

ANÁLISIS INTEGRADO DE IMPACTOS Y TRANSFORMACIONES

SALUD

Ana Ariovich
Bárbara Couto
María Crojethovic
Carlos Jiménez
Carlos Martínez



Informe de la tercera etapa del proyecto *Prevención y monitoreo del COVID-19 en municipios del conurbano bonaerense desde una perspectiva multidimensional* Agencia I+D+i (IP 415, UNGS). Dr. Rodrigo Carmona (investigador responsable)

Análisis integrado de impactos y transformaciones: salud

Proyecto marco

Ideas Proyecto Agencia I+D+i 415 | 440 | 650 | 763 - Prevención, control y monitoreo multidimensional y multiescalar de los efectos sanitarios y socioterritoriales de la pandemia por COVID-19 y las medidas de ASPO en Argentina. Dr. Horacio Bozzano (Investigador responsable)

Autores/as

Ana Ariovich
Bárbara Couto
María Crojethovic
Carlos Jiménez

Colaboración:

Nicolás Dinerstein

Universidad Nacional de General Sarmiento
Abril de 2021. Los Polvorines, Buenos Aires, Argentina

Portada e infografías: Sebastián Prevotel



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Cómo citar:

Ariovich, Ana; Couto, Bárbara; Crojethovic, María; Jiménez, Carlos; Martínez, Carlos (2021). *Prevención y monitoreo del COVID-19 en municipios del conurbano bonaerense - etapa 3. Análisis integrado de impactos y transformaciones: salud*. IP 415 - Agencia I+D+i. Universidad Nacional General Sarmiento.

Contenido

1. Desafíos de la gestión de la crisis sanitaria	4
2. Problemáticas de la salud de la población	6
3. Las problemáticas del sistema	8
Gestión de la política.....	8
Recursos humanos	8
Infraestructura	8
Políticas y programas.....	11
Atención en los servicios.....	11
Financiamiento	13
Anexo	16
Matriz de impactos	16

1. Desafíos de la gestión de la crisis sanitaria

La irrupción de la emergencia sanitaria hace un año atrás puso en crisis los ya preexistentes desequilibrios urbanos en la provisión de servicios públicos de toda índole y en particular, puso en primer plano a la salud dentro de la agenda pública. En septiembre de 2018 el Ministerio de Salud había sido degradado al rango de secretaría en el marco de un proceso de ajuste general del presupuesto estatal motivado por el diagnóstico de crisis fiscal. Nadie imaginaba para ese entonces que un año después el SARS-COV 2 tensionaría al extremo un sistema que ya se encontraba al borde de sus capacidades.

En ese escenario, la crisis evidenció las profundas heterogeneidades del sistema sanitario del AMBA, la región más vulnerable del país, tanto por la densidad poblacional como por los niveles de pobreza e indigencia. Allí se localizan los más de 1000 barrios populares (35% del total nacional) y viven 391.219 familias en condiciones de extrema vulnerabilidad. Los sectores que habitan en barrios populares dependen mayoritariamente del sistema público oficial que presenta fuertes brechas territoriales tanto en materia de infraestructura como en materia presupuestaria.

El informe presenta en este sentido, un análisis de 1) las problemáticas de salud de la población a partir de la emergencia por COVID-19 y 2) las condiciones y desafíos del sistema sanitario, la atención de los servicios y su financiamiento durante el primer año de pandemia en 2020.

Infografía 1. Dimensiones de análisis



Se diferencian tres etapas: Primera entre marzo y abril, Segunda entre mayo y septiembre, y Tercera de octubre en adelante, debido a la particularidad de problemáticas, transformaciones y de las respuestas de los actores involucrados.

Se advierte el carácter multidimensional de las **problemáticas de salud de la población**, imbricadas con las problemáticas de la alimentación, las violencias, como cuestiones más urgentes. En la primera etapa las redes del barrio constituyeron eslabones esenciales para la contención inicial. En un segundo momento, se produjo un proceso de reacomodamiento y reorganización del sistema para restablecer la atención del primer nivel que había sido prácticamente suspendida. Asimismo, frente a la necesidad de contener a la población de adultos mayores, se desplegaron redes locales y barriales que involucraron a jóvenes provenientes de parroquias, escuelas y otras organizaciones sociales. La provisión de medicamentos se vio afectada por algunas discontinuidades por parte de los programas provinciales y nacionales, obligando a los municipios a desplegar recursos y estrategias no previstas. La atención de patologías de salud mental, las campañas de vacunación o el seguimiento de las pacientes obstétricas debió ser repensado y reorganizado adoptando diferentes estrategias desde el Estado y en articulación con los actores del territorio. En una tercera etapa se observó la persistencia de las problemáticas alimentarias debido a la continuidad del ASPO, la inactividad laboral y suspensión de los ingresos, lo cual fue atendido desde el Estado con diferentes políticas asistenciales como la Tarjeta Alimentar, el IFE y los ATP para pymes con empleados registrados que permitió contener una ola de despidos masivos.

Respecto a las **condiciones y desafíos del sistema sanitario** del AMBA el informe presenta un análisis de la gestión en tres dimensiones: gestión de la política, gestión de la atención en los servicios y gestión del financiamiento.

Sobre la **gestión de la política** se advierten los desafíos vinculados al financiamiento de los recursos humanos, así como a aquellos vinculados a los procesos de capacitación y actualización del personal, acordes a las innovaciones tecnológicas de los equipamientos de salud. Se advierte que el esquema de coparticipación fiscal de la provincia de Buenos Aires plantea un conjunto de incentivos a los municipios para la construcción de hospitales propios que lleva a desatender la atención primaria y que al mismo tiempo ejerce fuerte presión sobre las cuentas municipales para atender la compra de insumos o incorporar recursos humanos profesionales y operativos calificados.

En relación a la infraestructura hospitalaria se presentan datos sobre las brechas pre-pandemia entre regiones sanitarias en materia de camas de internación del subsector público, la existencia de camas críticas por adulto, así como el despliegue de recursos municipales para incrementar la capacidad de realizar tests rápidos para mejorar la prevención y monitoreo del COVID-19.

