

La salud de las argentinas y argentinos post-COVID-19

¿Cuáles son las oportunidades que nos deja la pandemia por COVID-19?

Para mejorar no hay límites, siempre se puede estar mejor. Las limitaciones, en general, vienen dadas por los recursos con que se cuenta, las capacidades y la voluntad para ir en esa dirección. Si uno quiere avanzar, implica entre otras cosas una búsqueda de esa mejora, tener expectativas, y sobre todo participar activamente para el logro de esa mejora.

La pandemia nos deja muchas enseñanzas en el plano de lo individual, colectivo y sistémico. Es desde este último, el enfoque sistémico, que vale la pena reflexionar con mentalidad traslacional¹, sobre dónde están los espacios y las oportunidades de mejora. El enfoque traslacional exige necesariamente un replanteo de la relación entre investigación e implementación del conocimiento, superando el tradicional círculo vicioso de las quejas simultáneas de los responsables de la política², los financiadores del sistema, los usuarios y los promotores de la innovación, quienes reclaman desde distintas perspectivas y necesidades un lenguaje común que permita un mejor entendimiento y soluciones a sus problemas.

El sistema de salud se conforma de individuos, organizaciones, instituciones; un conjunto de actores que tienen su propia agenda y que es bueno que así sea, en la medida que prime la búsqueda del bien común en cada una de esas agendas. Es muy difícil establecer una única agenda sanitaria en Argentina, por la naturaleza del diseño del sistema. Se puede estar más o menos de acuerdo en cómo se conforma; lo cierto es que modificarlo llevaría muchos años, necesitaría muchos recursos y sobre todo la voluntad de muchos actores. A Brasil por ejemplo, le llevó más de veinte años. No es imposible, es simplemente difícil.

Por eso, en lugar de reflexionar sobre los problemas de un sistema fragmentado y segmentado con múltiples financiadores, prestadores de servicios que lo hacen en diferentes niveles de atención y de complejidad y que tienen dificultades para la coordinación, organización y financiamiento, la propuesta es focalizar sobre los aprendizajes que nos deja la pandemia, construyendo colectivamente la agenda post-COVID e integrando voluntades para las mejoras que se puedan dar en función de la inversión que implica, las capacidades que se necesitan y, por sobre todo, las voluntades que se sumen.

Se trata de co-crear, mejorar o rediseñar dispositivos que contribuyan a la modernización y la mejora continua y que dejemos la reforma del sistema de salud para más adelante, cuando estén dadas las condiciones para afrontar un desafío de tal magnitud. La pandemia por COVID-19 ha desafiado todos los componentes del sistema de salud: gobernanza, financiamiento, servicios de salud, insumos y equipamiento, sistemas de información y

¹) Dr. Robert M. Califf talks about translational medicine, in one of a series of lectures from The Yale School of Medicine Bicentennial Symposium, "Biomedicine in the New Century," which took place over April 28--29, 2011.

²) Corluka A, Hyder A, Winch P, Segura E. Exploring health researchers' perceptions of policymaking in Argentina: a qualitative study. Health Policy Plan. 2014 September; 29(Suppl 2): ii40-ii49. Published online 2014 September 11. doi: 10.1093/heapol/czu071

recursos humanos. Por eso debemos ser estratégicos, y tal vez apelar al reduccionismo y pragmatismo que pueden ayudar a concretar los avances que se imponen después del confinamiento.

Lo ideal es enemigo de lo posible, por eso se propone comenzar por: invertir en recursos humanos, sistemas de información y tecnologías de comunicación; rediseñar el cuidado de las enfermedades crónicas que representan la mayor carga de enfermedad y avanzar en un aspecto más estratégico como es el rol del sector privado en alianza con el sector público para el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas de salud.

Con estos cuatro elementos se podría avanzar sobre los aspectos más profundos que son pilares del sistema, pero que arrastran problemas desde hace muchos años en Argentina, vinculados con el financiamiento, la descentralización y la rectoría o gobernanza del sistema. Sería ideal abordar todos estos componentes, pero, en este contexto, imposible. Necesitamos decidir en cuáles concentraremos nuestros esfuerzos, al menos, en una primera etapa.

1. La pandemia y los equipos de salud

La COVID-19 trajo para el área de recursos humanos un conjunto de dificultades que fueron desde una proporción alta de trabajadores infectados, la organización y refuncionalización de los servicios en función de la prevención, control y tratamiento de la enfermedad y el grado de afectación de los equipos; hasta el manejo de conflictos y el reclamo por demandas históricas que se vieron agravadas por la pandemia.

