

El desafío de la gobernanza



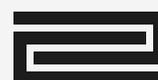
Experiencias
provinciales en la
gestión sanitaria de la
pandemia del COVID-19
en la Argentina

Daniel Maceira
Sofía Olaviaga
Valeria Iñarra

El desafío de la gobernanza

Daniel Maceira
Sofía Olaviaga
Valeria Iñarra

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



Índice

El desafío de la gobernanza

| | |
|----|--|
| 4 | Introducción |
| 5 | Metodología |
| 5 | El contexto de la pandemia del COVID-19 en las provincias argentinas |
| 7 | El desafío de la gobernanza en la gestión provincial de la pandemia |
| 11 | Toma de decisiones y priorización |
| 13 | Vigilancia epidemiológica: información para la toma de decisiones |
| 15 | Regulación |
| 15 | Mecanismos de gestión |
| 17 | Conclusiones |
| 20 | Anexo 1 |
| 21 | Bibliografía |

Introducción

La irrupción del COVID-19 y su acelerada propagación a principios del año 2020 implicaron, a nivel mundial, una reformulación de los planes y de las prioridades de política delineadas previamente por los Gobiernos nacionales. Desde entonces y hasta hoy, luego de más de un año, la centralidad de la emergencia sanitaria coexiste con múltiples problemas que requieren soluciones también urgentes en el área económica y social a partir de las crisis de empleo, de producción y del gasto generadas con la pandemia.

En el plano sanitario, la respuesta temprana en los primeros meses de 2020 estuvo orientada, sobre todo, por las recomendaciones y las evidencias concebidas desde los organismos especializados y otros espacios de intercambio entre expertos y científicos a escala internacional. A nivel local, cada país, en mayor o menor medida, adoptó esos lineamientos generales y formuló sus propias estrategias a partir de examinar los diversos contextos, tanto en términos de evolución de la pandemia como de las realidades preexistentes a nivel institucional, de recursos y de capacidades.

En este contexto, la pandemia del COVID-19 impuso desafíos sustanciales en materia de gobernanza: los sistemas de salud debieron, y aún deben, desarrollar respuestas frente a problemas inusuales de manera rápida y efectiva en un contexto en el que la planificación y la coordinación resultan imprescindibles. Las medidas de salud pública para frenar la transmisión y controlar los casos requieren una mirada comprehensiva que, por un lado, movilice a las comunidades para lograr su adhesión y su participación y, por el otro, alcance la articulación institucional entre los niveles nacional y subnacionales, y entre los diversos actores involucrados. Si bien en el contexto de América Latina y el Caribe la Argentina puede ser considerada como un país relativamente mejor preparado que otros en materia sanitaria (López-Calva, 2020), las características particulares del sistema nacional —fragmentación entre los subsistemas público, privado y de la seguridad social, y descentralización hacia niveles subnacionales, provinciales y municipales— tornan aún más complejos aquellos retos.

En estructuras federales, la gestión descentralizada contiene, en ocasiones, la ventaja de comprender mejor los problemas específicos y el poder de adaptación a las circunstancias locales (Greer, Rozenblum, Wismar&Jarman, 2020). Sin embargo, en un marco como el actual, el rol de los Gobiernos nacionales se torna central para definir y liderar un plan común que pueda ser implementado a nivel provincial y municipal, atendiendo las particularidades de cada caso. La emergencia demanda, más que en cualquier otro contexto, simplificar procesos normalmente complejos, alinear visiones u objetivos no siempre compatibles y aunar esfuerzos con vistas a lograr los mejores resultados posibles.

A partir de la caracterización esbozada, el presente estudio recoge las experiencias provinciales de gestión sanitaria de la pandemia en la Argentina, desde la perspectiva de funcionarios/as de los Ministerios de Salud subnacionales. En particular, se abordan aquí diversos tópicos relacionados con la gobernanza, a partir de las encuestas y de las entrevistas realizadas a funcionarios/as provinciales, luego sistematizadas, con el objetivo de identificar problemas y respuestas comunes, desafíos persistentes, así como innovaciones que puedan servir como enseñanzas para el futuro del sistema de salud, incluso una vez finalizada la emergencia.

A continuación, en la segunda sección, se describe la metodología empleada. La tercera parte exhibe algunos indicadores sociosanitarios seleccionados con el fin de proporcionar a los/as lectores/as una noción de los contextos provinciales en los que se inscriben las gestiones analizadas más adelante. La sección cuarta presenta los resultados de nuestro estudio y está organizada en cinco subdimensiones, precedidas por una reseña con los principales lineamientos hallados en la literatura en torno de la gestión de la pandemia. Por su parte, el último apartado se destina a discutir los resultados hallados y a presentar algunas de las principales conclusiones.

Metodología¹

Este documento forma parte de una serie que reúne 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. La serie analiza los desafíos de la pandemia frente a los sistemas locales, la interacción con las problemáticas preexistentes y los recursos del sistema para brindarles respuesta. Asimismo, se procuró identificar respuestas innovadoras que fueron implementando las jurisdicciones a fin 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 por los principales organismos internacionales y los textos de algunos autores en torno de la gestión de la pandemia. También 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.

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 jurisdicciones² subnacionales (13 provincias y el distrito federal), representativas de las distintas regiones: Buenos Aires, Chaco, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), 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 al 78% de la población del país.

La encuesta, conformada por 98 preguntas, relevó distintos aspectos organizados en 4 dimensiones y sus correspondientes subdimensiones: 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 (véase el Anexo 1). El presente documento exhibe los hallazgos correspondientes a la primera dimensión sobre la gobernanza, para lo cual indaga sobre: (i) planificación y coordinación; (ii) toma de decisiones y priorización; (iii) vigilancia epidemiológica; (iv) regulación; y (v) mecanismos de gestión.

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 que, 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).

1 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.

2 La convocatoria inicial para participar del estudio incluyó a funcionarios/as de los Ministerios de Salud 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 en que se desarrolló la investigación.

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).