Sobre las políticas implementadas, frente a los desafíos de coordinación entre jurisdicciones, se evidenció por un lado un rol significativo del SAME para atender las emergencias en los diferentes puntos del territorio, por otro lado, la organización de los COE, Comités Operativos de Emergencia para coordinar entre áreas municipales las diferentes aristas de las problemáticas socio-sanitarias. Finalmente, se observó un despliegue municipal para mejorar los sistemas de registros en el estado de emergencia en diferentes puntos del territorio, organizando operativos que permitieran una mejor cobertura de las zonas periféricas.

En materia de **atención en los servicios** de salud se observaron importantes readecuaciones. Con vistas a poder restituir el funcionamiento del sistema, se advirtió la separación de centros dedicados a la atención de COVID-19 y aquellos centros denominados “limpios”. Esto llevó en la mayoría de los municipios a destinar polideportivos u otras instalaciones para el aislamiento de casos sospechosos o confirmados. Asimismo, los Centros de Atención Primaria llevaron adelante procesos de reorganización importantes, readaptando las modalidades de entrega de medicamentos en domicilios. Por otro lado, se reorganizaron a nivel municipal los operativos de vacunación, y se avanzó en la reconexión con pacientes con enfermedades crónicas evitando la presencialidad vía *whatsapp* o vía telefónica. La instalación de sistemas de telemedicina para realizar seguimientos de pacientes COVID-19 fue una iniciativa de algunos municipios de la región en articulación con universidades nacionales que permitió proteger al personal de salud en las tareas de monitoreo.

En un segundo momento se reanudaron las consejerías pre y post ILE (Interrupción Legal del Embarazo) y MAC (Métodos Anticonceptivos). Fue clave en la conformación de redes locales de contención el rol de las trabajadoras sociales y promotores comunitarios articulando con la población en el territorio.

En el tercer momento de Distanciamiento Obligatorio -DISPO- se regularizaron un conjunto de actividades, se organizaron talleres de prevención y se dispusieron laboratorios itinerantes para la realización de prácticas clínicas de prevención de la salud.

Finalmente, en relación a los problemas del financiamiento, se advirtió una fuerte heterogeneidad entre municipios en función de disponibilidad de infraestructura hospitalaria propia. Se presentan dos indicadores, el gasto municipal en salud como porcentaje del gasto total que expresa la magnitud e importancia asignada a esa función en comparación con otras, y el gasto municipal per cápita que expresa el alcance de las prestaciones de acuerdo a la población de dicho distrito. Las heterogeneidades se deben como señala el informe tanto a la desigual disponibilidad de recursos entre municipios ricos y pobres como a la lógica del sistema de coparticipación que premia la oferta de servicios de internación y de alta complejidad lo que lleva a la menor distribución relativa hacia la función de la atención primaria de la salud.

2. Problemáticas de la salud de la población

En este apartado se hace una presentación de las principales problemáticas de salud de la población que tomaron mayor visibilidad en el contexto del ASPO y el DISPO, y de las iniciativas que los gobiernos locales fueron tejiendo en articulación con las intervenciones nacionales o provinciales para dar respuesta.

En el primer momento del ASPO, identificamos tres grandes problemáticas emergentes frente a la situación de la pandemia y el aislamiento. En primer lugar, la situación de crisis alimentaria fue enfrentada a través de la organización de ollas populares multiactorales, donde participaron referentes comunitarios, el estado municipal, las organizaciones sociales territoriales como son las iglesias, comedores, y/o movimientos sociales. En segundo lugar, la situación de crisis socio-sanitaria promovió el armado de comités de emergencia barriales donde participaron referentes

sociales, autoridades municipales y otras instituciones públicas, como los bomberos, y las escuelas. Finalmente, se produjo un incremento de la violencia de género, situación que rápidamente fue enfrentada con el fortalecimiento de redes interinstitucionales entre referentes comunitarias y secretarías u organismos estatales.

En un segundo momento, desde los centros del primer nivel de atención se comenzó a trabajar el problema de la demanda de la población, la misma había disminuido por miedo al contagio. Con este propósito comenzaron a desplegar operativos casa por casa en el marco del programa Detectar. Algunos municipios se sumaron a dicho operativo solicitando que agregaran algunas preguntas al cuestionario, por lo que este indagaba sobre los síntomas, a la vez que sobre la existencia en el hogar de embarazadas, niños, ECNT, o necesidades particulares. Entre julio y septiembre aproximadamente, comenzó una etapa de mayor reconexión con el barrio y comenzaron a buscar pacientes con patologías crónicas (hipertensos, diabéticos, etc.), menores que no habían concurrido al control. Dichos operativos muchas veces se hacían junto con el área de Desarrollo Social/Promoción Social, Hábitat, Economía Popular y Género. Esto hace suponer un diálogo entre la Provincia con los municipios y el propio personal de los CAPS.

Otra problemática que preocupó a los municipios fue la falta de redes familiares o sociales de los adultos mayores durante el aislamiento preventivo, para lo cual realizaron intervenciones en el territorio con grupos de jóvenes que asistían a los adultos mayores con las compras o acercando medicación para que no salieron de sus casas. Estos jóvenes que provenían de parroquias, templos evangélicos, escuelas y otras organizaciones sociales, se fueron articulando con el municipio para brindar un apoyo a dicha población.

El miedo al contagio también generó que las familias no salieran a vacunar a sus hijos, por lo que empezaron a quedar incompletos los calendarios de vacunación. Este problema fue canalizado por los municipios a través de jornadas de vacunación en el territorio con la ayuda de organizaciones sociales y campañas en los polideportivos, se montaron postas para facilitar el cumplimiento del calendario. También se vacunó en las escuelas, aprovechando la distribución de alimentos como oportunidad de contacto con las familias.

