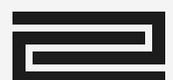


Talento humano, el recurso más crítico

Sofía Olaviaga
Valeria Iñarra
Daniel Maceira

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



Índice

Talento humano, el recurso más crítico	4	Introducción
	4	Antecedentes
	6	Metodología
	6	El contexto de la pandemia del COVID-19 en las provincias argentinas
	9	Resultados
	15	Conclusiones
	17	Anexo
	18	Bibliografía

Introducción

La emergencia sanitaria generada por el avance de la pandemia aumentó la tensión puesta en los profesionales de la salud. Casi todos los países del mundo atravesaron momentos de escasez, agotamiento o sobrecarga de trabajo de médicos/as, enfermeros/as, camilleros/as, etc., y esta situación fue más compleja en aquellos lugares donde la necesidad previa a la pandemia era más evidente.

En un lapso muy breve, los sistemas de salud debieron buscar alternativas tendientes a adecuar la dotación de profesionales de la salud para cubrir la demanda creciente, entrenar y capacitar a los/as integrantes de los equipos en un contexto desafiante y de escaso conocimiento sobre las medidas más eficaces a implementar, debiendo ajustar al máximo las medidas de seguridad para evitar poner en peligro el recurso más crítico del sistema.

A diferencia de otros recursos del sistema de salud, el talento humano inevitablemente involucra un tiempo determinado de formación, lo cual constituye una de las principales limitantes en el marco de una emergencia. Es posible ampliar la infraestructura hospitalaria, el equipamiento y los insumos médicos, pero este esfuerzo no tendrá efecto si no se cuenta con el personal necesario para poner en marcha a los servicios de salud.

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

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

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

Antecedentes

Frente al surgimiento de la pandemia del COVID-19, las guías elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) instaron a tomar medidas para la protección del personal, reclutamiento, reemplazo oportuno y redistribución de los recursos humanos en toda la red de servicios, de acuerdo con las necesidades de respuesta. Entre las acciones esenciales se definieron las de: (i) determinar la dotación necesaria para la atención, incluyendo el potencial incremento a medida que evolucione la pandemia; (ii) identificar los recursos externos a la red para la activación progresiva; y (iii) garantizar las competencias de todo el personal, lo que incluye a camilleros, choferes o personal de limpieza (OMS, 2020a).

Antecedentes

Con el personal habitual plenamente ocupado, algunas alternativas hacia la expansión de recursos pueden hallarse en el reclutamiento del personal jubilado o retirado, así como de voluntarios con capacitación adecuada para enfrentar la crisis (Sheikhbardsiri, Raeisi, Nekoei-Moghadam et al., 2017), a la vez que se evalúan los procedimientos administrativos y se revisan acuerdos y convenios con universidades y centros de formación de futuros trabajadores de la salud con el fin de disponer de un mayor plantel. El conjunto de intervenciones viables también contempla la posibilidad de efectuar cambios o expansión de roles entre trabajadores/as de la salud (*task shifting; task sharing*), que permitan adaptar los servicios a los niveles de complejidad y a las funciones que han sido alterados por la pandemia.

Por otra parte, con vistas a la preservación, resulta clave asegurar las medidas de protección de los/las trabajadores/as de la salud mediante el acceso y la formación adecuada en el uso de los equipos de protección personal (EPP), junto a otras decisiones que minimicen la exportación potencial de casos entre instalaciones sanitarias, o desde estas hacia la comunidad (European Center for Disease Control and Prevention, ECDC, 2020). El último punto adquiere especial relevancia en países en desarrollo como la Argentina, donde el pluriempleo es un fenómeno expandido, lo que incrementa las posibles vías de transmisión entre efectores sanitarios e intensifica la necesidad del monitoreo permanente.

En esa misma dirección, el campo de la salud ocupacional requiere asesorar a los/as trabajadores/as sobre la autoevaluación y la notificación de síntomas y liberarlos/as de la obligación de regresar a una situación de trabajo en la que exista un peligro continuo o grave para la vida, junto con el derecho a la compensación, la rehabilitación y los servicios curativos, si se infectaran con COVID-19 después de haber estado expuestos en su lugar de trabajo (OMS, 2020b).

Un aspecto adicional, de creciente interés en la literatura con el transcurso de los meses y la extensión de la emergencia, se refiere a la salud mental de los recursos humanos. El volumen de trabajo excepcional, las situaciones traumáticas a las que se enfrentan y el temor a contraer la enfermedad, junto con la discriminación y el estigma que otras experiencias previas de brotes han demostrado, pueden deteriorar la salud mental de los/as trabajadores/as y tornan imprescindible poner a disposición el apoyo y los recursos que permitan atender esa dimensión.

Una faceta no menos importante en el resguardo de los recursos humanos atañe a la regulación de las horas de trabajo y a las formas de contratación. Considerando las tensiones, la responsabilidad y el particular riesgo al que se enfrentan en el contexto actual, es imprescindible que los/as trabajadores/as de la salud puedan mantener el equilibrio adecuado entre trabajo y descanso, y que aun cuando sus arreglos contractuales sean temporarios y fruto de la emergencia, tiendan a asegurar las condiciones de protección social, seguridad y remuneración adecuados. Si bien la crisis enfrenta a los Estados a la necesidad de tomar medidas urgentes, fenómenos como la pandemia del COVID-19 ayudan a vislumbrar, de cara al futuro, la necesidad de invertir en la formación y el mantenimiento permanente del personal de salud, que actúe de forma respaldada y motivada para contribuir a la resiliencia de los sistemas sanitarios (Wiskow & Hopfe, 2020).