Selección de indicadores sociales y sanitarios por provincia

| Provincias | Población con NBI ¹ (%) | Gasto público en Salud, p.c. (\$) ² | Cobertura de Salud ¹ | | | Indicadores COVID-19 ⁴ | |
|-----------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|----------------------|-----------------------|--|--------------------------|
| | | | Obra Social (%) | EMP ³ (%) | Pública exclusiva (%) | Casos confirmados / millón de habitantes | Testeos / mil habitantes |
| Promedio⁵ | 11,4 | 12.101,5 | 46,7 | 12,8 | 40,4 | 21.070,9 | 42,1 |
| Buenos Aires | ▼ 8,2 | ▼ 3.830 | — 47,8 | ▼ 15,5 | — 36,7 | — 31.702 | — 67 |
| CABA | ▼ 6,0 | — 18.182 | — 44,8 | — 36,1 | ▼ 19,1 | ▼ 47.885 | ▲ 131 |
| Catamarca | — 11,4 | ▼ 10.998 | — 51,6 | ▼ 7,6 | — 40,8 | ▼ 2.431 | ▼ 24 |
| Chaco | ▲ 18,2 | ▼ 8.499 | ▼ 33,2 | ▼ 6,6 | ▲ 60,2 | ▼ 11.950 | — 52 |
| Chubut | ▼ 8,5 | — 16.514 | ▲ 56,6 | ▼ 14,4 | ▼ 29,1 | — 24.575 | ▼ 29 |
| Córdoba | ▼ 6,0 | ▼ 6.031 | — 47,4 | ▼ 18,0 | — 34,6 | — 23.475 | ▼ 32 |
| Corrientes | ▲ 15,2 | ▼ 7.002 | ▼ 39,4 | ▼ 8,5 | ▲ 52,0 | ▼ 2.337 | ▼ 13 |
| Entre Ríos | ▼ 8,1 | ▼ 10.164 | — 53,0 | ▼ 9,8 | — 37,2 | ▼ 12.038 | ▼ 22 |
| Formosa | ▲ 19,8 | — 14.156 | ▼ 34,7 | ▼ 5,0 | ▲ 60,3 | ▼ 253 | ▼ 3 |
| Jujuy | ▲ 15,5 | ▼ 9.408 | ▼ 41,8 | ▼ 10,3 | ▲ 48,0 | — 23.266 | — 57 |
| La Pampa | ▼ 3,8 | — 18.535 | — 52,2 | ▼ 11,6 | — 36,3 | ▼ 9.943 | ▼ 41 |
| La Rioja | — 12,3 | — 12.833 | — 48,2 | ▼ 11,8 | — 40,1 | ▼ 19.511 | — 52 |
| Mendoza | ▼ 7,7 | ▼ 6.526 | — 50,4 | ▼ 11,4 | — 38,3 | — 24.265 | ▼ 43 |
| Misiones | ▲ 15,7 | ▼ 8.300 | ▼ 42,9 | ▼ 8,9 | ▲ 48,2 | ▼ 236 | ▼ 6 |
| Neuquén | — 10,4 | ▲ 26.593 | — 51,1 | ▼ 12,5 | — 36,4 | — 37.361 | — 46 |
| Río Negro | — 9,5 | — 12.936 | — 51,2 | ▼ 12,8 | — 36,0 | — 33.179 | — 55 |
| Salta | ▲ 19,5 | ▼ 9.528 | ▼ 40,3 | ▼ 9,5 | ▲ 50,2 | ▼ 13.375 | ▼ 25 |
| San Juan | — 10,3 | — 12.794 | ▼ 42,7 | ▼ 11,2 | — 46,2 | ▼ 3.702 | ▼ 5 |
| San Luis | ▼ 7,9 | — 11.722 | — 47,2 | ▼ 10,9 | — 41,8 | ▼ 15.445 | ▼ 42 |
| Santa Cruz | ▼ 8,3 | — 18.024 | ▲ 63,6 | ▼ 14,9 | ▼ 21,5 | — 27.504 | — 46 |
| Santa Fe | ▼ 6,5 | ▼ 8.733 | — 46,9 | ▼ 19,8 | — 33,3 | — 31.409 | ▼ 39 |
| Santiago del Estero | ▲ 17,7 | ▼ 6.232 | ▼ 33,6 | ▼ 8,0 | ▲ 58,4 | ▼ 10.397 | ▼ 36 |
| Tierra del Fuego | — 14,3 | ▲ 19.867 | ▲ 56,3 | ▼ 16,9 | ▼ 26,7 | ▲ 69.013 | ▲ 108 |
| Tucumán | — 13,4 | — 13.030 | — 44,8 | ▼ 16,1 | — 39,1 | — 30.450 | ▼ 36 |

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.

3. EMP: Empresas de Medicina Prepaga.

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

5. Media aritmética.

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 en su conjunto. 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 estatal del modelo argentino.

En último lugar, la cobertura de las empresas de medicina prepaga (EMP) emerge como un fenómeno presente, sobre todo, en 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 el 20% del total.

La lectura de los indicadores específicos relacionados con el COVID-19, tomados a noviembre de 2020, permite configurar una idea de la evolución dispar del virus en las provincias, tanto en cantidad de casos confirmados por millón de habitantes como en la tasa de testeos.

El desafío de la gobernanza en la gestión provincial de la pandemia

Planificación y coordinación

Desde la declaración del coronavirus como pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a los países a definir un espacio de conducción único para la toma de decisiones, articulando las respuestas nacionales y subnacionales.

Con frecuencia, la coordinación entre diferentes niveles de gobierno como entre instituciones dentro del sistema de salud se caracteriza por largos y complejos procesos en los que coexisten intereses opuestos. Por eso, la sincronización requiere que se establezcan nuevas interconexiones (Vidal, 2020).

Según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre las acciones esenciales relativas a la gobernanza se destacan:

1. la identificación de actores, roles y mecanismos de comunicación y coordinación;
2. la identificación de disposiciones especiales para la contratación y movilización de recursos humanos y la compra y distribución de equipos; y
3. la definición del mapa de actores movilizados para dar respuesta al COVID-19 (OMS, OPS, 2020a).

En esa dirección, el Ministerio de Salud de la Nación resaltó como parte de sus acciones la activación de mecanismos necesarios para organizar la coordinación intrasectorial e intersectorial. La primera implica generar espacios de trabajo con todos los actores del Ministerio de Salud y el sistema sanitario nacional, coordinando las intervenciones y organizando las acciones y las funciones de cada uno (MSN, 2020). Por su parte, la coordinación intersectorial, por fuera del sistema de salud, incluye los Gobiernos locales y regionales, las áreas de Educación y Desarrollo Social, la policía, las fuerzas militares, las iglesias, etc., para que participen de la respuesta coordinada y promuevan, a su vez, la participación social (OMS, OPS, 2020a).

Resultados

En el mes de febrero de 2020 y, sobre todo, a partir del mes de marzo, todas las provincias consultadas mencionan haber conformado espacios de gestión especiales para hacer frente a la inminente llegada de la pandemia del COVID-19 a sus territorios. Estos espacios, mayormente denominados Comités Operativos de Emergencia (COE) o similares, fueron creados con el objeto de planificar y coordinar las intervenciones para responder al nuevo virus.

Todas las provincias cuentan con un COE o gabinete de crisis, con similitudes y diferencias respecto de su composición y de su funcionamiento. Algunos adquirieron un formato institucional formal mediante una normativa especial de creación —ley o decreto—, mientras que otros funcionan de hecho, sin marco institucional que defina sus funciones y su alcance. Un claro ejemplo de los distintos niveles de formalidad e institucionalización es la periodicidad de las reuniones organizadas por las provincias consultadas: en un extremo se ubica Santiago del Estero que manifestó reunirse cada 15 días; mientras que Jujuy, Tucumán o La Rioja realizan una reunión diaria. De todas formas, las jurisdicciones señalan en mayor medida que la periodicidad varía de acuerdo con el contexto epidemiológico.

Entre las similitudes respecto de su composición, se observa que las áreas de Salud y Seguridad se encuentran presentes en los COE de todas las jurisdicciones consultadas, seguidas por Jefatura de Gabinete (12) y Desarrollo Social (11). En menor proporción se encuentra el grupo de áreas de Transporte, Producción, Economía y Educación, con presencia en cerca de la mitad de los COE de las provincias consultadas. Por último, si consideramos la afectación sobre el empleo y la economía en general que ha producido la pandemia, llama la atención la baja participación en estos espacios de los ministerios o de los sectores vinculados con el área de Trabajo, en los que se requirieron importantes readecuaciones de protocolos, normas y planes de contingencia.