El incremento de los problemas vinculados a la salud mental de la población durante el ASPO, generó que este fuera uno de los desafíos más complejos para el primer nivel. Desde algunos municipios se desplegaron diferentes iniciativas en respuesta al incremento de síntomas por la pandemia y la situación de aislamiento: miedo, angustia, pánico, ansiedad, estrés, depresión, adicciones, entre otros. A la vez, se realizaron estrategias particulares para la atención de cuadros nuevos o preexistentes -agravados por el aislamiento- que incluyeron guardias telefónicas exclusivas para salud mental, consultas en líneas a través de la utilización de redes sociales, ampliación de los equipos profesionales orientados a la atención psicológica y/o psiquiátrica en los establecimientos y nuevos dispositivos para la articulación del primer nivel con hospitales o centros municipales especializados en la temática. Se implementó también un novedoso dispositivo de primeros auxilios en salud mental, que tuvo como fin atender con celeridad las distintas necesidades originadas en el contexto del ASPO en los hogares. Además, desde los municipios se estimularon las actividades recreativas, artísticas, físicas y deportivas por vía remota, como terapias lúdicas alternativas.

En el tercer momento se evidencia que la crisis alimentaria persiste aún con fuerza. En respuesta, los municipios desarrollan dos iniciativas importantes para hacer frente a la demanda creciente de alimentos por parte de los sectores más vulnerabilizados. Por un lado, se distribuyen insumos y se realizan capacitaciones virtuales para incentivar el autocultivo de alimentos en huertas; por el otro, se promueve el consumo de alimentos en mercados de productores cercanos a la población.

3. Las problemáticas del sistema

En este apartado, el foco de análisis se situó en las problemáticas que fueron tomando relevancia durante el ASPO y DISPO en el sistema de salud, recuperando tres dimensiones analíticas: la gestión de la política, la atención en los servicios y el financiamiento.

Gestión de la política

Recursos humanos

En el primer momento encontramos un conjunto de problemáticas vinculadas con la gestión de los recursos humanos. Así, identificamos el personal de las dependencias públicas y servicios no se encontraban preparados para enfrentar los desafíos de una pandemia. Situación que atravesó transversalmente a todas las áreas de gobierno, desde el personal de sistemas, pasando los administrativos, los de mantenimiento tecnológico, los de infraestructura, y los de logística, hasta todo el personal sanitario. Para enfrentar esta situación, rápidamente se organizaron espacios de capacitación en articulación con sindicatos, universidades y municipios.

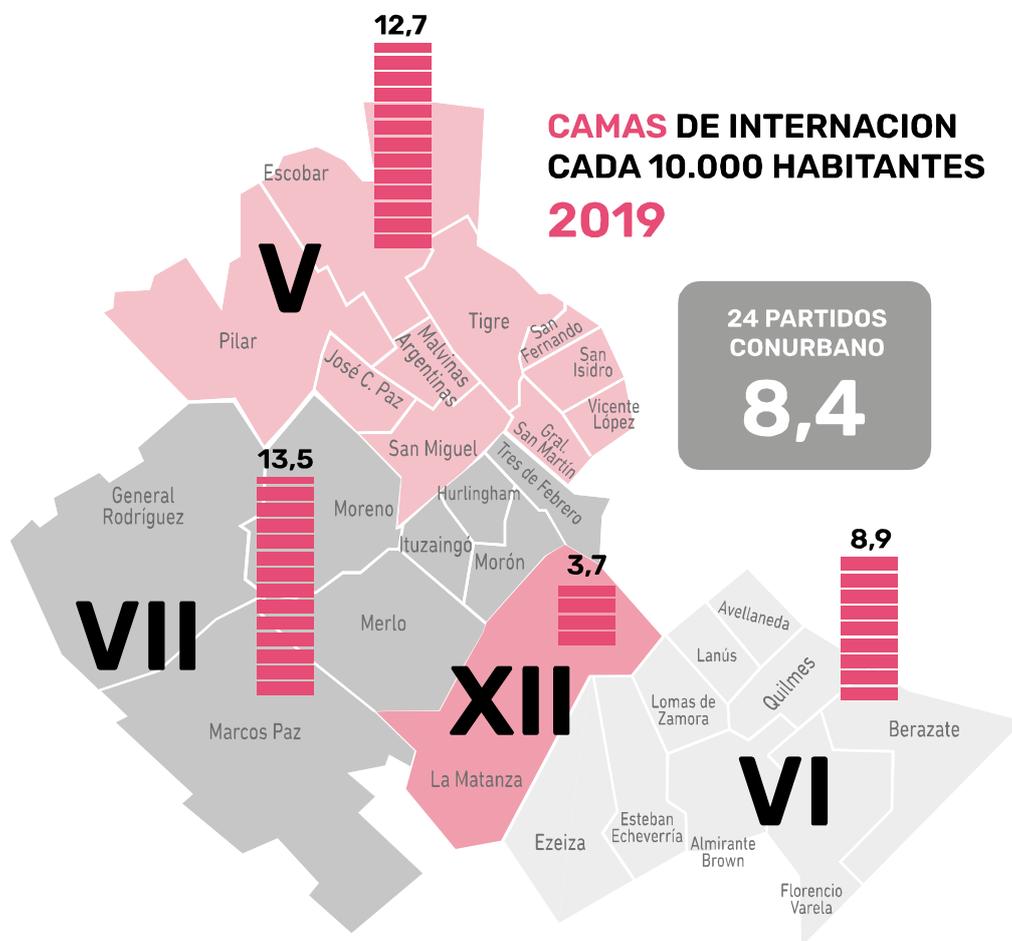
Dentro de las readecuaciones generales que la pandemia impulsó, se observa un déficit de iniciativas vinculadas a la gestión integral de los RRHH de la salud. La falta de dotación y calificación de los recursos humanos para el manejo de equipamientos de media y alta complejidad, es la punta de un iceberg de una problemática bien compleja. En los casos analizados del conurbano bonaerense, se observa que muchos establecimientos incorporan tecnología de mediana y alta complejidad sin sumar recursos humanos formados. Algunos establecimientos hospitalarios realizaron una planificación preventiva o implementaron protocolos de mantenimiento de infraestructura y equipamiento de alta complejidad (incluyendo los aspectos de bioseguridad), siendo únicamente las tecnologías tradicionales o más sencillas de operar las que contaron con personal (mantenimiento edilicio, sistemas de ascensores, oxígeno, grupos electrógenos, tableros eléctricos, etc.). La refuncionalización de los establecimientos hospitalarios operada en la provincia de Buenos Aires durante los últimos años es significativa y conlleva, sin duda, a la creación de una demanda de RRHH altamente calificado (bioingenieros, arquitectos, técnicos, entre otros) que hoy se convierte en muchos distritos en un cuello de botella. Los rediseños curriculares para la calificación en estas temáticas constituyen un desafío pendiente y representa una ventana de oportunidad en la articulación sinérgica entre universidades nacionales, actores sindicales y municipios.

