

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

# ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 19 | NÚMERO 3 | NOVIEMBRE 2022



ISSN 1852-656X  
CÓRDOBA- ARGENTINA



# ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

---

VOLUMEN 19 | NÚMERO 3 | AÑO 2022

---

## **FEDERACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

### **PRESIDENTA**

Karin Kopitowski

### **VICEPRESIDENTA**

Maria Valeria Santillán

### **PRESIDENTE HONORARIO**

Mario Acuña

## **ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

Volumen 19, Número 3. Año 2022      ISSN 1852-656X

La revista Archivos de Medicina Familiar y General es una contribución de la FAMFyG que tiene como objetivo el promover la publicación de la producción en Atención Primaria a nivel regional.

### **EDITORA RESPONSABLE**

Ana Carolina Godoy, Hospital Nacional de Clínicas. Dirección de Integración Sanitaria.  
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina

### **EDITORES EJECUTIVOS**

Patricio Jorge Cacace, Fundación AEQUUS, Buenos Aires, Argentina

Maria Valeria Santillán, Ospecon (Obra Social del Personal de la Construcción) Tucumán, Argentina

Silvana Mabel Avila, Médica de Familia de la Municipalidad de Córdoba - Comité esp. Medicina General Consejo de Médicos Córdoba, Argentina

Lisandro Utz, Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Cecilia Auat Chein, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina

Maria Florencia Grande Ratti. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

### **COMITÉ EDITORIAL**

Abraham Tamez Rodríguez, Universidad de Monterrey, México

Dra Cecilia Astegiano, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina

Dr Julio David Matz, Sanatorio Guemes, Buenos Aires, Argentina

Ana Carolina Aymat, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA) Federación Argentina de

Medicina Familiar y General; Argentina

Humberto Jure, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

María Verónica Grunfeld, Departamento de Ciencias de la Salud, Bahía Blanca Argentina

Pablo Julian Badr, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Silvina López, Médica de Familia. Universidad Nacional del Sur, Argentina

Agustina Piñero, Médica de Familia - Hospital Privado de Córdoba. Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba

Martin Langsam, Universidad Isalud, Buenos Aires, Argentina

Andrea Perrot, CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Félix Fernando Aragón, Asociación de Medicina Familiar de Tucumán, Argentina

Franco José Aráoz, RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL DE CAPS VILLA VERDE PILAR, Buenos Aires, Argentina

Guillermo Gorgo, Médico especialista en Medicina Familiar y General. Coordinador e Instructor en Residencia de Medicina General y Familiar de Ospecon-Constuir Salud

Diego Palomo, Magister en epidemiología gestión y políticas de salud. Médico especialista en medicina general y familiar. Centro de Estudios en Salud Colectiva del Sur. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca.

## **DISEÑO GRÁFICO**

María Julieta Ayude, Bahía Blanca, Argentina. Contacto: [julieta.ayude@hotmail.com](mailto:julieta.ayude@hotmail.com)

---



*Los mejores doctores dan poca medicina (Benjamin Franklin)*  
*Más vale prevenir que curar (Desiderius Erasmus)*

Sin duda, la pandemia COVID-19 ha marcado un antes y un después en nuestra sociedad, en el sistema sanitario, y definitivamente en la Atención Primaria<sup>[1]</sup>.

Cabe recordar que inicialmente hubo un enfoque hospitalocentrista generado y propagado por los medios de comunicación, donde la información y el discurso era centrado únicamente en el número de internaciones, la disponibilidad de camas, la cantidad de respiradores, entre otros. En ese contexto, los profesionales de nuestra especialidad mantuvieron la actividad asistencial de manera completamente invisible para los tomadores de decisión. La gestión del miedo y de la incertidumbre resultaron tareas esenciales para la comunidad, que se llevaba a costas de los/las médicos de familia, quienes se mantuvieron cerca de los adultos mayores que vivían solos/as, tranquilizaron a las personas que no sabían cómo gestionar la enfermedad desde sus domicilios, dieron respuesta a las necesidades informativas de las personas, y continuaron la atención de los problemas de salud no postergables<sup>[2]</sup>.