Una de las primeras y más importantes tareas que tuvieron a cargo estos espacios de gestión fue la de elaborar un plan preparatorio para gestionar la pandemia en sus territorios. Ningún sistema de salud nacional o local se encontraba en condiciones de recibir una pandemia y debieron organizarse en muy corto plazo. En este sentido, el total de las jurisdicciones consultadas mencionaron la elaboración de un plan especial con todas las dificultades del contexto y, salvo contados casos, se encuentran enmarcados en una normativa provincial y/o mediante la publicación de pautas o resoluciones en la página web oficial del gobierno.

En todas las provincias consultadas, estos espacios de gestión se fueron replicando a nivel municipal o regional. Los Gobiernos municipales desempeñan un papel clave en el abordaje de la pandemia por la cercanía a la población y el conocimiento que tienen del territorio. En este marco, la mayoría de las provincias señaló la conformación de mesas o COE regionales y/o municipales, que trabajan de manera coordinada en diferente medida y grado con los COE provinciales.

Otro patrón que se reitera en las respuestas recibidas alude a la presencia del área de Salud en estos espacios locales, mediante la red provincial de servicios de salud. Los/as directores/as de hospital junto a el/la intendente/a se encuentran mayormente presentes en estas mesas, aunque su composición y su coordinación con el COE provincial varía en gran medida entre las provincias consultadas. La provincia de Córdoba, por ejemplo, destaca la participación del Ejército en estas instancias de gestión, en aspectos vinculados a temas de logística, comunicaciones y protocolización. El Chaco, por su parte, señala que los comités municipales empezaron teniendo articulación con el COE provincial, pero luego comenzaron a trabajar de manera más individual, como un ente propio, aunque siempre en coordinación con Salud. Asimismo, afirma que algunos municipios lograron sostener los comités de crisis, mientras que otros se fueron diluyendo en el tiempo. En Tierra del Fuego, el municipio de Río Grande aportó un laboratorio sin el cual no se podría haber cubierto la demanda de tests

durante el brote en esa localidad. Tucumán menciona que en su provincia son los municipios los que se hacen cargo del control de la entrada y de la salida de las personas, entre otras responsabilidades.

El impacto de la pandemia demanda una gestión intersectorial que, a su vez, sea coordinada entre áreas y niveles de gobierno, e incluya una variedad de aspectos a ser contemplados en todo el territorio en un brevísimo plazo temporal. En la Argentina, a este desafío se le suma el de lidiar con la compleja tarea de articular estrategias, intervenciones y acciones en el interior del sistema de salud, y entre subsectores. La Tabla 2 muestra la percepción de los/as funcionarios/as al ser consultados/as sobre la coordinación entre el sistema de salud público provincial y los demás subsectores, por línea de trabajo, en el abordaje del COVID-19.

Para cada una de las líneas de trabajo identificadas, que cubren desde tareas de vigilancia epidemiológica y comunicación hasta asistenciales y de compra o capacitación, los/as entrevistados/as respondieron sobre los niveles de coordinación alcanzados desde los Ministerios de Salud provinciales con los diferentes actores involucrados, ya sean públicos o privados —Ministerio de Salud de la Nación (MSN), Obra Social Provincial (OSP), Programa de Atención Médica Integral (PAMI), Obras Sociales Nacionales (OSN), empresas de medicina prepaga (EMP) y otros gobiernos provinciales—. En cada caso, se solicitó que se categorice la intensidad del vínculo para cada tarea y cada actor, tomando un valor 5 como máximo y 0 como mínimo. El promedio de las respuestas se expresa en la tabla siguiente.

Grado de coordinación del Ministerio de Salud provincial con los otros subsectores, por tipo de intervención*

| Línea de trabajo | Subsectores | | | | | | Promedio | |
|---|-------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|----------|---|
| | MSN | OSP | PAMI | Otras Provincias | EMP | OSN | | |
| Vigilancia epidemiológica (reporte y monitoreo) | 3,82 | 2,82 | 2,09 | 2,73 | 1,64 | 1,64 | 2,45 | ● |
| Atención | 1,64 | 3,09 | 2,27 | 2,09 | 1,82 | 1,91 | 2,14 | ● |
| Comunicación | 3,36 | 2,36 | 1,91 | 1,82 | 1,45 | 1,55 | 2,08 | ● |
| Emergencia (traslado de personas) | 1,80 | 2,91 | 2,45 | 1,82 | 1,82 | 1,64 | 2,07 | ● |
| Prevención y educación a la comunidad | 3,45 | 2,27 | 1,91 | 1,36 | 1,45 | 1,45 | 1,98 | ● |
| Manejo de grupos de riesgo | 2,09 | 2,55 | 2,55 | 0,91 | 1,73 | 1,73 | 1,92 | ● |
| Aislamiento | 1,73 | 2,27 | 1,91 | 1,45 | 1,36 | 1,36 | 1,68 | ● |
| Testeo / Laboratorio | 3,36 | 2,45 | 1,00 | 1,36 | 1,09 | 0,82 | 1,68 | ● |
| Salud ocupacional | 1,73 | 2,27 | 1,45 | 0,64 | 1,45 | 1,45 | 1,50 | ● |
| Capacitación de equipos de salud | 3,45 | 1,82 | 0,82 | 1,18 | 0,73 | 0,82 | 1,47 | ● |
| Compras (insumos y equipos) | 3,10 | 1,90 | 0,50 | 0,80 | 0,40 | 0,40 | 1,18 | ● |
| Promedio | 2,69 | 2,43 | 1,71 | 1,47 | 1,36 | 1,34 | | |

Tabla 2

*En base al promedio de las respuestas provinciales, utilizando una escala de 0 a 5 donde 0 = "ninguna coordinación" y 5 = "alta coordinación".

Las escalas de color naranja se utilizan para una mejor visualización de los datos numéricos: tonos más intensos en los valores asociados a mayor coordinación y tonos más claros en aquellos en los que la coordinación es relativamente baja. Iguales funciones cumplen los indicadores de semáforo en las filas/columnas correspondientes a los promedios generales.

Fuente: Elaboración propia.

En términos generales, es posible apreciar que desde la gestión provincial no se vislumbra una intensa coordinación con los demás actores del sistema de salud para el abordaje de la pandemia. En este contexto, el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) es quien aparece, en promedio, como el actor con mayor grado de coordinación (2,69 sobre un puntaje óptimo de 5), seguido por las obras sociales provinciales (OSP) con 2,43. Por el contrario, la articulación con las empresas de medicina prepaga (EMP) y, sobre todo, con las Obras Sociales Nacionales (OSN) resulta notoriamente escasa, teniendo en cuenta la relevancia de este último subsector en la cobertura de la población en su conjunto (aunque con representación variada entre las provincias).

Por su parte, el análisis por línea de trabajo arroja mayor grado de coordinación en la vigilancia epidemiológica, seguida por la atención, la comunicación y la emergencia, mientras las áreas de salud ocupacional, capacitación y compras serían los espacios de menor articulación.