Infraestructura

En 2019 la población que contaba únicamente con cobertura pública de salud en el conurbano ascendía a 36% (4 puntos por encima del total nacional). El análisis de la infraestructura hospitala-

ria, para el primer momento de pre-pandemia del subsector oficial, sugiere una brecha de disponibilidad de camas de internación cada 10.000 habitantes de 3 a 1, si consideramos que la región VII -Malvinas Argentinas, Vicente López, San Isidro, San Miguel, Gral. San Martín, José C. Paz, Tigre, San Fernando, Pilar, Escobar- cuenta con 13,5 camas y la región XII -La Matanza- con 3,7.

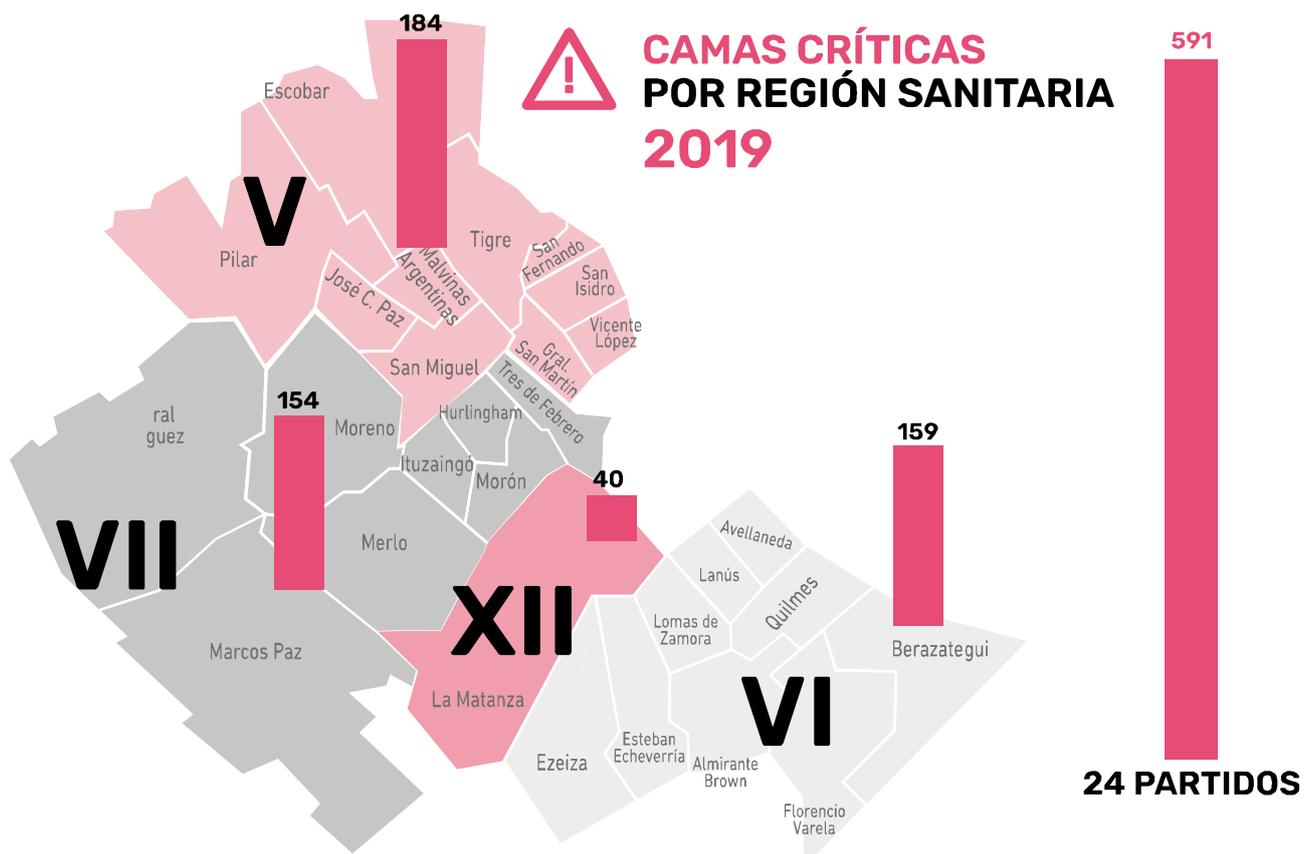
Infografía 2. Camas de internación por regiones sanitarias seleccionadas y total 24 partidos del conurbano cada 10 mil habitantes 2019



Fuente: Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En un primer momento frente al escenario de colapso de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, la intervención estatal sobre la emergencia procuró fortalecer la oferta de camas de terapia intensiva, en la cual convergen recursos de las tres jurisdicciones estatales, Nación, Provincia y Municipios, con un peso de la infraestructura provincial del 60% en camas críticas para adultos (mayores de 12 años).

Infografía 3. Camas críticas por regiones sanitarias seleccionadas y total 24 partidos del conurbano 2019



Fuente: Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En especial en las zonas más densamente pobladas como el Área Metropolitana de Buenos Aires se presenta una elevada heterogeneidad en este sentido. Si consideramos la situación de partida, esto es, previo a que se haya desatado la pandemia, en materia de camas críticas del sistema público de salud (de las tres jurisdicciones) para pacientes no infantiles, la disponibilidad promedio para los 24 municipios del conurbano en 2019 era de una cama cada 14.569 habitantes adultos. Sin embargo, existe una gran heterogeneidad entre distritos. La brecha va desde contar con una cama crítica cada 6.429 “adultos” a tener, solamente, una cama crítica cada 42.023 habitantes de más de 12 años de edad, lo que implica una disponibilidad seis veces menor.

