SERIE **ESTUDIOS**

IMPACTO DEL COVID-19 EN EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: UN ANÁLISIS DESDE EL PROGRAMA REDES DE SALUD

Ministerio de Salud Argentina

Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales

Redes de Salud

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

Subsecretaria de Articulación Federal
Dra. Verónica Paola De Cristófaro

Directora Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales
Mg. Carolina Casullo

Coordinador del Programa Redes de Salud
Dr. Santiago Cirio

Este documento fue elaborado por el Área de Planificación y Monitoreo del Programa Redes de Salud.

Redacción:
Marilina Urrutia, consultora del Área de Planificación y Monitoreo del Programa Redes de Salud.

Realizaron comentarios a distintas versiones del documento:
Santiago Cirio, Facundo Crosta, Mariana Rolla.

Colaboraron en la obtención de información y en la elaboración del documento:
Norma Farías, Marcela Juez, Ivonne Moreau, Paula Piccoli, Karen Roberts, Gabriela Garzón y Gustavo Zaugg.

CONTENIDO

1. Contexto 4

2. Programa Redes de Salud en Argentina 8

3. Objetivos, metodología y fuentes de información 11

4. El impacto del COVID-19 en las líneas de intervención de la tercera etapa del Programa Redes de Salud (2017-2020) 13

4.1. Evaluación del Desempeño del Indicador de Resultado del Programa desde una perspectiva de equidad 14

4.2. El impacto del COVID-19 en el abordaje de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en las jurisdicciones argentinas 23

5. Impacto financiero del Programa Redes de Salud en las jurisdicciones para el abordaje de las ECNT en contexto de pandemia 27

6. Lecciones aprendidas y principales conclusiones 34

7. Bibliografía 37

Anexo. El impacto del COVID-19 desde la opinión de las jurisdiciones 39

Buenos Aires 39
Catamarca 40
Chaco 41
Chubut 42
Ciudad Autónoma de Buenos Aires 43
Córdoba 44
Corrientes 45
Entre Ríos 45
Formosa 45
Jujuy 46
La Pampa 47
La Rioja 48
Mendoza 48
Misiones 49
Neuquén 49
Río Negro 49
Salta 50
San Juan 50
San Luis 51
Santa Cruz 52
Santa Fe 52
Santiago del Estero 53
Tierra del Fuego 53
Tucumán 53

1 CONTEXTO

La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto sin precedentes sobre las personas, las economías y los servicios de salud.

Desde el 22 de enero del 2020 a mediados de mayo del 2021, se registraban más de 170 millones de casos de coronavirus en el mundo y 3,43 millones de muertes[1].

El ritmo de contagios generó una saturación de los sistemas de atención de la salud, que derivó en dificultades para la cobertura adecuada de los casos y puso bajo interrogante el manejo del resto de las patologías prevalentes (D'Imperio, et. Al. 2020).

En particular, para las personas que padecen Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y que necesitan hacer un seguimiento de su condición, así como de la evolución a los tratamientos, la pandemia ha significado interrupciones en el acceso a los servicios de salud dado su mayor riesgo de desarrollar un cuadro grave de COVID-19 y de morir (OMS-OPS, 2020a). Con lo cual, la pandemia ha colocado a este grupo en una situación de gran vulnerabilidad.

A ello hay que sumarle que las medidas empleadas para evitar una curva exponencial de contagios de COVID-19, tales como el confinamiento, el distanciamiento social, las restricciones a la movilización, el acceso limitado a las unidades de atención primaria, las farmacias y los servicios comunitarios, han impactado en la población que sufre alguna enfermedad crónica al limitar la capacidad para proveerse de alimentos saludables, realizar actividad física o acceder a prestaciones y servicios de carácter preventivo y de promoción de la salud (The Lancet, 2020).

1 Fuente: Statista, consultado el 21 de mayo de 2021. https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/

Por otro lado, la reorganización de recursos que han realizado los distintos niveles de gobierno, canalizándolos al abordaje de la pandemia, ha incidido en la continuidad de la atención para las personas con ECNT (OMS-OPS, 2020b).

Según un informe publicado por OMS-OPS (OPS, 2020b) a partir de una encuesta realizada a los Estados Miembros de las distintas regiones, que recabó información a lo largo de cuatro semanas en el mes de mayo del 2020, gran parte del personal de los ministerios de salud designado para trabajar en los servicios contra las ECNT había sido reasignado al trabajo de respuesta al COVID-19, lo cual redujo el número de funcionarios disponibles para llevar la gestión de quienes padecen ECNT. Casi todos los países de la región de las Américas (89%, es decir 25 de 28 países que respondieron a la encuesta) informaron que parte o la totalidad del personal dedicado a las ECNT se encontraba brindando apoyo a las actividades de respuesta al COVID-19, ya sea a tiempo completo o parcial, y solo uno informó no haber efectuado ninguna reasignación del personal.

Desde el punto de vista presupuestario, el mismo informe señala que los presupuestos gubernamentales para las ECNT se habían preservado en gran medida. Solo un país manifestó que los fondos destinados a dichas enfermedades se habían reasignado, con el traslado de más de 50% al ámbito del COVID-19. Los entrevistados en diez países de la región (36%) dijeron que no sabían si los fondos para hacer frente a las ECNT se habían reasignado a atender la pandemia.

Con respecto a la continuidad de la atención, los servicios ambulatorios para las ECNT se mantuvieron con un acceso limitado en 18 países de la región (64%) y completamente abierto en siete (25%). Entre las principales razones mencionadas como factor de trastorno de los servicios para el manejo de las ECNT se incluyen la cancelación de los servicios de atención electiva (58%, 14/24), la reasignación de personal clínico a la respuesta al COVID-19 (50%, 12/24) y los casos de pacientes que no acudieron a sus citas (50%, 12/24) (OPS, 2020b).

Las restricciones al uso del transporte público que dificultaron el acceso de los pacientes a los centros sanitarios, la falta de equipo de protección necesario para que el personal sanitario preste sus servicios de manera segura, así como la falta de camas para la hospitalización se mencionaron dentro de los principales causantes de la interrupción de los servicios para el tratamiento de las ECNT en los países de ingreso bajo y medio (WHO, 2020b).

En relación con la continuidad de los servicios vinculados a las ECNT, 75% de los 163 Estados Miembros que respondieron la encuesta manifestó que existió interrupción en uno o más de los ocho siguientes servicios: rehabilitación, hipertensión, diabetes y complicaciones asociadas, asma, cuidados paliativos, atención de urgencias dentales, tratamiento contra el cáncer y emergencias cardiovasculares (WHO, 2020b).

En general, los servicios de rehabilitación fueron los más afectados, el 50% de los países indicó una interrupción parcial y un 12% reportó una interrupción

total de los mismos. El 53% de los países informó que hubo interrupciones totales o parciales en los servicios vinculados a la hipertensión y el 49% en el tratamiento de la diabetes y complicaciones asociadas, siendo los países de renta media-baja los más afectados. Por su parte, los tratamientos vinculados al asma, al igual que los vinculados a cuidados paliativos, se vieron interrumpidos en un 48% de los países. La atención de emergencias dentales se vio ampliamente interrumpida en un 45% de los países, el tratamiento del cáncer en un 42% y los servicios de urgencias cardiovasculares en un 31% (WHO, 2020b).

Las cifras globales ocultan marcadas diferencias entre países según su nivel de ingreso. Mientras que la mitad (50%) de los países de ingresos bajos informaron de interrupciones de emergencias cardiovasculares, sólo el 17% de los países con ingresos elevados informaron de alguna perturbación. Asimismo, el 58% de los de los países de ingresos bajos informaron de interrupciones en los servicios de tratamiento del cáncer, en comparación con el 26% de los países de ingresos altos (WHO, 2020b).

Además del trastorno de los servicios, la pandemia de COVID-19 obligó a suspender o postergar algunas actividades planificadas contra las ECNT. La actividad que se informó con más frecuencia que se había suspendido en la región de las américas fue la realización de encuestas sobre ECNT, postergadas en 16 países (57%). También se informó con frecuencia sobre la postergación del tamizaje de personas para cáncer, diabetes y otras ECNT en 12 países (43%) (OPS, 2020b).

La interrupción en la continuidad de la atención que se reportó a nivel global, también se evidenció en Argentina. Instituciones de salud tanto públicas como privadas en nuestro país reportaron una disminución del volumen de actividad en más del 50% en la atención de pacientes ambulatorios, y la cancelación de al menos el 60% de las prácticas médicas y diagnósticas (Documento de adhesión, 2020).

Las internaciones de pacientes con patologías cardiovasculares (sin tener en cuenta los procedimientos programados), cayeron más de un 50% durante los primeros meses de la pandemia (D'Imperio, et. Al. 2020).

Asimismo, un documento elaborado por veintiséis sociedades científicas de Argentina sobre el impacto de la pandemia sobre el sistema de salud menciona una tasa de abandono del tratamiento en personas con diabetes cercana al 35% y un aumento del riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares como consecuencia del cambio en los hábitos alimentarios, el aumento de peso debido a las condiciones del aislamiento social y la consiguiente reducción de la actividad física, la cual se estima en un 25% al 35%.

Un documento reciente elaborado por la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (DNFSP) del Ministerio de Salud referido a déficit prestacional en pandemia señala que, dentro de las prestaciones que financia el Programa SUMAR, aquellas compatibles con el diagnóstico de la diabetes se vieron reducidas en un 31,1% en 2020 comparadas con 2019, las prestaciones compatibles con el seguimiento de la diabetes se redujeron un

7% y las asociadas a laboratorio para diabetes en un 59,8%. La variación en términos absolutos de las prestaciones consideradas en conjunto pasó de 39 millones a 33.5 millones aproximadamente en pandemia (DNFSP, 2021).

En este contexto, el presente trabajo busca aportar en el debate sobre el impacto que ha tenido la pandemia del COVID-19 en el abordaje de pacientes con ECNT, así como visibilizar las estrategias implementadas por las jurisdicciones en el marco de incentivos creados por la tercera etapa del Programa Redes de Salud.

El documento se estructura de la siguiente manera: la sección 2 describe brevemente el Programa Redes de Salud en Argentina y sus distintas fases de implementación (Redes 2008, Redes 2 2014-2017, Redes 3 2017-2020, cuarta etapa desde 2020 a la fecha).

El apartado 3 explicita el objetivo general y los objetivos específicos del trabajo, así como la metodología a implementar y las fuentes de información a utilizar. La sección 4 expone un estudio del impacto del COVID-19 en las líneas de intervención del Programa Redes de Salud (etapa 3 de implementación) a partir de un análisis con perspectiva de equidad de la evolución de indicadores seleccionados del Programa, vinculados a diagnóstico y seguimiento de personas con ECNT, y un análisis del discurso de los referentes jurisdiccionales.

El presente estudio abarca específicamente la etapa 3 de Redes de Salud, comprendida entre 2017-2020

2 PROGRAMA REDES DE SALUD EN ARGENTINA

El Programa Redes de Salud es la cuarta etapa de una iniciativa implementada en la República Argentina desde el año 2008[2] con el objetivo de impulsar, fortalecer y consolidar las redes de servicios públicos de salud de las jurisdicciones, adoptando el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y jerarquizando los Centros de Atención del Primer Nivel como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población vulnerable al sistema de salud.

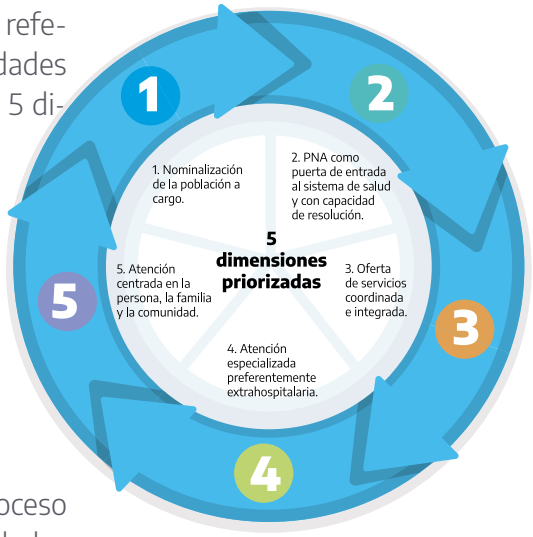
Para el logro de los objetivos, el Programa financia Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI) que buscan desarrollar líneas de acción para el fortalecimiento de las redes en pos de una atención integral, integrada y continua de las personas que utilizan los servicios públicos de salud.

En el periodo 2014-2017, se buscó que las jurisdicciones extendieran sus redes hasta abarcar al menos al 40% de la población mayor de 6 años con Cobertura Pública Exclusiva (CPE). En el marco de la segunda etapa de Redes de Salud[3] se cubrieron 2.971 efectores del Primer Nivel de Atención (EPN), alcanzando a 5.016.827 personas[4].

2 Contrato de Préstamo 1903/OC-AR. Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (FEAPS).
3 Contrato de Préstamo 2788/OC-AR. Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
4 ANEXO II ROE Programas Redes de Salud. Contrato de Préstamo 5032.

A partir de 2017 se inició la tercera etapa de Redes de Salud[5], denominada "Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles de Salud", con el objetivo de incrementar el alcance de las redes para llegar al 70% de la población mayor de 6 años con CPE. En dicha instancia el Programa abarcó a 3.943 EPNA y 10.067.632 personas mayores de 6 años con CPE[6].Los objetivos específicos de Redes 3 fueron: (i) jerarquizar el Primer Nivel de Atención (PNA) como puerta de entrada al sistema de salud; (ii) incrementar el acceso de la población a tamizajes para su clasificación por riesgo sanitario; e (iii) incrementar el acceso de la población con riesgo sanitario moderado o alto que padece de condiciones crónicas a tratamientos oportunos.

Para el logro de dichos objetivos, y utilizando como marco teórico de referencia el Modelo de RISS desarrollado por OPS (OPS, 2010) y a las prioridades de la política sanitaria nacional, el Programa Redes de Salud trabajó en 5 dimensiones priorizadas para el fortalecimiento de las RISS:



1. Nominalización de la población a cargo.
2. Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al sistema de salud, y con capacidad de resolución.
3. Oferta de servicios coordinada e integrada.
4. Atención especializada, preferentemente extrahospitalaria.
5. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.

Para la implementación del Programa, las jurisdicciones iniciaron un proceso de diagnóstico en el cual identifican y priorizan problemáticas y necesidades para el fortalecimiento de las distintas dimensiones de RISS. Luego elaboraron los llamados PJI donde se establecen las líneas de acción para el fortalecimiento de la red seleccionada.

En dicha instancia, las jurisdicciones convalidaron una línea de base de indicadores obligatorios que forman parte de la estrategia de monitoreo y evaluación del Programa.

Es decir, el seguimiento del Programa se planteó en función de las distintas fases y líneas de acción tendientes al cumplimiento de los objetivos específicos ya mencionados.

5 Programa Redes. Informe Anual. Principales avances 2020.
6 Programa Redes. Informe Anual. Principales avances 2020.

La matriz general de Indicadores de fortalecimiento de RISS priorizadas comprende indicadores de procesos, estructura y resultados. Por un lado, existen indicadores de medición cuatrimestral de desempeños intermedios asociados a un financiamiento específico y sujetos a auditoría externa concurrente. Por otro lado, la evaluación contempla indicadores de medición anual, también sujetos a auditoría, centrados en procesos claves del fortalecimiento de las redes de salud y la identificación de mejoras que requieren plazos más largos de implementación.

Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de RISS

DIMENSIÓN	Nº	INDICADOR
Dimensión 1: **Nominalización de la población a cargo**	1	Población de 40 años o más de la red con cobertura pública exclusiva nominalizada Personas mayores de 40 años con cobertura pública exclusiva de la red
	2	Población de 40 años y más clasificada según su riesgo cardiovascular Personas mayores de 40 años a nominalizar con cobertura pública exclusiva
Dimensión 2: **Primer Nivel de Atención como puerta de entrada y con capacidad resolutiva**	3	Cantidad de consultas programadas sobre total de consultas en los EPNA Total de consultas en los efectores de salud del PNA
	4	Cantidad de EPNA con sistema de turnos programados Cantidad de EPNA de la red
Dimensión 3: **Oferta de servicios coordinada e integrada**	5	Cantidad de EPNA de la red que pueden acceder a turnos protegidos en el SNA Cantidad de EPNA de la red
	6	Cantidad de contrarreferencias recibidas en el PNA Cantidad de referencias enviadas al SNA e incluidas en los registros clínicos del PNA
Dimensión 4: **Atención especializada, especialmente extrahospitalaria**	7	Cantidad de EPNA de la red con prácticas descentralizadas o rotación de especialistas Cantidad de EPNA de la red
	8	Cantidad de EPNA con extracciones de sangre Cantidad de EPNA de la red
Dimensión 5: **Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad**	9	Cantidad de personas 40 años y más con seguimiento en los últimos 12 meses Cantidad de personas 40 años y más clasificadas con RCVG mayor al 10%
	10	Cantidad de EPNA que realizan actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud en el área de referencia al menos una vez por mes Cantidad de EPNA de la red

Fuente: Área de Monitoreo e Investigación Redes - Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Guía de monitoreo de indicadores de fortalecimiento de RISS

Los indicadores se midieron en forma obligatoria en tres momentos: 1) durante la elaboración del diagnóstico (línea de base); 2) al cierre del tercer cuatrimestre de 2019 (junto con la evaluación de medio término); y 3) al cierre del tercer cuatrimestre de 2020 (junto con la evaluación final).

En particular el indicador Nº9 se corresponde con un Indicador de Resultado de la Matriz de Evaluación del Programa. Y los indicadores Nº4 y Nº8 se corresponden con hitos de la Matriz de Evaluación del Programa.

Estos indicadores e instrumentos de monitoreo del Programa se constituyeron en fuentes de información relevantes para entender el impacto que el COVID-19 ha tenido en el abordaje de la ECNT, para la consecuente propuesta de intervenciones en postpandemia.

3 OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

El objetivo general del presente trabajo es evidenciar el impacto que ha tenido la pandemia del COVID-19 en el abordaje de pacientes con ECNT desde las líneas de intervención de la tercera etapa del Programa Redes de Salud, así como visibilizar las estrategias implementadas por el Programa para fortalecer la capacidad de respuesta de las jurisdicciones frente a la pandemia.

Los objetivos específicos son:

- Analizar con una perspectiva de equidad el impacto del COVID-19 en el desempeño de indicadores seleccionados del Programa, vinculados a diagnóstico y seguimiento de personas con ECNT;
- Analizar el impacto del COVID-19 en el abordaje de las ECNT a partir del discurso de referentes del Programa en las jurisdicciones;
- Analizar los mecanismos e impacto financiero de las estrategias implementadas en la tercera etapa del Programa Redes de Salud en las jurisdicciones para fortalecer la capacidad de respuesta frente al COVID-19;
- Indagar sobre el ritmo de evolución de la rendición y uso de los fondos transferidos por el Programa, según jurisdicción
- Facilitar lecciones aprendidas que contribuyan a mejoras en el diseño y/o replanificación de líneas de intervención del Programa en pospandemia.

El trabajo tendrá un abordaje cuali-cuantitativo a partir del procesamiento y análisis de información propia de Redes de Salud (etapa 3), contenida en matrices de monitoreo y seguimiento de indicadores, informes propios del Programa, así como documentación enviada por las jurisdicciones.

Para el análisis del desempeño y evolución de los indicadores vinculados a diagnóstico y seguimiento de personas con ECNT, se desagregarán datos de la matriz de indicadores de fortalecimiento de RISS por jurisdicción y sexo, de modo de identificar cambios de tendencia que puedan atribuirse a la pandemia por COVID-19.

Para indagar sobre el impacto del COVID-19 en el abordaje de las ECNT se buscará responder a interrogantes planteados por OMS/OPS en estudios similares realizados en los países miembro. Las fuentes de información serán los referentes del Programa en las jurisdicciones, así como la documentación contenida en los informes de seguimiento, de diagnóstico y final de los PJI.

Para el análisis de las estrategias implementadas por el Programa para fortalecer la capacidad de respuesta de las jurisdicciones frente a la pandemia, se analizará la incidencia de las transferencias financieras realizadas por el Programa en relación con los presupuestos en salud de las jurisdicciones, con principal foco en las transferencias realizadas por incentivos COVID-19. Asimismo, se analizará el ritmo de rendición y destino de los fondos transferidos, por jurisdicción. Las fuentes de información serán las planillas de transferencias y rendición cuatrimestral, según incentivo y jurisdicción, convalidas por el Área de Administración del Programa, así como los presupuestos en la función salud de las administraciones públicas provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el periodo 2018 – primer semestre 2021.

4 EL IMPACTO DEL COVID-19 EN LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA REDES DE SALUD

En virtud de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 12 de marzo de 2020 y mediante Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 260/20[7] el gobierno nacional amplió la emergencia pública en materia sanitaria establecida por la Ley Nº 27.541[8] hasta marzo 2020 y facultó al Estado a tomar medidas en pos de la protección de la salud de la población. A partir de ello, las jurisdicciones sancionaron sus respectivas leyes de emergencia sanitaria en el ámbito provincial.

En marzo de 2021, mediante Decreto Nº 167/21[9], se amplió la emergencia sanitaria en el territorio nacional hasta el 31 de diciembre de 2021 y lo mismo hicieron las jurisdicciones en el ámbito subnacional.

A partir del DNU 260/20 comenzaron las medidas de aislamiento. El 19 de marzo de 2020, el Poder Ejecutivo Nacional dictó el DNU N° 297/2020[10] que dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), previsto inicialmente hasta el 31 de marzo de 2020 pero que luego fue prorrogado sucesivamente hasta el 2 de agosto de 2020. Dado que la situación epidemiológica

7 http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335423/texact.htm
8 http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/333564/texact.htm
9 http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/347809/norma.htm
10 http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335741/texact.htm

no fue homogénea dentro del territorio nacional, se adoptaron modalidades de cuarentena diferenciadas según la realidad de las diversas jurisdicciones y localidades.

Para hacer frente a la pandemia, entre un conjunto de medidas[11], se llevaron a cabo modificaciones presupuestarias del Ministerio de Salud y de institutos y hospitales, así como la reorganización del recurso humano, con lo cual la prestación de algunos efectores y servicios de salud se vio afectada temporalmente. Por el lado de las personas, las medidas de ASPO y las restricciones a la movilidad provocaron una disminución en las consultas y la concurrencia a los controles de salud.

Todo ello impactó en la planificación y funcionamiento de las redes de salud, interfiriendo en las líneas de intervención de la tercera etapa del Programa Redes de Salud y por ende en el desempeño de los indicadores de fortalecimiento de RISS. A continuación, se presenta un análisis de dicho impacto a partir de la evaluación del desempeño de indicadores de Redes 3.

4.1 Evaluación del Desempeño del Indicador de Resultado del Programa desde una perspectiva de equidad

Como se mencionó en la sección Nº2, Redes de Salud en su etapa 3 implementó incentivos monetarios a las jurisdicciones a partir del cumplimiento de indicadores obligatorios de fortalecimiento de RISS. En particular, el indicador Nº9 refiere a un Indicador de Resultados del Programa.

Este indicador comprende el seguimiento médico anual de personas con riesgo cardiovascular global (RCVG) superior al 10%. El RCVG es la probabilidad de que la persona presente un evento cardiovascular en los próximos 10 años. El indicador se construye de la siguiente manera:

$$\textbf{Indicador}^{12} = \frac{\text{Cantidad de personas de 40 años y más con RCVG mayor a 10\% con consulta de seguimiento anual}^{13}}{\text{Cantidad de personas de 40 años y más clasificadas con RCVG mayor a 10\%}^{14}}$$

Se considera **persona clasificada** con RCVG aquella a la que se le evaluó el riesgo cardiovascular, ya sea por aplicación de las tablas con o sin colesterol, por haber sido diagnosticado con hipertensión arterial y/o diabetes, o por te-

11 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2020.
12 Guía para la segunda medición obligatoria y cumplimiento de meta de indicadores de fortalecimiento de RISS. Anexo I - Instructivo para la construcción de indicadores con reportes Sistema Integrado de de Información Sanitaria Argentino (SISA).
13 Numerador: Cantidad de personas de la red mayores de 40 años con cobertura pública exclusiva, clasificadas con riesgo cardiovascular global mayor a 10% en seguimiento.
14 Denominador: Cantidad de personas de la red mayores de 40 años con cobertura pública exclusiva, clasificadas con RCVG mayor a 10%.

ner una condición previa (*per se*). Se considera que un EPNA tiene a su población del área de referencia clasificada cuando ésta se encuentra categorizada según su RCVG.

Se considera **consulta de seguimiento** aquella en la cual la persona clasificada con RCVG mayor a 10% es evaluada/controlada por un integrante del equipo de salud del EPNA de referencia en los últimos 12 meses, según lo definido en la Guía Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.

La línea de base para la medición del indicador se conforma con datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) al 31 de agosto de 2018. La línea de base arroja que el 9% de las personas de 40 años y más con RCVG mayor a 10% han realizado una consulta de seguimiento en el último año.

Si bien el Programa realiza un monitoreo anual del indicador, las dos mediciones obligatorias se establecieron para el periodo enero-diciembre de 2019 y enero-diciembre de 2020. El Programa definió que el indicador debía alcanzar una meta del 18% para el año 2020. La tabla Nº1, a continuación, muestra información para la construcción del indicador, donde:

Clasificados: corresponde al denominador del indicador y representa la cantidad de personas de 40 años y más clasificados con RCVG superior a 10%. La tabla Nº1 muestra datos a nivel país para los años 2017 a 2020, la variación interanual y el porcentaje de "clasificados" que son mujeres.

Seguidos: corresponde al numerador del indicador y refiere a las personas de 40 años y más clasificadas con RCVG>10% que se encuentran bajo seguimiento. La tabla Nº1 muestra, para los años 2017 a 2020, los datos de *"seguidos"* a nivel país, la variación interanual y el porcentaje de mujeres en el total.

Indicador: es el cociente entre seguidos y clasificados. La tabla Nº1 muestra el dato a nivel país y según sexo femenino-masculino para los años 2017 a 2020.

Tabla 1: Evolución de las personas con 40 años y más, clasificadas con RCVG>10% y seguidas. Indicador de Resultado de Redes 3.

AÑO	CLASIFICADOS			SEGUIDOS			INDICADOR		
	Total	Variación	% Mujeres	Total	Variación	% Mujeres	Total	F	M
2017 LB	255.255		62%	22.660		62%	9%	9%	9%
2018	315.629	24%	62%	23.674	4%	64%	8%	8%	7%
2019	375.777	19%	61%	47.923	102%	62%	13%	13%	12%
2020	375.777	0%	61%	38.925	-19%	62%	10%	10%	10%

Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. Datos auditados.

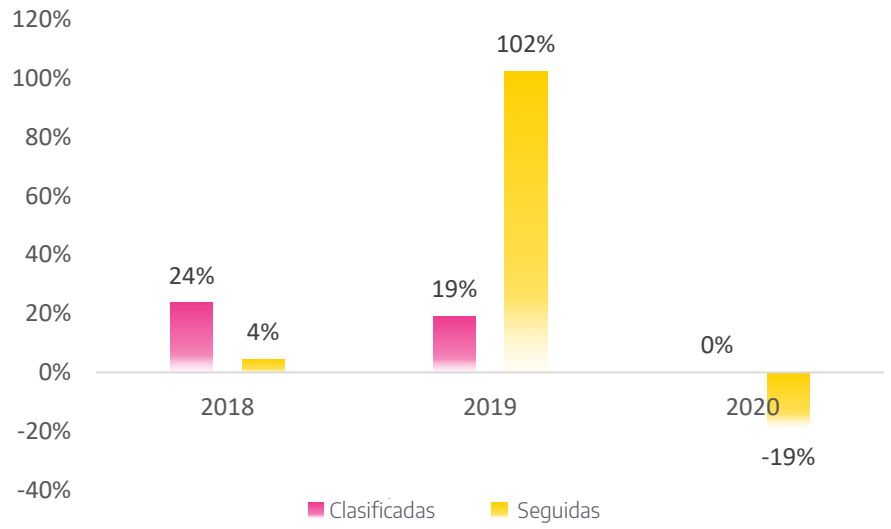
Del análisis de la tabla 1 y del gráfico 1 se evidencia:

Dentro del total de seguidos, la proporción de mujeres promedia el 63% para el periodo analizado, levemente por encima de la participación promedio de las mujeres en el total de clasificados (61,5%). Ello determina que, cuando se analiza la apertura del indicador de resultado por sexo, el porcentaje de personas clasificadas bajo seguimiento sea cada año, excepto en 2017, levemente superior en mujeres que en varones.

Un **incremento sostenido a nivel país del total de personas con 40 años y más clasificadas con RCVG>10%, que se vio interrumpido con la irrupción del COVID-19.** Según datos auditados del Programa, partiendo de una línea de base en 2017 de 255.255 personas con 40 años y más clasificadas con RCVG>10%, en 2018 se incrementaron un 24% (60.364 personas). En 2019, el incremento en la clasificación de la población objetivo fue del 47% (120.522 personas) con respecto a la línea de base y del 19% con respecto al año 2018.

En 2020, debido al impacto de la pandemia, tanto en la oferta como en la demanda de servicios sanitarios, así como en los procesos de registro y actualización de las bases de información, el Programa decidió replicar el dato de cantidad de personas clasificadas correspondiente al año 2019. Con lo cual el numerador del indicador no sufrió modificaciones entre 2019 y 2020.

Gráfico 1: Personas de 40 años y más clasificadas con RCVG>10% y personas seguidas. Variación interanual.



Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. Datos auditados.