Por último, a la capacitación, las dificultades de la rápida respuesta y al entrenamiento que exige la crisis, se suma una complejidad adicional: la evidencia se genera en simultáneo con las necesidades, por lo que el entrenamiento inicial requiere de una actualización y una readecuación permanente, pues las guías técnicas y los protocolos producidos por la comunidad científica y los organismos especializados se van acrecentando y modificando sobre la marcha.

Metodología



Metodología¹

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

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

En este marco, entre los meses de junio y octubre de 2020, se relevó información mediante un cuestionario semiestructurado que se aplicó a funcionarias/os de primera y segunda línea dentro de los Ministerios de Salud de 14 jurisdicciones subnacionales² argentinas, representativas de las distintas regiones: Buenos Aires, Chaco, Ciudad Autónoma de Buenos Aires³, Córdoba, Corrientes, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán. Según información estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), estas jurisdicciones, tomadas en forma conjunta, reúnen al 78% de la población del país.

La encuesta, conformada por 98 preguntas, relevó distintos aspectos organizados en 4 dimensiones y sus correspondientes subdimensiones⁴: i) gobernanza de los sistemas de salud locales; ii) organización de los servicios de salud; iii) equipos de salud; y, iv) educación y comunicación a la comunidad. El presente documento exhibe los hallazgos correspondientes a la tercera dimensión sobre los equipos de salud y, para ello, indaga sobre la dotación de recursos humanos, la salud ocupacional de los/as profesionales de la salud y su entrenamiento y capacitación.

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

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

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

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

3 Si bien la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) no es una provincia, es una de las veinticuatro entidades federales y la capital de la República Argentina.

4 Véase el Anexo I.

Asimismo, la dinámica propia de la enfermedad se inscribió en realidades preexistentes también divergentes en términos sociales, económicos y de su sistema de salud, las cuales, frente a la emergencia, agudizaron o atenuaron las necesidades y las dificultades. La Tabla 1 presenta algunos indicadores seleccionados por provincia para dar cuenta de esos contextos específicos.

Indicadores sociosanitarios de las provincias argentinas

Provincias	Población con NBI ¹ (%)	Gasto público en Salud, p.c. (\$) ²	Recursos de Salud ³		
			Camas cada mil habitantes	Médicos/as cada mil habitantes	Enfermeros/as cada mil habitantes
Promedio⁴	11, 4	12.101,5	3,6	3,7	5,1
Buenos Aires	▼ 8,2	▼ 3.830	▼ 3,6	▼ 2,9	— 5,5
CABA	▼ 6,0	— 18.182	▲ 7,2	▲ 16,6	▲ 8,5
Catamarca	— 11,4	▼ 10.998	— 4,8	▼ 2,7	▼ 3,5
Chaco	▲ 18,2	▼ 8.499	▼ 3,3	▼ 2,3	— 6,4
Chubut	▼ 8,5	— 16.514	▼ 3,4	▼ 3,0	— 5,0
Córdoba	▼ 6,0	▼ 6.031	▼ 3,7	▼ 4,4	▼ 2,9
Corrientes	▲ 15,2	▼ 7.002	▼ 3,3	▼ 3,2	— 4,7
Entre Ríos	▼ 8,1	▼ 10.164	▼ 3,6	▼ 3,0	— 6,6
Formosa	▲ 19,8	— 14.156	▼ 3,5	▼ 1,9	▼ 2,8
Jujuy	▲ 15,5	▼ 9.408	▼ 3,6	▼ 2,3	▲ 7,3
La Pampa	▼ 3,8	— 18.535	▼ 3,4	▼ 3,2	— 5,3
La Rioja	— 12,3	— 12.833	— 4,9	▼ 3,9	▼ 4,1
Mendoza	▼ 7,7	▼ 6.526	▼ 2,7	▼ 3,5	▼ 4,6
Misiones	▲ 15,7	▼ 8.300	▼ 2,7	▼ 1,8	▼ 3,0
Neuquén	— 10,4	▲ 26.593	▼ 3,6	▼ 4,0	▲ 6,7
Río Negro	— 9,5	— 12.936	▼ 3,0	▼ 3,9	— 5,6
Salta	▲ 19,5	▼ 9.528	▼ 3,3	▼ 2,2	— 6,3
San Juan	— 10,3	— 12.794	— 3,9	▼ 3,0	▼ 4,0
San Luis	▼ 7,9	— 11.722	▼ 2,6	— 3,0	▼ 4,1
Santa Cruz	▼ 8,3	— 18.024	▼ 3,4	▼ 2,8	— 5,8
Santa Fe	▼ 6,5	▼ 8.733	▼ 3,3	▼ 4,6	▼ 4,3
Santiago del Estero	▲ 17,7	▼ 6.232	▼ 3,5	▼ 1,8	— 5,4
Tierra del Fuego	— 14,3	▲ 19.867	▼ 2,2	▼ 4,7	— 6,2
Tucumán	— 13,4	— 13.030	▼ 3,3	▼ 3,3	▼ 4,4

Tabla 1

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

2. Ministerio de Economía de la Nación, Secretaría de Hacienda - Dirección Nacional de Asuntos Provinciales. Gasto provincial en Salud per cápita en pesos corrientes. Año 2019.

3. Camas cada 1000 habitantes: estimación propia en base al número total de camas habilitadas (excepto camas de la tercera edad). Año 2018. fuentes: REFES-MSN y Población proyectada, 2018, fuente: INDEC. Profesionales Médicos y Enfermeros, en base al MSN.

4. Media aritmética.

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, se observan diferencias marcadas entre provincias en la proporción de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Las jurisdicciones con mayores necesidades superan por 7 u 8 puntos porcentuales el promedio nacional en este indicador, ubicado en 11,4% al momento de realizarse el censo. En los extremos, el indicador de Formosa más que quintuplica el guarismo de La Pampa (19,8% vs. 3,8%, respectivamente).