De acuerdo con una encuesta realizada a 5.670 miembros del equipo de salud³, las principales preocupaciones y demandas del personal fueron la disponibilidad de equipos de protección, el testeo del personal para COVID-19, la comunicación clara y uniforme, las estrategias de contención, especialmente en relación a salud mental de los/as trabajadores/as de salud por “miedo” y “ansiedad” y la flexibilidad para rotación de equipos, con prescindencia de quienes no son indispensables.

Sin dudas, todas estas demandas surgen de la tensión a la que se vio sometido el sistema de salud que estaba con distintos niveles de preparación para enfrentar una pandemia. Si hacemos foco en el personal de salud, se sabe desde marzo de 2016 -cuando la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, establecida por el Secretario General de las Naciones Unidas concluyó en su informe- que es preciso invertir en personal sanitario, y realizar un cambio transformador para crear sistemas de salud sostenibles con una fuerza de trabajo que sea capaz de atender efectivamente las necesidades de salud de la población.⁴ Frente a la pandemia, la crisis

3

) Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A et al. Preocupaciones y demandas frente a covid-19: encuesta al personal de salud. Enviado para su publicación. Mayo 2020

4) Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico: Working for health and growth: investing in the health workforce, Report of the High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, Ginebra, OMS, 2016

crónica de la fuerza laboral en salud se profundizó y puso de manifiesto las debilidades del sistema, que había sido alertada casi dos años antes de la aparición del COVID-19, cuando especialistas señalaron la necesidad de inversiones para mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante próximas- e inevitables- pandemias, dando cuenta de que sus consecuencias pueden ser devastadoras, y más marcadas en países de medianos y bajos ingresos.

En esta coyuntura, definida por la pandemia, la emergencia y la urgencia han obligado a acelerar los refuerzos de infraestructura y recursos, así como conocer, reconocer y abordar las necesidades y demandas del personal de salud. Cabe preguntarse si se puede lograr el acceso y cobertura universal para los ciudadanos argentinos, cuando las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) en el que los equipos de salud desarrollan sus tareas no están cubiertos o garantizados. A juzgar por otras experiencias, y los indicadores propuestos como metas para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la respuesta es que solo se logrará en la medida que se atiendan al menos tres cuestiones: i) disponer de trabajadores/as en número suficiente y con perfil adecuadamente calificado -en particular en el ámbito rural, remoto o desatendido- para proveer servicios de calidad a toda la población; ii) establecer políticas sobre el sistema de residencias para la formación de profesionales de acuerdo a las necesidades sanitarias; iii) consensuar un marco conceptual, entre los actores que tienen un rol clave en la protección y gestión del recurso humano en salud, que contemple los factores sobre los que se trabajará para mejorar las CyMAT.⁵

En Argentina, existen todo tipo de disparidades en las CyMAT. A modo de ejemplo, a medida que los profesionales de la salud se concentran en las áreas urbanas y buscan avanzar en su carrera allí, se desatienden las áreas rurales y remotas donde en general se concentran las poblaciones más vulneradas en sus derechos. Los salarios pueden variar en una misma zona geográfica por la naturaleza del sistema fragmentado en el que conviven, por ejemplo, hospitales municipales, provinciales, nacionales, privados y de obras sociales; con mecanismos para fijar los honorarios de manera diferente. Es común que las razones por las que el personal decide trabajar en el sector privado se vinculan con la búsqueda de mejores remuneraciones, condiciones de trabajo, seguridad y oportunidades laborales.⁶ En consecuencia, la migración rural a urbana se ve agravada por la migración del sector público al privado.

En síntesis, los procesos de mejora deberían buscar esa transformación que conlleve cambios en la infraestructura del sistema, los modelos de prestación de servicios de salud, las políticas del mercado de trabajo, la educación y la formación de profesionales. Se trataría de invertir para lograr condiciones de trabajo decente, definidas por la Organización Internacional de Trabajo⁷, y avanzar sobre aquellas que no requieren de inversión

⁵) Antonietti L, Orti Z, Esandi ME. Evolución de las condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: una aproximación conceptual integral. Enviado para su publicación. Mayo 2020.

⁶) Rutebemberwa E, Kinengyere AA, Ssengooba F, Pariyo GW, Kiwanuka SN. Financial interventions and movement restrictions for managing the movement of health workers between public and private organizations in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD009845. DOI: 10.1002/14651858.CD009845.pub2.

⁷

económica adicional; cómo es: a) garantizar la igualdad de género para evitar conflictos y situaciones de violencia más frecuentemente observadas en sistemas hegemónicos con organización jerárquica vertical; b) priorizar programas para jóvenes profesionales y c) diversificar los roles de los equipos de salud; un ejemplo de esto es, el rol de los/as farmacéuticos/as; pero también de las obstétricas, de cuidadores, entre tantos otros.