En este sentido, el gobierno de la provincia de Buenos Aires avanzó en la construcción de hospitales modulares entre abril y mayo en diferentes localidades reforzando el sistema provincial con alrededor de 800 camas de terapia. Asimismo, la atención se focalizó en la centralización de la compra de insumos críticos a nivel nacional como es el caso de los respiradores, para evitar escenarios de desabastecimiento o encarecimiento por abuso de posición comercial.

Cabe destacar que aun en contexto de pandemia, se siguió robusteciendo la infraestructura dentro de los municipios de la Región Sanitaria V, situación que fue posible tras la habilitación de las actividades de construcción de obras públicas. En este segundo momento, la estructura sanitaria se vio fortalecida, se produjeron ampliaciones en los efectores de salud, se crearon nuevos laborato-

rios, nuevos centros de atención primaria, y se compraron ambulancias. Esto requirió de una coordinación interjurisdiccional entre la Provincia, la Región y los Municipios.

Una de las nuevas problemáticas a atender por los municipios fue la posibilidad de ampliar su capacidad para realizar *tests* de diagnóstico. En este sentido, se identifican estrategias municipales para fortalecer este aspecto a partir de la instalación de laboratorios municipales para tests rápidos o la disposición e inversión en insumos con recursos propios.

Políticas y programas

Sobre la gestión de políticas y programas en el primer momento del ASPO, encontramos tres problemas. En primer lugar, los municipios se enfrentaron a la falta de información, es decir, identificaron que había necesidades barriales que no tenían relevadas, frente a esto se desplegaron operativos barriales articulando la llegada al territorio con los referentes barriales.

En segundo lugar, se pusieron en evidencia los déficits en la coordinación entre servicios de salud para garantizar el acceso a la atención de la emergencia, para dar respuesta a esta demanda se jerarquizó la articulación con el SAME como engranaje fundamental a escala barrial entre los servicios y la población.

En relación a la distribución de medicamentos, en general hubo dificultades desde Provincia con la entrega del programa PRODIABA. El PROEPI tuvo escaso cumplimiento y el Remediar estuvo entregando muy pocos botiquines. Esto generó problemas en el stock de los municipios, quienes debieron salir a comprar (sobre todo la medicación para diabéticos). Algunos municipios trabajaron con licitaciones trimestrales, para proveer de medicación tanto al primer nivel como al segundo; otros contaron con depósitos de medicamentos e insumos para seguir proveyendo a los CAPS y a los hospitales.

Finalmente, para enfrentar el déficit coordinación entre jurisdicciones, algunos municipios en articulación con la provincia de Buenos Aires crearon los “COE” Comités operativos de Emergencia, que articuló diferentes áreas, entre ellas: salud, seguridad y defensa civil.

Atención en los servicios

En el primer momento del ASPO, identificamos una serie de problemáticas ligadas al acceso a la atención en los servicios. En primer lugar, encontramos que no se estaban garantizando las prácticas esenciales, frente a esa situación los CAPS se re-organizaron bajo esquemas con restricciones, pero intentado dar respuesta a la demanda.

Frente a la interrupción del vínculo entre la población y los CAPS, básicamente para los usuarios que se encontraban bajo tratamiento por enfermedades crónicas, se organizaron nuevas estrategias de vinculación mediante re-conexión vía telefónica y WhatsApp.

En segundo lugar, frente a la interrupción de la medicación, se desplegó una estrategia de entrega domiciliaria de recetas y remedios. Asimismo, frente a la suspensión de vacunas se re-organizaron operativos de vacunación puerta a puerta, y/o en polideportivos. Para estas actividades fue central la articulación entre los municipios y los referentes barriales.

Otro problema relevante de este primer momento, fue que los CAPS se encontraron sin capacidad para atender frente a la pandemia, ante esta situación, algunos municipios adoptaron esos centros al funcionamiento de sector limpio y otro específico para COVID.

El ASPO supuso dificultades para la atención de salud que no era esencial. Sin embargo, dentro de este momento, las consejerías pre y post ILE y MAC (métodos anticonceptivos) se sostuvieron en aquellos centros que ya venían brindando este tipo de atención con anterioridad a la pandemia. Asimismo, continuó el seguimiento y acompañamiento a mujeres víctimas de violencias. Los propios profesionales de los servicios fueron quienes sostuvieron la distribución de los métodos anticonceptivos (MAC); aunque debieron espaciar las consultas, brindaron medicación anticonceptiva para cubrir la demanda de por lo menos tres meses. Las trabajadoras sociales aparecieron como las protagonistas en la articulación de redes barriales que se fueron conformando entre la comunidad, los promotores comunitarios y la población de referencia. La rápida construcción de estas redes se debió a relaciones previamente forjadas. A la vez, el abordaje de la ILE y el trabajo de las consejerías llevaron a la articulación de los servicios del primer y segundo nivel, o bien con las dependencias públicas correspondientes (por ejemplo, con direcciones de género municipales, comisarías de la mujer, programas de violencias, entre otros). En esta etapa, también se fortaleció la coordinación entre las consejerías, el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (mediante sus iniciativas territoriales), las Direcciones de Géneros de los municipios y las organizaciones sociales de personas del colectivo LGTBI+.

Luego de los primeros meses de interrupción casi total de los diferentes servicios de salud, comenzaron a implementarse un conjunto de estrategias municipales en articulación con distintos actores sociales para la readecuación y/o reanudación de ciertos servicios. En materia de seguimiento y monitoreo de casos COVID-19 positivos e identificación de contactos estrechos y sospechosos, la Provincia en articulación con algunos municipios implementó un servicio de telemedicina que consiste en la atención y seguimiento telefónico de los casos desde centros pertenecientes a universidades nacionales.