Con respecto a las personas *"seguidas"*, es decir, la población de 40 años y más con RCVG>10 que ha sido evaluada/controlada por un integrante del equipo de salud del EPNA de referencia en los últimos 12 meses, la tabla 1 y el gráfico 1 muestran que **en el año 2019 se produjo una consolidación de la estrategia de seguimiento.**

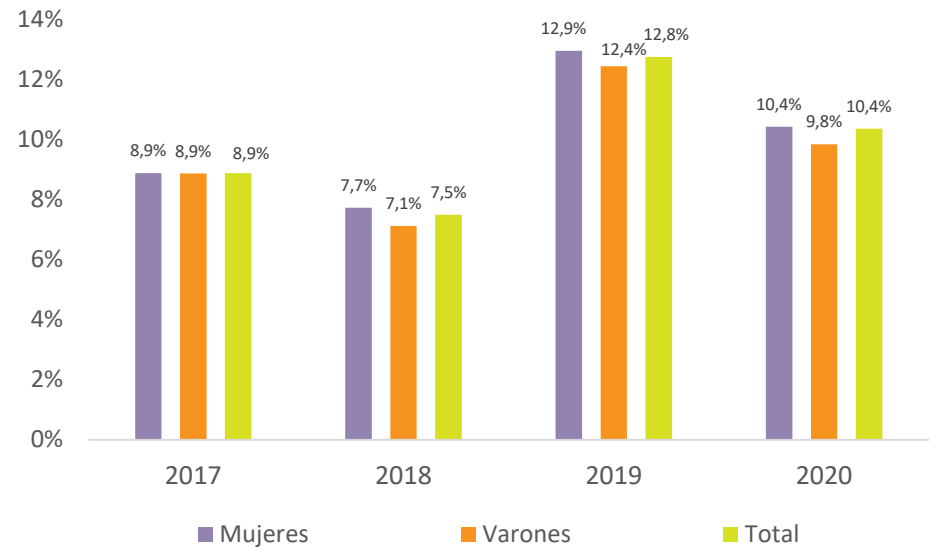
Según datos auditados del Programa, **partiendo de un total de 22.660 personas con seguimiento de su condición de salud en 2017 (línea de base), en 2018 la cantidad de seguidos se incrementó en un 4% (+1.014 personas) y en 2019 un 111,5% (+25.263) con respecto a la línea de base y un 102% (+24.249) con respecto al año 2018.**

En 2020, con motivo de irrupción de la pandemia por COVID-19, la cantidad de personas seguidas fue de 38.925, es decir un -19% con respecto al año 2019 y un 71% por encima de la línea de base.

La evolución del Indicador de Resultado del Programa, resultante del cociente entre las personas seguidas en el último año y las personas con 40 años y más clasificadas con RCVG>10%, se encontró determinado por el comportamiento y ritmo de avance desigual de estas dos variables: la clasificación y el seguimiento. El incremento del 47% en la cantidad de personas clasificadas entre 2017 y 2019 ya había significado un esfuerzo adicional para garantizar el seguimiento de su condición y, por ende, para el cumplimiento del Indicador de Resultado.

El gráfico 2 muestra que, partiendo de la línea de base en 2017 de 9%, la primera medición obligatoria del Indicador, correspondiente al año 2019, mostró una mejora significativa y alcanzó el 13% a nivel agregado (12,9% en mujeres y 12,4% en varones). Ello se explica porque entre 2017 y 2019 la evolución en el seguimiento de la población objetivo mostró un ritmo de crecimiento superior al de la clasificación (111,5% vs 47%).

Gráfico 2: Evolución del indicador de resultado. Apertura por sexo.



Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. Datos auditados.

En 2020, año correspondiente a la segunda medición obligatoria del Indicador, se evidenció una caída del mismo, alcanzando el 10,4% a nivel agregado (10,4% en mujeres y 9,8% en varones). Ésta se explica por una disminución de los pacientes bajo seguimiento, ya que el número de pacientes clasificados se mantuvo inalterado con respecto al año 2019.

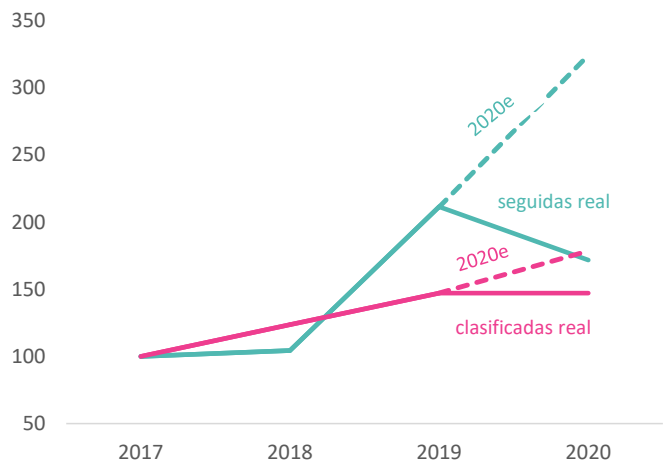
La emergencia sanitaria declarada en marzo 2020 dificultó las acciones de clasificación y seguimiento de pacientes con riesgo cardiovascular elevado. Si bien el proceso de carga de la información correspondiente al año 2020 se extendió hasta el 15 de marzo de 2021, a dicha fecha el país aún se encontraba transitando la emergencia sanitaria. Según el reporte de sala de situación publicado por el Ministerio de Salud el 18 de marzo de 2021 se habían confirmado 2.177.898 casos de COVID-19 y 53.493 muertes desde el inicio de la pandemia[15].

A esto hay que sumarle las dificultades operativas que manifiestan las jurisdicciones a la hora de realizar la carga de la información en SISA. Asimismo, los problemas de interoperabilidad entre SISA y los sistemas de información jurisdiccionales deben ser considerados como obstaculizadores para el cumplimiento del Indicador.

En un intento de aislar el efecto de la pandemia en la clasificación y seguimiento de las personas de 40 años y más con RCVG>10%, se estimó a nivel país la cantidad de personas mayores de 40 años y más clasificadas y seguidas en 2020, aplicando la respectiva tasa de crecimiento promedio evidenciada en 2018 y 2019.

El gráfico 3 muestra, en números índices, la evolución real (líneas continuas) y estimada (líneas discontinuas) de las personas de 40 años y más clasificadas con RCVG>10% y seguidas a nivel agregado de todas las jurisdicciones.

Gráfico 3: Evolución de personas de 40 años y más clasificadas con RCVG>10% y seguidas. Número Índice Real y Estimado.



Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. Datos auditados y estimados para el año 2020.

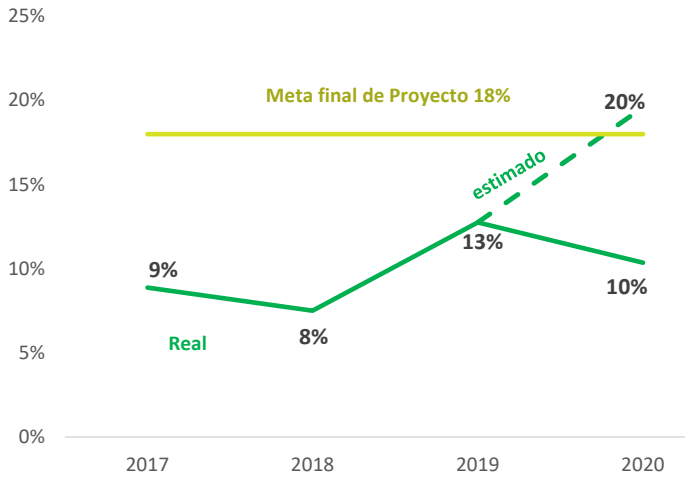
15 https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/marzo-2021

Se estima que, de no haber existido la pandemia y manteniendo el ritmo de seguimiento de las personas clasificadas con RCVG>10%, evidenciado entre 2017 y 2019 en cada jurisdicción, el total de seguidos se habría incrementado un 53%, alcanzando 73.539 personas.

Con ello, el indicador estimado resultaría en 20%, cumpliendo la meta acordada para 2020, según se muestra en el gráfico 4.

Gráfico 4: Evolución del indicador de resultado. Real y estimado.

	Personas clasificadas	Personas seguidas	Indicador
2017	255.255	22.660	9%
2018	315.629	23.674	8%
2019	375.777	47.923	13%
2020	375.777	38.925	10%
2020e	375.777	73.539	20%
Meta final Proyecto			**18%**



Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. Datos auditados y estimados para el año 2020.

En lo que sigue de la presente sección se ahonda en el análisis de las variables que conforman el Indicador de Resultados, desde una perspectiva de equidad, a fin de visibilizar brechas según sexo y jurisdicción.

Evolución de las variables que conforman el Indicador de Resultados desde una perspectiva de equidad

El desempeño de la evolución de personas clasificadas entre 2017 y 2020, si bien fue positivo en la mayoría de las jurisdicciones, fue desigual. La brecha de variación de personas clasificadas en el periodo analizado es de 263 puntos porcentuales entre la jurisdicción donde más creció la clasificación (Entre Ríos) y la jurisdicción donde menos creció (Misiones).

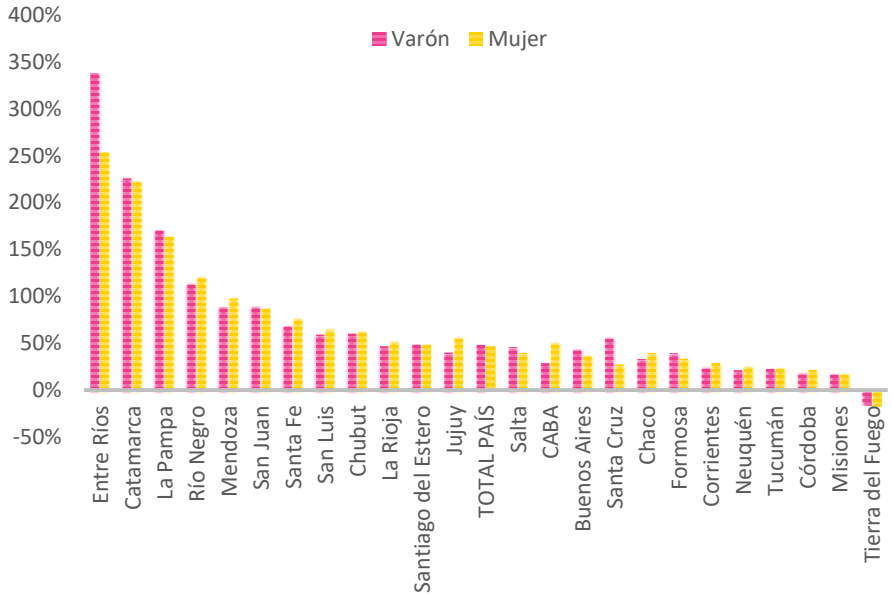
El gráfico 5 muestra que las jurisdicciones de Entre Ríos, Catamarca, La Pampa, Río Negro y Mendoza, presentan los mayores incrementos de clasificación de personas de 40 años y más con RCVG>10%, siendo del 281%, 224%, 167%, 117% y 94% respectivamente.

En el extremo opuesto se ubican Misiones, Córdoba, entre otras, donde la variación de las personas clasificadas con RCVG>10% fue de 18% y 20% respectivamente, muy por debajo del total país que fue del 47%.

Mención especial merece Tierra del Fuego, donde la activación del Programa Redes 3 se formalizó a finales del año 2019 y durante 2020 la pandemia por COVID-19 interfirió en la clasificación y seguimiento de los pacientes empadronados, según la opinión de los referentes.

Por otro lado, la evolución de la clasificación entre 2017 y 2020, según sexo, no presenta una brecha significativa a nivel país (47% en mujeres y del 48% en varones). Sin embargo, se evidencian diferencias en 9 de las 24 jurisdicciones (Entre Ríos, Santa Cruz, La Pampa, Buenos Aires, Formosa, Salta, Catamarca, San Juan y Tierra el Fuego), donde la variación de mujeres clasificadas con RCVG>10% entre 2017 y 2020 fue significativamente menor que la de varones. La mayor brecha se observa en Entre Ríos donde la variación de clasificados varones es 84 puntos porcentuales mayor a la variación de clasificadas mujeres.

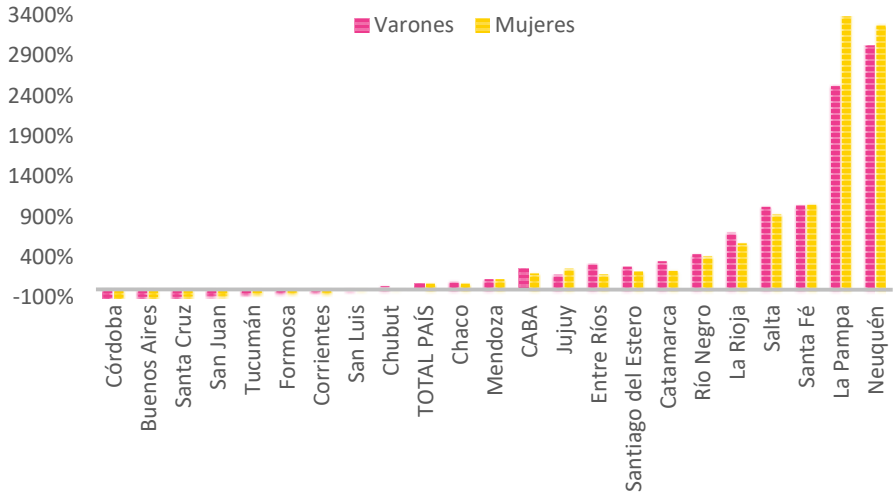
Gráfico 5: Población de 40 años y más Clasificada según RCVG>10%. Variación 2017/2020 según Jurisdicción y sexo.



Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. Datos auditados.

Si replicamos el mismo análisis para la evolución de las personas seguidas entre 2017 y 2020, se evidencia un desempeño menos favorable y más desigual entre jurisdicciones, por todo lo expuesto en esta sección.

Gráfico 6: Población de 40 años y más Clasificada según RCVG>10% y seguida. Variación 2017/2020 según Jurisdicción y sexo.



Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. Datos auditados.

El gráfico 6 muestra que, en un extremo, Neuquén, La Pampa, Santa Fe, Salta, La Rioja, Río Negro presentan variaciones en la cantidad de personas seguidas superior al 400% entre 2017 y 2020. En el otro extremo, Córdoba, Buenos Aires, Santa Cruz, San Juan, Tucumán, Formosa, Corrientes y San Luis, evidencian un retroceso en la cantidad de personas clasificadas con RCVG>10% en el mismo periodo.

De este análisis se infiere que la incidencia de cada jurisdicción en el total es otro factor que influye en el desempeño del indicador. Solo la jurisdicción de Buenos Aires concentra el 45% del total de seguidos, con lo cual, el desempeño favorable o no de esta jurisdicción incide más que proporcionalmente en el resultado del indicador a nivel país.

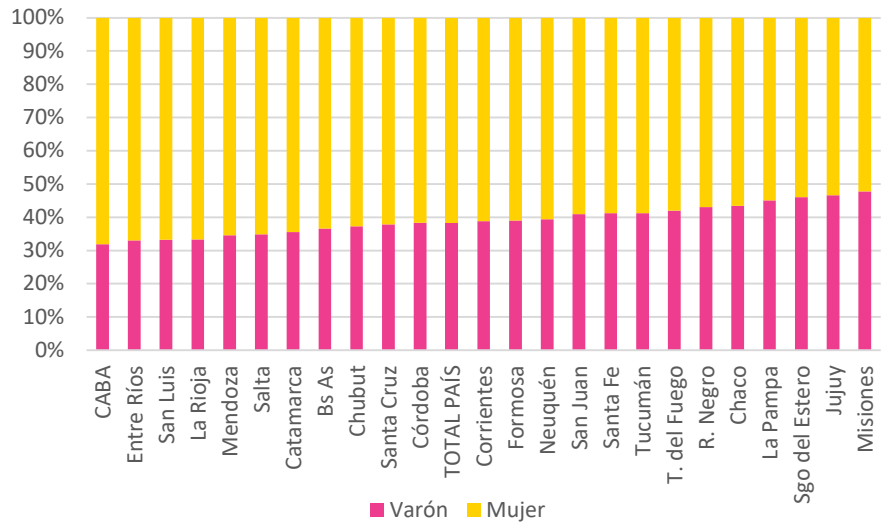
Nominalización de la población bajo red desde una perspectiva de género

En este último apartado de la sección se busca analizar las desigualdades en la nominalización y clasificación según género, a partir del análisis de Indicadores de Fortalecimiento de RISS.

