

DOCUMENTOS
ACADÉMICOS

ANÁLISIS PRESTACIONAL

en la atención a personas con Cobertura Pública Exclusiva durante la pandemia COVID-19

Sumar

Dirección Nacional de
Fortalecimiento
de los Sistemas Provinciales





AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Vicepresidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretario de Equidad en Salud

Dr. Víctor Urbani

Subsecretaría de Articulación Federal

Dra. Verónica Paola De Cristóforo

Directora Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales

Mg. Carolina Casullo

Este documento fue elaborado por la Dirección de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales

Redacción: Facundo Crosta, coordinador del Área de Evaluación e Investigación de la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales.

Realizaron comentarios a distintas versiones del documento: Álvaro Ocariz, Carla Bonahora, Carlos Vallejos, Carolina Casullo, Luciano Pezzuchi, Magdalena Sánchez Canedo, Marina Ridaó, Martín Menafra, Natalia Vazquez y Romina Pons.

Colaboraron en el procesamiento de datos para la sección 3.2 sobre beneficiarias/os: Erika Lucena y Tomás Cocconi.

Fecha de publicación: 02/12/2021



SUMARIO


1. INTRODUCCIÓN	3
2. METODOLOGÍA	9
2.1 Medición del cambio prestacional	9
2.2 Definición de prestaciones	10
3. RESULTADOS AGREGADOS	13
3.1 ¿Cuáles son los principales efectos agregados de la pandemia?	14
3.2 ¿Las/os nuevas/os beneficiarias/os utilizan más prestaciones que quienes dejan de serlo?	17
4. PRESTACIONES PRIORIZADAS Y COVID-19	20
4.1 Cuidado del embarazo y la/el niña/o (Trazadoras 1 y 2)	20
4.1.1 Cuidado del embarazo (Trazadora 1)	21
4.1.2 Seguimiento de salud de la/del niña/o menor de 10 años (Trazadora 2)	23
4.2 Enfermedades Crónicas No Transmisibles	24
4.2.1 Diabetes (Trazadora 8)	25
4.2.2 Hipertensión (Trazadora 9)	27
5. ACCIONES PARA FACILITAR EL USO DE SERVICIOS EN CONTEXTO DE PANDEMIA	29
5.1 El efecto del programa Teleconsultas sobre el déficit prestacional	30
5.2 Otros cambios en el Plan de Servicios de Salud	32
6. CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS	36
7. APÉNDICE. DATOS MENSUALES	39

En el marco del fortalecimiento de los sistemas provinciales de salud la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (DNFSP) –que tiene bajo su órbita a los Programas Proteger, Redes de Salud y SUMAR– se ha propuesto diferentes ejes estratégicos de intervención

que involucran no solo las acciones de línea de cada uno de los programas sino que además promueven la coordinación de acciones interprogramáticas, la generación sinérgica de acciones y mecanismos transversales y la consolidación de un área de inteligencia sanitaria con la capacidad de generar estudios, evaluaciones y procesamiento de información en vistas de contar con un reservorio dinámico de datos e información para la toma de decisiones de política sanitaria.

En este sentido, se avanza también en el desarrollo de un campo de producción de conocimiento capaz de crear, en un ambiente simultáneo de gestión y reflexión –con sus diversos ritmos y dimensiones–, categorías de análisis sanitario que permitan reforzar la calidad y sistematicidad de la información disponible que surge del propio ámbito de trabajo de la DNFSP.

El presente estudio se enmarca en esta línea de trabajo y se centra en el análisis de datos provenientes del SUMAR, tal como se verá a continuación. Su diseño metodológico sustentado en la creación de un indicador de déficit prestacional que implicó la generación de una herramienta cuantitativa de procesamiento de datos, es complementado con un análisis cualitativo contrafactual que permite explicar la incidencia de las diferentes dimensiones micro y macro sobre la variación de las distintas prestaciones bajo análisis. Sin embargo, tanto por la naturaleza



provisional de la investigación, por su flexibilidad metodológica como por –y en virtud de– su potencialidad para incluir nuevas dimensiones explicativas y datos actualizados, forma parte de un corpus que a la larga pretende examinar la imbricación de las acciones de los tres programas de la DNFSP, sobre todo atendiendo a los indicadores relacionados a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), lo cual se llevará a cabo en una versión posterior.

Ahora bien, adentrándonos concretamente en la investigación, es cierto que la demanda de servicios de atención médica depende de factores socioeconómicos, como los niveles educativos, el nivel de ingresos o los precios relativos de los bienes y servicios que las personas utilizan para «producir» salud, y las dotaciones biológicas de cada individuo¹. Como resultado, personas con igual necesidad de atención médica pero distintos niveles de ingreso podrían recibir distintos niveles de atención médica y, por lo tanto, sendas temporales de niveles de salud diferenciales.


Para evitar este tipo de situaciones, Argentina implementa desde 2004 una estrategia de fortalecimiento de los sistemas de salud provinciales que permita compensar las dificultades de acceso y uso de los servicios de salud para el 36% de la población con Cobertura Pública Exclusiva (CPE) de salud². Esta estrategia comienza con la implementación del Plan Nacer en el Norte Grande y el Plan Federal de Salud (MSAL, 2004, pp35), centrado en la madre y la/el niña/o, que luego se expande a todo el país y toda la población con el programa SUMAR (MSAL, 2012-2020). Además, se ve potenciada y complementada por los programas Redes de Salud y Proteger, los cuales ponen foco en la organización del sistema de salud y ciertas poblaciones específicas.

Esta política pública se ha evaluado en los últimos años en varias dimensiones: desde la sanitaria respecto de su capacidad para mejorar el uso y la calidad del cuidado prenatal (Gertler, Giovanoli y Martínez, 2014), su logro reduciendo la mortalidad infantil pero no la mortalidad materna (Garriga, 2012), hasta la de su eficiencia como mecanismo de gestión en retroalimentación con la investigación sobre sus efectos (Lengyel et al., 2013).

En este contexto, surge la cuestión sobre como este programa responde frente a la pandemia originada por el COVID-19 debido a que afecta a la población objetivo a través de varios canales. Por un lado, restringiendo su acceso a los servicios de atención médica por la im-

1 En la literatura de demanda de servicios de salud hay una amplia discusión sobre estos temas. Grossman (2000), Wagstaff (1993) o Bolin (2013) son textos básicos que permiten comenzar a estudiar esta literatura.

2 Los seguros de salud afectan principalmente los precios que enfrentan las personas al momento de pretender recuperar la salud. En el caso de este programa, además, se reconoce el efecto del nivel educativo sobre la demanda de servicios de atención médica por lo cual se favorece la búsqueda por el mismo sistema de salud de manera de reducir las barreras al acceso. En este sentido, un estudio reciente de Villalobos Dinatrans y otros (2021) de consulta a actores claves de la región, encuentra que más del 40% de ellos considera que, luego de la pandemia, «garantizar la cobertura y el acceso a los servicios de salud es el principal desafío político» (pp 4).



plementación de restricción de movilidad y la reorganización de esos servicios, lo cual aumenta los costos de traslado y acceso. Estas condiciones se ven potenciadas por los cambios en las condiciones laborales que llevan a reducciones de ingresos y aumento de la población con CPE de salud. Así, el contexto socioeconómico aumenta la vulnerabilidad sanitaria de esta población por las dificultades para comprar alimentos, medicamentos, etcétera, como también por la mayor presión sobre los sistemas de salud, ya tensionados por la pandemia.

Por otro lado, como las provincias tienen potestad sobre la política sanitaria en coordinación con el Gobierno nacional a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), son ellas las que establecen las condiciones efectivas bajo las cuales operan los sistemas de atención médica y establecen los criterios concretos de ajuste de ellos frente a la pandemia.


Es por esto que resulta interesante conocer cuál ha sido la evolución general de los servicios brindados por el SUMAR durante el año 2020³, tanto en términos generales como también en ciertas líneas de cuidado específicas como las relacionadas al cuidado en el embarazo, a la salud de la niñez (cuyos indicadores sanitarios son las Trazadoras 1 y 2), o las ECNT como diabetes tipo 2 -DBT- o hipertensión arterial -HTA- (Trazadoras 8 y 9 respectivamente). Dado que no se puede disponer de indicadores de niveles de salud, la evolución de esas líneas de cuidado podría funcionar como referencias de estos indicadores en cuanto a evidenciar cuáles son las brechas prestacionales respecto de situaciones normales o no pandémicas.

En este documento se propone un indicador de déficit o brecha prestacional, el cual compara las prestaciones brindadas durante el período de pandemia respecto de aquellas brindadas en situación de «normalidad». Es importante mencionar que implícito en este indicador se encuentra un ejercicio de evaluación del tipo antes-después y por lo tanto está sujeto a las críticas metodológicas usuales del caso⁴. En este sentido, es válido notar que un estudio del impacto de la pandemia sobre las prestaciones requiere un ejercicio distinto al aquí planteado buscando la heterogeneidad de comportamientos.

No obstante, medir e identificar este déficit es relevante por diversos motivos. Por un lado, si se computase a nivel subnacional podría colaborar en la identificación de los sistemas provinciales de salud que tienen mayor capacidad de respuesta frente a situaciones futuras similares como una nueva ola. Dada la característica federal del sistema de atención médica las capacidades económicas e institucionales de cada jurisdicción condicionan dicha respuesta. También permite identificar posibles grupos poblacionales que en el futuro requieran mayor aten-

³ La elección de este año se debe a que, si bien se cuenta con información sobre 2021, la misma no está consolidada para toda la población, por lo cual en caso de utilizarla podría suceder que las conclusiones estén sesgadas.

⁴ Gertel y otros (2017) analizan las limitaciones de este tipo de estudio.



ción. Así, por ejemplo, el grado en que se ve afectado el calendario de vacunación permitiría prever el grado en que podrían presentarse las enfermedades que pretende evitar y cómo reforzar las acciones destinadas a la población de niños.

Este proceso de identificación permite también establecer cómo actuaron algunas de las estrategias establecidas a partir del Plan de Servicios de Salud (PSS) del SUMAR para paliar esta situación⁵, de magnitud desconocida, pero de presencia cierta durante toda la pandemia, con vistas a nuevas olas o situaciones similares. Entre las alternativas posibles los cambios en la estructura de la modalidad en que se brindan servicios podrían mejorar la accesibilidad y el acceso. En este sentido, aquí se analizan solo dos y para un grupo de líneas de cuidado priorizadas, de las múltiples medidas de gestión y sanitarias que se adoptaron para responder a la pandemia: por un lado, acciones con el objetivo de mejorar el acceso (telemedicina y dispensa de medicamento en domicilio); y por el otro, acciones para minimizar el tiempo de presencia de las personas en los establecimientos sanitarios en procesos de atención de controles. Las conclusiones que de aquí se extraigan pueden ser útiles para resolver los problemas de cobertura efectiva.

Dado que no se dispone de información actualizada a nivel de individuos que permita identificar determinantes de la demanda de atención médica y su modalidad de acceso⁶, se utiliza información agregada a nivel jurisdiccional sobre la base de información disponible en el Sistema Integral de Reporte de Gestión (SIRGe)⁷. Para este tipo de información se pueden diseñar dos tipos de estudios. Por un lado, establecer una función "ad hoc", a partir de la historia, de cuál debería ser la evolución esperada de las prestaciones si no hubiese estado presente la pandemia. Este contrafactual debe ser complementado con un estudio de impacto que permita considerar las heterogeneidades de cada una de las jurisdicciones tanto en cómo brindan los servicios de salud como en el comportamiento de la pandemia en ellas. El presente estudio refiere al primer tipo quedando el segundo para un documento posterior.


Finalmente, un efecto que podría tener la pandemia es la disminución en el registro de los datos. Si bien es posible que se espere una reducción de los servicios de administración, ya sea por las dificultades de acceso al puesto de trabajo como por la mayor exposición a la epidemia, también sería de esperar que la presencia de los incentivos monetarios contrapesa dicho efecto.