Durante los primeros meses de la pandemia en Argentina y en muchos otros países del mundo, la ciudadanía salía a aplaudir a los trabajadores sanitarios cada noche en agradecimiento por su indispensable labor de exponer su salud por vocación y con profesionalismo. Sin embargo, este reconocimiento duró poco. Actualmente nos enfrentamos a algunas problemáticas como condiciones laborales precarias, sobre exposición (muchas horas de trabajo, con elevada sobrecarga asistencial) y bajos salarios. En relación a esto último, hace ya algunas semanas los/las médicos/as residentes y concurrentes se encuentran realizando diversas movilizaciones y legítimos reclamos que exigen una recomposición y un aumento salarial. Cabe recordar que la mayor parte de la formación educativa de médicos especialistas en nuestro país se da por medio de la conclusión de un programa de residencia médica.

Hace ya un tiempo que los atributos peculiares y la esencia de la Atención Primaria, han sido reconocidos como un aspecto fundamental con inigualable valor para las personas<sup>[3]</sup>: accesibilidad (accesible para el conjunto de la población), longitudinalidad (sostenida a lo largo del tiempo por el mismo profesional), e integralidad (atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad)<sup>[4]</sup>. Asimismo, la evidencia sobre la continuidad de cuidado (prestación de servicios a un mismo paciente por diferentes profesionales en distintos niveles) y la coordinación (coordinada entre los profesionales del primer nivel asistencial y otros especialistas) han demostrado que contribuyen al desempeño general del sistema sanitario y a mejores desenlaces de salud de los pacientes<sup>[5]</sup>.

El resultado de un sistema basado en la Atención Primaria incluye tres grandes y fundamentales dimensiones: calidad de atención, cuidado de eficiencia, y equidad en salud<sup>[6]</sup>. Sin embargo, debido a las demandas de una población que envejece con una complejidad creciente de enfermedades crónicas, y la escasez de médicos de Atención Primaria<sup>[7]</sup>, los tiempos de espera pueden ser drásticos<sup>[8,9]</sup>. El progresivo debilitamiento inversor y la falta de reconocimiento del primer nivel asistencial se traducen en escasez de recursos humanos, precariedad en el empleo, e insuficiente relevo generacional<sup>[4]</sup>.

Más allá de la crisis que amenaza la sostenibilidad de los sistemas de salud, nuestro aprendizaje colectivo post-pandemia nos lleva inevitablemente a tener que hacer más con menos e intensificar los esfuerzos para reducir la atención innecesaria<sup>[10]</sup>. Está demostrado que la continuidad de cuidados se asocia con una mayor satisfacción del paciente, una mayor aceptación de la promoción de la salud, una mayor adherencia al consejo médico, una menor utilización de los servicios hospitalarios, y una menor mortalidad<sup>[11]</sup>.

Ante esta preocupante situación, el futuro es incierto, pero podemos estar seguros de que las personas aún pensarán que pueden estar enfermas o se enfermarán<sup>[12]</sup>, e indudablemente valorarán la atención de un médico que conocen y que los conoce<sup>[13]</sup>. Reconocemos que para el buen desempeño de la Medicina Familiar del siglo XXI<sup>[14]</sup>, y para que la Atención Primaria salga reforzada de esta pandemia<sup>[12]</sup>, las soluciones pasan por una apuesta firme de mantener la longitudinalidad y una adecuada financiación<sup>[4]</sup>.

Nos parece importante buscar soluciones a los problemas que esta realidad genera, lo que requerirá repensar el sistema y sostener inversión, formación, seguimiento y colaboración continua, donde primen gobernanza, condiciones económicas y desarrollo de la fuerza laboral. La Organización de las Naciones Unidas sostiene que “los trabajadores de la salud, al igual que todos los demás trabajadores, deben disfrutar de su derecho a un trabajo decente, a entornos laborales seguros y saludables y a la protección social en materia de asistencia sanitaria, ausencia por enfermedad y enfermedades y lesiones profesionales”.

Mediante el presente, no sólo brindamos nuestro apoyo al reclamo de los residentes, sino que ponemos de manifiesto que en Atención Primaria necesitamos un buen entorno laboral, con incentivos financieros alineados con los atributos de la atención primaria (y no con indicadores reduccionistas), y reconocimiento profesional a nuestro trabajo.