De acuerdo con información referida al numerador del Indicador Nº1 (Población mayor de 40 años nominalizada/Población mayor de 40 años de la red), **a nivel país el 61% de la población mayor de 40 años nominalizada son mujeres y el 39% varones** (ver gráfico 7).

CABA presenta la mayor proporción de mujeres dentro del total de personas mayores de 40 años nominalizadas, alcanzando el 68% en promedio de los años 2017 a 2020. En el extremo opuesto se encuentra Misiones, donde el 52% de la población nominalizada son mujeres y el 48% de varones.

Gráfico 7: Población mayor de 40 años con CPE nominalizada. Proporción de varones y mujeres según jurisdicción.



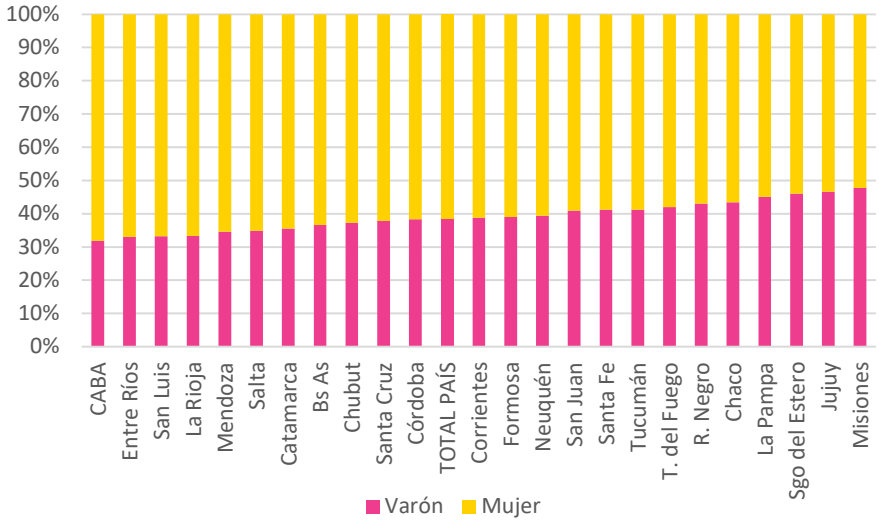
Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. El dato jurisdiccional corresponde al promedio de los años 2017, 2019 y 2020 de la participación de mujeres y varones mayores de 40 años nominalizados en el total. Datos auditados.

La mayor preponderancia de mujeres en el total de personas nominalizadas responde a una cuestión de género. Los trabajos de Briscoe, M.E. (1987), Bertakis, K. D., et al. (2000), Wang, Y. et, al. (2013), entre muchos otros, evidencian que las mujeres acuden más que los hombres al médico clínico o generalista y que los hombres muestran una renuencia generalizada a consultar. Las diferencias de género en relación con la consulta médica son más marcadas entre los 16 y 60 años, lo cual se explica parcialmente por las consultas por motivos ginecológicos y reproductivos.

En el mismo sentido, información proporcionada por el Indicador 2 (Población mayor de 40 años clasificada según riesgo cardiovascular/Población mayor de 40 años de la red a nominalizar), indica que **en promedio de los años 2017 a 2020 a nivel país el 63% de población mayor de 40 años clasificada según su riesgo cardiovascular son mujeres y el 37% varones** (Ver gráfico 8).

Entre Ríos se posiciona como la jurisdicción con mayor proporción de mujeres en el total de población mayor de 40 años clasificada según riesgo cardiovascular, alcanzando el 71%. Le siguen Neuquén, Buenos Aires, Misiones, Corrientes, Córdoba y Tucumán, todas ellas por encima del total nacional (63%). En el extremo opuesto se encuentra Tierra del Fuego donde la relación se invierte y son los varones los que presentan la mayor participación en el total de personas clasificadas según riesgo cardiovascular, siendo 52% varones y 48% mujeres.

Gráfico 8: Población mayor de 40 años Clasificada según riesgo cardiovascular. Proporción de varones y mujeres según jurisdicción.



Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Indicadores de Fortalecimiento de las RISS. El dato jurisdiccional corresponde al promedio de los años 2017, 2019 y 2020 de la participación de mujeres y varones mayores de 40 años clasificados según riesgo cardiovascular en el total. Datos auditados.

La apertura del desempeño de los indicadores según sexo y a nivel jurisdiccional busca aportar en el debate del diseño de indicadores desde una perspectiva de equidad, que contribuya a la definición de metas de acuerdo con las realidades, barreras y situaciones particulares que evidencian las mujeres y los varones.

4.2 El impacto del COVID-19 en el abordaje de las ECNT en las jurisdicciones argentinas

A partir de la información proporcionada por los referentes del Programa Redes de Salud en las jurisdicciones, así como la documentación contenida en los informes de seguimiento y evaluación final[16] de los PJI, se buscó dar respuesta a una serie de interrogantes planteados por OMS/OPS que buscan evidenciar el impacto del COVID-19 en el abordaje de las ECNT. El procesamiento y el análisis del discurso de los datos correspondientes al año 2020 y primer cuatrimestre 2021 se refleja en la tabla 2.

16 El Informe de Evaluación Final del Proyecto Jurisdiccional se implementó durante los meses de marzo y abril de 2021.

Se evidencia que, ante el estado de emergencia sanitaria, **las 24 jurisdicciones implementaron el Comité de Emergencia Jurisdiccional para el abordaje del COVID-19.**

En este punto merece la pena destacar la contribución del Programa a partir de la creación del Incentivo 6.1, con un financiamiento de $257 millones, para la *Contención de coronavirus* (COVID-19), a través del cual se promovió la conformación de un Comité de Emergencia Jurisdiccional (COE) con la finalidad de formalizar y definir los lineamientos jurisdiccionales para las acciones de testeo, atención de casos positivos, protección del personal y mejoras de equipamiento e infraestructura, sin desatender la continuidad de la atención de las personas con enfermedades crónicas.

Los distintos referentes manifestaron que **el equipo de las Unidades de Gestión Jurisdiccional (UGJ) trabajó activamente en los respectivos COE junto con las demás direcciones de los Ministerios de Salud provinciales.** En este sentido, 18 de 24 jurisdicciones (75%) confirmó que los servicios contra las ECNT formaban parte de sus planes provinciales de respuesta al COVID-19. Por otro lado, 2 jurisdicciones manifestaron no haber incluido a las ECNT en su plan provincial de respuesta al COVID-19 y 2 jurisdicciones no hicieron alusión al respecto.

En relación con la **continuidad de las actividades de geolocalización de pacientes con ECNT, 17 jurisdicciones (71%) manifestó que los mismas se vieron interrumpidas durante la pandemia**, 5 jurisdicciones indicaron no haber sufrido alteraciones y 2 jurisdicciones no hicieron alusión al respecto. Algunas jurisdicciones mencionaron la estrategia de búsqueda activa de pacientes de riesgo ante su ausencia a los controles de salud.

Casi la totalidad de las jurisdicciones (96%) señaló que durante la emergencia se reasignaron los servicios de salud y recursos humanos para la atención exclusiva del COVID-19. Un total de **22 de 24 jurisdicciones indicó que durante la emergencia se cerraron temporalmente efectores y servicios.**

En muchos casos, los circuitos definidos entre algunos efectores y laboratorios o servicios descentralizados se vieron interrumpidos en pandemia, debido a que, por un lado, los equipos de trabajo que se trasladaban a los centros de salud para realizar extracciones de sangre, electrocardiogramas y ecografías fueron destinados al manejo y toma de muestra para pacientes sintomáticos respiratorios, y por otro, algunos profesionales (bioquímicos, radiólogos, ecografistas, cardiólogos, etc.) hicieron uso de licencias extraordinarias por ser considerados personas de riesgo, amparados por las respectivas legislaciones dictadas durante la pandemia.

Ante este escenario, y para contrarrestar el impacto de la pandemia en la continuidad de la atención, el Programa puso en marcha el incentivo 7 *Fortalecimiento de telesalud para la implementación de las consultas a distancia (COVID-19)*, a través del cual se promovió el desarrollo e implementación de atención remota, con un financiamiento de $128.5 millones.

Asimismo, merece la pena destacar el protagonismo y relevancia que adquirió la estrategia de **turnos programados**, impulsada y fortalecida por el Programa. Las jurisdicciones manifestaron que **la gestión de turnos programados se sostuvo y amplió durante la pandemia** ya que permitió garantizar los protocolos de seguridad, tanto en consultorio como en sala de espera, a las personas que evitaban acercarse a los centros de salud por miedo a contagiarse.

De acuerdo con datos del Indicador 3 de la Matriz de fortalecimiento de RISS la cantidad de consultas programadas se incrementó durante la pandemia en las jurisdicciones de Jujuy, Chaco, Santiago del Estero, Santa Cruz y Buenos Aires un 904%, 871%, 288%, 173%, 108% respectivamente.

Con respecto al **desarrollo de actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud, 20 de 24 jurisdicciones manifestó que las mismas se vieron interrumpidas durante la emergencia sanitaria** y que, en la mayoría de los casos, la estrategia se orientó al acompañamiento de la población a través del seguimiento telefónico o mediante grupos de *WhatsApp* que orientaban en cuidados frente al COVID-19.

La difusión de actividades de promoción y prevención se canalizó a través de las páginas oficiales de los Ministerios de Salud en las redes sociales. En otros casos, las actividades de promoción se vieron readaptadas al contexto de aislamiento a través de la realización de talleres y encuentros por plataformas como *Zoom, Google Meeting* o Videollamadas. En la mayoría de los casos, se dejaron de lado las capacitaciones en estrategias de automanejo de ECNT y se focalizó en capacitaciones referidas a atención de pacientes con COVID-19.

Por último, con relación al reporte de información sociosanitaria, **el 75% de las jurisdicciones manifestó dificultades para garantizar la continuidad de los registros.** Los motivos aludidos fueron la interrupción de las rondas censales que realizan los profesionales de los centros de salud para la recolección de datos en terreno, así como la resistencia por parte del personal administrativo a la manipulación de los registros en papel en aquellos efectores donde no están implementada la historia clínica digital. Asimismo, algunas jurisdicciones manifestaron que la carga de datos sanitarios se debilitó debido a que el personal estaba afectado a la contingencia COVID-19 y/o con horarios y días reducidos.

Tabla 2: Impacto del COVID-19 en el Abordaje de las ECNT en las jurisdicciones argentinas							
Jurisdicción	**Implementaron el Comité de Emergencia Jurisdiccional para el Abordaje de COVID-19**	**Las Direcciones/ Programas contra las ECNT forman parte de los planes provinciales de respuesta de COVID-19**	**Las actividades de geolocalización de pacientes con ECNT se han visto interrumpidas**	**Se reasignaron los servicios de salud y RRHH para atender COVID-19**	**Se cerraron temporalmente efectores y servicios**	**Se vieron interrumpidas/ reorientadas las actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud**	**Se vieron afectados los reportes de información sociosanitaria**
Buenos Aires	SI	SI	-	-	SI	SI	NO
CABA	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Catamarca	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Chaco	SI	-	SI	SI	SI	NO	SI
Chubut	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Córdoba	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO
Corrientes	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Entre Ríos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Formosa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Jujuy	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
La Pampa	SI	SI	-	SI	SI	NO	-
La Rioja	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Mendoza	SI	SI	SI	SI	SI	-	SI
Misiones	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Neuquén	SI	-	SI	SI	-	SI	-
Río Negro	SI	SI	NO	SI	-	SI	NO
Salta	SI	-	NO	SI	SI	SI	SI
San Juan	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
San Luis	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Santa Cruz	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Santa Fe	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Santiago del Estero	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Tierra del Fuego	SI	-	SI	SI	SI	SI	SI
Tucumán	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOTAL, SI	**24/24 (100%)**	**18/24 (75%)**	**17/24 (71%)**	**23/24 (96%)**	**22/24 (92%)**	**20/24 (83%)**	**18/ 24 (75%)**

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de Evaluación Final del Proyecto Jurisdiccional - Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Redes.

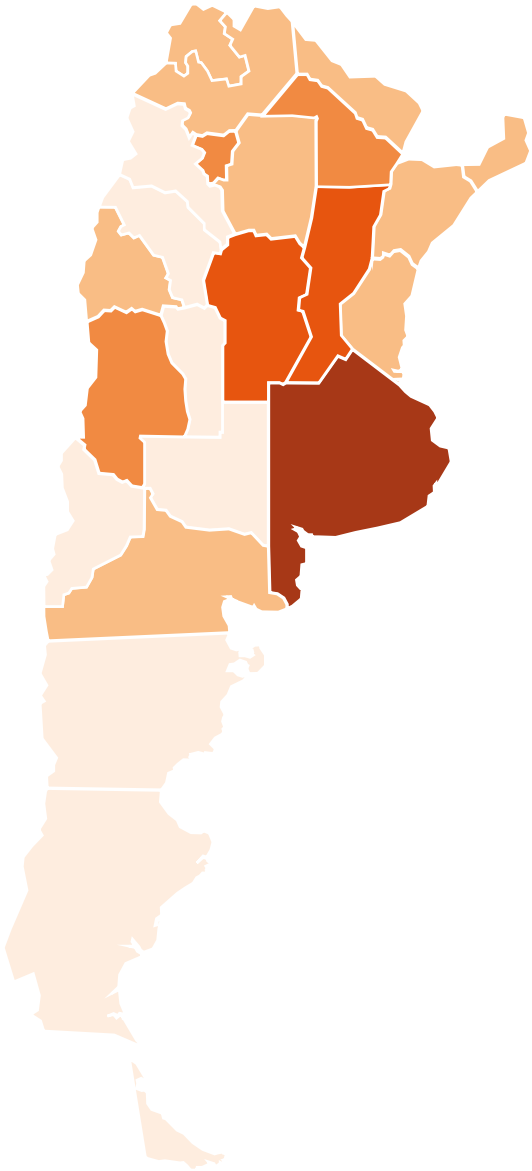
5 IMPACTO FINANCIERO DEL PROGRAMA REDES DE SALUD EN LAS JURISDICCIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS ECNT EN CONTEXTO DE PANDEMIA

La Tabla 3 muestra la distribución entre jurisdicciones del monto total transferido por el Programa Redes de Salud durante el periodo 2018 – mayo de 2021.

De un total de $2.949,3 millones transferidos, las jurisdicciones que mayor cantidad de fondos recibieron fueron Buenos Aires (35%), Santa Fe y Córdoba (con el 6% cada una), Tucumán y Chaco (con el 5% cada una), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Mendoza (con el 4% cada una). Siete jurisdicciones concentran el 65% del total transferido.

La incidencia de las transferencias de Redes de Salud en los presupuestos representa, en promedio de cada año, el 0,2% del gasto total en la función salud de las jurisdicciones.