En este contexto, el objetivo de este trabajo es múltiple. Por un lado, pretende establecer escenarios de manera algebraica que permitan di-

⁵ Es importante aclarar que hay otras modificaciones.

⁶ El Estudio de Capacidad Prestacional-SUMAR (2018) es la última encuesta a beneficiarias/os disponible para la Argentina.

⁷ La base SIRGe es un repositorio de información de Prestaciones, Comprobantes y Uso de Fondos de las 24 Jurisdicciones.



mencionar el tamaño del déficit prestacional y su distribución entre distintos grupos. En ambos ejercicios también se pretende evaluar el efecto compensador del programa de Telesalud y los módulos integrales. Adicionalmente, cuando sea posible se tratará de identificar los efectos sobre el sistema administrativo.

Para este análisis se utiliza una base de datos agregados a nivel de jurisdicción provistos por el Programa SUMAR a partir de la base SIRGe para el período 2019-2020. Estos datos se evaluarán de manera agregada en grandes categorías (consultas, determinaciones de laboratorio, etc.), solo con el objetivo de dar un contexto general de desempeños. El análisis de brechas se realizará por tipo de prestación distinguiendo entre cobertura de la madre y la/el niña/o y enfermedades crónicas.

Para dar cuenta de los objetivos planteados, la sección siguiente presenta la metodología cuantitativa a utilizar. La sección 3 analiza los comportamientos de los grandes agregados a los fines de tener un marco general, incluyendo un análisis del comportamiento de las altas y bajas de beneficiarias/os. A continuación, se analiza en detalle cuatro líneas de cuidados vinculadas con las trazadoras del SUMAR: cuidado del embarazo (Trz. 1), seguimiento de salud de la/del niña/o menor de 10 años (Trz. 2), seguimiento de adulta/o con diabetes mellitus (Trazadora 8) y con hipertensión arterial -HTA- (Trazadora 8). La sección siguiente analiza las acciones adoptadas para compensar el efecto de la pandemia: telemedicina y módulos de atención integral. El documento finaliza con una sección de reflexiones finales y una sección de referencias bibliográficas.

2.1 Medición del cambio prestacional. La epidemia provocada por el COVID-19 genera una fuerte retracción en los servicios de atención médica por causas diversas como las regulaciones de salud pública de circulación o la cantidad e intensidad de casos.

La evaluación de dicha reducción prestacional requiere contar con un punto de referencia que puede ser normativo (como guías clínicas o criterios prestacionales internacionales, entre otros) pero también puede considerarse la historia reciente, entendida como posibilidad concreta de logro. En este documento se sigue este último criterio al comparar los desempeños en 2020 con los del promedio del año 2019⁸, de manera que podría considerarse como una aproximación a los resultados que surgirían de aplicar la metodología antes-después de evaluación de impacto de las políticas públicas⁹.

En este marco se define un indicador de déficit o faltante prestacional del año 2020 cuando el valor prestacional del año 2020 en cierta prestación "p" en cierto mes "m" se ubica por debajo del promedio de todo el año 2019. Formalmente:

$$(1) DF_{p,2020} = T_{p,2019} - Q_{p,2020}$$

En donde, $DF_{p,2020}$ es el déficit prestacional del año 2020 que surge de

8 Obviamente podría definirse otro criterio, como por ejemplo extrapolar tasas de variación a partir de los meses del 2020 en los que no estuvo presente la pandemia, si es que el objetivo es analizar en detalle los resultados en el tiempo. Mehrota y otros (2021) siguen una estrategia de este estilo.

9 Gertler y otros (2017) presentan esta metodología, la cual tiene como punto crítico suponer que no hay cambios sustanciales antes y después del cambio que se quiere analizar.

comparar lo que podría haberse logrado en 2019, $T_{p,2019}$ versus lo que se logró en 2020, $Q_{p,2020}$.

El indicador que toma como referencia un valor constante, el promedio de los 12 meses de 2019, sería:

$$(2) T_{p,19}^c = \sum_{\text{Diciembre}^{\text{Enero}}} Q_{(p,me,19)} / 12$$

en donde $Q_{p,12 \text{ meses}}$ son las prestaciones mensuales brindadas durante el 2019.

De esta manera, la ecuación (2) permite considerar que el déficit prestacional será nulo si al menos se logra el mismo nivel que el promedio del año pre pandemia, mientras que será negativo si se logra un mejor resultado. Una dificultad clara de este indicador es que no tiene en cuenta la tendencia prestacional, lo cual puede ser relevante cuando el análisis pasa de los grandes grupos a prestaciones o líneas de cuidado específicas. Así, el indicador debería leerse como al menos lograr los mismos resultados que el año previo.

Un segundo tema es que posiblemente los cambios en las condiciones del mercado de trabajo por la pandemia, como otras circunstancias individuales¹⁰, modifiquen las características sociodemográficas de los usuarios y, por lo tanto, las tasas de uso poblacionales. En la sección **«Resultados agregados»** se analiza el cambio en la composición poblacional con relación al uso de servicios de atención médica. No obstante, en este documento dado el objetivo de realizar una caracterización del funcionamiento de los sistemas provinciales se opta por analizar el comportamiento de todos los usuarios.

En síntesis, si es que se encuentran activos ambos efectos, una tendencia prestacional creciente y un cambio de perfil sociodemográfico de los usuarios efectivos, y por la forma en que se computa este indicador, es posible pensar que los resultados que aquí se presentan puedan considerarse como conservadores.

2.2 Definición de prestaciones

La definición del paquete prestacional a ser analizado es relevante según el objetivo de análisis. A la primera pregunta sobre cuál ha sido el efecto de la pandemia sobre el funcionamiento general del programa, se puede responder con el estudio del conjunto de prestaciones, de la cantidad de códigos utilizados, de la evolución de grandes agregados como «Consultas» o «Laboratorio». De esta manera, este criterio funciona a modo de indicador de actividad prestacional e identificador de unas primeras hipótesis.

¹⁰ Por ejemplo, si se analiza puntualmente la situación del seguimiento de embarazos, es altamente probable que estrictamente la misma gestante no se encuentre en dos años consecutivos.

No obstante, para el análisis detallado de los potenciales efectos sobre los niveles de salud, es importante considerar la historia prestacional. Es por eso que como durante el año 2020 se han producido reformas al PSS con efectos sobre las líneas de cuidado aquí consideradas, solo se toman en cuenta o sinónimo aquellas que se brindaban en el año 2019. La tabla a continuación identifica cada prestación, su línea de cuidado y qué códigos se utilizaron.

Tabla 1. Definición e identificación de prestaciones a ser incluidas en el análisis por línea de cuidado		
Prestación	Línea de cuidado	Códigos
Trazadora 1. Cuidado del embarazo		
Cesárea y atención del recién nacido/a	Embarazo	ITQ002W88-W89
Atención de parto y de la/del recién nacido/a	Embarazo	ITQ001W90-W91
Control de embarazo < a 13 semanas	Embarazo	CTC005W78
Control de embarazo (desde semana 13)	Embarazo	CTC006W78
DBT gestacional: Consulta de seguimiento	Embarazo	CTC022O24.4
Embarazada con HTA: Consulta de seguimiento	Embarazo	CTC022O10.0-O10.4-O16
Trazadora 2. Seguimiento de salud de la/del niña/o menor de 10 años		
Examen periódico de salud	Niña/o Sano	CTC001A97
Examen periódico de salud en terreno para persona indígena	Niña/o Sano	CTC009A97
Trazadora 8. Seguimiento de persona adulta con DBT		
Notificación de persona con DBT tipo 2 con tratamiento farmacológico	Diabetes	NTN032T89-T90
Hemoglobina glicosilada	Diabetes	LBL056VMD
Consulta para diagnóstico de DBT tipo 2 (a partir de 18 años)	Diabetes	CTC050A98-T89-T90
Consulta de seguimiento de DBT tipo 2	Diabetes	CTC051T89-T90
Trazadora 9. Seguimiento de persona adulta con HTA		
Consulta de detección y/o seguimiento de hipertensión	Hipertensión	CTC074K86
Notificación de persona con hipertensión en tratamiento farmacológico	Hipertensión	NTN030K86

Fuente: Elaboración propia sobre la base de PSS-SUMAR

Este conjunto de prestaciones, al actuar como indicadores de las líneas de cuidado, permite dimensionar la situación de los distintos grupos y evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Así puede analizarse tanto el seguimiento (DBT o HTA en embarazada o seguimiento de DBT tipo 2) como la identificación de nuevos casos, la organización de las redes en los sistemas provinciales (hemoglobina glicosilada) y los efectos generales sobre la organización del sistema de atención (me-

dicamentos). La tabla a continuación muestra también la cobertura de los indicadores seleccionados con relación a la edad, sexo y el tipo de política sanitaria.

Tabla 2. Cobertura temática de los indicadores seleccionados

Tabla 2. Cobertura temática de los indicadores seleccionados			
Prestación/Línea de cuidado	Grupos de edad	Sexo	Política sanitaria
Agregados			
Consultas	Todos	Ambos	General
Laboratorio	Todos	Ambos	General
Inmunizaciones	Todos	Ambos	Preventiva
Trazadoras			
Trazadora 1. Cuidado del embarazo	Mujeres en edad fértil	Mujeres	Cuidado de la madre
Trazadora 2. Seguimiento de salud de la/del niña/o menor de 10 años	Menores de 9 años	Ambos	Cuidado del niño/niña
Trazadora 8. Seguimiento de persona adulta con DBT	Adultas/os	Ambos	ECNT
Trazadora 9. Seguimiento de persona adulta con HTA	Adultas/os	Ambos	ECNT


Esta sección tiene como objetivo mostrar las grandes líneas de movimiento de las prestaciones del sistema de atención médica pública por medio de los indicadores previamente comentados.

Para ello se realizan dos tipos de análisis: por un lado, el comportamiento de indicadores del nivel de actividad (total de prestaciones y total de códigos prestacionales) e indicadores de grandes grupos prestacionales (consultas, laboratorio, inmunizaciones¹¹) y, por el otro, una caracterización demográfica de los usuarios efectivos y la intensidad con que usan.

En el contexto del objetivo de esta sección, es importante destacar que los diversos cambios en el PSS que se produjeron en el año 2020¹² también son incluidos bajo la lógica que son respuestas de cualquier sistema sanitario a los cambios en las condiciones sanitarias de la población que atiende. Obviamente esto implica que comparar el nivel de prestaciones en 2020, respecto del conjunto prestacional agregado de 2019, sin tener en cuenta estos cambios resultaría en una subestimación del efecto pero como esta situación es particularmente relevante para evaluar las necesidades sanitarias específicas, en el análisis de indicadores de líneas de cuidado priorizadas de la sección **«Prestaciones priorizadas y COVID»** sí se evitará incluir nuevas prestaciones. Estas últimas

¹¹ Se analizan estos tres grupos porque en el año 2019 representan el 77% de las 39, 25 millones de prestaciones financiadas. En dicho año se realizaron 14,2 millones de consultas (36,1%), 10,1 millones de determinaciones de laboratorio (27,9%) y 5,1 millones de inmunizaciones (13%).

¹² Entre estos cambios están: las prestaciones ambulatorias (incluyendo teleconsultas) y de internación asociadas a la pandemia, modificaciones en la dispensa de medicamentos, módulos prestacionales de acto único en cuidado de la madre y la/el niña/o, ampliación de especialidades en teleconsulta, entre otros.



serán tratadas como respuestas específicas en las secciones **«El efecto del programa Teleconsultas sobre el déficit prestacional»**, y **«Acciones para facilitar el uso de servicios en contexto de pandemia»**.