Un análisis más pormenorizado demuestra que la relación con el Ministerio de Salud de la Nación se concentra en las líneas más blandas de gestión —vigilancia epidemiológica, comunicación, prevención y educación a la comunidad— y en algunas relacionadas con los insumos y los equipamientos —testeo/laboratorio y compras de insumos, medicamentos y equipamientos—, mientras que las provincias asumen en mayor medida la responsabilidad por la atención de la población, la emergencia y la salud ocupacional.

La relación con el Ministerio de Salud de la Nación se concentra en las líneas más blandas de gestión y en algunas relacionadas con los insumos y los equipamientos, mientras que las provincias asumen en mayor medida la responsabilidad por la atención de la población, la emergencia y la salud ocupacional.

Las OSP presentan una coordinación con el Ministerio de Salud Provincial (MSP) en promedio algo más baja que con el MSN, pero más homogénea en lo que respecta a las áreas de intervención: si bien atención, emergencia y vigilancia lideran el *ranking*, también se exhibe mayor articulación en salud ocupacional, prevención y manejo de grupos de riesgo, en comparación con el resto de los actores.

El PAMI, la obra social de jubilados y pensionados, se identifica con bajos niveles de coordinación general, aunque se encuentra algo más presente en las acciones de manejo de grupos de riesgo, emergencia, atención y vigilancia. Por último, la articulación interprovincial resulta también minoritaria; solo se trabajan de manera relativamente más coordinada la atención de salud y la vigilancia epidemiológica.

En resumen, desde la mirada de los/as funcionarios/as, las vacantes más notorias en lo que respecta a la coordinación se hallan en la relación con las EMP y las OSN, como actores del sistema de salud, y en capacitación y compras, como áreas de trabajo. Las compras han sido en buena medida solo articuladas con el MSN, a raíz de su rol como financiador y debido a la centralización de los procesos de negociación y adquisición de insumos clave.

En esta última dirección, las provincias consultadas acerca del apoyo recibido desde el Gobierno central, coincidieron en señalar la provisión de equipamiento tecnológico, la capacitación, el suministro de insumos médicos y el financiamiento condicionado a resultados como las áreas donde recibieron mayor soporte.

Frente a la consulta sobre las mayores dificultades identificadas para planificar y coordinar las intervenciones, los/as funcionarios/as mencionan una amplia gama de acciones, que pueden agruparse



en tres grandes categorías: (i) aquellas relacionadas con los recursos limitados, sobre todo, recursos humanos; (ii) las asociadas a la dificultad de converger en prioridades comunes —entre áreas, niveles de gobierno y subsectores—; y (iii) la falta de conocimiento dentro de un contexto epidemiológico muy dinámico.

A través de sus respuestas se identifican también algunas medidas de coordinación que consideren innovadoras y que pueden sostenerse más allá de la coyuntura de la pandemia, como el uso de tecnología, un aspecto declarado por varias provincias. A modo ilustrativo, en el caso del Chaco se mencionó la georeferenciación y la geolocalización, y el procesamiento de datos para una planificación más informada. En La Rioja y Río Negro, se destacó la posibilidad de realizar encuentros virtuales con actores que, de otra forma, no podrían acudir y participar de las reuniones. En Neuquén se ha valorado la digitalización de numerosos procesos administrativos que agilizan la gestión, además del desarrollo de recetas médicas electrónicas y la teleasistencia. Tierra del Fuego, por su parte, subraya el haber alcanzado una Historia Clínica Digital Única de gran ayuda para coordinar los cuidados de salud, mientras en el caso de San Juan se destacó la importancia de la capacitación remota.

Como parte de las incursiones novedosas, algunas jurisdicciones rescatan los mecanismos de articulación intersectorial surgidos a la luz de la crisis del COVID-19. Los/as funcionarios/as del Chaco han reconocido como innovador el compromiso en salud de parte de todas las áreas, en especial “el ejercicio de sentarnos a pensar todos juntos”, mientras en Córdoba se ha percibido una coordinación poco común con el Ejército, pero muy redituable, en función de su capacidad logística, en el contexto de una provincia grande y con numerosos municipios.

Toma de decisiones y priorización

La crisis del COVID-19 acentuó la necesidad de una gestión integrada con el objetivo de garantizar el flujo de insumos, suministros, equipos, mantenimiento y soporte logístico, a todos los establecimientos de la red. Las decisiones de priorización están condicionadas por el principio de aumentar la capacidad de respuesta del sistema sanitario y destinar la mayor cantidad de recursos posibles a la atención de la crisis, sin descuidar las demandas habituales ni retirar drásticamente los recursos asignados a otras enfermedades prevalentes que deben continuar siendo atendidas.

Algunas de las medidas propuestas por los organismos internacionales en esa dirección han sido las siguientes: reconvertir espacios alternativos para uso hospitalario y dotarlos con el equipamiento apropiado; ajustar las normas de adquisiciones públicas y sanitarias para que nuevos productores, inclusive de otros países, puedan convertirse en proveedores de material sanitario —mascarillas, guantes, ropa de protección para médicos, respiradores no complejos para casos menos críticos—; suspender las normas que impiden que profesionales jubilados y/o extranjeros se sumen al personal de salud durante la crisis; posponer aquellas cirugías que no fueran de emergencia para liberar camas hospitalarias; y eliminar los aranceles y las barreras no arancelarias (BNA) a los equipos, suministros y desinfectantes médicos (Blackman, Ibañez, Izquierdo et al., 2020).

En todos los casos, los mecanismos de priorización y asignación deben estar alineados con consideraciones éticas que hacen a la equidad, la transparencia y la obtención de los mejores resultados posibles. Si consideramos la movilización de recursos y la constante toma de decisiones que plantea la emergencia, no debe perderse de vista la rendición social de cuentas institucional, local y nacional sobre el estado de la pandemia.

Resultados

De acuerdo con las opiniones recogidas, la pandemia del COVID-19 impactó en gran medida sobre las prioridades identificadas por todas las provincias consultadas, lo que provocó su reordenamiento. Tal reorganización de prioridades debió realizarse en un contexto de escasos conocimientos sobre la duración y el impacto de la enfermedad, como también de la falta de evidencia científica para la toma de decisiones en temas básicos, tales como el método de transmisión del virus, por ejemplo. Por ello, como se expone en la Tabla 3, las jurisdicciones subnacionales apelaron a la participación y a la asistencia de actores externos en algún momento del proceso de toma de decisiones y gestión de las políticas públicas.

Para cada etapa de política pública —información y evidencia, análisis de alternativas de gestión, selección de intervenciones, ejecución de acciones sanitarias y evaluación de lo realizado—, se consultó a los/as referentes provinciales sobre las decisiones de consulta realizadas en su jurisdicción. La tabla refleja para cada caso el total de las jurisdicciones que acudieron a tales actores y genera a partir de ello un *ranking* de incidencia en la toma de decisiones.