Es hora de volver a encontrarnos en nuestras páginas para reflexionar sobre todo esto y mucho más; y nos enorgullece encontrarnos de forma presencial en el XX Congreso Argentino de Medicina Familiar 2022, en la Provincia de Salta.

María Florencia Grande Ratti  
Comité Editorial

## REFERENCIAS

1. La semFYC y la Medicina de Familia en tiempos del Coronavirus. *Aten Primaria*. 2020 May 1;52(5):291–3.
2. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2021;14(2):85–92.
3. Rosas Prieto AM, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta méd Peru*. 2013;30(1):42–7.
4. Añel-Rodríguez RM, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15(2):75–6.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.
6. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010 Mar 13;10:65.
7. Vilanova P. El Foro de Atención Primaria advierte de que el primer nivel podría desaparecer si continúa la situación actual. *semFYC*. 2022. Disponible en: <https://www.semfyec.es/foro-atencion-primaria-nota-prensa-marzo-2022/>

8. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res.* 2007 Feb 28;7:31.
9. Liu N, Finkelstein SR, Kruk ME, Rosenthal D. When Waiting to See a Doctor Is Less Irritating: Understanding Patient Preferences and Choice Behavior in Appointment Scheduling. *Manage Sci* 2017 Apr; Disponible en: <https://pubsonline.informs.org/doi/abs/10.1287/mnsc.2016.2704>
10. Moynihan R, Johansson M, Maybee A, Lang E, Légaré F. Covid-19: an opportunity to reduce unnecessary healthcare. *BMJ.* 2020 Jul 14;370:m2752.
11. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.* 2018 Jun 28;8(6):e021161.
12. Lakhani M, Baker M. Good general practitioners will continue to be essential. *BMJ.* 2006 Jan 7;332(7532):41–3.
13. Khan SJ, Poole KG, Kling JM, Taylor G. Outpatient Primary Care Practitioner Access: Gender-Based Preferences. *Womens Health Rep (New Rochelle).* 2022 Feb 2;3(1):150–4.
14. Gérvas J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Vol. 9, *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2006. p. 389–400.

# Índice



## ARTÍCULO ORIGINAL

¿CÓMO EVOLUCIONÓ LA DISTRIBUCIÓN DE MÉDICAS Y MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ARGENTINA? UN ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LA PROFESIÓN MÉDICA AL 2020.

SILBERMAN, P.....PAG. 5-16

## RELATO DE EXPERIENCIA

ACCESO AL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE VIH/SÍFILIS EN CONTEXTOS DE ENCIERRO: RELATO DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD PENAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES EN EL AÑO 2021.

GRUNFELD BAEZA, M V.....PAG. 18-24

## ARTÍCULO ORIGINAL

IMPACTO DE UNA SEMANA DE CONFINAMIENTO SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID- 19.

LOMBÁN, V.....PAG. 26-36

## ARTÍCULO ORIGINAL

MONITOR SANITARIO: EXPERIENCIA DE GESTIÓN Y MONITOREO DE LÍNEAS DE CUIDADO PRIORIZADAS EN CÓRDOBA.

DUCANT, M.....PAG. 38-44

# ¿CÓMO EVOLUCIONÓ LA DISTRIBUCIÓN DE MÉDICAS Y MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ARGENTINA? UN ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LA PROFESIÓN MÉDICA AL 2020.

*How did the distribution of doctors and medical specialists evolve in Argentina? A demographic analysis of the medical profession to 2020.*

Autores: Pedro Silberman<sup>a</sup>, Martín Silberman<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>Magister en Salud Pública. Profesor Asociado Salud Individual y Colectiva. Centro de Estudios Salud Colectiva del Sur. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur

<sup>b</sup>Doctor en Ciencias de la Salud, Gestión y Políticas Públicas. Profesor. Instituto de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional Arturo Jauretche. Hospital El Cruce. Néstor Kirchner.

Correo electrónico:  
psilberman@uns.edu.ar

Recibido: 20/07/2022.

Aceptado: 30/08/2022.