Finalmente, es importante tener presente que las prestaciones que aquí se analizan son las que se han reportado desde los sistemas provinciales hacia el gobierno nacional. Es posible que puedan haberse perdido capacidades en los servicios administrativos por la complejidad de la pandemia debido a la reorganización de tareas o por nuevos equipos de gestión por los cambios de gobierno de meses anteriores¹³. La magnitud de este efecto no puede ser cuantificado más allá de identificar los casos ya que no es obvia la respuesta organizacional frente a las peculiaridades regionales de comportamiento de la pandemia, disponibilidad y/o necesidad de recursos fiscales, etc.

3.1 ¿Cuáles son los principales efectos agregados de la pandemia?

La primera mirada para tratar de entender los efectos de la pandemia debiera ser sobre los grandes agregados a modo de poder tener puntos de referencia para el análisis microprestacional. Si bien esta estrategia resulta poco práctica a los fines de toma de decisiones puntuales, lo cierto es que permite comprender mejor el contexto en el cual se presentan resultados más detallados. La Tabla 3 expone la situación general entre el año 2019 y 2020. Las dos primeras columnas de dicha tabla reflejan los niveles prestacionales y de registro. En la primera columna, se puede ver que entre ambos años las prestaciones totales se redujeron un 14,4%, lo cual implica una reducción en 5,6 millones de prestaciones anuales. Este descenso se presenta con un aumento de 3,3% de los códigos prestacionales utilizados¹⁴.

Teniendo en cuenta estos resultados surge un primer tema que requiere un mayor análisis, sobre cuál es el grado de respuesta de los sistemas provinciales con relación a la estrategia prestacional-administrativa vinculada con el SUMAR. Esta evaluación es relevante ya que el grado en que la pandemia afectó los procesos administrativos y sesgó la utilización de prestaciones también afecta la consideración sobre las brechas sanitarias subyacentes. En principio responder a esta cuestión requiere de una exploración cuali-cuantitativa en las provincias que excede los objetivos de este informe¹⁵.

¹³ Por ejemplo, los equipos provinciales de gestión del programa SUMAR tuvieron cambios de conducción en las provincias de Bs As, Catamarca, Córdoba, Salta, Chaco, Misiones y Tierra del Fuego.

¹⁴ Este valor surge de sumar el total de códigos diferentes utilizados en cada uno de los meses por cada una de las provincias.

¹⁵ En el segundo semestre de 2021 la DNFSP/SES/MSAL, con la disminución de las restricciones de movilidad comenzó una estrategia de ir a campo con viajes a las jurisdicciones.

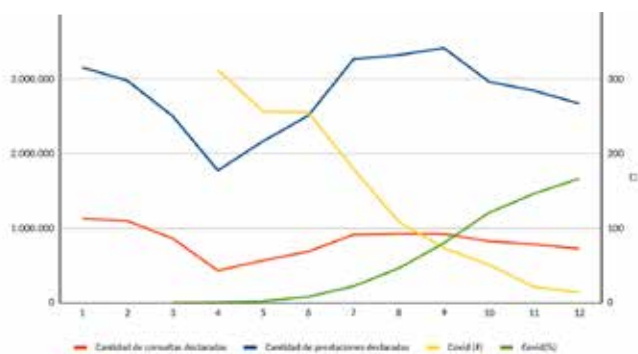
Tabla 3. Indicadores agregados del efecto de la pandemia

Año	Prestaciones	Códigos	Consultas	Laboratorio	Vacunas	
2019	39.248.741	99.205	14.094.145	10.677.284	5.084.417	
2020	33.594.061	102.519	9.866.318	9.921.529	4.551.577	
Var	#	-5.654.680	3.314	-4.227.827	-755.755	-532.840
	%	-14,4	3,3	-30,0	-7,1	-10,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Una cuestión interesante es analizar cómo se vincula el proceso epidemiológico de la pandemia, casos de personas infectadas con COVID-19, con estos indicadores. En este sentido, Figura 1, el primer ciclo de caída, en marzo-mayo, se debe más a las restricciones de movilidad¹⁶ que la incidencia efectiva de casos mientras que el segundo proceso, de septiembre a diciembre, estaría más asociado a los casos positivos de COVID-19. Estas diferencias de comportamiento motivan tratar de entender cómo ha sido este proceso a nivel provincial ya que posiblemente en el primer caso la caída prestacional se haya producido con recursos asistenciales sin utilizar mientras que la segunda en un contexto de servicios muy exigidos. De esta manera, es muy posible que la caída prestacional del primer semestre se deba principalmente a una reducción en la atención, mientras que en el segundo semestre, si la tensión sobre los servicios asistenciales se traslada a los administrativos, parte del descenso tenga que ver con este último punto. Avanzar en dilucidar esta cuestión es relevante pero requiere análisis y metodologías que exceden los objetivos de este documento.

Figura 1. Indicadores agregados y evolución de la pandemia



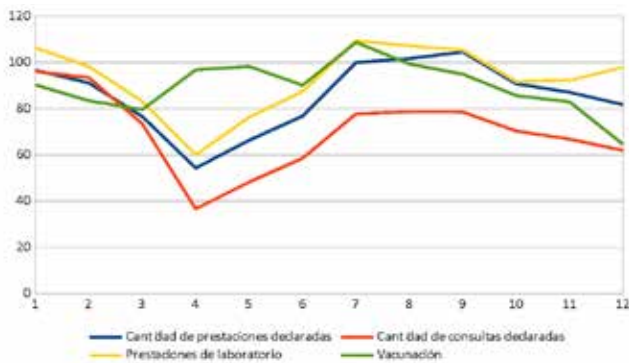
Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe y SNVS

Las restantes columnas de la Tabla 3 muestran distintos indicadores

¹⁶ Las cuales se inician el 12 de marzo de 2020 con el Decreto DNU 260 / 2020

agregados del comportamiento de los sistemas provinciales. Por un lado, «Consultas» presenta un descenso de 30%¹⁷ el cual es sustancialmente superior al descenso en «Laboratorio» o «Vacunas»¹⁸. Estos resultados agregados pueden ser clarificados por medio de dos tipos de análisis. Por un lado, la Figura 2 muestra la evolución del déficit prestacional, calculado siguiendo la ecuación (1), para cada una de estas prestaciones. La principal conclusión aquí es que luego del valle de fuerte caída en los meses de abril y mayo 2020 ninguna de las prestaciones logró recuperar los niveles promedio previos, e incluso en la segunda parte del año todas muestran un descenso continuado. Este resultado, considerado a la luz de lo expuesto en la Tabla 3, indicaría el efecto de la pandemia una vez que la política pública pudo acomodar o gestionar los recursos necesarios. Detalles de esta evolución se pueden ver en la Tabla A. 1

Figura 2. Evolución del déficit prestacional de grandes grupos de prestaciones




Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Un comentario particular requiere el comportamiento de «Vacunación» ya que, si bien pareciera que la reducción es pequeña en el mes de abril, en realidad no es tal dado que en un análisis del ciclo mensual de los años previos (el cual no se expone en este informe) muestra que en el mes de mayo se presenta un pico prestacional. Aun cuando, por mérito de la forma de cómputo, la reducción expuesta es cierta en promedio anual, lo cierto es que cuando se analiza mensualmente la reducción efectiva no queda claramente expuesta.

Por otro lado, otro indicador del estado de funcionamiento de las redes prestacionales y de los establecimientos de mayor complejidad es la evolución de las determinaciones de «Laboratorio». Las mismas se re-

¹⁷ La experiencia internacional muestra desempeños similares sin importar el tipo de organización del sistema de salud. En el caso de Alemania se observó un descenso del 49% en las consultas de atención primaria (Schäfer y otros (2021). Mehrotra y otros (2021) encuentran un descenso de similar magnitud para Estados Unidos.

¹⁸ Este desempeño de la cobertura de inmunizaciones es consistente con los resultados de Villalobos Dinatrans y otros (2021) de la recopilación de percepciones de actores claves sobre la Argentina en donde más del 70% considera que los servicios no se ven sustancialmente afectados.



dujeron de manera sensible, aunque siguiendo el ritmo de las prestaciones agregadas. Aquí es importante destacar que en este conjunto prestacional también están incluidas las prestaciones por COVID-19. Una vez más vuelve a surgir la cuestión de analizar las respuestas provinciales a los fines de saber cómo se reorganizó el vínculo entre el primer nivel de atención y los establecimientos de mayor complejidad. En este sentido, el análisis de hemoglobina glicosilada de la sección siguiente (Análisis de trazadora de diabetes) podría ser orientativo de lo sucedido.

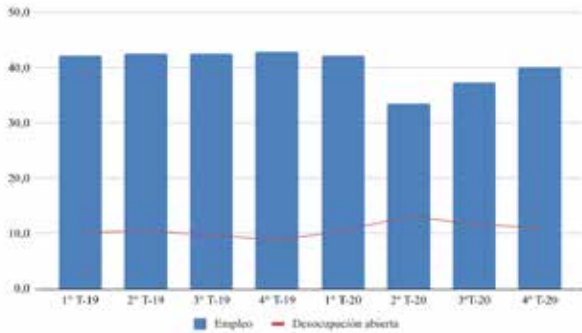
Una aclaración relevante es que estas prestaciones pueden estar sujetas a problemas de insumos por las restricciones a la movilidad inter e intrajurisdicciones e internacional. En este sentido disponer de información sobre la relevancia de esta situación permitiría comprender mejor los resultados de este estudio con relación a laboratorio y medicamentos.

3.2 ¿Las/os nuevas/os beneficiarias/os utilizan más prestaciones que quienes dejan de serlo?

Las conclusiones de la sección previa son esencialmente el resultado de la interacción entre las personas y el sistema de salud, por lo que un cambio en alguna característica de cualquiera de ambos genera modificación en la resultante, las prestaciones. Desde el sistema de salud de cada jurisdicción se realizaron diversas modificaciones y acciones que resultan difícil de cuantificar en cuanto a sus efectos.

Por el contrario, cómo han cambiado las/os beneficiarias/os, en particular su tasa de uso, sí puede ser analizado. La pandemia produce un descenso en las tasas de empleo y aumento de desocupación -Figura 3-, por lo que si estas personas que pierden su empleo también pierden protección de la Seguridad Social pasarían a ser parte de la población potencialmente usuaria de los servicios que aquí se analizan. Esto podría derivar en que este grupo desplace a ciertos usuarios históricos en la medida que los niveles educativos de los primeros sean superiores a la par que aumente la tasa de uso.

Figura 3. Evolución del mercado laboral

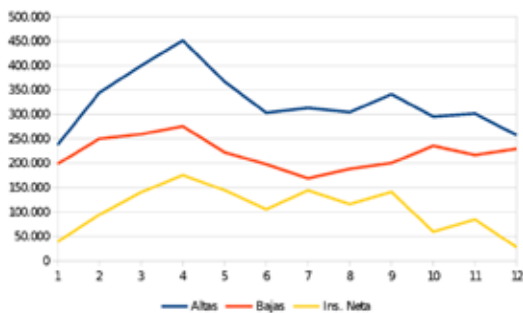


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Indec.

(https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/cuadros_tasas_indicadores_eph_09_21.xls)

En este contexto, no sorprende que durante 2020 las/os beneficiarias/os del SUMAR aumentaron en 1,3 millones: 4 millones de altas y 2,6 millones de baja, llegando a un total de unos 18 millones. Como en el caso de prestaciones se observa un ascenso neto en los primeros meses del año -Figura 4-, pero luego, a medida que la pandemia se intensifica tiende a disminuir principalmente por el ascenso de los casos que son dados de baja.

Figura 4. Evolución mensual de beneficiarias/os en 2020



Nota: estos valores son suavizados por medias móviles de tres meses.