Por el lado del gasto público provincial en salud, la dispersión es mayor: aun considerando el costo de vida diferencial entre las provincias, las discrepancias resultan especialmente significativas entre

extremos. La relación entre la provincia con mayor y menor inversión per cápita es de 7 a 1 (Neuquén vs. Buenos Aires, respectivamente). El dato de la provincia de Buenos Aires, que concentra casi al 40% de la población total del país, resulta especialmente bajo en la comparación. El hecho se explica, sobre todo, por una participación municipal protagónica dentro del gasto público en salud.

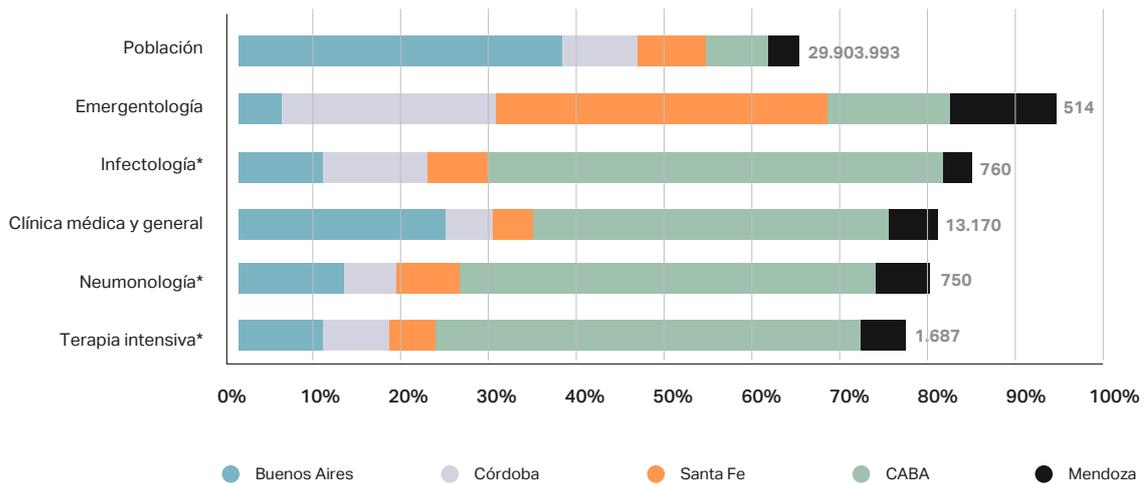
Al analizar las interacciones entre estos dos indicadores —NBI y respuesta en términos de gasto— no se hallan relaciones sistemáticas. En muchos casos, provincias con mayores proporciones de población en situación de vulnerabilidad cuentan con menos recursos públicos invertidos en su sistema sanitario.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

Por el lado de los recursos de salud, en las últimas tres columnas de la tabla se verifica una marcada disparidad entre jurisdicciones, al igual que en el resto de las variables evaluadas. Una vez más, CABA supera al promedio nacional, tanto en camas, médicos/as y enfermeros/as cada mil habitantes, con excepción de las provincias de Jujuy y Neuquén en lo concerniente a enfermeros/as. En contraste, la provincia más populosa, Buenos Aires, cuenta con la mitad de las camas y con casi una sexta parte de los médicos/as de la ciudad capital.

Una evaluación más detallada de la distribución de los/as profesionales de la salud analizados en el documento, permite sopesar la magnitud de las diferencias. La Figura 1 ilustra para las cinco jurisdicciones de mayor escala poblacional del país —Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, CABA y Mendoza— la concentración de los/as profesionales de la salud registrados por especialidad, según datos del Ministerio de Salud de la Nación para el año 2016. Las especialidades consideradas aquí son las más requeridas para la atención del COVID-19⁵, ordenadas con base en el porcentaje de profesionales acumulado en la quinta jurisdicción.

Concentración de profesionales por especialidad (C5)

Figura 1



*Adultos y pediátricos o infantiles.

Los números en negritas a la derecha de cada barra indican los valores absolutos acumulados en cada categoría.

Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones de población estimada, al INDEC y a "Profesionales de Salud certificados por Especialidad y Jurisdicción en la República Argentina", Ministerio de Salud de la Nación.

Resultados



5 En base al Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (OFERHUS). "Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina. Datos 2019."

Dos fenómenos pueden advertirse con facilidad a partir de la Figura 1. En primer lugar, la concentración del conjunto de los profesionales de la salud incluidos en nuestro análisis supera ampliamente —entre el 12 y el 29%— a la población residente en estos territorios: mientras las cinco jurisdicciones reúnen al 66% del total de habitantes del país, los/as profesionales registrados allí oscilan entre el 78 y el 95%. Las mayores brechas se verifican en el área de emergentología (que en términos de cantidad se manifiesta como un recurso especialmente escaso, con 514 profesionales entre las 5 jurisdicciones), seguido por los/as profesionales de infectología.

Por otra parte, en el interior de las jurisdicciones se vislumbra la notable desproporción de la tasa de profesionales/población residente en favor de la capital del país. Los/as especialistas registrados en esa jurisdicción representan entre el 40 y el 50% del total (con excepción de los/as emergentólogos/as que son el 13%), a pesar de que sus habitantes no alcanzan al 7% del total nacional. Como contracara, la provincia de Buenos Aires, con una población cercana al 40% del total, alberga una porción relativamente menor de profesionales de la salud, de entre el 7 y el 24% del conjunto para cada especialidad. No obstante, dada la especial vinculación de estas jurisdicciones en el área conocida como AMBA⁶, los datos se deben sopesar a la luz de los posibles flujos de recursos entre ellas. Estas dos jurisdicciones tomadas en conjunto reúnen al 65% de médicos/as clínicos/as y generalistas del país.