En términos generales, se observa que la información y la evidencia son el mayor aporte que realizan los actores externos, seguido por el análisis de alternativas de intervención. Por el contrario, las etapas de selección de intervenciones, ejecución y evaluación tienen escasa participación de actores externos, excepto si se trata de expertos y de especialistas. El grupo conformado por estos últimos se destaca como el de mayor participación en todas las etapas y con presencia en gran parte de las provincias incluidas en el estudio. En segundo y tercer lugar, emergen las universidades públicas nacionales y las sociedades científicas, lo cual también se refuerza claramente en el ámbito de la información y la evidencia, en función del vacío de conocimientos y de experiencias previas frente al COVID-19 que ya fueron mencionados. Al analizar el rol de actores internacionales, se constataron bajos niveles de intervención, ya sea que se trate de organismos, ONG o universidades del exterior, los cuales representan casos aislados de la mirada general de las jurisdicciones subnacionales.

Participación de actores externos en la toma de decisiones por etapa de la política pública*

| | Expertos y especialistas | Universidades Nacionales Públicas | Sociedades Científicas | ONGs o Centros de Investigación nacionales | Colegios Médicos | Organismos internacionales | Universidades Nacionales Privadas | ONGs o Centros de Investigación internacionales | Universidades internacionales | Promedio |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------------|--|------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|----------|
| Información y evidencia | 11 | 8 | 8 | 8 | 5 | 5 | 1 | 3 | 2 | 4,7 |
| Análisis de alternativas | 8 | 6 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2,8 |
| Selección de intervenciones | 7 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1,9 |
| Ejecución | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1,5 |
| Evaluación | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1,5 |
| Promedio | 7,0 | 4,4 | 3,6 | 3,2 | 2,8 | 2,6 | 1,4 | 1,2 | 0,4 | |

Tabla 3

Vigilancia epidemiológica: información para la toma de decisiones

*Número de provincias que respondieron afirmativamente.

Las escalas de color naranja se utilizan para una mejor visualización de los datos numéricos: tonos más intensos en los valores asociados a mayor participación y tonos más claros en aquellos donde la participación es relativamente baja.

Fuente: Elaboración propia.

Vigilancia epidemiológica: información para la toma de decisiones

Uno de los aspectos fundamentales de la gobernanza en el marco de la pandemia es el que atañe a la vigilancia epidemiológica. A nivel nacional se deben asegurar los mecanismos de detección, aislamiento y testeo rápidos de casos sospechosos, junto con la identificación de contactos y analizar, en forma paralela, cuáles son las tendencias identificables de circulación del virus a medida que evoluciona la enfermedad (Perrocheau, 2020). La “vigilancia centinela”, cuyo objetivo es identificar todos los casos de enfermedad en un sitio específico y la vigilancia en la mortalidad, permite reconocer y monitorear las disparidades de resultados entre distintos grupos demográficos, asociados con la edad, la ubicación geográfica o los factores de riesgo (Pinell-McNamara, 2020) para apuntalar las medidas de prevención y conducción de la pandemia.

Los sistemas de información y las tecnologías digitales juegan un rol clave en la vigilancia y el manejo del COVID-19, pues la premisa fundamental es garantizar la información oportuna y de calidad para la toma de decisiones. Para ello, es necesario identificar y perfeccionar los mecanismos de generación y procesamiento de información que involucre datos clínicos, epidemiológicos, de uso de recursos y de consumo de insumos. La OPS ha reforzado un argumento esgrimido históricamente —asociado con la necesidad de apoyar y de mantener las capacidades nacionales de vigilancia— que cobra especial relevancia en el contexto actual, y se vincula con la necesidad de crear capacidades locales en investigación a fin de fortalecer la oportunidad de respuesta en otros brotes o pandemias y la posibilidad de que “los países de ingresos bajos y medianos comiencen a generar datos, en lugar de solo recibirlos” (OPS, 2020a).

Resultados

La indagación relativa al desarrollo de los sistemas de información y la disponibilidad de datos, claves en la toma de decisiones y la vigilancia epidemiológica, confirman las limitaciones en la gobernanza que caracteriza al sistema de salud público en general. La Figura 1 sintetiza algunos resultados referidos a los sistemas de información (SI) en torno a tres aspectos.

Por un lado, se indaga sobre la dependencia institucional del SI que se utilizó en la vigilancia epidemiológica específica del COVID-19, ya que, a pesar de la existencia de un Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), dependiente del MSN, en muchas provincias ese sistema de uso y carga obligatoria suele coexistir con SI propios de las provincias. Ello permite superar ciertas falencias del SNVS y adecuar la información a las necesidades de gestión local, pero conlleva ineficiencias derivadas de la doble carga y la falta de diálogo entre ambos sistemas. En segundo lugar, se consultó por las innovaciones y/o modificaciones introducidas sobre los sistemas regulares, a fin de adaptar las funcionalidades a las demandas de la pandemia. En última instancia, la parte de la figura vinculada a la comunicación, exhibe las respuestas en torno de los medios utilizados para la difusión cotidiana de la información hacia la comunidad y hacia los propios equipos de salud.

El 67% de las provincias consultadas declaró utilizar un doble sistema de información para la vigilancia epidemiológica: el propio y el del MSN, mientras que el 33% restante solo emplea el SNVS. Únicamente tres provincias manifestaron el desarrollo de un sistema especial para COVID-19; el resto de las jurisdicciones utilizó el SI habitual, en ciertos casos con algunas adaptaciones.

Como afirmamos, la existencia de dos sistemas de información es un problema que atenta contra la calidad de los datos y la carga en forma oportuna. Numerosas provincias manifiestan que el SNVS no se ajusta a las necesidades de la gestión provincial, por lo que ellas generan sus propios sistemas y

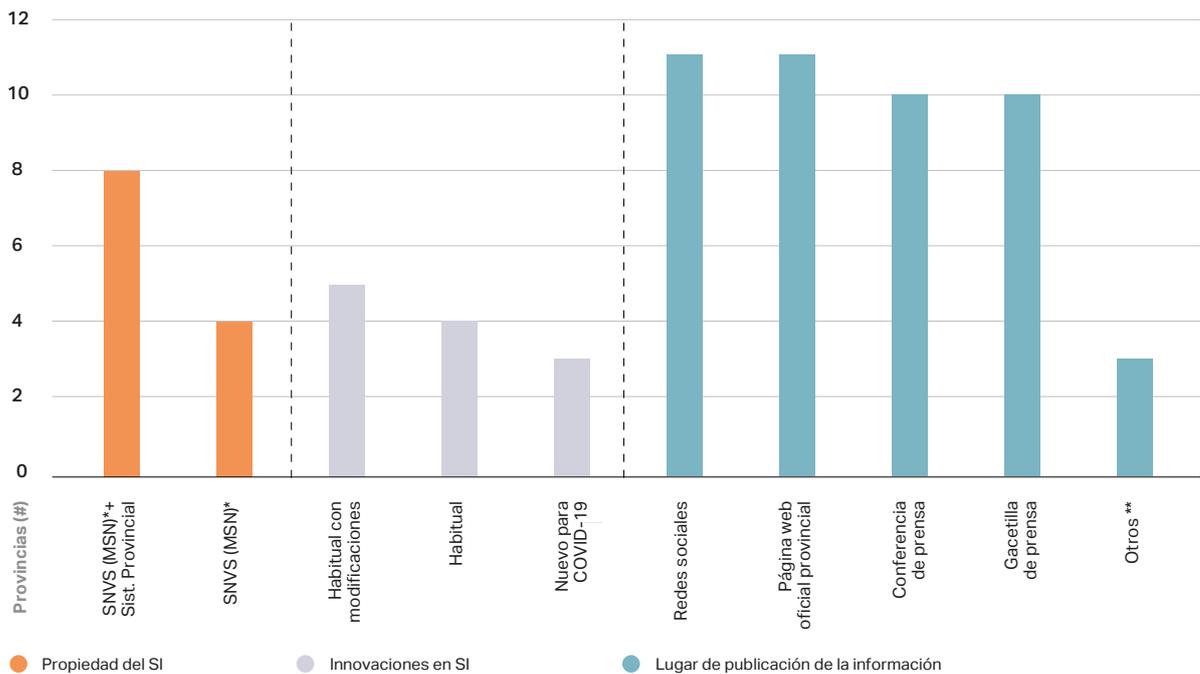
priorizan su carga, lo que implica una demora en la actualización del SNVS, que a su vez retrasa el flujo de información necesario para la planificación y la toma de decisiones del Gobierno nacional.