Tabla 3: Impacto financiero del Programa Redes de Salud en las jurisdicciones.			
Jurisdicción	**TOTAL Transferido**	**%**	**Part. Prom. Gasto Salud**
BUENOS AIRES	$ 1.034.758.108	35%	0,50%
SANTA FE	$ 174.342.837	6%	0,30%
CORDOBA	$ 172.070.723	6%	0,20%
CHACO	$ 145.298.791	5%	0,40%
TUCUMÁN	$ 143.608.574	5%	0,30%
MENDOZA	$ 124.681.789	4%	0,40%
CABA	$ 124.469.159	4%	0,10%
SANTIAGO DEL ESTERO	$ 109.708.175	4%	0,60%
MISIONES	$ 93.079.741	3%	0,20%
ENTRE RÍOS	$ 85.091.632	3%	0,20%
SALTA	$ 82.456.015	3%	0,10%
CORRIENTES	$ 75.032.875	3%	0,10%
JUJUY	$ 73.587.634	2%	0,20%
SAN JUAN	$ 65.341.450	2%	0,10%
RÍO NEGRO	$ 60.206.500	2%	0,10%
FORMOSA	$ 58.085.475	2%	0,10%
NEUQUÉN	$ 55.627.696	2%	0,10%
CATAMARCA	$ 48.094.919	2%	0,30%
SAN LUIS	$ 46.353.578	2%	0,20%
LA PAMPA	$ 43.241.661	1%	0,10%
CHUBUT	$ 41.045.415	1%	0,10%
LA RIOJA	$ 36.971.309	1%	0,10%
SANTA CRUZ	$ 32.454.282	1%	0,20%
TIERRA DEL FUEGO	$ 23.724.116	1%	0,30%
TOTAL	**$ 2.949.332.452**	**100%**	**0,2%**



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Área de Administración del Programa Redes de Salud y la Dirección Nacional de Asuntos Provinciales del Ministerio de Economía de la Nación Argentina.

La mayor incidencia financiera de Redes de Salud se evidencia en las jurisdicciones de Santiago del Estero, Buenos Aires, Mendoza, Chaco, Tucumán, Catamarca y Tierra del Fuego y Santa Fe.

Como se mencionó en el aparatado 4.2 del presente trabajo, en 2020, con la finalidad de fortalecer las redes de servicios de salud para mejorar la capacidad de respuesta durante la emergencia por COVID-19 y sin desatender las ECNT, el Programa implementó una serie de incentivos específicos que permitieron a las jurisdicciones acceder a recursos de forma inmediata.

Se diseñaron 3 incentivos: Incentivo 6.1, destinado a la conformación del Comité de Emergencia Jurisdiccional (COE); Incentivo 6.2, orientado a fortalecer la estrategia de vacunación y el Incentivo 7, para el fortalecimiento de telesalud en la implementación de las consultas a distancia.

Para acceder al financiamiento 6, la jurisdicción debía enviar el acta de conformación del COE, donde consten sus funciones principales e integrantes, suscrita por autoridad competente. Asimismo, debían incorporar en sus proyectos de Redes las actividades relacionadas con esta estrategia.

Para acceder al incentivo 7, las jurisdicciones debían acreditar ante el Programa Redes la conformación la red de Nodos (centros) de recepción, almacenamiento y registro de consultas asistenciales a distancia para el desarrollo e implementación de la atención remota (teleconsulta).

A través de los cuales las jurisdicciones recibieron transferencias por un total de $506,7 millones, lo cual representa el 17% del total de transferencias realizados por el programa.

Tabla 4: Transferencias por Incentivos COVID-19

Incentivo	2020	2021	Total	%
COE	257.107.982		257.107.982	51%
Vacunación	103.906.436	17.143.518	121.049.953	24%
Telesalud	128.553.991		128.553.991	25%
Total	**489.568.408**	**17.143.518**	**506.711.926**	**100%**

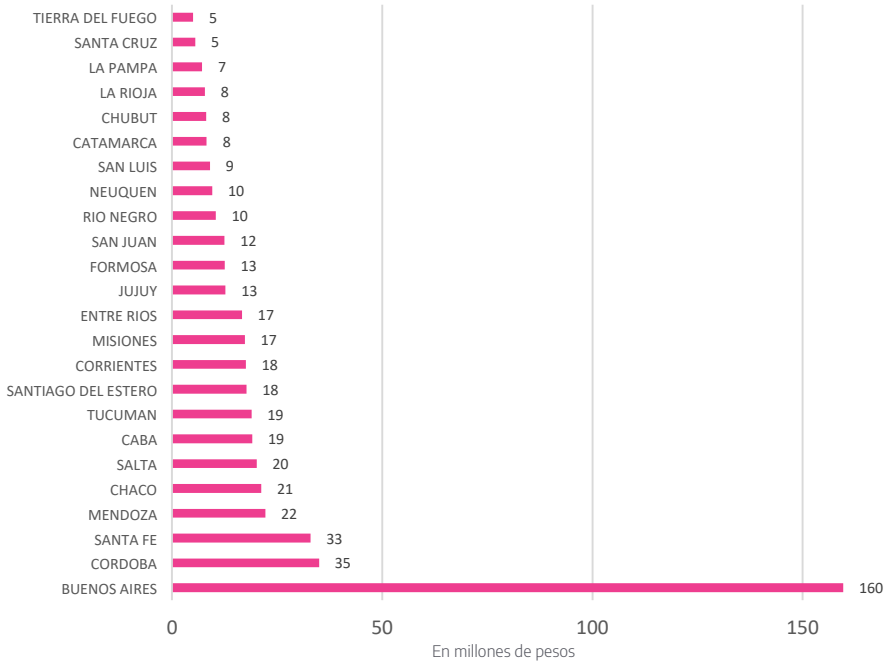
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Área de Administración del Programa Redes de Salud.

El 97% de las transferencias para mejorar la capacidad de respuesta frente al COVID-19 se efectivizó en 2020 y el 3% en 2021, lo cual cumplió su propósito de garantizar a las jurisdicciones la disponibilidad de los fondos necesarios.

La conformación de los COE concentró el 51% de dichas transferencias, el fortalecimiento de la estrategia de telesalud el 25% y el fortalecimiento de la vacunación el 24%.

El gráfico 9 muestra la distribución de las transferencias por incentivo COVID-19 entre jurisdicción.

Gráfico 9: Montos transferidos por Incentivos COVID-19 a las jurisdicciones.



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Área de Administración del Programa Redes de Salud.

Buenos Aires recibió el 32% ($160 millones) del total transferido, Córdoba el 7% ($35 millones) y Santa Fe el 6% ($33 millones). El resto de las jurisdicciones recibió entre $5 y $22 millones. La brecha entre la jurisdicción que más recibió y la que menos recibió es de 32 veces, lo cual se encuentra en línea con la diferencia poblacional entre jurisdicciones.

La distribución de fondos entre jurisdicciones contempló como criterios la cantidad de población y un componente fijo de capacidad institucional; para el cual se consideró que la instauración de la estrategia de crónicas implica un costo homogéneo para las jurisdicciones y por lo tanto corresponde la misma ponderación para cada una de las veinticuatro[17].

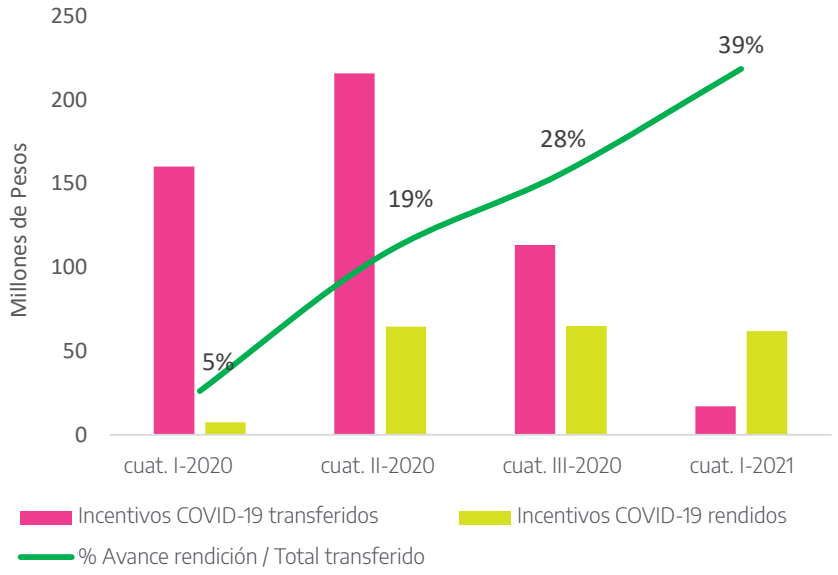
La dinámica de desembolso de los incentivos se concentró al inicio de la pandemia. Al segundo cuatrimestre del año 2020 el programa ya había transferido el 74% del total de los incentivos, y a fines del 2020 el 97%. Ahora bien, dichas transferencias debían ser justificadas por las jurisdicciones mediante la rendición de uso de los fondos en gastos elegibles por el programa.

17 Programa Redes. Propuesta para la distribución de fondos del Programa Redes con un componente de equidad. Nota Técnica.

Según la información más reciente proporcionada por las jurisdicciones, al primer cuatrimestre del año 2021 se evidencia que los fondos rendidos ascienden a $199.341.308, lo cual representa un porcentaje de avance del 39% con respecto al total transferido por incentivos COVID-19.

En el gráfico 10 se evidencia que la dinámica de rendición de los fondos se inicia con un rezago de un cuatrimestre a partir de la recepción de los fondos y luego mantiene un ritmo constante ($64 millones en promedio por trimestre). De continuar este ritmo, cabrían de esperar casi 2 años para que las jurisdicciones rindan la totalidad de las transferencias recibidas, lo cual arroja el interrogante de indagar sobre los procedimientos inherentes a cada jurisdicción para la ejecución de fondos (como por ejemplo el llamado a licitaciones, la aprobación de distintos niveles de autoridad, el dictado de normas internas, entre otras), así como las barreras tanto externas como internas (administrativas y de gestión) que enfrentan las jurisdicciones a la hora de efectivizar las rendiciones de los fondos.

Gráfico 10: Evolución de los montos transferidos por Incentivos COVID-19 y de los montos rendidos por cuatrimestre.



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Área de Administración del Programa Redes de Salud.

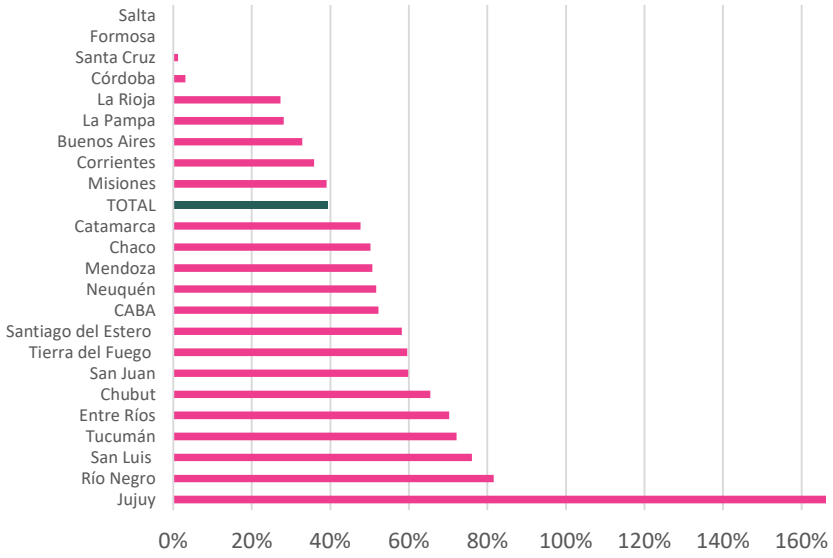
Con respecto al desempeño de cada jurisdicción en la rendición de los fondos, se observan grandes disparidades entre ellas.

El grafico 11 muestra que, al primer cuatrimestre del 2021, son 3 las jurisdicciones que no han realizado rendiciones de sus gastos (Formosa, Salta y Santa Fe). Del mismo modo, las Jurisdicciones de Santa Cruz y Córdoba muestran un avance en la rendición de apenas el 1% y 3% respectivamente, muy por debajo del conjunto de las jurisdicciones (39%). Contrariamente, las jurisdicciones de

Río Negro, San Luis, Tucumán, Entre Ríos y Chubut han rendido más del 60% de los montos transferidos por incentivos COVID-19. Mención aparte merece la provincia de Jujuy, que sobre ejecutó los fondos transferidos, ya que también destinó al abordaje de COVID-19 recursos de su proyecto jurisdiccional que originalmente había planificado para otras actividades.

Esta disparidad en la rendición entre jurisdicciones podría sugerir que las dificultades estén explicadas más por factores intrínsecos a las jurisdicciones que al diseño o requisitos del programa.

Gráfico 11: Porcentaje de fondos rendidos sobre total transferido al primer cuatrimestre de 2021. Por jurisdicción.



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Área de Administración del Programa Redes de Salud.

Por último, en relación con el destino de los fondos, los recursos percibidos por los incentivos 6.1 y 6.2 podían utilizarse en: contratación de recursos humanos, equipamiento e insumos de laboratorio y capacitación del personal. Mientras que los fondos recibidos por el incentivo 7 podían utilizarse para provisión de equipamiento y mobiliario de telesalud, mejora de sistemas de información, obras menores de infraestructura y contratación de recursos humanos.

El grafico 12 muestra que las prioridades de las jurisdicciones, en cuanto al destino de los fondos, se modificaron según el contexto.

Durante 2020, el 43% ($59,3 millones) de los fondos recibidos fueron canalizados en la adquisición de insumos médicos y de laboratorio, el 21% ($29,5 millones) en la contratación de recursos humanos, el 15% ($21 millones) en software y equipamiento informático, el 13% (18,5 millones) en equipamiento médico y de laboratorio, el 5% ($7 millones) en equipamiento general y el 1%

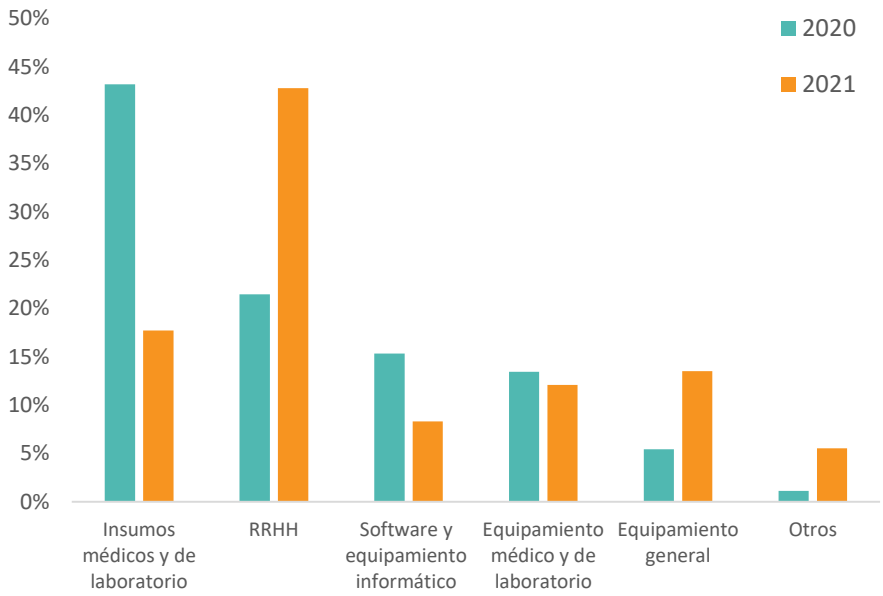
restante en otros conceptos que agrupan capacitación, comunicación y difusión, gastos operativos y viáticos e insumos generales.

En 2021, en cambio, la contratación de recurso humano concentró el 43% ($26,5 millones), los insumos médicos y de laboratorio el 18% ($11 millones), la adquisición de equipamiento general el 14% ($8,4 millones), la adquisición del equipamiento médico y de laboratorio el 12% ($7,5 millones), software y equipamiento informático el 8% ($5,2 millones) y 6% ($3 millones) en rubro otros, donde se destacan los gastos operativos y viáticos y las actividades de capacitación, comunicación y difusión, que canalizaron el 3% ($1,8 millones) y 2% ($1,5 millones) respectivamente de los fondos agrupados dentro de la categoría otros.