Resultados

Dotación de profesionales de la salud

La Argentina está entre los países de la región con mayor tasa de profesionales médicas/os por habitante tal como se evidencia en la Tabla 2. Sin embargo, como se expuso más arriba, su distribución en el territorio es muy desigual y su remuneración se percibe como relativamente baja, en particular en zonas rurales y alejadas de los mayores centros urbanos, donde la cantidad de profesionales de la salud es exigua.

Cantidad de médicos/as cada 1.000 habitantes en países de América Latina

Países	Médicos/as cada 1000 habitantes
América Latina y el Caribe*	2,3
Cuba	8,4
Uruguay*	5,1
Trinidad y Tobago	4,2
Argentina*	4,0
Costa Rica	2,9
Chile	2,6
México*	2,4
Colombia	2,2
Brasil	2,2
Bahamas*	2,0
República Dominicana*	1,6
Paraguay	1,4
Jamaica*	1,3
Belice*	1,1
Nicaragua	1,0
Guatemala	0,4
Honduras*	0,3
Haití	0,2

En los países señalados con () los datos corresponden al año 2017; en el resto de los casos se trata de datos del 2018.

Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial.

Tabla 2

6 Área Metropolitana de Buenos Aires, conformada por CABA y 40 municipios circundantes de la Provincia de Buenos Aires.

Resultados

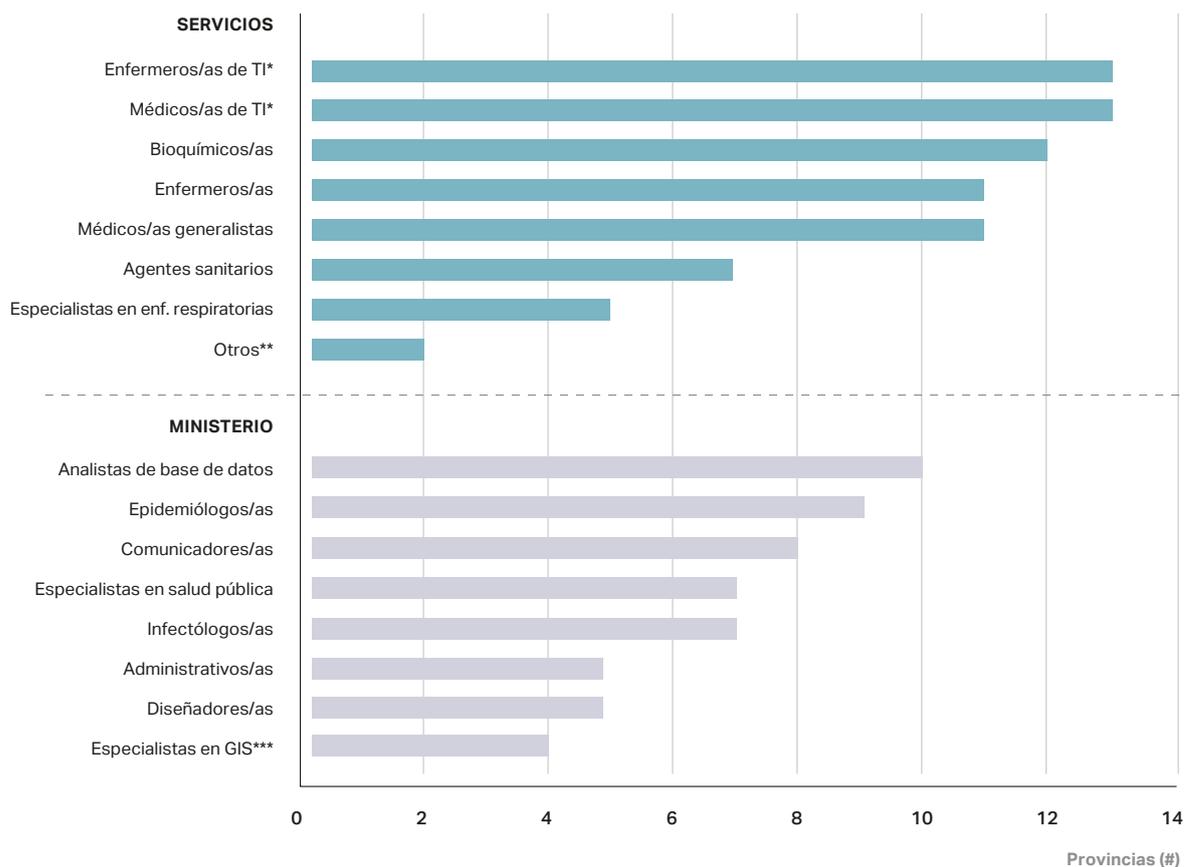
Frente a la imperiosa necesidad de contar con médicos/as y enfermeros/as para dar respuesta a la demanda de atención por COVID-19, las jurisdicciones desplegaron distintas estrategias para intentar cubrir esta brecha.

Todos/as los/as funcionarios/as encuestados/as mencionaron a los equipos de salud como la principal necesidad a cubrir. La Figura 2 ilustra las brechas de personal identificadas, ordenadas según la frecuencia entre las encuestas relevadas. En el área superior con barras azules, relativa a los servicios de salud, se identifica a los/as especialistas de terapia intensiva (TI), tanto médicos/as y enfermeros/as, como la necesidad más reiterada, seguida estrechamente por bioquímicos/as. Este déficit de enfermería constituye una tradicional limitación de las redes de atención sanitaria en el país, más allá del efecto directo de la pandemia.

A nivel ministerial, donde la gestión de la pandemia también agudizó la demanda de personal estratégico, los/as referentes provinciales que respondieron el cuestionario coincidieron en señalar que la mayor deficiencia se concentraba en las áreas de análisis de datos, epidemiología y comunicación.

Principales necesidades de recursos humanos en el contexto de la pandemia

Figura 2



* TI: Terapia Intensiva.

**Incluye psicólogos/as, trabajadores/as sociales, informáticos/as, bioingenieros/as, kinesiólogos/as, choferes, mucamos/as.