Fuente: elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Para analizar si estos beneficiarias/os tienen alguna característica que pueda sesgar el análisis de los datos, resulta interesante saber dos cuestiones: la primera, ¿son las/os usuarias/os efectivos de 2020 distintos a los del 2019? En principio, la cantidad de usuarios efectivos no cambió sustancialmente en el período. Este resultado es importante ya que en cierto sentido induce a pensar que el sistema sanitario no perdió de manera significativa su capacidad de atender personas. No obstante, la composición de estos grupos sí ha cambiado -Tabla 4-, al tener una menor participación de hombres y de los grupos de menor edad. Este último resultado es útil para comprender algunas de las dinámicas que se analizan en la sección siguiente.

Tabla 4. Caracterización demográfica de los usuarios efectivos

	Usuarías/ os	Mujeres	Hombres	Edad					
				[0;9]	[10;19]	[20;29]	[30;64]	65+	
2019	7.283.455	4.329.353	2.954.102	2.526.032	1.489.468	1.314.012	1.953.942	-	
2020	7.125.744	4.301.815	2.823.929	2.18.052	1.207.056	1.460.125	2.209.994	23.235	
Var	#	-157.711	-27.537	-130.174	-339.980	-282.412	146.113	256.052	
	%	-2,2	-0,6	-4,4	-13,5	-19,0	11,1	13,1	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Dada las características de las prestaciones que cubre el programa SUMAR -Tabla 1-, es muy posible que los usuarios efectivos cambien. Por ejemplo, es muy poco probable que una mujer que estuvo embarazada durante 2019 también lo haya estado en 2020, aunque si el embarazo se inició a partir del mes de abril es muy probable que esté como beneficiaria efectiva en ambos años. De esta manera, se esperaría cierto recambio a la par que también habría que esperar cierta continuidad.

Al analizar lo reportado entre los años 2019 y 2020, hay casi 3 millones de beneficiarios que reciben prestaciones en ambos años -Tabla 5- los cuales tienen una reducción de uso de un 23% debido a que en promedio realizan 1,7 prestaciones menos; en tanto que las/os beneficiarias/os que están en un único año no parecieran tener cambios en las tasas de uso de los servicios.

Tabla 5. Cambios en las tasas de uso por nuevas/os usuarias/os

	Ambos años		Solo en el año	
	2019	2020	2019	2020
Usuarías/os	2.974.875,0		4.308.580	4.150.869
Prestaciones	21.325.935	16.350.806	17.925.531	17.244.884
Prestaciones/Usuaría/o	7,2	5,5	4,2	4,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

En síntesis, el efecto del cambio de la composición de beneficiarias/os parecería ser nulo siendo la reducción del uso debida a un menor registro de prestaciones de aquellos que fueron atendidos el año previo. Este resultado es importante debido a que uno de los objetivos del programa es tratar de sostener acciones de seguimiento de las personas y sus necesidades sanitarias.



PRESTACIONES PRIORIZADAS Y COVID-19

Para tener una mejor estimación de las posibles consecuencias que tuvo la pandemia sobre la población resulta interesante analizar no solo los grandes agregados sino también las líneas de cuidado específicas. En este sentido son particularmente relevantes dos conjuntos de indicadores.

Por un lado, aquellos vinculados con la madre y la/el niña/o y adolescentes (menores de 19 años), los cuales tienen como principal virtud el hecho de tener información y análisis históricos. El segundo grupo corresponde a ciertos indicadores asociados a ECNT. Adicionalmente, estos indicadores permiten reflejar también las actividades de otros programas (Proteger y Redes de Salud) de la DNFSP-MSAL cuya actividad está muy focalizada en estas patologías.

En lo que sigue, se analiza bajo la misma estructura analítica previa, cada uno de estos grupos tratando de identificar aspectos más finos y detallados de manera de poder orientar o sugerir acciones de política pública. Antes de proseguir es importante destacar que no se analiza toda la línea de cuidado sino solo algunos indicadores seleccionados de ella.

4.1 Cuidado del embarazo y la/el niña/o (Trazadoras 1 y 2)

Como ya se ha dicho el origen de estos programas, el Plan Nacer surge por una preocupación en los logros sobre la salud materno infantil. Es por esto que el estudio de estos indicadores en el contexto del programa

tiene una historia y una preponderancia significativa. Por otro lado, la política sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación siempre ha tenido y puesto en primer lugar las condiciones del embarazo y la infancia, como lo expone la promulgación reciente (30/12/2020) de la Ley 27611 «Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia». En lo que sigue, se analizan algunas prestaciones de esta línea de cuidado.

4.1.1 CUIDADO DEL EMBARAZO (TRAZADORA 1)

Dentro del conjunto de prestaciones incluidas en la línea de cuidado de la madre se encuentran dos grandes grupos: prestaciones asociadas con el momento del parto y prestaciones asociadas con el control del embarazo (controles prenatales, DBT gestacional e HTA en el embarazo). De las primeras no se esperaría un gran cambio en el 2020 debido a que la suma del período de gestación y el inicio de la pandemia, indicaría que, por ejemplo, gestaciones de 7 meses desde el inicio de la pandemia culminarían en el mes de octubre. Esto se corrobora al observar que las prestaciones de cesárea prácticamente no han cambiado entre ambos años mientras que sí lo hacen las de parto -Tabla 6-.

Año		Prestaciones Cesárea	Prestaciones parto	Control embarazo <sem 13	Control embarazo >sem 13	Control DBT	Control HTA
2019		67.785	118.585	231.095	589.183	4.520	523
2020		68.636	108.458	194.951	557.307	5.188	625
Var	#	851	-10.127	-36.144	-31.876	668	102
	%	1,3	-8,5	-15,6	-5,4	14,8	19,5

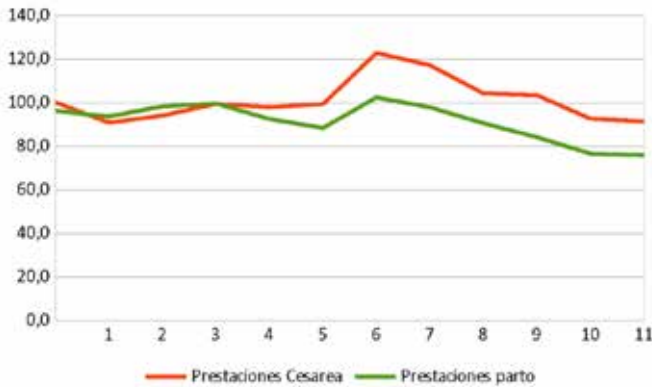
Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Cuando se analiza la evolución mensual del déficit prestacional se puede ver que en los primeros meses de la pandemia no pareciera haber un gran efecto pero sí hacia el final del año¹⁹. Detalles de esta evolución se pueden ver en la Tabla A.2. Este resultado sugiere que los partos y cesáreas del año 2020 sean el resultado de embarazos iniciados pre-pandemia²⁰

¹⁹ Este resultado no pareciera sorprender ya que existe evidencia para la Argentina que las maternidades disponían de buen conocimiento sobre los protocolos, disponibilidad de guías para la gestión de neonatos y el 67% (93% de las que respondieron) de las maternidades con más de 500 nacimientos anuales recibieron capacitación para su uso. Geffner y otros (2021).

²⁰ Nótese que los partos y cesáreas de diciembre (mes 12) posiblemente sean partos iniciados en el mes de marzo (mes 3) si durasen 36 semanas.

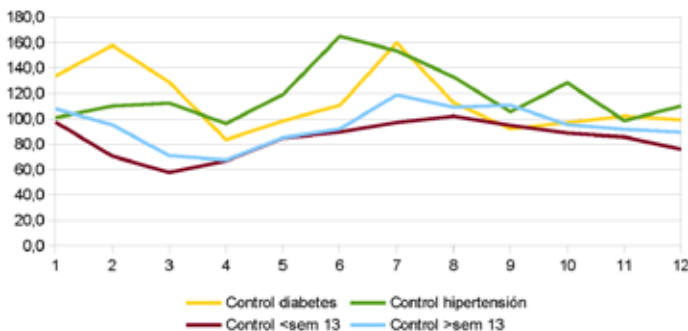
Figura 5. Evolución mensual del déficit prestacional de la línea de cuidado de la madre al momento del parto: cesárea y embarazo.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

El segundo grupo de prestaciones de esta línea de cuidado muestra por un lado un descenso de los controles de embarazo, el cuál es más intenso en los controles en las primeras semanas de gestación. Por el contrario, los controles de seguimiento de HTA y DBT muestran un aumento. En este sentido se recuerda que durante el año 2020 se realizaron algunos ajustes al PSS que podrían estar capturando los casos «perdidos». Pese a esto, un resultado interesante de la estructura de cambios es que pareciera que los casos «nuevos» (controles previos a semana 13) tienden a sufrir más los efectos de la pandemia respecto de aquellos que ya se encuentran bajo tratamiento (controles posteriores a semana 13, seguimiento de DBT gestacional y de HTA). Si se analiza la evolución del déficit prestacional gran parte de este descenso en los controles de embarazo se produce en el primer cuatrimestre del año 2020, mientras que el control de seguimiento de DBT e HTA pareciera mostrar una intencionalidad a no reducirse, la cual no puede lograrse en el mes de agosto, cuando efectivamente la pandemia se intensifica en todo el país -Figura 6-.

Figura 6. Evolución mensual del déficit prestacional de la línea de cuidado de la madre durante el embarazo



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

4.1.2 SEGUIMIENTO DE SALUD DE LA/DEL NIÑA/O MENOR DE 10 AÑOS (TRAZADORA 2)

Otro de los indicadores tradicionales del programa es el seguimiento de la/del niña/o sana/o. Esta trazadora se trata de controles de salud a niños, niñas (menores de 10 años), por lo que en el contexto de pandemia se puede ver afectada tanto por la re-asignación de personal hacia otras áreas o establecimientos como por las restricciones de movilidad que impone la pandemia.²¹ El examen periódico de niña/o sana/o se reduce entre ambos años en un 40%, mientras que sucede lo inverso entre la población indígena aunque el volumen prestacional es sustancialmente menor -Tabla 7-.

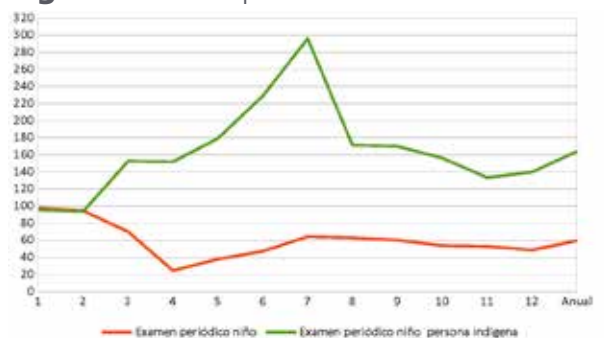
Tabla 7. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de la/del niña/o

		Examen periódico niña/o	Examen periódico niña/o persona indígena
2019		3.204.487	3.308
2020		1.913.022	5.431
Var	#	-1.291.465	2.123
	%	-40,3	64,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.


Esta caída es el resultado de un abrupto descenso en el mes de abril -Figura 7-, al 20% de las prestaciones brindadas en promedio durante el año 2019. A partir de entonces se revierte en parte, pero permaneciendo en niveles muy bajos respecto del año previo.

Figura 7. Déficit prestacional línea de cuidado del niño sano



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

21 Es importante destacar que la pandemia también afecta otras dimensiones de la atención a la población infantil como son los servicios de emergencia o la continuidad de otros tratamientos como los oncológicos o de cardiopatía. Respecto del primer punto, Percul y otros (2021) revisan la literatura sobre la experiencia con apendicitis y encuentran una reducción de casos e incluso en algunos casos una demora en la consulta y, por lo tanto, mayor complejidad de la patología. Respecto de las cardiopatías, Rodríguez y otros (2021), reportan para el Hospital Garrahan (principal efector de la red de cardiopatías pediátricas) una reducción de prestaciones en un 60% entre marzo y agosto de 2020 y un aumento en la lista de espera y su tiempo de resolución.