Esta diferencia respondió a exigencia de dar respuesta inmediata a las necesidades que enfrentaron las jurisdicciones en cada momento de la pandemia. Durante 2020, la mayor parte de los recursos se orientaron a la adquisición de equipos de protección del personal de salud (barbijos, batas, cofias, máscaras, etc.) e insumos de laboratorio para la realización de testeos, mientras que, en 2021 la contratación de recurso humano resultó primordial para llevar adelante la campaña de vacunación.

Esta priorización por categoría de gasto aporta información de relevancia a la hora de definir este tipo de incentivos.

Gráfico 12: Destino de las transferencias recibidas para hacer frente a la pandemia. Años 2020 y 2021.



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Área de Administración del Programa Redes de Salud.

6 LECCIONES APRENDIDAS Y PRINCIPALES CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio abarcó distintos ejes de análisis del Programa Redes de Salud.

En la sección 4.1 se indagó sobre el desempeño del Indicador de personas con RCVG con consulta de seguimiento anual, de modo de evidenciar el impacto de la pandemia. El ejercicio de simulación realizado en el marco de este estudio permitió identificar, por las tendencias de las variables que componen el indicador en los años anteriores, que el programa hubiese cumplido con la meta del indicador en un escenario hipotético sin pandemia.

En la misma sección, el análisis del desempeño de las variables que hacen al cálculo de distintos indicadores de la matriz de RISS permitió identificar lo siguiente:

- Las desventajas y/o exigencias para su cumplimiento que presentan aquellos indicadores construidos a partir del cociente de variables con distintos ritmos de evolución, como el indicador de personas seguidas del Programa.
- La necesidad de considerar la incidencia relativa de cada jurisdicción en el desempeño del indicador a nivel país.

La importancia de considerar las realidades, barreras y situaciones inherentes al género a la hora de definir metas a nivel agregado. En este sentido, a partir de la primera de las desventajas mencionadas, en instancias de la formulación de indicadores para la nueva operación el programa, se reformuló el indicador de personas seguidas y se definió un denominador fijo, para facilitar el monitoreo de su desempeño y evolución.

En la sección 4.2, en un intento de analizar el impacto del COVID-19 en el abordaje de las ECNT, más allá del análisis de indicadores del Programa, se priorizó la mirada de los referentes jurisdiccionales. La tabla 2 es en sí misma ilustrativa del impacto negativo que tuvo el COVID-19 en la totalidad de las jurisdicciones para garantizar el normal funcionamiento de actividades vinculadas a la geolocalización de pacientes con ECNT, las dificultades evidenciadas para mantener operativos los efectores y servicios, la necesidad de interrumpir y/o reorientar actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud y las barreras para mantener la regularidad y calidad de reportes de información sociosanitaria.

A partir de estas debilidades identificadas, se incorporaron al Programa Redes de Salud una serie de procesos priorizados que buscaron dar continuidad a lo iniciado en Redes 3, así como fortalecer y reconstituir algunos aspectos del proceso de atención que se vieron debilitados por la pandemia, Por ejemplo, se incluyeron en los proyectos jurisdiccionales los siguientes indicadores:

- Cantidad de efectores del PNA y SNA que participan de Acuerdos de Gestión para el desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud, tanto a nivel general como para redes específicamente orientadas al abordaje de COVID-19. De este modo, se buscó monitorear la continuidad y la ampliación de las redes de atención que se habían desarrollado a través de los Comités Operativos de Emergencia en el marco del incentivo 6.

- Efectores del PNA que implementan estrategias de búsqueda activa y recaptación de pacientes con ECNT y COVID-19 post-agudo, para recuperar el seguimiento de personas con enfermedades crónicas y dar continuidad al cuidado de los pacientes que presentan complicaciones luego de la infección aguda por COVID-19.

- Efectores del PNA que actualizan su oferta o guía de servicios para facilitar el acceso de las personas con ECNT a una atención continua y de calidad, orientado a que la población cuente con información actualizada para acceder a los servicios de salud, contemplando incluso la disponibilidad de testeos y seguimientos a personas con COVID-19 tanto de modo presencial como mediante estrategias de telesalud.

La sección 5 se focalizó en el análisis de información económico-financiera del Programa, en un intento de aportar evidencias sobre la incidencia financiera de Redes en los presupuestos en salud de las jurisdicciones.

En este sentido, el diseño flexible del Programa permitió diseñar nuevos incentivos y orientar inversiones para mejorar la respuesta de las jurisdicciones, que pudieron acceder rápidamente a los fondos adicionales en un momento sanitario y económico crítico del país.

Sin embargo, se observan grandes disparidades en torno al uso y la rendición de los fondos recibidos por parte de las jurisdicciones, lo cual plantea el interrogante de indagar sobre las barreras internas y externas que enfrentan las administraciones subnacionales para cumplimentar los requisitos definidos por el Programa.

7 BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial (2020): "Resumen anual 2020: El impacto de la COVID-19 (coronavirus) en 12 gráficos". Banco Mundial Blogs. https://blogs.worldbank.org/es/voices/resumen-anual-2020-el-impacto-de-la-covid-19-coronavirus-en-12-graficos.

Bertakis, K.D., Azari, R., Helms, L.J., Callahan, E.J., Robbins, J.A. (2000): *"Gender differences in the utilization of health care services"*. J Fam Pract. 2000 Feb;49(2):147-52.

Briscoe ME. (1987):*"Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultation"*. Soc Sci Med. 1987;25(5):507-13.

D'Imperio, H., Gagliardi, J., Zoni, R., Chatark, A., Castillo Costa Y., Maturano, M P., Quiroga, W. y Macín, E. (2020). "Resultados de la Encuesta COVID-19. Impacto en la atención cardiovascular del Registro Nacional de Infarto ARGEN IAM-ST. Revista Argentina de Cardiología 2020; 88:222-230.

Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (DNFSP) (2021): "Covis-19 y Población Vulnerable. Efectos sobre la atención médica en líneas de cuidados priorizadas". Ministerio de Salud. RESULTADOS PRELIMINARES

Documento de adhesion. Impacto de la pandemia COVID-19 sobre el sistema de salud argentino.

FAC. (2020). Documento de posición Sociedad Argentina de Cardiología – Fundación Cardiológica Argentina: Enfermedad Cardiovascular en tiempos de COVID 19 – abril 2020

Ministerio de Salud Argentina. (2020): "COVID-19 Atención de pacientes con enfermedades cardiovasculares durante la pandemia"

Ministerio de Salud Argentina. (2021): "Monitoreo de procesos de redes integradas de servicios de salud: resultados del relevamiento de medio término".

OMS-OPS. (2010). "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". Washington, D.C. 2010

OMS-OPS. (2020a):" Mantenimiento de servicios esenciales para las personas que tienen enfermedades no transmisibles durante la COVID-19".

OMS-OPS. (2020b). “Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas”.

OMS-OPS. (2020c). “Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de ella”.

Medicina. (2020):2 Impacto de la pandemia por COVID-19 en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca”. MEDICINA - Volumen 80 - No 3, 2020.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2020):” Medidas del Estado argentino para la protección de los Derechos Humanos durante la pandemia del Covid-19. Las respuestas frente a las recomendaciones de los organismos internacionales y regionales de Derechos Humanos.”

The Lancet. (2020):*“Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response”*. Vol 395 May 30, 2020.

Wang, Y.; Hunt, K.; Nazareth, I.; Freemantle, N.; and Petersen I. (2013).*“Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data”*. BMJ.

WHO. (2020a). *“Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context - Interim guidance 1”* - June 2020.

WHO. (2020b). *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. World Health Organization 2020.*

A ANEXO. EL IMPACTO DEL COVID-19 DESDE LA OPINIÓN DE LAS JURISDICCIONES[18]

BUENOS AIRES

"Se definió como prioridad el cuidado de los vecinos y de los trabajadores de la salud, usando estrategias para cumplir con los protocolos en este año tan difícil. Una forma de hacerlo fue brindar turnos programados de manera telefónica, evitando así la convocatoria masiva de personas a la unidad sanitaria. La cantidad total de turnos programados en los 37 municipios de la PBA alcanzados por Redes pasó de 1.969.046 en la primera medición a 4.817.925 en 2020, es decir que se han otorgado 3 millones de turnos más en el último periodo."

"La pandemia no modificó el sistema de registro que se tenía, en general se utiliza el formato papel"

"En algunos municipios la gestión de turnos protegidos se ha sostenido o ampliado durante la pandemia. En otros, los referentes sanitarios refieren que los mismos se han restringido aún más durante 2020. Esto implicó una reorganización del sistema de salud estableciendo prioridades para el acceso a dichos turnos".

"Con relación a las actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud, en términos generales se mencionan las dificultades para llevar adelante las actividades previstas durante 2020 debido al contexto sanitario planteado por la pandemia por COVID-19. En la mayoría de los casos relevados la estrategia se orientó al acompañamiento de la población a través del seguimiento telefónico o a través de grupos de WhatsApp (ej.: Carmen de Patagones, Mercedes, Pinamar), y a la participación en abordajes territoriales o dispositivos DETECTAR (ej.: Pinamar, Tandil, Quilmes). También se llevaron adelante actividades, talleres, cursos de prevención y promoción de la salud virtuales/online (ej.: Moreno, Tres Arroyos)".

18 Las fuentes de información para la elaboración de este anexo fueron los Informes de Evaluación Final del Proyecto Jurisdiccional de REDES y los Diagnósticos para la elaboración de Proyectos de Redes de Salud.

"Se realizó una formación en Atención y cuidado de personas con ECNT en contexto COVID-19, organizado entre la Unidad de Fortalecimiento del Sistema de Salud (Programas Redes / Proteger / PROFIR), junto con la Escuela de Gobierno Floreal Ferrara y la Dirección de ECNT que cuenta con aprobación del Ministerio de Salud de la Nación. Durante la segunda edición se inscribieron 507 personas. El curso de formación es de 50 horas y se centra en el seguimiento de personas con ECNT en contexto COVID-19, vinculado a la necesidad de generación de nuevas alternativas para sostener hábitos saludables sin contar con los espacios tradicionales".

"El objetivo del curso es aportar herramientas de atención / cuidado de destinatarios con ECNT en el actual contexto de COVID-19 para equipos de salud del PNA, a partir de brindar recomendaciones a los equipos sobre la reorganización de la atención en los centros del primer nivel en contexto de COVID-19; brindar herramientas de valoración del RCV global como elemento para la toma de decisiones clínicas y la priorización de destinatarios a seguir; difundir estrategias alternativas de prevención y abordaje de destinatarios con ECNT en el contexto Covi-19 incluyendo telemedicina, búsqueda activa, etc.: y promover herramientas y recursos alternativos para el cuidado de la población con ECNT incluyendo el uso de nuevas tecnologías".

"Durante 2020 la Red de Retinopatía Diabética dejó de operar y es su reactivación y puesta en marcha una prioridad para 2021".

"En el marco del fortalecimiento de los equipos de salud y continuación con las líneas de cuidado de las personas con ECNT en contexto COVID-19, se realizaron asistencias técnicas en 15 municipios para la implementación del modelo MAPEC".

"En cuanto a los desvíos generados en la categoría del gasto, recursos humanos; las contrataciones planificadas se vieron modificadas ya que las líneas de atención que se había planeado fortalecer no pudieron realizarse, debido a que se transformó la necesidad proyectada como consecuencia de afrontar las nuevas situaciones epidemiológicas provocadas por la presencia del COVID-19".

CATAMARCA

"Los centros de salud a principio de año realizan la ronda censal para la recolección de datos que proveen la información sociosanitaria que se utiliza posteriormente para planificar acciones relevantes al contexto que se presenta. Esta acción fue realizada hasta marzo 2020, momento en que se decreta el DNU N.º 260/2020 que establece la Emergencia Sanitaria. A nivel provincial, la emergencia impidió la continuidad de la ronda censal como asi también ocasionó una reorganización del personal de salud".

"Se establecieron nuevas estrategias para el cuidado de las personas, enfocándose en la población vulnerable a través de búsqueda activa logrando

el retorno de parte de la población a los centros de salud, medida que tuvo aceptación solo en algunos pacientes por temor al contagio, lo cual provocó una reducción de la recurrencia a los controles".

"En el contexto de pandemia se generó una resistencia al uso de papel para el registro de las atenciones de los pacientes en los centros de salud, lo cual generó una gran pérdida de información y datos de las prestaciones realizadas".

"La estrategia de turnos programados se vio fortalecida en contexto de pandemia, debido a la modificación de atención en los centros de salud, ya que evitaba aglomeraciones de los pacientes en el establecimiento".

"Es meritorio destacar el trabajo en terreno del equipo de salud en contexto de pandemia, los cuales realizaban la búsqueda activa del paciente, debido a la inasistencia del turno programado, tomando como medida la visita domiciliaria para saber cuál había sido la causa de la ausencia".

"La cantidad de consultas totales se ha visto disminuida por el propio contexto sanitario".

"Por cuestión de la pandemia el circuito establecido entre algunos efectores y laboratorios no se pudo llevar adelante, debido a que el bioquímico que desarrollaba la practica hizo uso del DNU 260, artículo 1º, por ser persona de riesgo. Ello perjudico a 33 efectores que brindaban la práctica de extracción de sangre descentralizada".

"Las actividades de promoción y prevención en contexto de pandemia han sido un desafío. Se realizaron actividades a través de las páginas oficiales del Ministerio de Salud en Facebook e Instagram y a través de la página del portal de gobierno de la provincia de Catamarca".

"Muchos pacientes dejaron de acudir a los controles, a los centros de salud, con lo cual disminuyo el registro, el seguimiento y la atención. Para contrarrestarlo se inició la búsqueda activa de pacientes y se reorganizaron los servicios ofreciendo horarios especiales de atención a población con RCVG".

"El marco de la pandemia ha generado un impedimento en el desarrollo de las actividades que se consideran cotidianas para el equipo de trabajo, las cuales eran las salidas a terreno, que comprenden viajes al interior de la provincia para el relevamiento de datos de los centros de salud priorizados (seguimiento de los pacientes crónicos) visitas a los centros de salud, campañas de promoción y prevención a la comunidad y capacitaciones de mamera presencial".

CHACO

"La pandemia afectó severamente la atención programada de pacientes con enfermedades crónicas, tanto por reorientación de los recursos en los efectores como por el miedo de los pacientes a concurrir a los mismos".

"El relevamiento en terreno para la identificación de la población a cargo se encuentra suspendido".

"A partir de la pandemia puede verse la brusca caída en la disponibilidad de turnos programados, siendo significativo el incremento de reservas no presenciales".

"La pandemia obligó a replanificar el recurso humano y los servicios para la atención prioritaria de los pacientes con COVID-19 y en situaciones de emergencia".

"La pandemia redujo la realización de prácticas descentralizadas en laboratorio, en electrocardiograma y en ecografías".

"Durante la pandemia los centros continuaron realizando actividades de promoción y prevención y cuidados ante el COVID-19, dirigidos en especial en la población de mas riesgo como adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas".

"Durante la pandemia los efectores no realizaron tareas de apoyo al automanejo de enfermedades a pacientes con diabetes e hipertensión".