*** GIS: *Geographic Information System* (Sistema de Información Geográfica).

Fuente: elaboración propia.

Resultados

La primera reacción frente al COVID-19 de casi todas las jurisdicciones consultadas fue iniciar la contratación de profesionales disponibles mediante modalidades flexibles, un esquema usualmente no abordado por las autoridades subnacionales, que se convirtió en una herramienta aceptada en el contexto de emergencia. Así fue manifestado, por ejemplo, en CABA, lo cual facilitó los mecanismos de ingreso en el marco de la emergencia sanitaria, como ocurrió también en la Provincia de Buenos Aires, que sumó a su planta a más de 1100 profesionales que terminaron su residencia; y en Jujuy, que abrió un concurso para cubrir más de 300 cargos (médicos y agentes sanitarios), entre otras tantas jurisdicciones que adoptaron acciones similares.

En otros casos, como el de Santiago del Estero o Córdoba, recurrieron adicionalmente a la extensión de la carga horaria de varios profesionales que integran la planta. En Neuquén, que se encuentra en una región donde contar con los perfiles sanitarios necesarios suele tornarse aún más difícil, se apeló a la incorporación de profesionales extranjeros como una alternativa para satisfacer la demanda de médicos/as y enfermeros/as.

Pese a estos esfuerzos, la mayor parte de las jurisdicciones se encontró rápidamente con limitaciones de oferta de profesionales formados/as y de las especialidades requeridas, y otras pocas manifestaron, además, la falta de presupuesto para financiar la incorporación de nuevos recursos humanos. Por este motivo, numerosas provincias comenzaron a trabajar con las universidades para aumentar en el corto plazo la oferta existente. Una vez más, Neuquén, por ejemplo, incorporó a postulantes a las residencias 2020 y propició el egreso anticipado de residentes para incorporarlos/las lo antes posible a la planta. Mendoza, por su parte, trabajó con alumnos/as del último año, a quienes les habilitó las prácticas suspendidas por la cuarentena para que lograran recibirse; asimismo, se prorrogó también la culminación de las residencias del último año para evitar reducciones usualmente sistemáticas en el personal que desarrolla tareas en el sistema de salud. Tierra del Fuego señaló la intención de firmar convenios con universidades de las provincias de Córdoba, Santa Fe, CABA y Buenos Aires para realizar rotaciones en la provincia.

En paralelo a estas estrategias, numerosas provincias complementaron la contratación con la reasignación del personal hacia aquellas áreas más demandadas por la pandemia. En este sentido, 9 de las 14 provincias consultadas mencionaron que parte de los equipos del primer nivel de atención (PNA) fueron reasignados al segundo nivel de atención (SNA). En el caso de Tucumán, destacaron que la refuncionalización de parte de los profesionales de la salud fue una gran ayuda para cubrir nuevas necesidades que la pandemia generaba. Así, capacitación mediante, la provincia cuenta con odontólogos/as, fonoaudiólogas/os y otros especialistas que se encuentran apoyando la tarea de hisopado. También reasignaron una parte de los profesionales de la salud a sanidad de frontera, ya que Tucumán limita con varias provincias.

Entre las dificultades sistémicas más reiteradas por las provincias, se encuentra la alta cantidad de personal bajo licencia por pertenecer a grupos de riesgo. Frente a esta situación, y aprovechando el desarrollo y la amplia aceptación que tuvo la telemedicina, numerosas jurisdicciones asignaron a este personal la atención remota, o la realización de tareas de vigilancia epidemiológica mediante rastreo y seguimiento telefónico a contactos estrechos y casos leves, entre otras actividades adaptables al teletrabajo.

En cuanto a la articulación con el sector privado en esta materia, las respuestas fueron variadas, aunque con amplio margen de mejora. Estas medidas se extienden desde unas pocas provincias con acciones para articular alguna gestión o respuesta conjunta de los recursos humanos —pues en la mayor parte de los casos se desempeñan en ambos sectores—, hasta la competencia entre subsectores por lograr exclusividad de los profesionales frente al riesgo de dispersión del virus.

Salud ocupacional

Una temática poco abordada durante períodos normales, pero que gana creciente protagonismo en este contexto, es la asociada con la salud ocupacional de los equipos que participan del sector. La pandemia tuvo un rápido y un fuerte impacto en términos de contagios y bajas de los/as profesionales de la salud, lo cual llevó a establecimientos y redes de varios países a situaciones de elevada tensión. Por este motivo, las diferentes jurisdicciones pusieron en marcha un amplio abanico de medidas tendientes a garantizar la salud ocupacional. Prácticamente todas las provincias consultadas manifestaron haber implementado las siguientes acciones, entre otras:

- Sistema de *triage* definido con cuarto de aislamiento para casos sospechosos.
- Equipo entrenado y capacitado en medidas de seguridad para evitar el contagio.
- Estaciones de higiene y lavado de manos suficientes.
- Insumos y equipamiento necesario para la protección del equipo de salud.
- Monitoreo de personal expuesto a casos infectados.
- Establecimiento de espacios específicos de atención.
- Protocolos para la circulación de las personas en la institución.
- Tratamiento de residuos (bioseguridad).

Una de las consecuencias de un sistema fragmentado como el argentino es el pluriempleo de los equipos de salud. En búsqueda de mejores ingresos, los/as profesionales incurren en prácticas de múltiple empleo —*moonlighting* en su terminología en inglés— y suelen transitar de una institución a otra, muchas veces, incluso, a instituciones de diferentes subsectores. Algunos funcionarios/as consultados/as mencionan que cerca del 80% de los/as profesionales de la provincia cuentan con más de un empleo. Ello no solo genera dificultad para quienes intentan organizar un sistema prestacional —al contar con profesionales de tiempo parcial y compromiso distribuido—, sino que repercute, además, en el nivel de cansancio de los/as trabajadores/as, y aumenta la probabilidad de toma de riesgos propios y sobre la del/la paciente. En general, las jurisdicciones consultadas manifestaron haber iniciado la implementación de acciones para reducir o limitar el pluriempleo de los profesionales de la salud.