En la Tabla A. 3 se puede ver este mismo proceso, pero con relación a cada mes. En los meses de abril y mayo los descensos son del orden del 60-70% respecto del mismo período del año anterior, mientras que en octubre y noviembre esta caída es del 50%. Respecto de los cuidados a los niños sanos de población indígena, son los meses de octubre y noviembre los únicos que muestran un descenso respecto del mismo mes del año previo.

Este descenso es muy similar a otros casos reportados. Por ejemplo, Capra y otros (2021) registran para el Conurbano bonaerense una caída similar en establecimientos de sector privado, a la par que destacan el fuerte impacto que tuvo la pandemia sobre el equipo de salud. También en otros países como Italia (Lubrano y otros 2020), se observa que las actividades de neonatología y oncología no se ven afectadas por la pandemia, aunque el miedo a la infección es la principal causa por la cual las familias no llevan los niños a consulta, mientras que Matera y otros (2020, 2021) encuentran en términos absolutos un movimiento similar para el ingreso en unidades de emergencia pediátrica. Para Estados Unidos, Mehrotra y otros (2021) encuentran que las prestaciones de pediatría son las que se reducen en mayor proporción. También desde una perspectiva de tipo cualitativa de entrevista con actores claves para toda la región de América Latina (Villalobos Dintrans y otros, 2021), se encuentra que las prestaciones asociadas a estos grupos son las que se perciben que tienen las mayores pérdidas prestacionales.

4.2 Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Un segundo conjunto de prestaciones, destinados a la población adulta, son la identificación y seguimiento de las personas con ECNT. Evaluar si la falta o discontinuidad de estas prestaciones se debe a un fenómeno de registro o a uno prestacional es clave, ya que tanto la DBT como la HTA deterioran el estado clínico de las personas. En este sentido es importante destacar aquí que en el año 2020 se introducen las prestaciones de teleconsultas, la dispensa de medicamentos en domicilio, y módulos para diagnóstico y seguimiento de DBT, las cuales serán evaluadas en la sección siguiente.

Estas prestaciones ponen en juego un elemento distinto al de los cuidados de la/el niña/o (con la excepción del parto) ya que aquí la disponibilidad de insumos para la realización de test de laboratorio o para la entrega de medicamentos juega un rol central. En este sentido, las condiciones de restricción de movilidad, intraprovincias e internaciona-

les, pueden tener algún efecto sobre estas prestaciones²² y, por lo tanto, requerir un análisis adicional. Por otro lado, estas enfermedades se encuentran entre las comorbilidades más frecuentes entre los enfermos de COVID-19 de mayor edad.

4.2.1 DIABETES TIPO 2 (TRAZADORA 8)

De las prestaciones de la línea de cuidado de DBT se analiza la entrega de medicamentos, la consulta del diagnóstico de DBT tipo 2, la consulta del seguimiento de la DBT tipo 2 y los estudios de laboratorio (hemoglobina glicosilada) para la evaluación del control metabólico de las personas.

La lectura general de la evolución de este conjunto prestacional muestra que se reduce fuertemente el diagnóstico de DBT tipo 2 pero no el seguimiento de aquellas personas ya identificadas con DBT. Así, la adherencia de los pacientes no pareciera haberse visto afectada mientras que se presenta una caída cinco veces superior en la identificación de nuevos casos. Este sostenimiento de la adherencia también se refleja en la entrega de medicamentos, que aumenta de manera significativa entre ambos años -Tabla 8-.

Por otro lado, el indicador de laboratorio estaría reflejando de manera más profunda aún los efectos de la pandemia sobre la red de atención. Dado que el estudio de hemoglobina debe ser realizado en laboratorios de cierta complejidad, es posible que el efecto de desplazamiento de actividades en dichos establecimientos hacia la pandemia, más la reasignación de recursos entre niveles de atención expliquen este descenso.

Estas prestaciones son el caso paradigmático de los efectos que uno esperaría genere la pandemia. Por un lado, la reasignación de recursos entre niveles reduce las prestaciones. Además, los niveles de mayor complejidad desplazan recursos entre prestaciones, hacia COVID-19. Por otro lado, frente a este escenario los profesionales que permanecen en el primer nivel reducen los pedidos de determinaciones sobre pacientes que además se acercan en menor cuantía por las restricciones de movilidad.

Tabla 8. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de DBT tipo 2

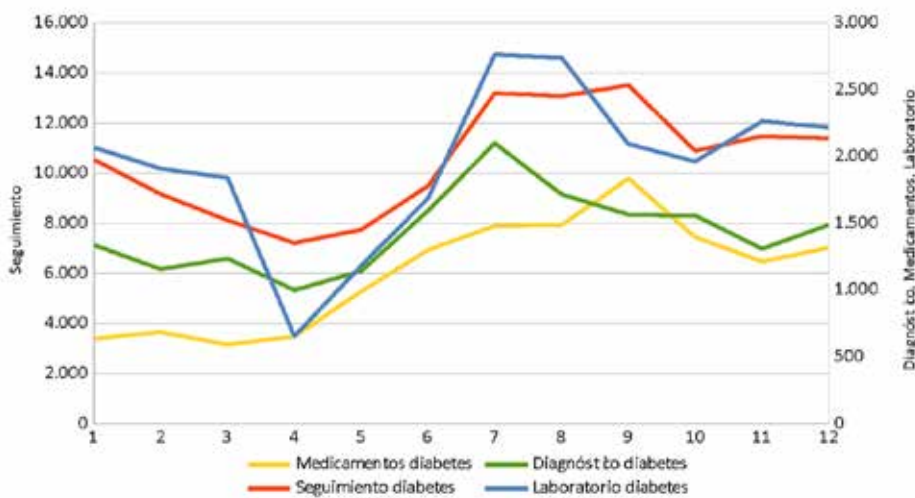
		Medicamentos DBT	Diagnóstico DBT	Seguimiento DBT	Laboratorio DBT
2019		2.042	22.111	122.797	28.746
2020		13.580	17.198	125.792	23.376
Var	#	11.538	-4.913	2.995	-5.370
	%	565,0	-22,2	2,4	-18,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

²² Esta problemática se presenta incluso en países desarrollados como los de la OECD (Bell y otros (2020))

Esta conclusión se ve confirmada cuando se analiza la evolución de las prestaciones mes a mes, en donde se nota un descenso muy fuerte en las prestaciones de laboratorio de esta línea de cuidado y en el seguimiento de pacientes con las primeras restricciones de movilidad y reasignación de recursos en los sistemas de salud. Luego se produce una recuperación de todas las prestaciones hacia mediado de año para volver a caer en el segundo semestre con el aumento de casos positivos de COVID-19 -Figura 8-.

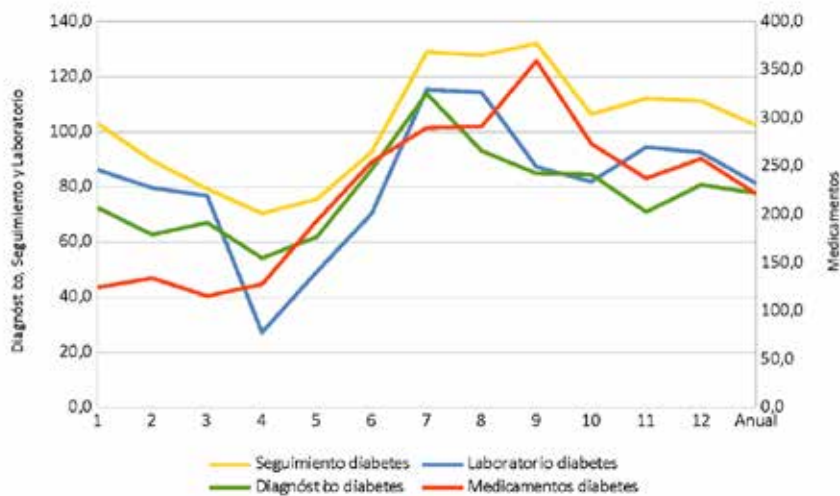
Figura 8. Evolución mensual de las prestaciones de la línea de cuidado de DBT tipo 2, año 2020



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Otra forma de mirar este problema es considerando el déficit prestacional de esta línea de cuidado. La figura a continuación expone este indicador para las cuatro prestaciones ya analizadas. Allí puede verse que el seguimiento de pacientes se ve afectado en el inicio de la pandemia, pero ya en la segunda mitad del año vuelve a los niveles del 2019. Por otro lado, las acciones vinculadas con la detección de nuevos pacientes, «Diagnóstico» y "Laboratorio", muestran un descenso en el inicio de la pandemia, la recuperación posterior de mitad de año para volver a los niveles de inicio de año. En la Tabla A.4 se puede ver detalles mensuales para ambos años de estos comportamientos los cuales reflejan de otra manera este mismo proceso. Este resultado no es original de la Argentina: Mauro y otros (2020) encuentran un resultado similar para el caso de Italia.

Figura 9. Déficit prestacional línea de cuidado de DBT tipo 2



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

4.2.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL (TRAZADORA 9)

La línea de cuidado de HTA tiene un desarrollo reciente por lo cual la comparación con el año previo tiene menor fortaleza. No obstante, se aplica la misma metodología de análisis, aunque ahora el punto de comparación es el último trimestre de 2019. Las dos prestaciones incluidas en la línea de cuidado de HTA (la cual en la actualidad se complementa con las prestaciones incluidas durante 2020 de dispensa de medicamentos en domicilio) muestran un gran aumento en 2020 respecto de 2019 -Tabla 9-.

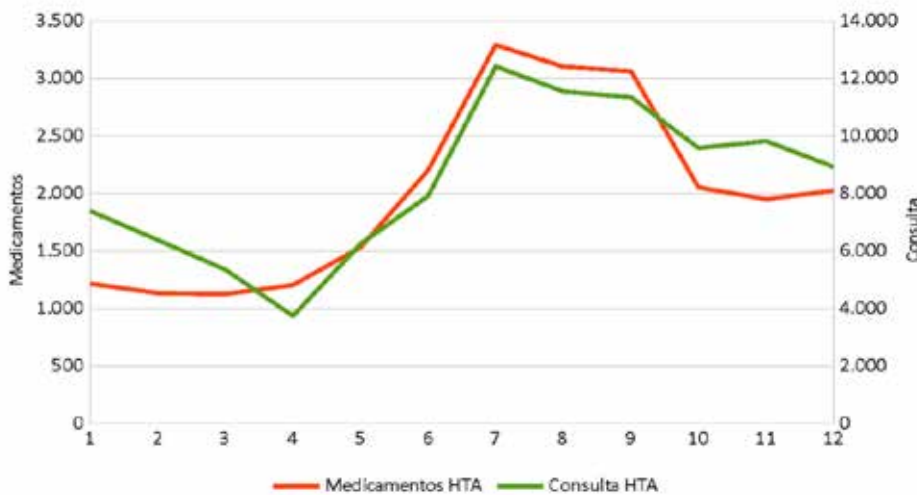
Tabla 9. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de HTA

		Medicamentos HTA	Consultas HTA
2019		3.177	21.520
2020		23.889	100.632
Var	#	20.712	79.112
	%	651,9	367,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

En este caso el efecto principal de la pandemia se presenta en el primer momento de restricciones de movilidad de los meses de abril y mayo -Figura 10-. A partir de entonces se recuperan las prestaciones para volver a mostrar el mismo patrón que las previamente analizadas de descenso hacia fin de año. Detalles de esta evolución se pueden ver en la Tabla A.5.