Dentro del plano de la atención, este tercer momento estuvo marcado por la necesidad de regularizar el cronograma de las actividades que se desarrollan en los establecimientos que integran el primer nivel. En consecuencia, los esfuerzos de las autoridades sanitarias locales estuvieron destinados a mejorar la capacidad de atención en estos efectores durante el DISPO y a restablecer las intervenciones relacionadas específicamente a la promoción y prevención (suspendidas desde el inicio de la pandemia). En esta línea, se ubicaron postas sanitarias en puntos nodales del territorio o en las instalaciones edilicias de los propios CAPS, se ampliaron los servicios de teleconsultas (inaugurados al comienzo del ASPO) y se hicieron tanto actividades virtuales como talleres -en espacios abiertos- orientados exclusivamente a la prevención y promoción. La creación de laboratorios municipales itinerantes, en cambio, fue una iniciativa que buscó facilitar la realización de estudios clínicos que por lo general sólo pueden realizarse en hospitales. Finalmente, se produjo una ampliación de la agenda de inmunizaciones, incorporando a la población infantil dentro de las campañas de vacunación; esta iniciativa supuso desplegar una articulación entre los equipos de salud de los CAPS, los referentes territoriales y la población.

Financiamiento

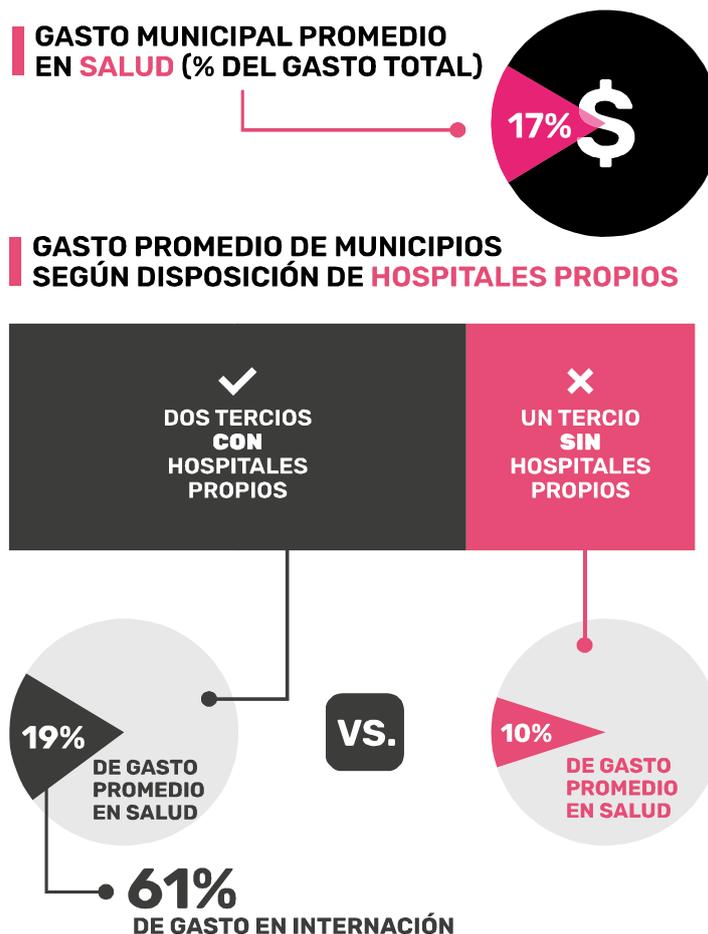
En el Conurbano Bonaerense, el 36% de la población no cuenta con cobertura privada de salud y depende de la prestación de servicios estatales. Dentro del subsector público, la salud en los municipios del conurbano es provista por establecimientos de salud municipales provinciales y nacionales.

Las dificultades de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno redundan en problemas de financiamiento y desigualdades en los recursos disponibles en cada territorio, que se traducen en capacidades muy distintas para enfrentar situaciones tales como el actual escenario de COVID-19.

El análisis del gasto municipal del año 2019 en concepto de salud permite comparar la heterogeneidad de condiciones y capacidades con que los municipios enfrentaron la pandemia. Se construyeron dos indicadores a los fines de poder realizar comparaciones en la información correspondiente a los diversos territorios. Se ha procurado, por un lado, trabajar con indicadores tales como la composición o peso relativo del gasto en el total de erogaciones municipales y por otro lado, el gasto local por habitante.

En relación al primer indicador se desprende que los distritos del conurbano bonaerense destinaron en 2019, en conjunto, un 17% de sus erogaciones a la atención de la salud de la población.

Infografía 4. Porcentaje de gasto municipal en salud 2019



Fuente:
Ejecuciones
presupuestarias
municipales 2019

De los 24 partidos, surge una importante diferencia entre el subconjunto de gobiernos locales que no contaba con establecimientos hospitalarios propios con internación en 2019 respecto a los que sí brindaban este tipo de servicio, en términos de importancia relativa de las erogaciones en salud en los correspondientes presupuestos locales.

En el tercio de los municipios del conurbano que no tenía camas de salud propias, los gastos en salud pública representaban apenas un 10% del gasto municipal; mientras que los dieciséis distritos que contaban, en promedio con unas 226 camas de internación cada uno, destinaron a la atención de la salud un 19% de sus gastos.

De este modo, dentro de los dieciséis municipios del Conurbano con camas de salud propias, para un subconjunto de seis se verificó que un 61% del gasto total en salud correspondía a establecimientos con internación.

En relación al segundo indicador, se desprende que el gasto per cápita en salud 2019 que realizaban los municipios era muy heterogéneo. Esto se debe tanto a la brecha de los recursos disponibles entre municipios ricos y pobres, como a la estrategia de especialización funcional que despliegan.

Infografía 5. Gasto per cápita en salud en los 24 municipios el conurbano bonaerense 2019



Fuente: Ejecuciones presupuestarias municipales 2019

De modo que, siete municipios destinaban a salud, por habitante, menos de la mitad de lo observado para el promedio del conurbano (\$2.899), mientras que otros cuatro destinaban más del doble que la media provincial. Se observó una brecha importante entre el municipio con mayor gasto por habitante en salud en 2019 (\$13.576) y el de menor gasto per cápita para tal finalidad (\$741): 18 a 1.