2. Los sistemas de información y el uso de tecnologías de comunicación post pandemia

A pesar de los avances en materia de sistemas de información y tecnologías, Argentina tiene un retraso importante dentro de los sistemas de salud. Existe una brecha entre el desarrollo del subsector privado respecto del público en la disponibilidad y uso de tecnologías, sistemas de información que sean interoperables, seguros y garanticen confidencialidad de la información en un todo de acuerdo con las normas bioéticas vigentes.

Tanto la historia clínica digital, como la disponibilidad de un mapa sanitario para la gestión, un sistema integrador que unifique las bases de datos y aplicaciones existentes con registros de información de salud de las personas, registradas en el ámbito público o privado, son oportunidades perdidas cuando no están disponibles. Me refiero a oportunidades para mejorar las telecomunicaciones de los efectores de salud para un acceso rápido y universal a la información que está asociada a una mayor equidad en el acceso a las prestaciones, sobre todo de alto costo y alta complejidad.

Telesalud es una deuda pendiente en el sistema de salud que la pandemia permitió dimensionar y nos da la oportunidad de avanzar. Urge incluir en la agenda sanitaria post-COVID-19 la posibilidad de facilitar el acceso a través de la teleconsulta, la teleinterconsulta, teleasistencia, la telecapacitación y otras tantas formas de cubrir necesidades de una manera eficiente.

Durante la pandemia de COVID-19 la propagación del virus puso en tensión el Plan de Respuesta preparado de antemano, para vigilar, prevenir y responder a un problema urgente de salud pública “tipo”. El hoy es diferente a la cotidianeidad pre pandémica, y sabemos que el retorno pos pandémico será una realidad diferente a la que dejamos. Por ello hacer el ejercicio de análisis sobre las respuestas de los sistemas de vigilancia, en los diferentes niveles, es clave por lo menos hasta el primer trimestre del 2022 para conseguir un cierto orden y mantener los flujos de información dentro del sistema de vigilancia y conservar así, sus funciones vitales. Es oportuno hacerlo porque podemos, en base a la experiencia natural con COVID-19, definir la visión los Sistemas y Subsistemas de Información para la Salud, sabiendo que la última inversión para la reforma se hizo a comienzos de los 2000 a través del Programa Vigi+A.

Las debilidades del sub sistema nacional de vigilancia de la salud (SNVS 2.0) desde su implementación paulatina a partir de abril de 2018, son problemas técnicos a nivel de

) Oficina Internacional del Trabajo. Una fuerza de trabajo capacitada para un crecimiento sólido, sostenible y equilibrado: Estrategia de formación del G-20, Ginebra, OIT, 2011.

usuario, no facilita herramientas integradas de análisis para las diferentes áreas de Epidemiología de todo el país, lo que dificultaría que todos alcancen equidad en el desarrollo de capacidades de análisis de los datos. En los niveles sub nacionales las bases de datos del SNVS 2.0 deben ser exportadas, y analizadas externamente y off line, a través de un proceso previo de “limpieza de datos” realizado a mano en un Excel, y luego procesado por un Generador de Consultas que no se encuentra ni actualizado ni disponible para todos los usuarios del Sistema. Los datos existentes en el inventario del SNVS 2.0 proceden fundamentalmente del Sector Público, por lo que no representa lo que en realidad ocurre epidemiológicamente en el territorio nacional. El SNVS 2.0 no está integrado relacionadamente a todas las bases de datos de importancia crítica, como tampoco a procesos de emisión de alertas de otros organismos públicos o privados, para la vigilancia, prevención y control de problemas urgentes de Salud Pública.

Dicho esto, una propuesta para la mejora sería establecer una i) política nacional de datos, ii) invertir en infraestructura tecnológica, iii) fortalecer las capacidades técnicas, en particular revisar los programas de formación en Epidemiología y iv) desarrollar proyectos I+D+I.

3. Las enfermedades crónicas y su lugar en la agenda

El deterioro crónico del sistema de salud, sumado al miedo y el desconocimiento frente a las consecuencias de la pandemia por COVID-19 contribuyeron en gran medida a una disminución en el acceso y cobertura de las prestaciones para enfermedades crónicas. Lamentablemente la falta de sistemas robustos no permite contar, en tiempo real, con datos duros que evidencien esta situación y lo veremos en dos años con las tasas de mortalidad, que es el principal indicador para evaluar este tipo de situaciones.