Desde el punto de vista de la comunicación, las experiencias provinciales coinciden en utilizar la diversidad de medios disponibles en forma simultánea: las redes sociales y las páginas web oficiales de los ministerios como recursos relativamente modernos que conviven con otras vías más tradicionales, como las conferencias y las gacetillas de prensa.

Una buena parte de las jurisdicciones consultadas mencionó no identificar innovaciones respecto de la vigilancia epidemiológica. En contraposición, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires destacó el fortalecimiento de sus recursos humanos en las áreas de carga de datos y la búsqueda activa de casos sospechosos y contactos estrechos en territorio. La Provincia de Buenos Aires, por su parte, consideró importante el aumento en la capacidad instalada y en el funcionamiento en red de los laboratorios provinciales, pasando de 6 al comienzo de la pandemia a más de 60, distribuidos estratégicamente en todo el territorio. También destacaron la vigilancia activa de geriátricos y otras instituciones cerradas mediante testeo por *pool* de PCR, que agilizan la posibilidad de encontrar casos oportunamente.

Vigilancia Epidemiológica: sistemas de información (SI)

Figura 1



* SNVS (MSN): Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

** Incluye respuestas a solicitudes de información, reuniones con integrantes del subsistema de salud pública y sitios web alternativos.

Fuente: Elaboración propia.



A pesar de los hallazgos positivos específicos, buena parte de las jurisdicciones consideró que aún resta un amplio espacio de mejora de los sistemas de información, registros y procesos utilizados para la vigilancia epidemiológica. Los/as funcionarios/as coinciden en la necesidad de mejorar el flujo de información, en descentralizar los procesos, así como en apuntalar la interoperabilidad de los sistemas provinciales con el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) y en la importancia de trabajar con los otros subsectores del sistema de salud en la carga y la disponibilidad de datos. Asimismo, en ciertos casos se ha aludido a la insuficiencia del nivel de testeo en la población como otro aspecto a mejorar para lograr una mejor vigilancia epidemiológica.

Regulación

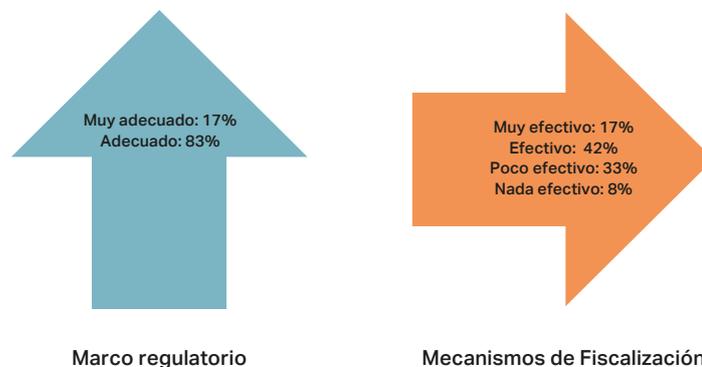
La aparición del COVID-19 condujo al Ministerio de Salud de la Nación (MSN) a desarrollar un marco normativo específico, signado por la declaración de la emergencia sanitaria y la elaboración de un corpus amplio de protocolos, guías y recomendaciones para regir y alinear las estrategias y los planes. En general, muchas de las pautas fueron incorporadas a la luz de la evidencia y las guías generadas previamente por organismos internacionales, con especial predominio de la OMS. Estas directrices encontraron a su vez un correlato en los sistemas provinciales, que en numerosos casos avanzaron en generar nuevas normativas necesarias para adaptar aquellas normas al contexto local.

Resultados

La Figura 2 ilustra la percepción de los/as funcionarios/as respecto del marco regulatorio generado desde el MSN y los mecanismos de fiscalización (*enforcement*). En su gran mayoría, las personas encuestadas consideraron que el marco regulatorio generado para el abordaje de la pandemia es adecuado o muy adecuado. A pesar de ello, el monitoreo y el seguimiento relativo al cumplimiento y a la adecuación de las normativas resultaron poco o nada efectivos para más del 40% de los/as participantes. Con excepción de una provincia que manifestó no contar con ningún mecanismo específico de fiscalización, las restantes jurisdicciones consultadas sí aludieron a diversos mecanismos de monitoreo en torno del cumplimiento de normas, que resultan, en la práctica, insuficientes y/o solo formales.

Marco regulatorio y fiscalización

Figura 2



Fuente: elaboración propia.

Mecanismos de gestión

Además de las intervenciones educativas y de capacitación para apoyar la prevención y la contención del virus, la acción intersectorial incluye la identificación de fuentes de recursos extrapresupuestarios y mecanismos de obtención de los mismos, que permitan dar respuesta a la emergencia. La asignación y el control de recursos financieros es un tema clave, en la medida en que se requiere movilizar y reasignar partidas presupuestarias significativas más allá de las planificaciones elaboradas antes de la pandemia. A su vez, la velocidad necesaria con la que se realizan las erogaciones no debería desatender el correcto monitoreo y la presupuestación adecuada (Thomson, Habicht & Evetovits, 2020).

Entre los desafíos de gestión emergentes con la pandemia del COVID-19, cobra especial relevancia la obtención de recursos adicionales y la reasignación de recursos preexistentes que permitan atender las nuevas demandas, dentro de un contexto de crisis generalizada en el que las necesidades se multiplican. Si consideramos el rol esencial de los Gobiernos provinciales en el financiamiento del sistema público de salud, las gestiones provinciales enfrentan un problema complejo en el que se torna central el lugar que pueda ocupar el Gobierno nacional para asistir en la prosecución de mejores resultados dentro de un marco de equidad.

Por otro lado, dado que la crisis se desenvuelve simultáneamente a escala mundial, los problemas relacionados con la sobredemanda de insumos clave y la interrupción de las cadenas de suministro—agravados, en ocasiones, por las compras bajo pánico o el uso irracional de recursos—tornan imperioso mantener una administración eficiente de los stocks y las nuevas adquisiciones y puede implicar la adopción de medidas de producción de determinados suministros, para garantizar la provisión en momentos cruciales (Hopman, Allegranzi, Mehtar, 2020; Kandel, Chungong, Omaar & Xing, 2020).