Ello nos permite dar cuenta de una particularidad bonaerense en relación a la prelación de la finalidad salud en el gasto público municipal. El peso de los gastos en salud de los municipios bonaerenses es particularmente elevado a nivel país. Ello implica que, a contramano de lo que el grueso

de los sistemas de salud pública existentes suele establecer, los gobiernos locales bonaerenses son incentivados a enfocarse en la internación y en el desarrollo de una oferta sanitaria pública de la mayor complejidad posible, prestando menos atención a la prevención y la atención primaria de la salud.

En cuanto a la provisión de equipamiento, es importante señalar que todos los municipios que tienen bajo su responsabilidad hospitales municipales han recibido los respiradores aportados desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través de las Regiones Sanitarias, junto con insumos y elementos de protección personal para los trabajadores de la salud. No obstante, señalan los referentes de las regiones sanitarias, que el incremento del equipamiento y del personal para operarlos ha originado aumentos, tanto del gasto municipal en personal como en el mantenimiento de los equipos, que no están previstos presupuestariamente y no han significado tampoco un aumento de la coparticipación.

En comparación con el 2019, el gasto municipal en salud por habitante se ha incrementado nominalmente en 2020 en un 25%, en promedio, en la región. En cambio, si se considera el efecto de la inflación (que fue de un 32,3% en el Gran Buenos Aires durante 2020), dicho gasto registra una caída real del orden del 5%. Vale destacar que el total de las erogaciones per cápita de los municipios bajo estudio registró una reducción real de un 14% en 2020. Incluso, para dar cuenta de la magnitud de la crisis fiscal producida por la pandemia, vale señalar que en la cuarta parte de los municipios analizados el valor nominal del gasto total por persona resultó, en 2020, entre un 10% y un 13% inferior al registrado en 2019.

De esta forma, se verifica cierta priorización de la atención de la salud en el gasto total, dado que los recursos municipales destinados a dicho fin han visto reducir su poder de compra en una medida menor que los orientados a otros destinos. En la mitad de los municipios el gasto en salud por habitante ha logrado crecer por encima de la inflación, caracterizándose este grupo por un peso relativamente bajo de este tipo de erogaciones en el total, ya que se trata de distritos que, en general, no cuentan con establecimientos con internación.

A su vez, los municipios que sí cuentan con establecimientos de salud con internación propios y para los que se ha podido acceder a datos desagregados de 2019 y 2020 dentro de la función salud, el financiamiento de este tipo de establecimientos ha insumido entre un 60% y un 70% del total de los recursos destinados a sostener la oferta sanitaria municipal, sin que se verifiquen variaciones significativas en dichos valores entre 2019 y 2020.

Anexo

Matriz de impactos

Matriz de problemáticas de la salud de la población, estrategias innovadoras y articulación con actores e involucradxs, según periodización

Momentos	Problemáticas de la salud de la población	Estrategias innovadoras	Articulación con actores e involucradxs
Primer momento (20 de marzo hasta abril): principio de la cuarentena, reorganización de los servicios	Aparición y crecimiento de la situación de crisis alimentaria.	Ollas populares multiactorales.	Entre referentes comunitarios, el estado municipal, organizaciones sociales territoriales (iglesias, comedores, mov. soc.).
	Emergencia de la situación de crisis socio sanitaria.	Armado de comités de emergencia barriales.	Entre referentes barriales con autoridades del municipio y otras instituciones públicas (Bomberos, escuelas)
	Incremento de la violencia de género.	Fortalecimiento de redes interinstitucionales.	Entre referentes comunitarias y secretarías u organismos estatales.
Segundo momento (desde mayo hasta septiembre): recaptación de la población del barrio	Disminución de búsqueda de atención de los servicios de salud por miedo a los contagios.	Despliegue de operativos casa por casa en el marco del programa Detectar, agregaron un cuestionario que indaga sobre los síntomas, o sobre la existencia en el hogar de embarazadas, niños, ECNT, o necesidades particulares.	Provincia (Detectar) con Municipio y personal de los CAPS con la población.
		Recaptación de pacientes de los CAPS, salen con trailers o móviles a buscar a los pacientes que figuran en sus fichas, y que no han vuelto al centro.	Entre el personal de los CAPS y organizaciones sociales con la población.
	Aislamiento preventivo de adultos mayores.	Intervenciones en el territorio: grupos de jóvenes que asisten a los adultos mayores (compras o acercar medicación) para que no salgan de sus casas	Entre Parroquias, Templos Evangélicos y escuelas con el municipio y la población.
	Déficit del cumplimiento del Calendario de vacunación.	Operativos de vacunación en polideportivos, escuelas y a domicilio	Entre personal de los Municipios, los CAPS y la población.
	Escasez de elementos para la higiene y protección.	Operativos de distribución de elementos de higiene y protección	Entre Organizaciones sociales y población.
	Incremento de problemáticas de salud mental.	Desarrollo de estrategias de acompañamiento virtual frente a cuadros de ansiedad y depresión	Entre personal de los Municipios, los CAPS y la población.
	Incremento de problemáticas de salud mental.	Primeros auxilios en salud mental y desarrollo de estrategias de acompañamiento virtual frente a cuadros de ansiedad y depresión	Entre personal de los Municipios, los CAPS y la población.
Tercer momento (a partir de octubre): vuelta a las actividades	Dificultades para trasladarse hasta los hospitales para reali-	Puesta en marcha de un laboratorio itinerante para el primer nivel de atención.	Entre el personal de salud de los efectores con la población.

	zarse análisis clínicos.		
	Persistencia de la situación de crisis alimentaria.	Promoción, distribución de insumos y capacitaciones virtuales para el auto-cultivo de alimentos en huertas.	Entre autoridades municipales, referentes comunitarios, organizaciones sociales territoriales y la población. Autoridades municipales y productores locales de alimentos.
	Persistencia de la situación de crisis alimentaria.	Promoción de los mercados de productores en entorno cercanos a la población.	Entre Autoridades municipales y productores locales de alimentos.