En nuestro país, 7 de cada 10 argentinos padece de alguna enfermedad crónica. Las cardiovasculares, las oncológicas y las lesiones por accidentes están entre las primeras causas de muerte. Post-pandemia es necesario dar continuidad a las políticas que, desde el 2001, se vienen implementando a través de diversos planes y programas. En el caso de las enfermedades oncológicas, la creación del Instituto Nacional de Cáncer puede entenderse como un hito en los avances de estos últimos diez años. El mayor desafío para el abordaje de estas enfermedades está en las dificultades de acceso de un amplio sector de la población- que por otra parte se sigue ampliando- y la existencia de coberturas superpuestas que generan ineficiencias. La fragmentación no permite conformar acuerdos para comprar y poder establecer condiciones y precios convenientes. Demográfica y epidemiológicamente, la población envejece con el consiguiente incremento de enfermedades crónicas y por ende, del gasto en medicación cada vez más costosa. A ello se agregan costos crecientes de la atención sanitaria derivados de una espiral inflacionaria que no cesa, y de una invasión de nuevos y sofisticados tratamientos -cada vez más caros- que ingresan rápidamente al mercado. Esta situación coexiste con el sostenimiento del uso de tratamientos o tecnologías obsoletas que han sido superadas por otras alternativas más efectivas y seguras. Las áreas rurales y remotas tienen la mayor brecha en acceso y con el uso de tecnologías se podría acortar. Tal vez la pandemia ayude a entender el beneficio que hubiera resultado contar con una Agencia de Evaluación de Tecnologías que lleva tantos en agenda sin concretarse.

4. El rol del sector privado y las alianzas en las políticas sanitarias

La pandemia por COVID-19 puso en evidencia como se pueden acelerar procesos para satisfacer demandas para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad de miles de millones de personas en todo el mundo. Si bien Argentina se destaca por su sistema de investigación, que hizo grandes contribuciones en el contexto de la pandemia, no podemos negar que son necesarias inversiones en infraestructura y capital humano para sostener a este sistema y resolver otras cuestiones mucho más estructurales como el acceso al agua, higiene y saneamiento.

Las alianzas público-privadas pueden ser un instrumento para satisfacer necesidades de servicios de infraestructura, para el desarrollo de innovaciones y la implementación de soluciones. En Argentina, existe un entorno regulatorio que favorece este tipo de alianzas.

Como se dijo al inicio, las alianzas son un aspecto más estratégico, por eso si se avanza en este sentido es necesario un enfoque traslacional o al menos multisectorial en el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas de salud. Las lecciones de la pandemia del VIH / SIDA muestran que los programas holísticos del VIH / SIDA que integran la protección social con servicios de salud, trabajo social y servicios de protección infantil sólidos pueden abordar eficazmente el impacto multidimensional de la enfermedad y la muerte en los niños en varias situaciones, un enfoque que debe considerarse para las respuestas COVID19, especialmente entre poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas.

La evidencia muestra⁸ que durante las crisis, las respuestas de incentivos económicos reducen la pobreza y protegen el ingreso familiar, mientras que las medidas de austeridad tienen un impacto negativo en el cuidado de los niños, el cuidado de los padres, la salud mental de los adultos, la propiedad de la vivienda, el crimen y la prevalencia de enfermedades infecciosas. Los programas de seguro social como el seguro de salud protegen la utilización de la atención médica. En los países de bajos y medianos ingresos, los programas de obras públicas aumentan los ingresos de los hogares y reducen la pobreza, mientras que los servicios sociales reducen la mortalidad infantil y aumentan el nivel educativo.

Conclusiones finales

La pandemia por COVID-19 trae crisis sanitarias, económicas, sociales que probablemente se extenderán por mucho tiempo. El sistema de salud requiere un abordaje integral de problemas complejos y sus determinantes sociales. Desde la gran crisis económica y social de 2001 nuestro país atraviesa dificultades que no logra resolver, y que incluyen la

8

) Tirivayi, N., Richardson, D., Gavrilovic, M., Groppo, V., Kajula, L., Valli, E. and Viola, F. (2020). A rapid review of economic policy and social protection responses to health and economic crises and their effects on children - Lessons for the COVID-19 pandemic response, Innocenti Working Paper 2020-02, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence. Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/publications/1095-rapid-review-economic-policy-social-protection-responses-to-health-and-economic-crises.html>

persistencia de un amplio sector de la población que vive en condiciones de pobreza estructural y marginación social, lo que sin duda ocasiona consecuencias en su salud. Esta situación histórica se ve magnificada y profundizada en el contexto actual de crisis económica con una pandemia que puso en tensión el sistema.

Si reconocemos lo transdisciplinario como un proceso en el que trabajan juntos miembros de diferentes campos, durante largos períodos, para desarrollar nuevos marcos conceptuales y metodológicos con el potencial de producir enfoques teóricos trascendentes⁹ que se transforman en políticas, planes y programas que incrementalmente van resolviendo los problemas sociales, podemos crear un movimiento “trans-sector” que involucre una gama más amplia de partes interesadas en la sociedad para resolver los problemas post COVID-19.

Referencias

⁹) Rosenfield PL. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. Soc Sci Med 1992;35:1343-57.