Resultados

La Figura 3 ilustra las fuentes asiduamente utilizadas por las provincias en la obtención de los recursos extraordinarios para hacer frente a la irrupción de la pandemia. Allí, las transferencias financieras del MSN (10 de 14 casos) o en especies (7 de 14 casos) y las reasignaciones de partidas dentro de los presupuestos de los MSP (9 de 14 casos) o su ampliación (8 de 14 casos) fueron las respuestas más frecuentes. Asimismo, hubo casos específicos de innovación en términos de recolectar recursos del sector privado, aunque con características excepcionales. Tal es el caso de Neuquén, que recibió el aporte de empresas privadas, a través de la responsabilidad social, al Fondo Fiduciario del Neuquén, y el de Tierra del Fuego, que contó con donaciones de empresas pesqueras y petroleras de Kits PCR – Test rápidos.

Fuentes de recursos adicionales

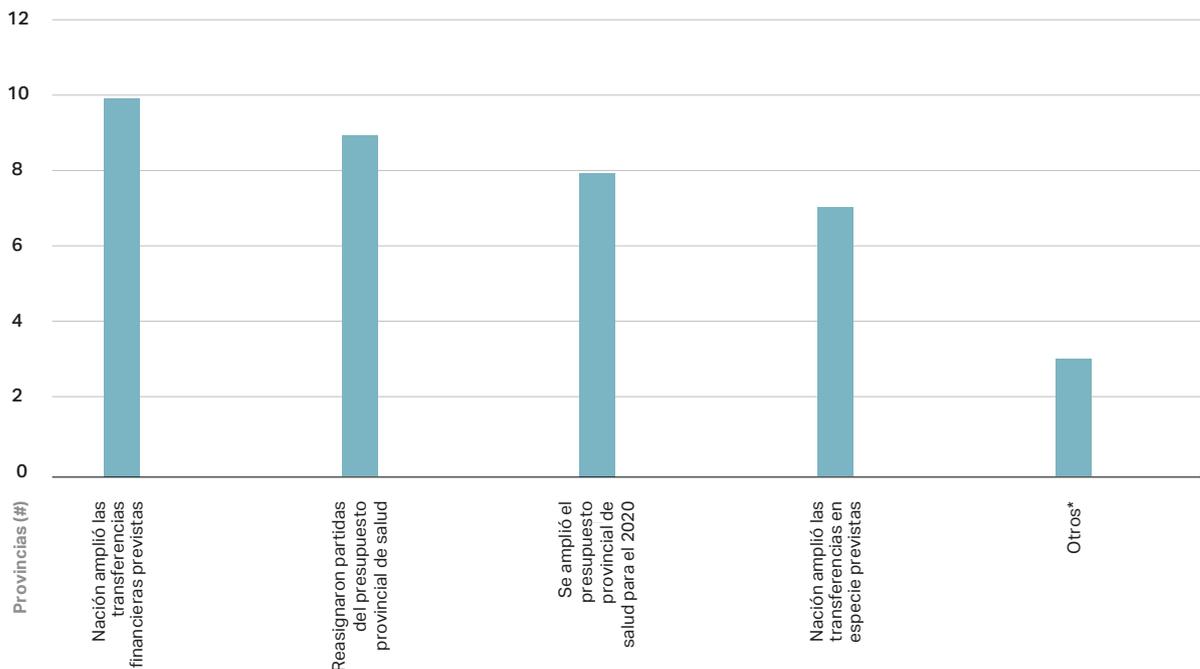


Figura 3

Conclusiones



*Se habilitó el uso de fondos de otros programas como Redes y Proteger y se recibieron aportes y donaciones de empresas privadas

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la adquisición de insumos, se observó en general que los mecanismos de compra permanecieron dentro de los patrones habituales, aunque en la mayoría de los casos con algunas flexibilizaciones posibles a la luz de las capacidades conferidas por la declaración de la emergencia sanitaria. Solo en dos casos se crearon nuevos procesos de compra de insumos. En lo relativo a la contratación de recursos humanos, se manifiesta una mayor innovación de nuevos procesos.

Las mayores dificultades mencionadas en los procesos de asignación de recursos, compras y contrataciones fueron aquellas asociadas con la escasez de oferta. En este sentido, se mencionaron los tiempos que lleva la apertura de una licitación pública y la asignación de la partida presupuestaria correspondiente. También se señalaron las formas de pago limitadas y las demoras en entregas de compras ante la situación de deuda con proveedores. Por último, un factor mencionado en algún caso fue la escasez de personal en los organismos motivado tanto por la pandemia como por los nuevos protocolos que impactaron en la demora de los procesos.

Numerosas jurisdicciones no identificaron importantes innovaciones en este aspecto. Entre las que lo hicieron, se encuentra el Chaco, donde se desarrolló una modalidad de contratación de personal nueva, de corto plazo y flexible. Río Negro, por su parte, aludió a la digitalización de los procesos de contratación del personal como una ventaja para acelerar ciertos procesos y acortar plazos. En CABA, dos medidas contribuyeron a la reasignación de recursos: la primera fue la formación de mesas de trabajo entre las áreas de Salud, Hacienda y Finanzas y la Jefatura de Gabinete de Ministros del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA); la segunda fue el trabajo en red como, por ejemplo, las reuniones con jefes/as de terapia intensiva, infectólogos/as, etc., en las cuales pudo establecerse una estrategia para el abastecimiento del sistema mediante la cual se adquirieron relajantes, anestésicos y otros fármacos para pacientes con COVID-19. En el caso de Tucumán, se reconoció como principal innovación la apertura de un espacio para recibir donaciones en la página web oficial, que logró una amplia repercusión y suscitó apoyos múltiples: "No quedó empresa en Tucumán sin donar algo", según las declaraciones de funcionarios/as de esa provincia. Esa iniciativa fue, según sus palabras, acompañada de un proceso para transparentar las donaciones y seguir su trazabilidad. En esa misma provincia, se generó una fábrica de barbijos y de camisolines con vistas a solucionar el problema del abastecimiento, práctica también implementada de manera similar en Jujuy.

Conclusiones

A nivel global, los sistemas de salud han sufrido un impacto inesperado, cuya ocurrencia no pudo haber sido prevista. Por lo tanto, la respuesta sistémica al virus descansa, por un lado, en la preexistencia de redes sanitarias basadas en modelos robustos de atención primaria con cercanía a la comunidad y en modos funcionales de referencia y contrarreferencia y, por el otro, en la rapidez de adaptación a la emergencia. Tal facilidad de adaptación depende, en parte, de mecanismos efectivos de coordinación y articulación entre distintos niveles de gobierno y entre diferentes subsistemas. El propósito del presente documento fue el de identificar cómo estos mecanismos se desarrollaron en la Argentina durante el segundo semestre del 2020, concentrándose particularmente en la mirada de la gestión provincial.