CHUBUT

"Durante el 2020 para hacer frente a la emergencia sanitaria por la pandemia por Covid-19 y con la finalidad de seguir garantizando y ampliando aún más el acceso a la salud, se conformó el Comité de Gestión de la Emergencia Sanitaria Jurisdiccional y se presentó el Plan operativo Jurisdiccional de respuesta al COVID-19, en el que participan activamente todas las Direcciones y Programas"

"En el contexto de pandemia, para dar respuesta a la atención urgente de los casos con sospecha o diagnóstico de COVID-19, los efectores del segundo nivel reorganizaron sus servicios de atención médica y suspendieron los consultorios externos. Esto se tradujo rápidamente en un obstáculo para los procesos de referencia y contrarreferencia en el primer nivel de atención, por lo que el seguimiento adecuado de personas adultas con enfermedades crónicas se vio interrumpido".

"Los efectores han manifestado que las acciones de prevención y promoción de salud, como campañas y talleres en diversas temáticas, se vieron interrumpidas en contexto de pandemia COVID-19."

"Los servicios de salud se reestructuraron para dar respuesta a los problemas de salud de la población, motivo por el cual algunos efectores del primer nivel cerraron sus puertas temporalmente y en los demás efectores se vio afectada la tarea habitual del equipo de salud con el desvío de actividades, cambios de roles y tareas específicas a COVID-19. Entre las nuevas actividades que afectaron a los TCST se destacaron las funciones en el Plan Detectar, entrega de medicación en domicilio a los pacientes con enfermedades crónicas (EC) y visitas domiciliarias sólo a población vulnerable, todo esto llevó a que la información socio sanitaria reportada trimestralmente sea deficitaria. Por otro lado, no se realizaron actividades comunitarias.

Todos los integrantes de los equipos de salud fueron capacitados en servicio para realizar el seguimiento telefónico de personas con diagnóstico de COVID-19 positivo o contacto estrecho, que se encontraban aislados en sus domicilios.

En contraste con lo anterior, los distintos programas han facilitado sus datos y trabajado en conjunto para la realización de un padrón único de personas según sus factores de riesgo como las EC."

"Durante la pandemia por COVID-19 los efectores del segundo nivel de atención, con el objetivo de dar respuesta a esta patología y a las urgencias médicas, han reorganizado sus servicios y sus procesos de atención por consultorio, que algunos de ellos se han suspendido temporalmente y otros se han trasladado al primer nivel de atención. Esto trajo como consecuencia que el proceso de turno protegido como tal se vea desdibujado".

"La modalidad más utilizada en el contexto de pandemia ha sido el Proceso de atención médica a distancia o Tele consulta. El propósito de esto obedece a dar continuidad al seguimiento de pacientes adultos con patologías crónicas que presentan mayor riesgo de complicaciones en caso de contraer infecciones respiratorias en el marco de la pandemia COVID-19, evitando que concurran a un establecimiento de salud si no es estrictamente necesario, mediante la modalidad de tele consultas sincrónicas (en tiempo real) desde sus domicilios. Como principal obstáculo se reconoce a la falta de conectividad en algunas localidades rurales.".

"En contexto de pandemia los trámites administrativos se vieron enlentecidos o interrumpidos para los gastos o compras de equipamientos o insumos que no fueran para COVID-19."

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

"En lo que respecta al ausentismo, hubo un notorio incremento de su registro, siendo que la mayoría de los profesionales deja asentado cuando una persona no asiste al turno programado".

"De acuerdo con la información brindada por el área de estadística, las referencias enviadas al SNA se redujeron en un 43% en 2020 con respecto al 2019".

"En el año 2020, a raíz de la Pandemia COVID-19, algunas actividades grupales intra y extramuros fueron suspendidas por la imposibilidad de realizar eventos que impliquen la acumulación de personas. El contexto mundial y las particularidades que adoptó en la CABA, forzaron a los equipos a adoptar nuevos roles para garantizar el cuidado de la población a cargo. Se fortaleció la búsqueda activa de personas con mayor riesgo y se continuaron algunas actividades de prevención y promoción de manera virtual, como por ejemplo talleres y encuentros por plataformas como Zoom, Google Meeting o Videollamadas".

"Los servicios de prevención y tratamiento de las ECNT se vieron gravemente afectados desde el comienzo de la pandemia. Las principales razones pueden deberse a la reasignación del personal en respuesta a los retos del contexto, ausentismo y restricciones en las agendas de turnos programados".

"Se observa tanto en los registros de valores de TA como de Hb1Ac un notable descenso en comparación con lo registrado en 2019. Este declive podría explicarse por la imposibilidad de las personas con DBT e/o HTA de acercarse a los efectores y realizar los estudios correspondientes".

"La respuesta del sistema de salud a la pandemia de coronavirus implicó innumerables cambios en la dinámica de trabajo de todos los equipos y niveles de atención. Los CeSAC, en este contexto, debieron adaptar su funcionamiento a la situación de aislamiento obligatorio de la población a su cargo y a las limitaciones que conlleva el distanciamiento social para la mayoría de sus prácticas. En este marco, en varios centros del primer nivel se fueron diseñando medidas que, al tiempo que preservaban la salud de pacientes y equipos respecto del COVID-19, garantizaban el derecho a la salud de la población".

"También lo fue, la organización de cohortes para la actividad dentro y fuera del CeSAC (a veces por días, otras por horario, otras por semana) de manera tal que, ante una posible situación de contagio, no fuera necesario aislar al conjunto de las y los trabajadores del centro. En el mismo sentido, la modalidad de consulta telefónica, la comunicación virtual y otras estrategias locales buscaron reducir al mínimo los traslados y, sobre todo, evitar la aglomeración de personas en los centros".

"Las visitas sistemáticas del equipo de micro gestión a los efectores fueron suspendidas, y oportunamente se tuvo que replanificar la difusión de la Guía de Servicios. Las tareas del equipo técnico no escaparon al contexto, dado que también se cumplieron funciones vinculadas al atendimiento de la pandemia: seguimiento de personas infectadas y contactos estrechos, monitoreo del proceso de vacunación a profesionales de primera línea en hospitales, acompañamiento en postas de vacunación, relevamientos, entre otras".

CÓRDOBA

"Durante el contexto de ASPO y DISPO, no se promovió la realización de actividades comunitarias para no estimular la circulación comunitaria y evitar asi la transmisión del virus".

"La referente provincial de ECNT no está integrada en el comité clínico del COE".

"Las actividades de geolocalización de pacientes con ECNT no se vieron modificadas porque en realidad no había un proceso implementado de geolocalización de personas. Si, pudo avanzarse con efectores del universo Proteger, donde 21 de ellos presentaron el 50% de la población con cobertura pública exclusiva nominalizada y georreferenciada (Total=13.318 Personas georreferenciadas).

"Durante la pandemia becarias y becarios de la ESFyC se vieron afectados a tareas relacionadas con COVID-19, postergando actividades propias del programa".

"En el estado de pandemia algunos centros cerraron temporalmente. Según datos preliminares del relevamiento realizado por el equipo, 14% declararon haber reducido días y/u horarios de atención de un total de 562".

"Se evidenció mayor interés por las autoridades sanitarias y centrales en la producción y análisis de información sociodemográfica y sanitaria para la toma de decisiones".

CORRIENTES

"Durante el 2020 si bien se inició y continuó con la carga y actualización de rondas fue suspendido debido a la pandemia. Sin embargo, a medida que fueron habilitadas las actividades se fue iniciando, pero en menor medida ya que muchos aún se encuentran abocados a actividades para prevenir y mitigar los casos de COVID-19".

"Durante el 2020 algunas capacitaciones fueron realizadas vía online por pandemia por el estado de situación de pandemia los médicos que ya se vieron menos enfocados en capacitación ya que estaban abocados a tratar y prevenir el COVID-19".

"A raíz de la pandemia implementaron un sistema de turnos programados en el segundo nivel para evitar aglomeraciones de las personas y evaluar cada situación según el turno solicitado".

ENTRE RÍOS

"En el año 2020 debido a la contingencia que atravesó a todo el país y que llevó al aislamiento preventivo, social y obligatorio, y un cuidado especial para aquellos con factores de riesgo, los efectores se encontraron con la imposibilidad de realizar diversas actividades comunitarias, sin embargo, el equipo de salud garantizó la entrega de medicación a pacientes con ECNT".

"Durante el año 2020 el ministerio dio prioridad a las compras relacionadas con la pandemia por COVID-19, dejando relegadas las compras que estaban en curso y no tuvieran relación directa con la pandemia"

FORMOSA

"Dentro de las actividades de búsqueda activa de COVID- 19 también se realiza la búsqueda de personas con ECNT, concientizando que deben acercarse al centro de salud para realizarle el control, evaluación y seguimiento".

"Las Regiones Sanitarias han sufrido cambios estructurales debido a la pandemia que ha afectado seriamente a la rotación de personal entre efectores, nuevos protocolos para la atención, circuitos de derivación, y consultas programadas de pacientes con ECNT, entre otros".

JUJUY

"Desgraciadamente el contexto de pandemia no permitió avanzar con la geolocalización de la población".

"En contexto de pandemia surgió una nueva estrategia a partir de la necesidad de evaluar a los pacientes crónicos de la provincia quienes se vieron afectados considerablemente. Se origina la estrategia de telemedicina y seguimiento como una herramienta fundamental para contener a dicha población, se comienza a realizar monitoreo telefónico de cada paciente crónico de la provincia y asistencia de la entrega de medicamentos en terreno y derivaciones mediante el SAME Sistema de emergencia provincial".

"Cuatrimestralmente se realizan rondas sanitarias para relevar información socio demográfica, acción que con la pandemia Covid-19 se vio dificultada. No obstante, se realizaron otras estrategias para recabar información, como ser los rastrillajes, los cuales consisten en la captación de personas con ECNT y personas COVID-19 positivas o sospechosas, realizadas en terreno desde finales del mes de octubre del 2020, cuando hubo cierta flexibilización para salir a terreno".

"Con la llegada de la emergencia sanitaria por COVID-19, se inició un plan de acción y de contingencia para adultos mayores y crónicos que consistió en la georreferencia de sus domicilios y rastrillajes en terreno en las zonas más vulnerables y con alto índices de riesgo.

"En cuanto a las dificultades presentadas en el contexto de pandemia por COVID-19, se encuentran: la falta de realización de estudios de laboratorio ya que Los insumos y reactivos necesarios para realizar análisis como Hemoglobina Glicosilada son faltantes en la mayoría de los Hospitales debido a sus altos costos. Otra situación que se presenta es la falta de prescripción de laboratorio por parte de los profesionales médicos, lo cual ocasiona una baja demanda en estudios de HbA1c y esto no permite tener un control adecuado y completo de pacientes diabéticos".

"Los controles de salud que periódicamente se realizaban a pacientes diabéticos e Hipertensos en los efectores, se vieron reducidos en gran cantidad debido a la necesidad de resguardar a la población de riesgo en sus domicilios. Si bien se reprogramaron turnos el número de ausencias creció considerablemente".

"Como estrategia para las actividades de promoción y prevención debido a la imposibilidad de realizar campañas de concientización en terreno, se readecuo la estrategia, articulando con diferentes medios de comunicación (Radios, spots publicitarios, redes sociales) para transmitir mensajes de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo. Semanalmente se realizan clases de actividad física adaptada a adultos mayores vía Zoom, vivos de Instagram y Facebook de la página oficial del Ministerio de Salud con el fin de reducir sedentarismo y ansiedad en población vulnerable. Se habilitaron en la página oficial del Ministerio de Salud links de accesos a zoom con médicos y especialistas a fin de dar atención por teleasistencia a la población en general priorizando pacientes con ECNT y adultos mayores".

"El contexto de pandemia llevo a modificar y establecer nuevos circuitos de atención que posibilitaron avanzar en registros electrónicos como fue la herramienta de telemedicina que a partir de atenciones de consulta de primera opinión (paciente médico) llevo a evolucionar los registros de atenciones y permitir realzar seguimientos de pacientes no solo COVID-19 sino fundamentalmente pacientes crónicos y a establecer nuevos medios electrónicos de receta de medicamentos. Como conclusión podemos expresar que si bien el contexto de pandemia perjudico a los registros no sistematizados llevo a evolucionar a procesos preexistentes a nuevos niveles y replantear procesos".

"La presencia del equipo en terreno se vio alterado en particular en la provincia de Jujuy que tuvo un incremento exponencial de contagios en un corto periodo de tiempo y que decidió dejar solo los CAPS NODOS con atención presencial y sufriendo una disminución drástica del recurso humano de salud (agentes sanitarios, enfermeros, médicos etc.) debido a contagios sumado al personal con licencias profilácticas".

LA PAMPA

"Durante 2020 la pandemia modificó el rumbo de las actividades programadas, poniendo énfasis en otras formas de comunicación y capacitación d ellos equipos de salud. Se trabajo principalmente en el manejo de personas con COVID-19, aunque se pudo trabajar también en el manejo de las personas con ECNT en contexto de COVID-19. Se construyeron herramientas digitales y se pudieron realizar tele consultas con pacientes, así como acciones de teleeducación y teleasistencia de pacientes seleccionados".

"Desde el año 2020 todos los efectores han programado sus turnos, lo cual garantizó la organización y el cumplimiento de los protocolos preventivos tanto en consultorios, salas de espera, etc."

"La pandemia obstaculizó la organización de los turnos protegidos presenciales en los efectores de 2º y 3º nivel". "Se trabajó con los equipos de salud, para el manejo de las personas con ECNT, el desarrollo de tele consultas de primera opinión, que hicieron posible el seguimiento de estas personas, y tele consultas de segunda opinión para interconsultas virtuales con profesionales de distintas especialidades".

"Las extracciones de sangre en forma descentralizada se vieron afectadas por la pandemia, ya que equipos de trabajo que se trasladaban a los centros de salud para realizar extracciones de sangre fueron destinados al manejo y toma de muestra para pacientes sintomáticos respiratorios. Lo mismo sucedió con personal destinado a la realización de electrocardiogramas y ecografías".

"Las actividades de prevención y promoción estuvieron enfocadas a la prevención y el tratamiento del COVID-19. A través del aula virtual y con actividades de teleeducación se llevaron a cabo actividades para la formación en manejo de ECNT durante la pandemia".

"Se ha visto limitado el trabajo en terreno por la condición de pandemia".

LA RIOJA

"El contexto de ASP-DISPO se vio como una oportunidad para el uso de la herramienta de turnos protegidos para garantizar organización y control sobre los pacientes del área programática. Se re funcionalizaron servicios para la admisión de turnos protegidos en toda la provincia".

"En contexto de pandemia, el acercamiento con referentes de la comunidad (cacique) aumentó para aplicar herramientas de seguimiento telefónico con la comunidad indígena para la accesibilidad en la atención y tratamiento médico a su población".

"En contexto de ASPO se realizaban contactos telefónicos con la nómina de pacientes con RCVG moderado y alto de cada área pragmática. En esta comunicación se indagaba acerca del estado de salud y necesidad de medicamentos".

"El trabajo comunitario se vio resentido hasta el último cuatrimestre debido a las restricciones de ASPO".

"En pandemia algunos servicios se vieron interrumpidos de manera temporal y a través de un convenio público-privado se aseguró la prestación de segundo y tercer nivel".

MENDOZA

"En 2020, tras la situación epidemiológica vivida, las personas con ECNT fueron "expulsadas" del sistema sanitario".

"En nuestra provincia tenemos CAPS cerrados, CAPS de atención exclusiva a pacientes de COVID-19, redistribución de personal a CAPS respiratorios, personal de los CAPS enfermos y aislados".

"La cantidad de visitas estratégicas en terreno pasaron de 125 en 2019 a 55 en 2020".