La provincia de Chaco, por ejemplo, intentó establecer la concentración de horas trabajadas en una sola institución para el caso de los/as profesionales que trabajan en el sector público. A la vez, mencionaron no haber logrado arribar a un acuerdo con el sector privado para limitar la rotación entre subsectores.

En el caso de Córdoba también se menciona el logro de avances en negociaciones con el sector privado para que aquellos/as profesionales destinados a establecimientos que atienden casos de COVID-19 no trabajaran en otro lugar. Asimismo, se impuso como requisito para el nuevo personal contratado durante la pandemia tener la exclusividad con el sistema público. En esta misma dirección, en Tierra del Fuego los profesionales de la salud del sistema público de Ushuaia cuentan con exclusividad, mientras en Río Grande, donde existe mayor rotación entre subsectores, se busca la mayor reducción posible.

Neuquén, por su parte, generó acuerdos con el subsector privado y con geriátricos para limitar y/o evitar el pluriempleo y conformó equipos divididos para ciertos diagramas con el propósito de evitar la propagación en equipos completos. En CABA se realizaron cohortes de actividad presencial y se

Resultados

diseñó un programa de acompañamiento para prevenir el desgaste profesional, incluyendo licencias. Corrientes, en tanto, planifica el trabajo de los profesionales en forma rotativa, a fin de minimizar el tiempo de exposición de los trabajadores de la salud tanto del hospital específico abocado a COVID-19, como del laboratorio central.

Por último, en Jujuy se realizan hisopados aleatorios y permanentes de los equipos de salud, de modo complementario con el plan denominado "360", que consiste en un muestreo aleatorio a través del cual se busca identificar la presencia de anticuerpos, es decir, determinar si el sistema inmunológico ha reaccionado ante el virus. Este procedimiento se realiza tanto sobre la población como en equipos de salud.

Entrenamiento y capacitación del capital humano

Informar, entrenar y capacitar a los equipos de salud estuvo entre las primeras acciones que los sistemas de salud a nivel global comenzaron a implementar para enfrentar al virus o prepararse para su llegada. Sin embargo, esta tarea reviste gran complejidad en un entorno cambiante y de gran incertidumbre, en el que el conocimiento científico acerca del virus se va generando diariamente, con varias marchas y contramarchas en el camino. Ello trae aparejado complicaciones tanto al momento de generar los contenidos como en la predisposición de los equipos de salud para incorporarlos, en un contexto de gran demanda de su atención.

En la Argentina, las provincias, en mayor o menor medida, generaron información y realizaron acciones de capacitación para los equipos de salud sobre la aplicación de los protocolos, las guías y las recomendaciones en torno del COVID-19. El Ministerio de Salud de la Nación asumió tempranamente la tarea de procesar, readecuar y difundir con periodicidad los lineamientos y las evidencias relacionados con el nuevo virus, que se gestaban, sobre todo, en el ámbito internacional.

El análisis de las recomendaciones, las guías y las regulaciones emanadas desde ese órgano central, realizado en la etapa preparatoria de nuestro estudio, permitió identificar una vasta producción de materiales casi diarios, con cobertura sobre diversos aspectos y dirigida a la multiplicidad de actores involucrados en la gestión y el control de la epidemia. En particular, en el área de servicios y recursos humanos, se hallaron pautas que abarcan desde el manejo de los laboratorios o el *triage* en los centros de salud, hasta la atención de la salud mental o el sostenimiento de prácticas para el abordaje de otras enfermedades y problemáticas en el contexto de la emergencia del coronavirus.

Las estrategias de las provincias para informar y mantener actualizados a sus equipos de salud involucraron la utilización de diversos medios como vía de comunicación, según surge de las encuestas realizadas. Entre los más empleados se destacan el correo electrónico (76,9%), las redes sociales (69,2%) y las nuevas tecnologías de aplicación más reciente, como los grupos de *whatsapp* o las reuniones virtuales a través de diversas plataformas, que permitieron superar la imposibilidad de reuniones y de capacitaciones presenciales, a la vez que cuentan con la ventaja de la inmediatez y del amplio alcance.

Pese al despliegue y a la rapidez con la que se generaron y difundieron gran parte de las guías y protocolos, varios de los/as funcionarios/as identificaron obstáculos para lograr que los equipos se apropiaran e incorporaran esa información. Entre ellos, se mencionaron las dificultades de conectividad en algunas zonas, la imposibilidad de chequear la efectiva lectura del material y su correcta interpretación, además de la desconfianza que se generó en ciertos momentos debido a los cambios constantes en las recomendaciones.

Adicionalmente, en ocasiones la falta de acompañamiento de algunos mandos intermedios fue un factor que afectó la difusión y la aplicación de los contenidos, junto con cierta sobrecarga de información concebida por diversas fuentes y destinada a los profesionales de la salud, que en ciertos casos pudo haber generado el efecto contrario al esperado.