## RESUMEN

Las políticas sobre trabajadores/as de salud deben garantizar su distribución adecuada. En Argentina dicha distribución es desigual, sobre todo en especialistas en atención primaria de la salud (APS). El objetivo de este trabajo fue describir la distribución de médicos/as, especialistas lineales y en APS en Argentina, durante el año 2020, teniendo en cuenta la situación económica y sanitaria de cada jurisdicción. Se trata de un trabajo descriptivo y analítico, que utilizó fuentes de datos primarias y secundarias. Se correlacionó la tasa de mortalidad infantil y el producto bruto per cápita de cada jurisdicción ordenándolas de mejores a peores indicadores. La tasa de médicos fue 3,88 médicos/as cada 1000 habitantes, 72% concentrándose en 4 jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe). El 53% son especialistas y el 27,6% lo son en APS. CABA tuvo una tasa de 16,5 médicos/as por mil; Santiago del Estero y Formosa alcanzaron valores de 1,8 y 1,9 médicas/os por mil habitantes respectivamente. Con respecto a 2014, se observó disminución de especialistas en APS (-14,8%), registrándose las mayores pérdidas en Santiago del Estero, Formosa y Catamarca (-84,5%; -70,1% y -87,3%). La situación nacional sobre la distribución de médicos/as en Argentina desde 1954 a la actualidad fue empeorando en detrimento de las provincias con mayores necesidades. La baja adherencia al sistema de residencias a especialidades de APS pronostica un empeoramiento de la situación de no haber cambios estructurales. Será necesario un fortalecimiento del rol rector del estado en el abordaje de esta problemática.

**PALABRA CLAVE:** Distribución de Médicos; Área con Escasez de Médicos; Gestión del Personal de Salud.

## ABSTRACT

Policies on health workers must guarantee their adequate distribution. In Argentina, this distribution is unequal, particularly among primary care specialists (PHC). The objective of this article is to describe the distribution of physicians, PHC and non-PHC specialists in Argentina in 2020, considering the economic and health situation of each jurisdiction.

We conducted a descriptive cross-sectional study with an analytical stage using primary and secondary data sources. The jurisdictions were classified according to the correlation between infant mortality rate and gross product per capita.

The rate of physicians in Argentina in 2020 was 3.88 physicians per 1,000 inhabitants. 72% are concentrated in 4 jurisdictions (City of Buenos Aires, Province of Buenos Aires, Córdoba and Santa Fe). 53% are specialists and 27.6% are PHC specialists. The City of Buenos Aires has a rate of 16.5 physicians per thousand; and Santiago del Estero and Formosa reach values of 1.8 and 1.9 physicians per thousand inhabitants, respectively.

There was a decrease in PHC specialists (-14.8%), with major losses recorded in Santiago del Estero, Formosa and Catamarca (-84.5%; -70.1% and -87.3%, respectively).

The distribution of physicians in Argentina from 1954 to the present has worsened to the detriment of the provinces with the greatest needs. The lack of adherence to the specialty of PHC predicts a worsening of the situation if there are no structural changes. It is necessary to strengthen the leading role of the state in addressing this problem.

**KEY WORDS:** Physicians Distribution; Medically Underserved Area; Health Personnel Management.

## INTRODUCCIÓN

Las políticas sobre trabajadores/as de salud en el campo sanitario deben garantizar la distribución adecuada de profesionales en distintas especialidades, tanto en regiones urbanas como rurales, en base a las necesidades sanitarias. Está demostrado que una atención especializada, centrada en la atención primaria de la salud (APS), accesible y de buena calidad, es una variable clave en la mejora de la salud de las personas y de la comunidad, sobre todo en regiones de baja densidad poblacional, conglomerados periurbanos o en áreas rurales<sup>(1-8)</sup>. Además, en cuanto a las/os profesionales médicas/os existe suficiente evidencia que una óptima densidad de trabajadores de salud calificados mejora los indicadores sanitarios, especialmente los relacionados con la mortalidad materna e infantil<sup>(1)(9-10)</sup>. Lamentablemente, este objetivo no se alcanza en la mayoría de los países, siendo este déficit más grave en aquellos en vías de desarrollo<sup>(9)</sup>.

La mitad de la población mundial vive en regiones periurbanas y/o sub-atendidas y rurales<sup>1</sup>, mientras que solo un cuarto de los médicos y las médicas se radican en dichas localidades. En Estados Unidos la distribución de médicas/os en regiones peri urbanas y rurales es del 9% cuando la población que vive en dichas regiones es del 20%, en Canadá sólo el 9,3% de los médicos trabaja en zonas remotas o rurales, en las que vive el 24% de la población<sup>(6)</sup>. En Brasil, la mitad de los/as médicos/as viven en las tres ciudades más importantes del sudeste, Rio de Janeiro, São Paulo y Minas Gerais. Esta región tiene una tasa por mil habitantes de 2,15 profesionales frente al 0,54 de la región Norte<sup>(11)</sup>.