"Las estrategias priorizadas fueron la promoción y prevención de la salud, focalizado en personas con ECNT y la estrategia de contención de la Pandemia COVID-19".

MISIONES

"La pandemia obligó a reorganizar el recurso humano". "Con la pandemia, pocos CAPS vieron dificultada la práctica de extracción de sangre descentralizada". "El contexto de pandemia redujo la cantidad de CAPS que realizan actividades de promoción".

Las Direcciones/Programas contra las ECNT forman parte de los planes provinciales de respuesta de COVID-19 como proveedores de insumos y equipamiento. Los reportes de información socio sanitaria se vieron afectados, aunque desde epidemiología y estadística se siguió recogiendo información.

NEUQUÉN

La pandemia implico que las actividades extramuros entre los equipos de salud y la población, así como las actividades de prevención de ECTN y promoción de la salud no puedan hacerse, o en el mejor de los casos, que no se hayan podido hacer con la misma periodicidad.

"Las actividades con la comunidad se vieron afectadas por la pandemia, pero se reforzaron los canales virtuales para poder continuar con las mismas".

"El total de consultas registradas se redujo en más de un 50% entre 2020 y 2019".

"Algunos gastos fueron sub ejecutados y se replanificaron por la situación dinámica y la necesidad de la jurisdicción de dar respuesta a la situación pandémica".

RÍO NEGRO

"Por el temor, incertidumbre y desconocimiento acerca del virus, la primera mitad del 2020 se pudo registrar una baja considerable de asistencia por parte de la población a los centros de salud. A partir del fortalecimiento de la estrategia de visitas domiciliarias se buscó que no haya un abandono total de los tratamientos y controles en las personas de riesgo".

"La organización de eventos, jornadas y talleres para prevención de ECNT se ha visto interrumpida en 2020 por el contexto epidemiológico del país".

"La Provincia ha podido avanzar de manera satisfactoria en el cumplimiento de metas, continuando de manera ininterrumpida con la carga de datos y las jornadas de trabajo de manera virtual".

"El vínculo que se ha generado desde el Programa con los equipos de salud, y la capacitación constante en cuanto al registro y carga de estos datos. Acompañado de ello, contamos con un pequeño pero sobresaliente grupo de micro gestión que trabaja diariamente con los equipos de salud,

y las actividades de empadronamiento[19] y clasificación de las personas ha podido continuar a pesar de la pandemia y las restricciones vigentes, dado que se han implementado distintas estrategias como comunicaciones telefónicas, videollamadas, jornadas virtuales, que han posibilitado continuar con el trabajo".

"En el año 2020 por situaciones obvias las actividades comunitarias se han visto interrumpidas en su gran mayoría".

"Se han coordinado numerosas estrategias con el Comité de Emergencias y con la Coordinación de Epidemiología de Rio Negro, para avanzar en trabajo conjunto".

19 Es el procedimiento por el cual el PNA identifica e inscribe a la población de su área de referencia (conforma un padrón), como paso necesario para la nominalización. La nominalización es la asignación de las personas y su responsabilidad de atención de la salud a un efector del PNA. Esto implica para el efector del PNA trabajar con "población a cargo".

SALTA

"Durante 2020 la plataforma SALTA-COVID permitió georreferenciar y obtener padrones de pacientes con diabetes e hipertensión"

"La situación de pandemia produjo la suspensión de la atención y de las actividades habituales de los servicios de salud durante 8 meses, lo que provocó la disminución de las actividades de los equipos de salud en terreno, las actividades de clasificación de riesgo cardiovascular y del seguimiento del as ECNT. Los sistemas de comunicación digitales facilitaron la comunicación para alentar estas actividades, pero no en todos los efectores por razones de conectividad".

"Desde marzo 2020 se suspendió el funcionamiento de los turnos programados por la línea telefónica, direccionándolo a las consultas relacionadas con COVID-19. Lo mismo sucedió con los turnos otorgados por ventanilla en cada efector".

"Durante 2020 algunos servicios de extracción de sangre, así como las prácticas descentralizadas se vieron restringidos por licencia extraordinaria del recurso humano, así como por las medidas ASPO y DISPO. Se volvió a la normalidad a fin de año 2020".

"La pandemia limitó las actividades de promoción de la salud y prevención".

"En pandemia se trasladaron algunos especialistas, como cardiólogos, a los centros de referencia COVID-19. Lo cual desarmó transitoriamente las redes de atención de ECNT".

SAN JUAN

"En 2020 ante la imposibilidad de salidas a terreno y de contar con RRHH disponible, los centros de salud realizaron rastrillaje en las zonas más afectadas por COVID-19, reforzando de este modo la georreferenciación de su población y la captación de pacientes crónicos, aunque el cronograma y planificación habitual de georreferenciación se vio modificado".

"Durante 2020 el equipo de micro gestión no pudo asistir a los centros de salud para trabajar en el seguimiento de los pacientes crónicos, con lo cual se solicitaron a los equipos de salud los padrones de los pacientes con CBT y HTA para poder monitorear la historia clínica desde el sistema Andes. Dicha estrategia no se pudo realizar en los CAPS que tienen historia clínica en papel".

"Por otro lado se implementó en algunos CAPS un test de seguimiento de personas con ECNT, a partir del cual se realizó un seguimiento telefónico personalizado a los pacientes crónicos, determinando el tipo de riesgo para decidir la estrategia de seguimiento a implementar".

"Los turnos protegidos tuvieron un mayor protagonismo durante la pandemia, ya que los centros de salud los otorgaban a pacientes crónicos que al momento del seguimiento realizado mediante el test telefónico daban un riesgo alto"

"Muchos CAPS estuvieron cerrados, concentrando el personal de los mismos en los centros más complejos que fue donde se avocó toda la atención en época de pandemia".

"Todos los efectores que contaban con laboratorio fueron reforzados en pandemia ya que muchos CAPS que no poseían postas de extracción fueron cerrados, concentrando su personal en los centros más estratégicos".

"En contexto de pandemia se utilizaron las herramientas digitales para para no perder el contacto y seguimiento de los pacientes crónicos mediante actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se realizaron de manera virtual las actividades de "Moverte en tu CAPS", se realizó el concurso "Entornos Saludables, ahora en casa".

"Disminuyó la identificación de la población con HTA debido a la redistribución de los RRHH y a que algunos centros se quedaron sin profesionales o con rotación de estos".

"Durante pandemia se dejaron de lado capacitaciones en estrategias de automanejo de ECNT y se focalizó en capacitaciones referidas a atención de pacientes con COVID-19".

SAN LUIS

"En 2020 las rondas de búsqueda activa estuvieron suspendidas. Los agentes sanitarios de cada efector estuvieron afectados al registro, seguimiento y búsqueda de pacientes con COVID-19".

"En 2020 todas las acciones en terreno desde los efectores hacia la comunidad estuvieron suspendidas".

"El personal estaba afectado a la contingencia COVID-19 y/o con horarios y días reducidos, con lo cual se debilitó la carga de datos sanitarios en los registros provinciales".

"Los efectores valoran la estrategia de atención programada, sobre todo en contexto de COVID-19". "Por la situación de pandemia, lamentablemente, los especialistas en el SNA no otorgaron turnos programados para el PNA, atendiendo solo las demandas de urgencia".

"En 2020 se crearon nodos epidemiológicos para el seguimiento de pacientes con COVID-19 y para el seguimiento básico del paciente crónico y asi disminuir las visitas en el efector".

"Por el contexto vivido en 2020 que impidió el normal funcionamiento del sistema y generación de turnos protegidos en el SNA se perdió el registro de estos".

SANTA CRUZ

"Desde el inicio de la pandemia los CAPS sufrieron muchas modificaciones que impactaron negativamente en el RRHH, en la cantidad de turnos y atención, lo cual repercutió en la atención y seguimiento de las personas".

"En pandemia, muchos circuitos de R-CR dejaron de funcionar… también se suspendieron prácticas descentralizadas de extracción de sangre".

SANTA FE

"Debido a la situación de emergencia, algunos efectores que anteriormente utilizaban la generación de turnos por medio del Sistema de Información para Centros de Atención Primaria (SICAP), vieron su gestión diaria modificada".

"Se destaca que en el último periodo ha decrecido exponencialmente el registro de las contrarreferencias. Lo mismo sucedió con la práctica de extracción de sangre ya que durante un periodo no se contó con la asistencia de los técnicos a los centros de salud".

"Desde los equipos del programa provincial de ECNT, se llevaron a cabo intervenciones, en un primer momento presencial y luego de manera remota, con el propósito de brindar a la ciudadanía herramientas para la prevención de enfermedades y promover estilos de vida saludables".

"En el marco de la emergencia se creó el centro de atención telefónica para la detección de casos en forma precoz y oportuna junto con la intervención sanitaria. Para ello se definieron dos circuitos diferentes: uno para la atención de pacientes con síntomas compatibles con COVID-19 complementando con un equipo técnico, y otro para el resto de las consultas que refieren a la necesidad de una consulta médica por videoconferencia o por vía telefónica".

"Se conformó el comité operativo de emergencia a través del cual se realizan periódicamente reuniones para establecer y rever pautas, protocolos y medidas de seguridad sanitarias.

Parte de los objetivos es mitigar el impacto del COVID-19 en la población con ECNT, así como también fomentar las mejoras en los servicios de los efectores, generar facilidad y practicidad a la hora de la atención médica". Se reformuló la organización de algunos efectores, los roles y las funciones de los integrantes de los equipos.

En virtud de la situación epidemiológica, determinados centros de salud debieron permanecer cerrados por periodos cortos de tiempo. Asimismo, algunos efectores de segundo nivel debieron reorganizar sus servicios trasladando profesionales a centros de salud. Esto se evidencia en los resultados de los reportes de atenciones correspondientes al año 2020.

Tal vez hubo un solapamiento de actividades, en un tiempo en dónde claramente se tuvo que modificar la forma de trabajo atravesada por la pandemia, sin embargo, en el último tiempo se intenta retomar y reencausar las estrategias y actividades de prevención y promoción de la salud renovadas en el marco sociosanitario.

Debido a que disminuyeron las consultas por controles en pacientes con diagnóstico de ECNT y aumentaron pacientes con nuevo diagnóstico de patologías crónicas. La posibilidad de extraer reportes, de los sistemas provinciales no se vio afectada.

Desde el sistema nunca se dejó de Geolocalizar a los pacientes, toda persona que se da de alta o se modifica en SICAP, también desde Sasipro a través del 0800, al registrar la dirección se puede georreferenciar. Además, desde

hace unos meses se incorporó un proceso que busca sobre toda la base de pacientes tratando de georreferenciar aquellos que no tienen este dato.

SANTIAGO DEL ESTERO

"La pandemia dificultó el trabajo en terreno". "La búsqueda activa en domicilio ha disminuido a raíz de las medidas de aislamiento, pero se han incrementado las llamadas telefónicas desde el centro de salud para seguir el estado de salud de las personas en el área de responsabilidad. Esta modalidad se ha utilizado en personas con enfermedades con enfermedades crónicas y enfermos de COVID-19".

"Durante el 2020. El contexto de pandemia obligó a reorganizar el trabajo de los efectores, volcándose la mayoría a los turnos programados". "Con la pandemia se restringieron las consultas presenciales y los equipos de salud se vieron obligados a capacitarse en el uso de la red de Telesalud. Telesalud se integró a los programas en forma transversal para formalizar las redes de atención de personas con ECNT".

"Algunas de las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades planificadas en 2020 se realizaron de manera virtual por las redes sociales, otras se vieron interrumpidas".

TIERRA DEL FUEGO

En el año 2020, en Río Grande, se pudo acceder a equipos informáticos (Tablet) que fueron utilizadas por los agentes sanitarios para realizar el relevamiento en terreno de la población según el área programática del centro de salud al cual pertenecían. En este relevamiento incluye datos socioeconómicos y sanitarios. Esta experiencia se vio truncada por la aparición de la Pandemia y las sucesivas restricciones a la movilidad que imposibilitaron el libre acceso del personal para llegar a las viviendas".

"Dado que la activación del programa Redes, se produjo en Tierra del Fuego a finales del año 2019, para el año 2020 el COVID-19 obligó que las prioridades en la atención no fueran las patologías crónicas, no se pudo avanzar en la clasificación y seguimiento de los pacientes empadronados".

"En el marco de la Pandemia por COVID-19 no se pudo trabajar con la apertura de todos los CAPS para la atención de patología crónica".

"Por no poseer un equipo completo que pudiera llevar a cabo la concreción de distintas acciones como la visita domiciliaria, ni la atención médica en el EPNA ya que conforme a lo dictaminado por DNU se encontraba en resguardo gran parte del personal sanitario requerido para estas acciones".

TUCUMÁN

"En contexto COVID-19 se priorizaron los nodos de COVID-19 y los hospitales modulares".

"El Comité Operativo de Emergencia Provincial constituye un eslabón clave y necesario para lograr la coordinación sectorial y la articulación de acciones

con impacto en el territorio, evitando la superposición de funciones y garantizando la optimización de recursos disponibles para hacer frente a la emergencia".

"Se puso una marcha una estrategia para la distribución de medicamentos lo más cerca posible al domicilio del paciente, para evitar su traslado".

"El desarrollo de la pandemia permitió, a partir de estrategias implementadas de manera conjunta con otros programas, en particular los que proveen medicamentos a pacientes con CPE, visibilizar la población de riesgo que solo acudía a los hospitales del TNA, y fueron redireccionados a los CPNA para su seguimiento y provisión de medicamentos. Cuando la incidencia de casos baje, los consultorios de los hospitales abrirán sus puertas para la atención, pero la medicación se entregará en los servicios más cercanos a los domicilios".

"En pandemia, los hospitales (oferta de servicios, especialidades y estudios complementarios) acotaron sus agendas, la oficina de R-CR funcionó solo para algunas especialidades…se suspendieron controles presenciales en los servicios dado que se llevó s cabo una reingeniería de recursos humanos. A su vez la concurrencia de pacientes disminuyó de manera notable".

"El uso de los consultorios virtuales, redes sociales, prensa local y llamadas telefónicas crecieron de manera exponencial en pandemia".

"Los servicios fueron refuncionalizados, unos se convirtieron en consultorios febriles, otros nodos de control de embarazadas y niños, previos turnos programados, habilitación de guardias para traumatizados, eventos cardíacos, urgencias en general. Otros, si la planta física o disponibilidad de RRHH, lo permitía, se diseñaron salas para atención de pacientes sospechosos COVID-19, y por el otro pasillo, sin comunicación, para otros eventos (controles, urgencias no COVID-19)

Servicio de laboratorio, RX y ecografía, solo para pacientes COVID-19 y urgencias".

"Las actividades comunitarias están orientadas a la prevención y promoción tema Pandemia COVID-19. Nunca se interrumpieron".

"La información sociosanitaria se desarrolla en forma particular en la detección, seguimiento de sintomáticos febriles y/o respiratorios. Contactos estrechos. No obstante, todo lo recabado en operativos BAS y BASF, nodos de vacunación, nodos de testeo, hospitales modulares, actividades que fueron aprovechadas para vacunar con antigripal, completar esquemas de niños, conocer nuevas personas con ECNT, fue incluido en el sistema informático, ya sea de actualización de ficha familiar de ASS, o en planillas de atención por actividad desarrollada. Si incluimos como reporte sociosanitario, a las consultas, se disminuyeron casi en un 60%, sobre todo en 2020 pero el uso de la telemedicina compensó en parte esta disminución".