Resultados

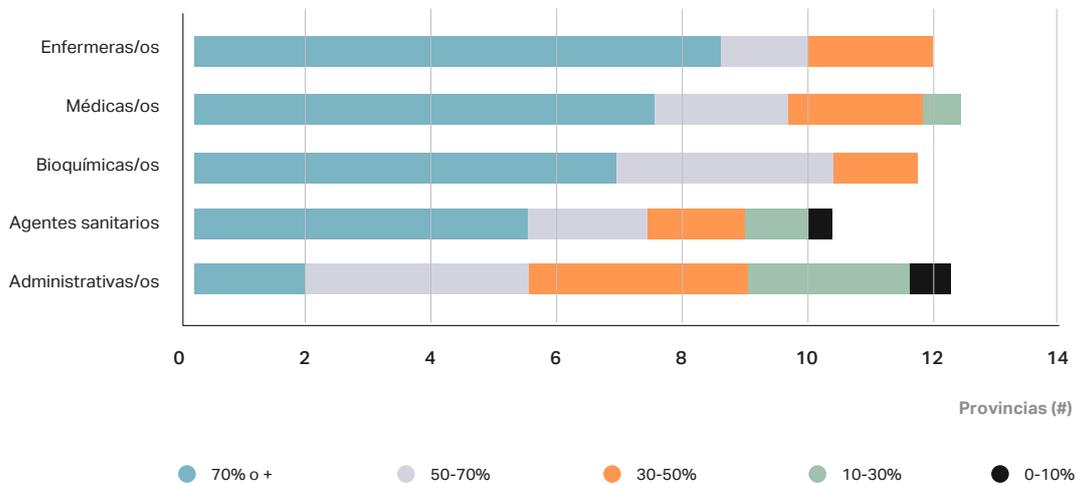
Todas las provincias consultadas realizaron acciones de capacitación para los equipos de salud sobre la aplicación de los protocolos, las guías y las recomendaciones. La Figura 3 muestra el porcentaje de personal capacitado por especialidad dentro de los equipos de salud, construido a partir de las respuestas recibidas.

Los/as enfermeros/as y luego los/as médicos/as fueron quienes concentraron los mayores esfuerzos de capacitación, pues la mayor parte de las provincias consultadas mencionaron haber preparado una amplia proporción de estos profesionales. La encuesta establece que en 8 de las 14 jurisdicciones más del 70% de su personal de enfermería que trabajaba en establecimientos públicos había recibido capacitación durante la primera etapa de desarrollo de la pandemia, mientras que en cinco casos aseveran que tal porcentaje fue menor (2 entre el 30 y el 50%, en tanto 3 jurisdicciones localizan ese porcentaje entre el 50 y el 70%). Por su parte, el impacto de la capacitación sobre el personal médico resultó marginalmente menor.

Según el personal de alto nivel entrevistado, los/as bioquímicos/as que tienen a cargo una tarea central en el diagnóstico de la enfermedad, recibieron una capacitación en un porcentaje superior al 70% del personal en 6 de las 14 jurisdicciones y 5 de ellas reportaron niveles de capacitación de entre el 50 y el 70% del personal en esta especialidad. Los/as agentes sanitarios y, sobre todo, el personal administrativo aparecen algo más rezagados en la cobertura de capacitación.

Personal que recibió capacitación específica en COVID-19 (% del total de cada especialidad) *

Figura 3



*Porcentajes sobre el 100% de los recursos humanos de cada especialidad, considerando el promedio de respuestas relativo al PNA y el SNA. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones



De esta manera, gran parte de los equipos del sistema público de salud recibieron algún tipo de capacitación en un breve periodo de tiempo. Como se mencionó, la modalidad virtual fue la más empleada para poder llegar al mayor número de personas en el menor tiempo posible evitando el contacto físico de la presencialidad. Ello permitió ganar en escala y alcance, pero también se identificaron limitaciones en el formato. Por ejemplo, la falta de alfabetización digital —la denominada barrera digital— para una franja etaria más avanzada; los problemas de conectividad en algunas zonas del país; y la falta de tiempo y desgaste de los profesionales, que se vieron altamente sobrecargados en el corto plazo, fueron algunas de las principales dificultades mencionadas.

Otro de los problemas más señalados por los/las entrevistados/as fueron aquellos asociados a la resistencia de los/las profesionales, a partir de las divergencias de criterios entre los equipos de salud en la comparación con las distintas guías o recomendaciones, la dispersión de criterios profesionales y la sobreinformación disponible.

Aun con las dificultades identificadas, la mayoría de las jurisdicciones consultadas capacitó a un significativo porcentaje del personal del sistema público de salud y la generación de las guías y las recomendaciones resultó oportuna, pero ello no es suficiente para acreditar su efectiva implementación por parte del personal. A modo de ejemplo, uno de los funcionarios aludió al caso de un hospital donde el personal de salud se capacitó durante tres meses, y cuando tuvo que poner en práctica lo aprendido cometió varios errores. A partir de entonces, se decidió acompañar las acciones de capacitación con el nombramiento de un/a enfermero/a de control de infecciones en cada turno del hospital (mañana/tarde), para supervisar y corregir los errores que se cometen *in situ*.

En esa dirección, las jurisdicciones emplearon diferentes mecanismos para monitorear la implementación de las recomendaciones en los equipos de salud. Algunas provincias la realizan a través de las estructuras intermedias, como las regiones sanitarias o los responsables directos, jefes o directores de servicio (Chaco, CABA o Corrientes).

San Juan, por su parte, realiza supervisiones capacitantes e implementa sistemas de *checklist* de algunos procesos. Tucumán, a su vez, cuenta con un programa denominado VIGIES —Programa de Vigilancia en los Equipos de Salud— destinado a controlar que el personal de salud cumpla con los protocolos para el cuidado del personal y de las instituciones. Por último, Córdoba, a partir de un brote temprano en una institución privada, generó una mesa de bioseguridad en el COE —Comité Operativo de Emergencia— que sigue el tema tanto en establecimientos públicos como privados y logró generar una resolución que obliga a todos los establecimientos de salud a tener un comité de bioseguridad.

Conclusiones

El presente trabajo intenta reflejar la capacidad de respuesta de las jurisdicciones subnacionales ante la demanda emergente de talento humano capaz de hacer frente a la pandemia durante el primer año de COVID-19 en la Argentina.