Matriz de problemáticas del sistema de salud, estrategias innovadoras y articulación con actores e involucrados, según periodización

Momentos	Planos de análisis	Problemáticas del sistema	Estrategias innovadoras	Articulación con actores e involucrados
Primer momento (20 de marzo hasta abril): principio de la cuarentena, reorganización de los servicios	Gestión	Necesidad de ampliar la infraestructura general del sistema de salud (ante posible colapso)	Construcción de hospitales municipales modulares	Provincia (Min de Salud y Regiones Sanitarias) con los Municipios
		Inadecuada gestión de los RRHH para sostener el equipamiento tecnológico de alta complejidad para dar respuesta a las demandas del COVID (requiere de perfiles profesionales y técnicos específicos).	Diseños curriculares para la calificación en estas temáticas. Desafío pendiente.	Universidades nacionales - sindicatos- municipios
		Déficit coordinación entre jurisdicciones	COE Comités operativos de Emergencia (salud, seguridad, defensa civil)	Provincia - Municipios
		Déficit de coordinación con los servicios de emergencia	SAME como engranaje fundamental a escala barrial entre los servicios y la población	Entre personal de los CAPS con referentes sanitarios provinciales
		Necesidades barriales no identificadas por la gestión	Operativos barriales para relevar necesidades sanitarias de la población	Entre los trabajadores Municipales, con referentes barriales y la población
	Atención en los servicios	Prácticas esenciales suspendidas	Atención de prácticas esenciales en CAPS, aunque con restricciones	Entre el personal de los CAPS con la población
		Provisión de medicación interrumpida	Entrega domiciliaria de recetas o medicación	Entre el personal de los CAPS con la población
		Inadecuada estructura para la atención en los CAPS en contexto de pandemia	Adaptación: un sector limpio y otro específico para COVID	Entre el personal de los CAPS con la Secretaría de Salud
		Vacunación antigripal interrumpida	Vacunación puerta a puerta, o en polideportivos	Entre los trabajadores Municipales, con referentes barriales y la población
		Interrupción del vínculo con lxs usuarxs de los CAPS	Identificación y reconexión vía telefónica y	Entre el personal de los CAPS con la

			WhatsApp	población
			Seguimiento remoto de pacientes con enfermedades crónicas	Entre el personal de los CAPS con la población
Segundo momento (desde mayo hasta septiembre): recapitación de la población del barrio	Gestión	Necesidad de ampliar la infraestructura general del sistema de salud (ante posible colapso)	Ampliaciones en efectores municipales, construcción de nuevos centros de atención primaria y construcción de nuevos laboratorios municipales para testeos rápidos	Provincia (Min de Salud y Regiones Sanitarias) con los Municipios
		Disponibilidad limitada en el Sistema de unidades de cuidados intensivos	Incremento de camas de terapia intensiva (camas UTI)	Provincia (Min de Salud y Regiones Sanitarias) con los Municipios
		Poblaciones de riesgo en los barrios desatendidas en el contexto de pandemia: embarazadas, adultos mayores, personas con patologías propias	Acompañamiento población de riesgo: Programa "El barrio cuida al barrio"	Organizaciones políticas y sociales, referentes barriales, Universidades, promotores comunitarios
		Déficit de equipamiento y recursos adecuados para la internación de pacientes con COVID en hospitales municipales	Provisión de respiradores, insumos y elementos de protección personal.	Provincia (Min de Salud y Regiones Sanitarias) con los Municipios
		Déficit en la gestión de RRHH (profesionales y técnicos) para las internaciones con respiradores en las terapias intensivas	Incorporación de personal médico y enfermerxs para el uso de respiradores	Provincia (Min de Salud y Regiones Sanitarias) con los Municipios
		Poblaciones de riesgo en los barrios desatendidas en el contexto de pandemia: embarazadas, adultos mayores, personas con patologías propias	Servicio de telemedicina: atención médica virtual de casos positivos y seguimiento telefónico de sospechosos y contactos estrechos.	Ministerio de Salud de la PBA con Universidades Nacionales, tales como UNAHUR, UNO, UNLZ y UNPAZ
		Inadecuada gestión de la información COVID	Reestructuración de los circuitos de información. Protocolos de registro de casos.	Municipios-Provincia- Hospitales y centros de salud
		Incremento exponencial de residuos patogénicos (como causa del COVID).	Nuevos container para residuos patogénicos covid	Dirección Provincial de residuos-CEAMSE- Municipios-hospitales-centros de aislamiento- empresas privadas de recolección
	Financiamiento	Heterogeneidad del gasto per cápita. Dificultades de los gobiernos locales con hospitales propios para sostener las prestaciones de alta complejidad.	Estrategias diferenciadas de captación de recursos de la coparticipación provincia.	Provincia-municipios
	Atención en los servicios	Interrupción de las consejerías ILE	Reanudan consejerías y distribuyen MAC en Prog. de salud sexual en sedes de organizaciones	Entre el personal de los CAPS con la población
Interrupción de la distribución de MAC		Coordinación entre las consejerías locales en SS, agencias de gobierno y Org. Soc.	Entre el personal de los CAPS con la población	

Tercer momento (a partir de octubre): vuelta a las actividades	Atención en los servicios	Necesidad de regularizar el cronograma de atención en el primer nivel (CAPS)	Postas sanitarias en puntos nodales o situadas en los CAPS, con capacidad de ampliar la atención	Entre el personal de los CAPS con la población
			Ampliación de los servicios de tele consultas	Entre el personal de los CAPS con la población
		Suspensión de actividades orientadas a la promoción de la salud y a la prevención	Actividades y talleres presenciales para grupos reducidos y en espacios abiertos, con protocolo DISPO	Entre el personal de los CAPS con la población
			Desarrollo de actividades virtuales vinculadas al bienestar	Entre el personal de los CAPS con la población
		Disminución de campañas de inmunización de la población	Ampliación de la agenda de vacunación municipal (incorporación de la población infantil)	Entre el personal de los CAPS, los referentes territoriales y la población