud innovadora más allá de sus limitaciones. Independientemente de la capacidad de coordinación con el nivel nacional y con otros subsectores dentro del sistema de salud y fuera de él, se observa un amplio espectro de políticas, muchas de las cuales tienen potenciales repercusiones más allá de la emergencia: salas de situación, reformulación de vínculos entre niveles, impulso de diferentes alternativas de salud electrónica que deben evaluarse en detalle y facilitar su continuidad.

Se verifica, en segundo término, una marcada falta de información para la toma de decisiones. En gran parte de las experiencias reportadas, se refleja la carencia de datos sobre temáticas básicas, incluso relacionadas con la misma estructura de la oferta sectorial, tales como el número de camas por nivel de complejidad a través de los subsectores del sistema y por provincia y los niveles de especialización de sus recursos humanos en hospitales y sanatorios, a pesar de los avances ocurridos a partir de la implementación del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) a nivel nacional desde hace algunos años. Ello indica que es necesario establecer mecanismos de incentivos —para los cuales el Gobierno nacional cuenta con espacios de trabajo conjunto— tendientes a tornar más eficiente la carga de información y a facilitar su uso para la toma de decisiones.

En tercer lugar, será preciso evaluar el impacto que el COVID-19 tuvo en otras líneas de cuidado tradicionales del sistema de salud: se mencionaron en el trabajo las opiniones de funcionarios/as sobre las ramificaciones que la pandemia tuvo en áreas tales como salud sexual y reproductiva y enfermedades crónicas, entre otras. Ello ha repercutido tanto en la reducción de una cobertura oportuna por la saturación de la oferta, como también en una caída de la demanda por el temor de la población a acudir a sus servicios habituales de salud. Si bien algunos medios de comunicación han difundido visiones esporádicas de lo que estaba ocurriendo en determinadas áreas o servicios, constituiría un aporte significativo contar con un análisis que pudiera relevar de modo riguroso las políticas implementadas y su impacto, que identifiquen vacíos de cobertura y echen luz sobre experiencias innovadoras que permitan planificar el modelo de cobertura pospandemia.

Conclusiones

Claramente, la implementación de diferentes instrumentos de salud electrónica ha sido un aporte que facilitó el acceso a servicios y medicamentos, y demostró que durante los períodos de crisis sociales pueden surgir iniciativas valiosas —incluso derribando barreras que parecían infranqueables previamente— para lograr el alineamiento de los actores sectoriales tras nuevas herramientas de gestión del cuidado de la salud.

Por último, y como ha sido planteado en otras ocasiones (Maceira, 2020; Maceira, Olaviaga e Iñarra, 2021), las características del sistema argentino, fragmentado y descentralizado, exigen espacios de cooperación y coordinación, que fortalezcan su gobernanza y promuevan la equidad en la cobertura, independientemente de las diferencias geográficas, económicas y culturales. La evidencia recogida sugiere que aún existe un extenso camino por recorrer para facilitar el acceso igualitario a medicamentos, tratamientos e insumos, y que en ocasiones las brechas entre jurisdicciones se han cristalizado en épocas de pandemia. Utilizar el protagonismo en la mirada pública que alcanzó el sistema sanitario a partir de la pandemia debe ser una oportunidad para exponer a la ciudadanía los logros alcanzados por el país a lo largo de los años en la garantía de ciertos derechos. También, para plantear una discusión necesaria sobre cómo progresar en la resolución de aquellos desafíos aún no abordados, que impliquen otorgar mayor capacidad de respuesta y mayor eficiencia en los recursos invertidos en el sector, bajo un paraguas de equidad.

Anexo 1

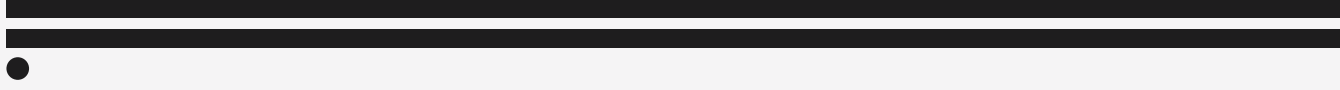
Dimensiones y subdimensiones del estudio

Tabla 3

Dimensiones	Subdimensiones
<p>_____</p> <p>Gobernanzas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación y coordinación - Toma de decisiones y priorización - Vigilancia epidemiológica - Regulación - Mecanismos de gestión
<p>_____</p> <p>Organización de los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primer Nivel de Atención (PNA) - Laboratorios - Segundo Nivel de Atención (SNA) - Servicios esenciales y redes de servicios de salud - Sistema de emergencias - Insumos, tecnología y medicamentos
<p>_____</p> <p>Equipos de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dotación - Entrenamiento y capacitación - Salud Ocupacional
<p>_____</p> <p>Educación y comunicación a la comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia - Mensajes - Acciones

Fuente: Elaboración propia.

Referencias



- Hopman J, B. Allegranzi and S. Mehtar (2020). Managing COVID-19 in Low-and Middle-Income Countries. *JAMA*, 323 (16), 1549-1550. doi:10.1001/jama.2020.4169
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, Año VIII, No. 14, 155-179: mayo-septiembre. https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800112_155-179.pdf
- Maceira, D.; Olaviaga, S. e Iñarra, V. (2021). El desafío de la gobernanza: *Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina*. Buenos Aires: Fundar. Disponible en <https://www.fundar.ar>.
- OMS (2020). Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19.
- OMS (2020b). *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales*. Ginebra. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf
- OMS, OPS (2020a). Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). Washington D.C.
- OMS, OPS (2020b) La adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID-19: intervenciones, modalidades y ámbitos. Nota técnica.
- OMS, OPS (2020c). Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). Washington D.C.
- Pinell-McNamara, V. (2020, mayo, 29). Overview of surveillance strategies for COVID-19. Outlined in who guidance. COVID-19 Surveillance Seminar. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). OMS. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/global-covid-19/surveillance-strategies-human-infection.pdf>
- Sheikhbardsiri, H., A. R. Raeisi, M. Nekoei-Moghadam and F. Rezaei (2017). Surge capacity of hospitals in emergencies and disasters with a preparedness approach: a systematic review. *Disaster medicine and public health preparedness*, 11 (5), 612-620

Acerca del autor y las autoras

Daniel Maceira

Director del Área de Salud de Fundar

Doctor en Economía por Boston University. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Económicas (UBA) e investigador independiente del CONICET. Es miembro del Consejo Ejecutivo de HealthSystems Global e investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Sofía Olaviaga

Coordinadora del Área de Salud de Fundar

Licenciada en Ciencias Políticas por la Universidad de Buenos Aires y candidata a magíster en Diseño y Gestión de Políticas Sociales (FLACSO). Cuenta con amplia experiencia en la gestión pública y en la implementación de proyectos en el sector de la salud pública.

Valeria Iñarra

Investigadora del Área de Salud de Fundar. Licenciada en Economía por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y candidata a magíster en Economía Política con especialización en Economía Política Argentina de FLACSO.

Modo de citar

Maceira, D.; Olaviaga, S. e Iñarra, V. (2021). La reorganización de los servicios de salud. *Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina*. Buenos Aires: Fundar. Disponible en <https://www.fundar.ar>.