Los resultados muestran, por una parte, un fuerte reconocimiento al Gobierno nacional en el proceso de capacitación mediante el diseño y la generación de contenidos y material de manera constante, destinado a promover reacciones eficaces ante una enfermedad cuyos modos de transmisión, en sus primeras etapas, aún era desconocido. El impacto en el fortalecimiento de la gestión provincial fue significativo, con altos porcentajes del personal inmerso en este proceso de capacitación, sobre todo, en especialidades de alto impacto (enfermería, medicina clínica y bioquímica).

Por otra parte, los espacios de contratación de nuevos profesionales y trabajadores/as de la salud para satisfacer las necesidades crecientes de cuidado encontraron varias modalidades, que se extienden desde la contratación de recursos externos al sistema de salud bajo formas de contratación poco habituales en el sistema público, hasta el pago de horas extras a trabajadores/as con posiciones de planta en el sector. Ello muestra la amplia disparidad de recursos monetarios y facilidades institucionales de las diferentes jurisdicciones para reaccionar a la emergencia, como también la necesidad de promover espacios de convergencia entre ellas, en términos de normativas salariales, homologación de funciones, incentivos y mecanismos de promoción, que permitan un flujo de talentos a lo largo del país.

La presencia de multiempleo y las limitaciones en la coordinación entre el subsector público y el resto del ecosistema sanitario establece barreras institucionales difíciles de franquear y desafía la eficacia

Conclusiones

de la política. Ello no solo se identifica en términos de brechas de remuneraciones, mecanismos de capacitación y dotación de insumos, sino también en la falta de una reacción colectiva ante riesgos que exceden a los subsectores individualmente y potencian los desafíos de la pandemia. Un caso claro de ello es la temática de seguridad sanitaria, que realza la necesidad de establecer protocolos transversales que limiten el contagio en un sistema con movilidad de personal entre establecimientos.

Una agenda sectorial a futuro debe considerar estas particularidades a fin de desplegar una estrategia de protección del talento humano, de por sí expuesto a niveles de estrés extremos en el marco de una pandemia de larga duración. Ello debería complementar el desarrollo de mecanismos homogéneos de formación profesional en conjunto con universidades nacionales y privadas, con equivalencia en tipos de residencia, certificación, etc. Esfuerzos importantes han sido llevados a cabo en esta dirección por la conducción nacional, aunque queda un camino aún extenso por recorrer.

La pandemia también realzó la necesidad de reforzar ciertos perfiles, sobre todo, para la gestión de la salud pública. La escasez de profesionales en el área de comunicación y análisis de datos refleja un déficit ya existente previo a la llegada del COVID-19 y amerita una mirada especial por parte de autoridades provinciales, donde la asistencia técnica nacional puede constituir un aporte de gran impacto.

Por último, la realidad muestra que, pese a las respuestas brindadas, la problemática asociada con el talento humano en todas sus dimensiones (formación, actualización profesional, remuneración, incentivos al desarrollo de carrera, brechas entre diferentes especialidades —particularmente enfermería— y entre provincias y regiones) difícilmente pueda resolverse en el corto plazo y exige del diseño de una estrategia de mediano y largo plazo, de envergadura nacional que contemple un abordaje coordinado entre subsectores. De lo contrario, los espacios de acción se verán reducidos a una puja por el talento existente entre jurisdicciones y subsectores.

Dimensiones y subdimensiones del estudio

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

Anexo 1

Fuente: elaboración propia.

Referencias



- European Center for Disease Control and Prevention (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-seventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf>
- Hopman J., B. Allegranzi and S. Mehtar (2020). Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA*, 323(16), 1549–1550. doi:10.1001/jama.2020.4169
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Población estimada al 1 de julio de cada año calendario por sexo. Años 2010-2040. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, Año VIII, No. 14, 155-179: mayo-septiembre. https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800112_155-179.pdf
- Maceira, D. y C. Cejas (2010). Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional. Documentos de Políticas Públicas. Recomendación No. 82. CIPPEC. Buenos Aires.
- Maceira, D., S. Olaviaga y V. Iñarra (2021). El desafío de la gobernanza. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina. Buenos Aires: Fundar.
- Maceira D., S. Olaviaga y V. Iñarra (2021). La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina. Buenos Aires: Fundar.
- Ministerio de Salud. Datos Abiertos del Ministerio de Salud. Profesionales de salud certificados por especialidad a nivel nacional con corte al año 2016. Consultado el 02/01/2021. <http://datos.salud.gob.ar/dataset/profesionales-certificados-por-especialidad-y-jurisdiccion-republica-argentina/archivo/083f91ef-981d-47fc-8063-abb9b69abf35>
- OMS (2020a, abril, 14). Actualización de la estrategia frente a la COVID 19. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf
- OMS (2020b). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: Rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0
- Sheikhbardsiri, H., A. R. Raeisi, M. Nekoei-Moghadam and F. Rezaei (2017). Surge capacity of hospitals in emergencies and disasters with a preparedness approach: a systematic review. *Disaster medicine and public health preparedness*, 11 (5), 612-620.
- Wiskow, C. and M. Hopfe (2020, abril, 1). Cinco formas de proteger al personal de salud durante la crisis del COVID-19. Organización Internacional del Trabajo (OIT). https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_740405/lang--es/index.htm

Acerca de los autores y las autoras

Sofía Olaviaga

Coordinadora del Área de Salud de Fundar

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

Valeria Iñarra

Investigadora del Área de Salud de Fundar

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

Daniel Maceira

Director del Área de Salud de Fundar

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

Modo de citar

Olaviaga, S.; Iñarra, V. y Maceira, D. (2021). Talento humano, el recurso más crítico. *Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina*. Buenos Aires: Fundar.

Disponible en <https://www.fund.ar>.