La conclusión general que se extrae de este trabajo es que la pandemia puso de manifiesto las debilidades ya conocidas de un sistema con históricas necesidades de articulación. Si bien se identificaron una serie de logros en el rápido equipamiento y en el entrenamiento de recursos humanos, la magnitud de la fragmentación existente requiere un debate sobre cómo fortalecer espacios sistémicos de priorización y acción colectiva. Tal iniciativa debiera incorporar no solo al subsistema público sino también a los espacios de seguros sociales y privados, pues más de dos tercios del financiamiento sectorial y de la provisión de servicios descansa en estos subsistemas. Ante un escenario semejante, la autoridad nacional debe fortalecer su función de rectoría y permitir establecer criterios claros de asignación de

Conclusiones

los recursos sectoriales, que garanticen eficacia asignativa y equidad de acceso. El desafío asociado a ello implica respetar la autonomía hoy existente sobre modos de inversión y gestión dentro de un marco de acción conjunta ante la emergencia, estableciendo pautas e incentivos tendientes a alinear las numerosas estrategias sanitarias existentes.

La pandemia puso de manifiesto las debilidades ya conocidas de un sistema con históricas necesidades de articulación. Si bien se identificaron una serie de logros en el rápido equipamiento y en el entrenamiento de recursos humanos, la magnitud de la fragmentación existente requiere un debate sobre cómo fortalecer espacios sistémicos de priorización y acción colectiva.

Determinados espacios como el Consejo Federal de Salud (COFESA), las Comisiones de Salud de los poderes legislativos nacionales y provinciales y el Consejo Federal Legislativo en Salud (COFELESA) pueden constituir los ámbitos más adecuados para la consolidación de una respuesta articulada. Asimismo, se plantea el interrogante sobre cuál/es sería/n el/los espacio/s de convergencia entre los tres subsistemas para consensuar los lineamientos generales y las estrategias para el abordaje de una pandemia con estas características. Las dificultades encontradas en la generación de un sistema de vigilancia epidemiológica nacional, que articule el de los Gobiernos subnacionales y subsectores y provea información de manera oportuna para la toma de decisiones, es solo un ejemplo del amplio margen de mejora existente en esta dirección.

Asimismo, esta articulación requerida excede los/as referentes sanitarios definidos estrictamente y alcanza los espacios de colaboración con otras áreas de gobierno. Es cierto que la pandemia ha potenciado el trabajo intersectorial que venía muy rezagado y ha impulsado interacciones impensadas entre áreas, sobre todo a nivel subnacional. De hecho, una de las grandes enseñanzas de la pandemia es que la salud es un problema que compete a todas las áreas. Sin embargo, el abordaje intersectorial en la definición de las intervenciones de política pública aún necesita ser profundizado.

A modo de ejemplo, la interacción debe incorporar sistemáticamente las áreas de desarrollo social, en las que descansa el diseño e implementación de planes sociales, con las cuales es necesario generar sinergias en la identificación y la resolución de necesidades vinculadas con los efectos económicos de la pandemia. Asimismo, la articulación entre las áreas de Salud y Educación cuenta con el potencial de amplificar el impacto de campañas de concientización que contemplen las conductas individuales y familiares. Si avanzamos un paso más, e independientemente de la relevancia de las Obras Sociales como actores sectoriales, la coordinación de políticas entre los espacios de protección de la salud y el mundo del trabajo permitiría considerar aspectos clave en seguridad sanitaria laboral y otros riesgos de trabajo emergentes vinculados al COVID-19. En conjunto, la propuesta reside en avanzar hacia una estrategia de acción basada en el pensamiento sistémico que promueve sinergias y ganancias de eficiencia en la gestión de la pandemia.

Volviendo a la mirada sectorial, el trabajo resalta dos elementos clave que exceden la emergencia y constituirán desafíos —y oportunidades— del sistema de salud a futuro. El primero de ellos es la valoración del recurso humano en un plano de capacitación permanente, con una demanda clara de fortalecimiento en las tareas extremas, en la gestión de los/as agentes o promotores/as de salud, incorporando la detección temprana de contagios y su relación con contactos estrechos y en la interfase entre el primer nivel y la estructura hospitalaria.

El segundo elemento es el surgimiento de nuevas herramientas de salud digital y/o en el impulso de herramientas existentes que se consolidan como una de las áreas con mayor potencial de desarrollo

Conclusiones

en la actualidad. Estos instrumentos actúan como facilitadores tanto de la gestión como del acceso y de la continuidad de los cuidados. Desarmar barreras de acceso a la atención (turnos programados y teleconsulta), facilitar el acceso a medicamentos (receta digital), garantizar un medio para la capacitación de los equipos (capacitación virtual), facilitar la identificación geográfica de las personas de mayor riesgo (georeferencia de la población), facilitar la coordinación de cuidados (plataformas de referencia y contrarreferencia e interconsulta) y la continuidad (historia clínica digital) constituyen temáticas indispensables de una agenda sectorial futura.

Anexo 1

Dimensiones y subdimensiones del estudio

Tabla 4

| 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



- Blackman, A., A. M. Ibañez, A. Izquierdo, P. Keefer, M. Moreira, N. Schady y T. Serebrisky (2020). *La política pública frente al COVID-19: recomendaciones para América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. Nueva York.
- Greer, S., S. Rozenblum, M. Wismar, H. Jarman (2020, julio, 16). How have federal countries organized their COVID-19 response?. *COVID-19 Health system response monitor*. <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/07/16/how-have-federal-countries-organized-their-covid-19-response/>
- 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
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- Kandel, N., S. Chungong, A. Omaar and J. Xing (2020). Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. *The Lancet*, Génova, 395 (10229), 1047-1053.
- López-Calva, L. F. (2020, marzo, 19[2020, mayo, 6]). Coronavirus como un desafío para la gobernanza: ¿ALC está preparada para enfrentar el COVID-19? *PNUD América Latina y El Caribe*. Disponible en <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/presscenter/director-s-graph-for-thought/are-countries-in-lac-prepared-to-take-on-the-coronavirus---a-look.html>
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, año VIII, núm. 14, 155-179: mayo-septiembre. Disponible en https://revistaeypp.flaco.org.ar/files/revistas/1590800112_155-179.pdf
- Ministerio de Economía de la Nación, Secretaría de Hacienda. Dirección Nacional de Asuntos Provinciales.
- Ministerio de Salud de la Nación. Sala de Situación COVID-19. Nuevo Coronavirus 2019. Novedades al 03/11/2020. SE 45
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Plan Operativo de preparación y respuesta al COVID-19*. Ministerio de Salud de la Nación: República Argentina. Consultado el 30/12/2020. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/plan-operativo>
- OPS (2020a). Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19. Consultado el 23/4/2020.
- OMS, OPS (2020a). Marco de referencia de la red integrada de servicios de salud para la respuesta a la pandemia de COVID-19. Consultado el 10/05/2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52262>
- Perrocheau, A. (2020, mayo, 29). Surveillance strategies for COVID-19 human infection. COVID-19 Surveillance Seminar. OMS. Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/global-covid-19/surveillance-strategies-human-infection.pdf>
- 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. Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/global-covid-19/surveillance-strategies-human-infection.pdf>
- Thomson, S., T. Habicht and T. Evetovits (2020). How are countries mobilizing additional public funds for Health? *COVID-19 Health system response monitor*. Disponible en <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/04/27/how-are-countries-mobilizing-additional-public-funds-for-health/>.
- Vidal, J. P. (2020). Gobernanza de la pandemia COVID-19 y modelos de gestión. *Revista do Serviço Público*, 1, 1-23.

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). 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.fund.ar>.