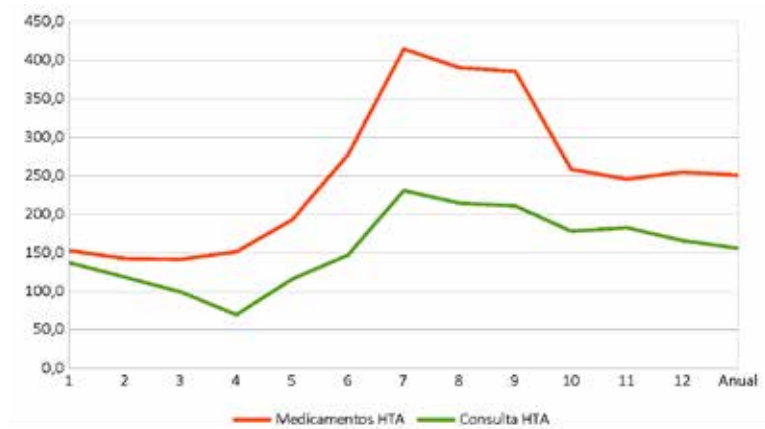
Figura 10. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de HTA: evolución mensual



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Si bien en este caso la medida de déficit prestacional pierde fortaleza, se realizaron los cálculos solo a fines de completitud, el cual expone el gran aumento prestacional y también el comportamiento de valle, recuperación y descenso que ya se ha visto -Figura 11-.

Figura 11. Déficit prestacional prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de HTA.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

5

ACCIONES PARA FACILITAR EL USO DE SERVICIOS EN CONTEXTO DE PANDEMIA

A medida que la pandemia avanza se realizan ajustes a la política de atención médica a la población con CPE tanto en objetivo como en el conjunto prestacional.

Por un lado, se realiza un cambio en la población objetivo, introduciendo a las/os mayores de 64 años, grupo que prácticamente no provoca un gran cambio prestacional agregado, ya que reciben 23.235 prestaciones pero que claramente para este grupo es un gran aporte -Tabla 4-.

El segundo conjunto de acciones refiere a los paquetes prestacionales cubiertos. Por un lado, se permite expandir el uso de telemedicina más allá de la segunda opinión para incorporar prestaciones motivadas por la pandemia directamente (pacientes o sospechas de infección), o indirectamente para el seguimiento de pacientes. El otro conjunto de modificaciones es sobre las mismas líneas de cuidado con la introducción de distintas prestaciones que pretenden mejorar el acceso a los servicios de salud teniendo en cuenta las restricciones que la pandemia genera sobre los establecimientos sanitarios. Estos dos casos se analizan con detalle a continuación.

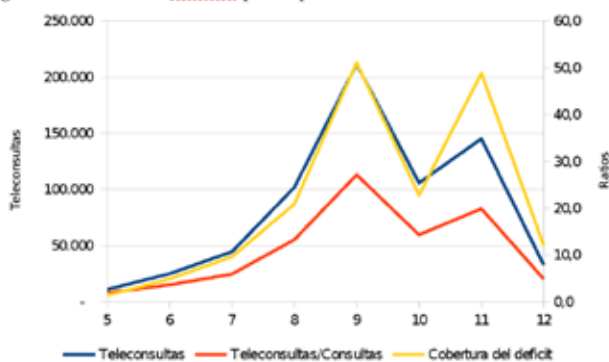
5.1 El efecto del programa de Telesalud sobre el déficit prestacional

Las consultas brindadas bajo la modalidad de telemedicina²³ se incorporan al paquete de prestaciones del Programa SUMAR a partir de 2019 bajo la modalidad de segunda opinión. Desde entonces el programa aumenta su relevancia de manera muy lenta hasta los primeros meses de pandemia, en los cuales se incorporan las prestaciones de primera opinión, cuando su crecimiento pasa a ser exponencial, con un pico en el mes de noviembre cuando se cubre 48,9% de la brecha prestacional y que permite cubrir el 18,6% de las necesidades prestacionales en consultas no cubiertas por el modelo presencial, expuestas por la relación entre Teleconsultas y Consultas de la Figura 12, durante el año 2020.

Es importante tener presente que la información disponible en la base SIRGe no incluye todas las prestaciones brindadas a través de este tipo de tecnologías, ya que algunas provincias tienen sus propias redes de teleconsultas. De esta manera, los datos aquí expuestos no representan la totalidad de las prestaciones brindadas y por lo tanto está subestimado el efecto de este tipo de prestaciones.

Figura 12. Relevancia de Telesalud para la prestación de consultas durante la COVID-19

Figura 12. Relevancia de Telesalud para la prestación de consultas durante la COVID-19



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

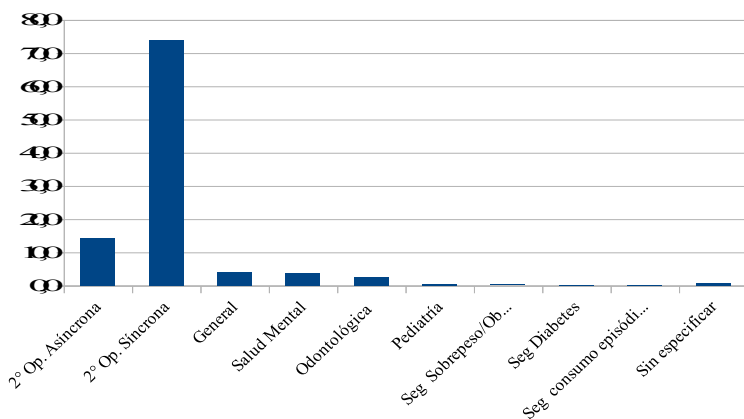
En este marco la pregunta siguiente es si estas consultas permitieron o no compensar los efectos prestacionales. La respuesta directa es negativa, ya que casi el 86% de las consultas tienen alguna motivación en la pandemia de COVID-19. Estas incluyen el caso de contacto estrecho (47,8%), seguimiento de persona con COVID-19 (26,1%) y con sospecha

²³ Curiosamente esta práctica comienza en la Argentina en 1899 cuando Alejandro Posadas filmó una cirugía que luego fue utilizada como medio de capacitación. En García Saiso y otros (2021) se puede ver una síntesis del estado de esta práctica en las Américas.

(17,1%). Se destaca que las prestaciones de seguimiento luego del alta representan el 4,3% de todas las teleconsultas por COVID-19, proporción que implica unas 35 mil consultas.

Pese a esto podría suceder que el resto de las consultas, como muestran por ejemplo Mehrotra y otros (2021) para Estados Unidos, sean el resultado de búsquedas de alternativas prestacionales a los descensos de las modalidades presenciales. Las consultas de segunda opinión representan el 88,2% de ellas, 73,9% de manera sincrónica y 14,3% de forma asincrónica. De los restantes tipos, todos con muy baja participación, se destacan las teleconsultas por motivos generales (3,9%), por Salud Mental (3,7%) y por Odontología por síntomas agudos (2,5%). Curiosamente, esta tecnología se suele sugerir para el caso del seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, como la Diabetes²⁴.

Figura 13. Distribución de teleconsultas no COVID-19 por tipo.



Nota: Esta información refiere al período de mayo 2020 a junio 2021.

En síntesis, la aparente cobertura del déficit prestacional que podría realizar el conjunto de prestaciones asociadas a Telesalud en realidad es mucho menor ya que gran parte de son para cobertura de las prestaciones asociadas a la atención de diversas situaciones originadas por la pandemia y por el aumento del uso de la red para la segunda opinión. Entre las prestaciones que no son COVID-19 se destaca su uso en Clínica General²⁵, Salud Mental y los síntomas agudos de Odontología. De tal modo, el programa no pareciera cubrir las brechas prestacionales en las líneas priorizadas aun cuando se realizan algunas prestaciones relacionadas con ellas. Esto es llamativo dada la existencia de evidencia internacional -Guarino y otros (2020)- sobre sus, sobre sus beneficios en términos de reducción de contagio de COVID-19 entre la población con ECNT. También Mehrotra y otros (2021) muestran que con la pandemia se expande su uso, pero también que se utiliza en diversas especialidades.

²⁴ Por caso, Mauro y otros (2020) analizando la reorganización de los recursos humanos entre servicios recomiendan su uso para estas patologías.

²⁵ Dado lo amplio del término se requiere una exploración más profunda de a qué patologías se atendieron efectivamente.

5.2 Otros cambios en el Plan de Servicios de Salud

Los cambios anteriores se complementan con un cambio en las prestaciones a partir de minimizar la exposición de las personas en los establecimientos de salud. Es por esto que para la madre y la/el niña/o se implementa un esquema de módulos de atención integral y la consulta a domicilio de la embarazada y para las enfermedades crónicas, además de un módulo integral de atención en DBT, se incorpora la dispensa de medicamentos en efector y en domicilio. Detalles adicionales pueden verse en la Tabla 10.

Tabla 10. Nuevas prestaciones incluidas como respuesta a la pandemia						
Año	Registro	Prestación relacionada		Código	Mes de vigencia	Domicilio
		Nombre				
Trazadora 1 Cuidado del embarazo	Control	Consulta inicial en domicilio de embarazo en 1er trimestre		CTC099W78	Julio	Si
	Control	Consulta en domicilio para la atención de embarazo en 2do trimestre		CTC100W78	Julio	Si
	Control	Módulo de atención prenatal integral 1er trimestre		MDM087W78	Julio	No
	Control	Módulo de atención prenatal integral 2do trimestre		MDM088W78	Julio	No
	Control	Módulo de atención prenatal integral 3er trimestre - semana 26 a 28		MDM089W78	Julio	No
	Control	Módulo de atención prenatal integral 3er trimestre - semana 34 a 36		MDM090W78	Julio	No
Trazadora 2 Seguimiento de salud de la/del niña/o menor de 10 años	Control	Módulo control integral de salud de la persona recién nacida		MDM092A98	Julio	No
	Control	Módulo control integral de salud menor de 1 año		MDM093A98	Julio	No
	Control	Módulo control integral de salud 1 a 4 años		MDM097A98	Julio	No
	Control	Módulo control integral de salud 5 a 12 años		MDM098A98	Julio	No
	Control	Módulo control integral de salud 5 a 12 años		MDM099A98	Julio	No
Trazadora 8 Seguimiento de la/del adulta/o con DBT	Medicamento	Dispensa de medicamentos en efector		PRP053VMC	Marzo	No
	Medicamento	Dispensa de medicamentos en domicilio		PRP068VMC	Marzo	Si
	Medicación /hemoglobina si incluyen el registro	Módulo para diagnóstico de diabetes tipo 2 (a partir de 18 años)		MDM095T89-T90	Julio	No
		Módulo para tratamiento de diabetes tipo 2 (a partir de 18 años)		MDM096T89-T90	Julio	No
Trazadora 9 Seguimiento de la/del adulta/o con HTA	Medicación	Dispensa de medicamentos en efector		PRP053K86	Marzo	No
	Medicación	Dispensa de medicamentos en domicilio		PRP068K86	Marzo	Si

Fuente: Elaboración propia sobre la base de PSS-SUMAR.

Estas nuevas prestaciones generan una presión sobre los sistemas

de registro ya que obligan a todo el equipo de salud y administrativo a incorporar una nueva codificación en un contexto de stress sistémico como la pandemia. Es por esto que no resulta extraño que estas prestaciones hayan tenido poco registro y sobre el final del año -Tabla 11-. Para simplificar la forma de la tabla, se agruparon las nuevas prestaciones en relación a la trazadora que trabajan de manera conjunta. Esto es cierto tanto para los módulos integrales de la madre y la/el niña/o y la atención de persona con DBT, mientras que la dispensa de medicamentos en domicilio tuvo un uso que siguió la tendencia general de descenso hacia el fin de año. Por el contrario, la dispensa de medicamento en efector tiene amplio uso, con el ciclo usual del segundo semestre: un ascenso hasta julio y el descenso hacia fin de año.²⁶

Tabla 11. Uso de las nuevas prestaciones incluidas como respuesta a la pandemia							
Mes	Trazadora 1	Trazadora 2	Trazadora 8			Trazadora 9	
			Dispensa efector	Medicamentos domicilio	Tratamiento	Dispensa efector	Medicamentos domicilio
1	0	0	1.444	0	0	1.902	0
2	0	0	1.244	0	0	1.558	0
3	0	0	1.588	0	0	2.057	6
4	0	0	1.856	6	0	2.724	17
5	0	0	2.672	27	0	3.159	55
6	0	0	2.932	12	0	3.627	22
7	0	0	3.670	119	0	5.563	61
8	4	6	3.427	25	0	5.399	35
9	12	20	3.319	14	0	4.837	65
10	0	0	2.357	414	1	3.473	26
11	6	9	2.460	170	2	3.218	28
12	2	73	2.094	180	0	3.096	23
						0	0
Total	24	108	29.063	967	3	40.613	338

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe

²⁶ Las prestaciones de dispensa de medicamento en efector se permiten desde el último trimestre del 2019 mientras que las de dispensa en domicilio se incorporan desde el mes de marzo de 2020.