En Perú, un/a médico/a tiene 5 veces más probabilidades de acceder a un trabajo en una zona urbana que en una rural, aun teniendo mayores ingresos en éstas últimas regiones<sup>(12-14)</sup>.

El agravante de la mala distribución de médicos/as en estas localizaciones es que, además de su escasez, dichos/as profesionales son mayoritariamente especialistas orientadas a la alta complejidad hospitalaria<sup>(15)</sup> en lugar de lo que se requiere en esa región<sup>(16-19)</sup>.

En Argentina, la oferta de trabajadores de salud no se encuentra alineada con las necesidades sanitarias de las comunidades y por ende de los servicios de atención, a pesar que la organización, el diseño, la acreditación y la financiación de la formación en especialidades médicas le corresponde casi en su

totalidad a los ministerios de salud nacional y provinciales (Sistema Nacional de Residencias)<sup>(20-21)</sup>.

En nuestro país, la tasa de médicos/as para 2020 fue de 3,88 cada mil habitantes (similar a los países centrales), sin embargo, su distribución resultó muy desigual entre las jurisdicciones<sup>2</sup> consideradas más ricas con respecto a aquellas con menores ingresos per cápita (PBIpc: Producto Bruto Interno per cápita) y peores indicadores sanitarios<sup>(20-24)</sup>.

El número de médicos/as y su distribución, sobre todo en cuanto a sus especialidades, es motivo de amplios debates en nuestro país, generado diversos análisis que intentan explicar la falta de cobertura o de acceso de los/as ciudadanos/as a la atención de sus problemas de salud en ciertas jurisdicciones<sup>(23)(25-27)</sup>. Como reporta Schufer<sup>(25)</sup>, estas discusiones vienen desarrollándose desde principios del siglo veinte con conclusiones similares.

Para demostrar la historicidad de este debate basta con citar alguna de las discusiones del Primer Congreso de Medicina Social y Gremial de 1936, respecto de la mala distribución o falsa plétora de profesionales médicas/os en el país<sup>(28)</sup>:

“...La proporción de habitantes por cada médico está en relación con el grado de civilización y progreso alcanzado por cada país. Los países más adelantados son los que tienen un índice más bajo de habitantes por médico y a ello corresponden los estados sanitarios mejores.”

“...La República Argentina, que ocupa el décimo lugar entre las naciones en la cifra de habitantes por médico, pero es muy deficiente en las zonas rurales” ...

“...A excepción de la Capital Federal, Santa Fe, Córdoba, en todas las demás provincias y territorios nacionales se necesitan aún muchos médicos, para que se distribuyan por las zonas rurales”.

Para el diseño de políticas sanitarias en general y de trabajadores/as de la salud en particular es importante conocer la situación de profesionales de la medicina, incluyendo a las especialidades referenciadas a la APS, la cantidad de las mismas, su distribución por regiones y la tendencia de dicha situación en los últimos años.

El objetivo de este trabajo fue conocer la cantidad y la distribución geográfica en Argentina de lo/as

<sup>1</sup> No existe una definición universal sobre ruralidad o región sub atendida, por lo que se define en base a la realidad de la región en estudio, en el presente trabajo se utilizarán los términos periurbanos, rural semi-rural como formas de indicar regiones alejadas de los centros urbanos con características de falta de acceso a bienes y servicios<sup>(13)(14)(39)</sup>

<sup>2</sup> Para este trabajo hablaremos de jurisdicciones de manera indistinta al término provincias, aunque el término mayormente utilizado para referirse a la división política es provincias. De esta manera incluiremos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la que oficialmente no es considerada una provincia.

médicos/as para el año 2020, y sus especializaciones, especialmente aquellas relacionadas a la APS. Como objetivo secundario, nos propusimos comparar nuestros hallazgos con valores históricos del 2014, con el fin de explorar la evolución que han tenido en el tiempo.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo y analítico. Se consideró como periodo de estudio al año 2020. Se comparó con control histórico, información proveniente del año 2014 con el fin de explorar su evolución temporal.