Este documento tiene como objetivo principal reseñar el grado en que la pandemia afecta a cierto conjunto de prestaciones de atención médica brindadas en establecimientos públicos. Este subconjunto se define a partir de la fuente de información, declaradas por las provincias al programa SUMAR y en las líneas de cuidado, madre y la/el niña/o, DBT e HTA.

En este sentido, a nivel de grandes agregados, se encuentra una reducción generalizada en las prestaciones pero que afecta de manera especial a las Consultas (30% en relación al año previo) respecto de Laboratorio e Inmunizaciones (del orden del 10%). El análisis de altas y bajas de beneficiarias/os por cumplimiento de la condición de Cobertura Efectiva Básica muestra que la población ingresante en 2020 tendrá una mayor tasa respecto de aquella que deja de ser beneficiaria.

Al analizar las líneas de cuidado surgen elementos comunes. Así, los controles sobre las/os "nuevas/os" pacientes (control embarazo semana menor a 13 o diagnóstico de DBT) son los que presentan mayores caídas respecto de otras prestaciones que reflejan la existencia de un vínculo con el sistema de salud (control embarazo semana mayor a 13 o seguimiento de DBT).

Tres resultados específicos merecen destacarse. El primero, referido al comportamiento de la hemoglobina glicosilada se reduce en 18,7%, el cual podría también considerarse como un indicador del funcionamiento de las redes de atención. El segundo, en el caso de la línea de cuidado del embarazo, hay un incremento en los controles de DBT e HTA. Final-



mente, el fuerte descenso de los controles de niñas/os sanas/os sugieren la necesidad de ahondar en estos cuidados.

Con relación a la respuesta de estas prestaciones frente a la pandemia, se identifica un ciclo claro en donde hay una fuerte caída en los meses de marzo a mayo, siendo abril el momento más crítico del año, y una recuperación posterior para volver a descender en octubre, pero de manera suave. Este comportamiento sugiere que la principal reducción se debió a lo acontecido en el inicio de la pandemia y a las dificultades posteriores para compensarla debido a la exigencia efectiva sobre los establecimientos.

Una respuesta de los sistemas de salud frente a la pandemia es la aplicación de tecnologías que permitan superar la condición de aislamiento. Una alternativa es el programa de Telesalud, del cual aquí se reporta solo un subconjunto de jurisdicciones las cuales se caracterizan por utilizar este instrumento, principalmente para la atención de situaciones relacionadas con el contagio del virus ya sea por cuestiones de contacto estrecho, de atención de pacientes en fase aguda, como así también en el seguimiento posterior. Así, este programa parecería haber cumplido con su rol en relación a la pandemia, pero sin compensar sus efectos sobre otras líneas de cuidado.

Por otro lado, las nuevas prestaciones incorporadas para tratar de compensar los efectos de la pandemia con referencia a la exposición al virus que podría surgir por concurrir a los establecimientos, no muestran resultado para el cuidado de la persona gestante y de la niñez y el seguimiento de las/os pacientes con DBT. No obstante, sí pareciera tener resultado positivo la incorporación de dispensa de medicamentos, en efector y en domicilio, que muestra el ciclo observado de reducción hacia fin de año.

Este incremento de las prestaciones de dispensa de medicamentos comparando los resultados de las prestaciones del 2019 con el 2020 –en conjunto con los desempeños de las consultas de seguimiento de DBT tipo 2–, darían cuenta de los resultados de las distintas estrategias implementadas por las jurisdicciones para favorecer el acceso a los servicios de salud y evitar la discontinuación de los tratamientos en las personas con ECNT.

Finalmente, se destaca la necesidad de realizar dos estudios complementarios. Por un lado, uno que aborde las heterogeneidades provinciales y su vínculo con la pandemia y la movilidad regional, que podría motivar conclusiones adicionales para entender cómo la pandemia afecta a la población con CPE de salud. Por el otro, analizar los temas aquí considerados desde un punto de vista análisis longitudinal, tanto en término de las personas como de las líneas de cuidado.

REFERENCIAS

- Bell, J. Simon, Lorena Reynolds, Christopher Freeman, y John K. Jackson. 2020. «Strategies to Promote Access to Medications during the COVID-19 Pandemic». *Australian Journal of General Practice* 49 (8): 530-32. <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-20-5390>.
- Bolin, Kristian. 2013. «Health Production». En *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press.
- Capra, Daniel, Gabriela Ucha, Enrique Antoni, Augusto Malfetano, Nelson Wolfsteiner, Pilar Arias, y Fabiana García. 2021. «Experiencia de un servicio de pediatría del ámbito privado del área metropolitana de Buenos Aires durante la pandemia por COVID-19». *Archivos argentinos de pediatría* 119 (5): 310-16. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.eng.310>.
- Garcia Saiso, Sebastian, Myrna C. Marti, Victoria Malek Pascha, Adrian Pacheco, Daniel Luna, Fernando Plazzotta, Jennifer Nelson, et al. 2021. «Barreras y facilitadores a la implementación de la telemedicina en las Américas». *Revista Panamericana de Salud Pública* 45 (octubre): 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.131>.
- Garriga, Santiago. 2012. «Impacto del Plan Nacer sobre la mortalidad infantil en Argentina». Universidad Nacional de La Plata. <https://doi.org/10.35537/10915/24375>.
- Geffner, Sofía, Aldana Ávila, Luz Maria Etcharran, Ariel Fernández, Gonzalo Mariani, y Néstor Vain. 2021. «Estrategias de preparación en unidades de neonatología durante la pandemia de COVID-19: Encuesta en maternidades de la Argentina». *Archivos argentinos de pediatría* 119 (2). <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.76>.
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, y Sebastian Martinez. 2014. *Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer*. Policy Research Working Papers. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-6884>.
- Gertler, Paul J., Sebastian Martinez, Patrick Premand, Laura B. Rawlings, y Christel M. J. Vermeersch. 2017. *La Evaluación de Impacto En La Práctica, Segunda Edición*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0888-3>.
- Grossman, Michael. 2000. «Chapter 7 The Human Capital Model». En *Handbook of Health Economics*, 1:347-408. Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80166-3](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80166-3).
- Guarino, Maria, Valentina Cossiga, Andrea Fiorentino, Giuseppina Pontillo, y Filomena Morisco. 2020. «Use of Telemedicine for Chronic Liver Disease at a Single Care Center During the COVID-19 Pan-

B - G



- demic: Prospective Observational Study». *Journal of Medical Internet Research* 22 (9): e20874. <https://doi.org/10.2196/20874>.
- Lengyel, Miguel, Javier Curcio, Jorge Walter, Alejandra Beccaria, y Marina Calamari. 2013. «Monitoreo, luego aprendo. Los aprendizajes en la implementación de relaciones intergubernamentales basadas en desempeños del sector salud. La experiencia argentina a través del Plan Nacer».
 - Lubrano, Riccardo, Alberto Villani, Stefano Berrettini, Paolo Caione, Alberto Chiara, Antonella Costantino, Roberto Formigari, et al. 2020. «Point of view of the Italians pediatric scientific societies about the pediatric care during the COVID-19 lockdown: what has changed and future prospects for restarting». *Italian Journal of Pediatrics* 46 (1): 142. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00907-3>.
 - Matera, Luigi, Raffaella Nenna, Francesca Ardeni Morini, Giuseppe Banderali, Mauro Calvani, Matteo Calvi, Giorgio Cozzi, et al. 2021. «Effects of Relaxed Lockdown on Pediatric ER Visits during SARS-CoV-2 Pandemic in Italy». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (18): 9547. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189547>.
 - Matera, Luigi, Raffaella Nenna, Valentina Rizzo, Francesca Ardeni Morini, Giuseppe Banderali, Mauro Calvani, Matteo Calvi, et al. 2020. «SARS-CoV-2 Pandemic Impact on Pediatric Emergency Rooms: A Multicenter Study». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (23): 8753. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238753>.
 - Mauro, Viganò, Mantovani Lorenzo, Cozzolino Paolo, y Harari Sergio. 2020. «Treat All COVID 19-Positive Patients, but Do Not Forget Those Negative with Chronic Diseases». *Internal and Emergency Medicine* 15 (5): 787-90. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02395-z>.
 - Mehrotra, Ateev, Michael Chernew, David Linetsky, Hilary Hatch, David Cutler, y Eric C. Schneider. 2021. «The Impact of COVID-19 on Outpatient Visits in 2020: Visits Remained Stable, Despite a Late Surge in Cases». <https://doi.org/10.26099/BVHF-E411>.
 - MSAL. 2004. «Plan federal de salud 2004», 55.
 - 2012. «Programa SUMAR, la ampliación del Plan Nacer». 2012. <https://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000164cnt-dip-tico-informacion-institucional.pdf>.
 - 2020. «Sumar». [Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar). 29 de junio de 2020. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>.
 - Percul, Carolina, Marion Cruz, Germán González, Luciana Lerendegui, María Malzone, Daniel Liberto, Pablo Lobos, Benjamín Imach, Juan Moldes, y Julián LLera. 2021. «Impacto de la pandemia por COVID-19 en la población pediátrica con apendicitis aguda: experiencia en un hospital general de tercer nivel». *Archivos argentinos de pediatría* 119 (4): 224-29.
 - Rodríguez, Ricardo, María Althabe, Mariela Krynski, Mercedes Mon-



- tonati, Maria Pilan, Belén Desocio, Guillermo Moreno, Gladys Salgado, Javier Cornelis, y Miriam Lenz. 2021. «Impacto de la pandemia por COVID-19 en un programa de cirugía cardiovascular pediátrica de un hospital público de Argentina». Archivos argentinos de pediatría 119 (4): 266-76. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.266>.
- Schäfer, Ingmar, Heike Hansen, Agata Menzel, Marion Eisele, Daniel Tajdar, Dagmar Lühmann, y Martin Scherer. 2021. «The effect of COVID-19 pandemic and lockdown on consultation numbers, consultation reasons and performed services in primary care: results of a longitudinal observational study». BMC Family Practice 22 (junio): 125. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01471-3>.
 - Villalobos Dintrans, Pablo, Matilde Maddaleno, Yamileth Granizo Román, Paula Valenzuela Delpiano, Arachu Castro, Carina Vance, y Claudio A. Castillo. 2021. «Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020». Revista Panamericana de Salud Pública 45 (noviembre): 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.140>.
 - Wagstaff, Adam. 1993. «The Demand for Health: An Empirical Reformulation of the Grossman Model». Health Economics 2 (2): 189-98. <https://doi.org/10/cz2hf8>.

APÉNDICE.

DATOS MENSUALES

Tabla A.1. Indicadores prestacionales agregados: evolución mensual.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Cantidad de códigos prestacionales declaradas													
2019	7.731	8.149	8.091	8.454	8.867	8.051	8.487	8.590	8.360	8.352	7.821	8.252	99.205
2020	8.283	8.309	7.949	6.195	7.516	9.033	9.577	9.166	9.295	9.039	8.812	9.345	102.519
#	552	160	-142	-2.259	-1.351	982	1.090	576	935	687	991	1.093	3.314
%	7,1	2,0	-1,8	-26,7	-15,2	12,2	12,8	6,7	11,2	8,2	12,7	13,2	3,3
Cantidad de prestaciones declaradas													
2019	2.862.877	2.960.350	3.231.535	3.440.321	3.830.481	3.315.878	3.475.518	3.554.116	3.358.744	3.559.325	2.956.807	2.702.789	39.248.741
2020	3.159.264	2.979.033	2.504.274	1.775.240	2.168.842	2.510.515	3.268.974	3.324.102	3.418.420	2.966.774	2.846.758	2.671.865	33.594.061
#	296.387	18.683	-727.261	-1.665.081	-1.661.639	-805.363	-206.544	-230.014	59.676	-592.551	-110.049	-30.924	-5.654.680
%	10,4	0,6	-22,5	-48,4	-43,4	-24,3	-5,9	-6,5	1,8	-16,6	-3,7	-1,1	-14,4
Cantidad de consultas declaradas													
2019	1.047.196	1.132.135	1.251.504	1.283.008	1.349.295	1.198.203	1.213.459	1.254.174	1.192.956	1.203.173	1.026.532	942.510	14.094.145
2020	1.127.945	1.096.841	862.331	429.806	566.395	687.552	913.374	923.321	922.450	825.387	784.230	726.686	9.866.318
#	80.749	-35.294	-389.173	-853.202	-782.900	-510.651	-300.085	-330.853	-270.506	-377.786	-242.302	-215.824	-4.227.827
%	7,7	-3,1	-31,1	-66,5	-58,0	-42,6	-24,7	-26,4	-22,7	-31,4	-23,6	-22,9	-30,0
Prestaciones de laboratorio													
2019	785.885	792.103	859.960	917.561	977.700	870.247	956.015	1.013.978	933.865	1.030.508	816.482	722.980	10.677.284
2020	946.556	873.591	739.238	533.803	679.201	777.383	973.152	953.625	937.563	815.910	820.769	870.738	9.921.529
#	160.671	81.488	-120.722	-383.758	-298.499	-92.864	17.137	-60.353	3.698	-214.598	4.287	147.758	-755.755
%	20,4	10,3	-14,0	-41,8	-30,5	-10,7	1,8	-6,0	0,4	-20,8	0,5	20,4	-7,1
Vacunación													
2019	349.536	345.031	364.104	457.532	592.518	448.152	495.549	450.145	386.981	477.497	377.725	339.647	5.084.417
2020	382.555	353.339	337.097	410.028	416.235	381.858	460.393	420.722	402.065	362.872	351.136	273.277	4.551.577
#	33.019	8.308	-27.007	-47.504	-176.283	-66.294	-35.156	-29.423	15.084	-114.625	-26.589	-66.370	-532.840
%	9,4	2,4	-7,4	-10,4	-29,8	-14,8	-7,1	-6,5	3,9	-24,0	-7,0	-19,5	-10,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Tabla A.2. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de la madre: evolución mensual

Mes	Prestaciones Cesarea		Variaciones		Prestaciones parto		Variaciones	
	2019	2020	#	%	2019	2020	#	%
Enero	6.204	5.667	-537	-8,7	10.969	9.523	-1.446	-13,2
Febrero	5.697	5.136	-561	-9,8	10.368	9.266	-1.102	-10,6
Marzo	6.010	5.320	-690	-11,5	11.728	9.727	-2.001	-17,1
Abril	6.077	5.623	-454	-7,5	11.235	9.857	-1.378	-12,3
Mayo	6.341	5.544	-797	-12,6	11.265	9.152	-2.113	-18,8
Junio	5.804	5.618	-186	-3,2	10.229	8.745	-1.484	-14,5
Julio	5.791	6.947	1.156	20,0	9.772	10.133	361	3,7
Agosto	5.355	6.627	1.272	23,8	9.006	9.683	677	7,5
Septiembre	5.414	5.896	482	8,9	9.133	8.959	-174	-1,9
Octubre	5.200	5.849	649	12,5	8.833	8.325	-508	-5,8
Noviembre	4.520	5.239	719	15,9	7.197	7.581	384	5,3
Diciembre	5.372	5.170	-202	-3,8	8.850	7.507	-1.343	-15,2
Anual	67.785	68.636	851	1,3	118.585	108.458	-10.127	-8,5

Tabla A.2. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de la madre: evolución mensual

Mes	Control DBT		Variaciones		Control HTA		Variaciones	
	2019	2020	#	%	2019	2020	#	%
Enero	357	504	147	41,2	31	44	13	41,9
Febrero	409	595	186	45,5	76	48	-28	-36,8
Marzo	335	486	151	45,1	57	49	-8	-14,0
Abril	356	315	-41	-11,5	65	42	-23	-35,4
Mayo	320	371	51	15,9	47	52	5	10,6
Junio	239	417	178	74,5	25	72	47	188,0
Julio	311	603	292	93,9	49	67	18	36,7
Agosto	336	425	89	26,5	26	58	32	123,1
Septiembre	486	347	-139	-28,6	29	46	17	58,6
Octubre	498	366	-132	-26,5	37	56	19	51,4
Noviembre	448	385	-63	-14,1	27	43	16	59,3
Diciembre	425	374	-51	-12,0	54	48	-6	-11,1
Anual	4.520	5.188	668	14,8	523	625	102	19,5

Tabla A.2. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de la madre: evolución mensual

Mes	Control <sem 13		Variaciones		Control >sem 13		Variaciones	
	2019	2020	#	%	2019	2020	#	%
Enero	20.595	18.782	-1.813	-8,8	54.261	53.011	-1.250	-2,3
Febrero	17.717	13.604	-4.113	-23,2	50.556	46.810	-3.746	-7,4
Marzo	17.559	11.119	-6.440	-36,7	51.842	34.894	-16.948	-32,7
Abril	17.868	12.892	-4.976	-27,8	52.071	33.166	-18.905	-36,3
Mayo	17.747	16.361	-1.386	-7,8	54.211	41.872	-12.339	-22,8
Junio	14.197	17.260	3.063	21,6	46.932	45.207	-1.725	-3,7
Julio	17.320	18.723	1.403	8,1	49.941	58.448	8.507	17,0
Agosto	16.721	19.677	2.956	17,7	49.741	53.616	3.875	7,8
Septiembre	33.936	18.275	-15.661	-46,1	33.697	54.407	20.710	61,5
Octubre	23.580	17.101	-6.479	-27,5	51.072	46.879	-4.193	-8,2
Noviembre	18.208	16.508	-1.700	-9,3	47.381	45.074	-2.307	-4,9
Diciembre	15.647	14.649	-998	-6,4	47.478	43.923	-3.555	-7,5
Anual	231.095	194.951	-36.144	-15,6	589.183	557.307	-31.876	-5,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Tabla A.3. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de la/del niña/o: evolución mensual

Mes	Examen periódico niña/o		Variaciones		Examen periódico niña/o persona indígena		Variaciones	
	2019	2020	#	%	2019	2020	#	%
Enero	237.939	260.799	22.860	9,6	177	264	87	49,2
Febrero	263.337	252.892	-10.445	-4,0	190	259	69	36,3
Marzo	302.866	187.777	-115.089	-38,0	367	421	54	14,7
Abril	295.729	66.033	-229.696	-77,7	236	419	183	77,5
Mayo	297.116	101.660	-195.456	-65,8	269	494	225	83,6
Junio	245.976	126.438	-119.538	-48,6	198	631	433	218,7
Julio	253.413	172.186	-81.227	-32,1	211	816	605	286,7
Agosto	270.097	168.552	-101.545	-37,6	192	473	281	146,4
Septiembre	274.919	160.980	-113.939	-41,4	303	469	166	54,8
Octubre	284.645	143.904	-140.741	-49,4	443	431	-12	-2,7
Noviembre	246.207	141.520	-104.687	-42,5	404	368	-36	-8,9
Diciembre	232.243	130.281	-101.962	-43,9	318	386	68	21,4
Anual	3.204.487	1.913.022	-1.291.465	-40,3	3.308	5.431	2.123	64,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Tabla A.4. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de DBT tipo 2: evolución mensual

Mes	Medicamento DBT		Variaciones		Diagnóstico DBT		Variaciones	
	2019	2020	#	%	2019	2020	#	%
Enero		636			1.903	1.337	-566	-29,7
Febrero		685			1.975	1.156	-819	-41,5
Marzo		590			1.829	1.236	-593	-32,4
Abril		653			1.838	999	-839	-45,6
Mayo		989			1.946	1.141	-805	-41,4
Junio		1.300			1.661	1.594	-67	-4,0
Julio		1.480			2.093	2.099	6	0,3
Agosto		1.487			2.143	1.716	-427	-19,9
Septiembre	151	1.834	1.683	1.114,6	2.129	1.565	-564	-26,5
Octubre	617	1.396	779	126,3	2.018	1.558	-460	-22,8
Noviembre	625	1.213	588	94,1	1.288	1.308	20	1,6
Diciembre	649	1.317	668	102,9	1.288	1.489	201	15,6
Anual	2.042	13.580	11.538	565,0	22.111	17.198	-4.913	-22,2

Tabla A.4. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de DBT tipo 2: evolución mensual

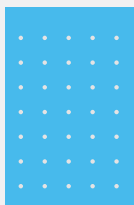
Mes	Seguimiento DBT		Variaciones		Laboratorio DBT		Variaciones	
	2019	2020	#	%	2019	2020	#	%
Enero	9.084	10.544	1.460	16,1	2.708	2.067	-641	-23,7
Febrero	8.788	9.162	374	4,3	2.787	1.909	-878	-31,5
Marzo	9.885	8.120	-1.765	-17,9	3.323	1.840	-1.483	-44,6
Abril	10.769	7.209	-3.560	-33,1	3.580	654	-2.926	-81,7
Mayo	11.395	7.743	-3.652	-32,0	3.165	1.182	-1.983	-62,7
Junio	9.857	9.494	-363	-3,7	2.351	1.687	-664	-28,2
Julio	10.308	13.194	2.886	28,0	2.320	2.762	442	19,1
Agosto	10.649	13.074	2.425	22,8	2.527	2.739	212	8,4
Septiembre	10.610	13.509	2.899	27,3	1.844	2.092	248	13,4
Octubre	11.447	10.886	-561	-4,9	1.771	1.963	192	10,8
Noviembre	10.193	11.475	1.282	12,6	1.110	2.264	1.154	104,0
Diciembre	9.812	11.382	1.570	16,0	1.260	2.217	957	76,0
Anual	122.797	125.792	2.995	2,4	28.746	23.376	-5.370	-18,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.

Tabla A.5. Prestaciones seleccionadas de la línea de cuidado de HTA: evolución mensual

Mes	Medicamentos HTA		Variaciones		Consulta HTA		Variaciones	
	2019	2020	#	%	2019	2020	#	%
Enero		1.215				7.390		
Febrero		1.133				6.379		
Marzo		1.125				5.347		
Abril		1.203				3.738		
Mayo		1.531				6.240		
Junio		2.202				7.914		
Julio		3.291				12.414		
Agosto		3.101				11.543		
Septiembre	212	3.062	2.850	1.344,3	3.315	11.346	8.031	242,3
Octubre	888	2.052	1.164	131,1	5.333	9.579	4.246	79,6
Noviembre	1.000	1.950	950	95,0	6.522	9.820	3.298	50,6
Diciembre	1.077	2.024	947	87,9	6.350	8.922	2.572	40,5
Anual	3.177	23.889	20.712	651,9	21.520	100.632	79.112	367,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIRGe.



DOCUMENTOS
ACADÉMICOS

Sumar

Dirección Nacional de
Fortalecimiento
de los Sistemas Provinciales



Ministerio de Salud
Argentina