La fuente de datos primaria fue la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS 2020)<sup>3</sup> focalizando en médicos/as y las especialidades por jurisdicción. El cálculo de referencia de la población argentina se realizó a partir de las proyecciones del INDEC para el 2020<sup>(20) (29)</sup>.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de cada jurisdicción se obtuvo a partir de los datos publicados por la Dirección de Estadística e Información de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación para el año 2020<sup>(30)</sup>.

El Producto Bruto Interno (PBI) per cápita (PBIxc) para el primer trimestre del 2021 se obtuvo del trabajo realizado por la Federación Económica de Tucumán<sup>(24)</sup>.

Se consideró "médico/a con una determinada especialidad" a aquellos profesionales certificados/as como tal por organismos competentes (colegios profesionales, ministerios de salud, universidades nacionales o asociaciones científicas)<sup>(31-32)</sup>.

Se definió como médico/a de APS a aquellos/as especialistas en Medicina General y Familiar, Pediatría, Clínica Médica y Toco-Ginecología en acuerdo con la bibliografía especializada<sup>(16) (33-34)</sup>.

Las variables principales de estudio fueron: número de médicos/as, cantidad de profesionales según especialidad, lugar de ejercicio de la profesión, población total de Argentina para el periodo de estudio, PBI per cápita, tasa de mortalidad infantil. Se analizó además la correlación entre las principales variables (TMI, PBIxc, tasa de médicos/as). Para el análisis de las variables cuantitativas continuas se utilizó la correlación de Pearson, considerando una significancia estadística a un valor menor o igual al

5%. Se utilizó para el procesamiento el software IBM SPSS Versión 28.

Se analizó la distribución de médicos/as en actividad en las diferentes jurisdicciones del país, de acuerdo a que fueran o no especialistas.

Para información respecto a la historicidad de este fenómeno, se tomaron en cuenta los años 1954 - 1959 - 1964 -1969 y 1990 a partir de la información proveniente del trabajo de Shufer M.L.<sup>(25)</sup>; y para los datos del año 2014 se recurrió al trabajo publicado en el año 2015 por la Escuela Andaluza de Salud Pública y OPS<sup>(23)</sup>.

## RESULTADOS

En Argentina, para el año 2020, se registraron 183475 médicas/os en actividad<sup>4</sup>, de los cuales 72% se ubicaron en cuatro jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), las cuales concentran al 62% de la población total del país. La tasa de médicos/as al 2020 fue de 3,88 médicos/as cada 1000 habitantes (Tabla 1).

Como se observa en la Tabla 1, la diferencia entre el PBIxc entre las provincias nos permite ubicarlas en tres grandes grupos, las de mayor PBIxc correspondientes a las regiones centro y sur del país (Grupo 1); las de PBIxc medio (Grupo 2) y las de PBIxc más bajo que corresponden a las provincias del norte de nuestro país (Grupo 3).

La correlación entre la tasa de médicas/os en relación al PBI per cápita arroja un valor de 0,52 ( $p=0,009$ ); es decir que a mayor PBI se encuentra una tasa mayor de médicas/os. De igual manera se observa correlación negativa entre la tasa de mortalidad infantil y la tasa de médicas/as de -0,42 ( $p=0,038$ ), o sea a mayor tasa de mortalidad infantil menor proporción de médicos/as.

Por lo tanto, se puede aseverar que este agrupamiento resulta consistente al observar el comportamiento de las tres variables: TMI, PBIxc y la Tasa de Médicos/as. En el Gráfico 1, de acuerdo al ordenamiento de las jurisdicciones de la Tabla 1, se pueden observar las pendientes de las tres curvas y su correlación, destacando el comportamiento desigual de los distritos extremos: Tierra del Fuego y CABA en comparación a Tucumán, Formosa y Santiago del Estero; esta última con la tasa más baja de médicas/os del país.

<sup>3</sup> [https://sisa.msar.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps\\_home.jsp](https://sisa.msar.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps_home.jsp)

<sup>4</sup> Para el REFEPS se considera médica/o en actividad a aquellas/os profesionales que tienen registrada su matrícula de manera activa en los colegios profesionales correspondientes a cada región.

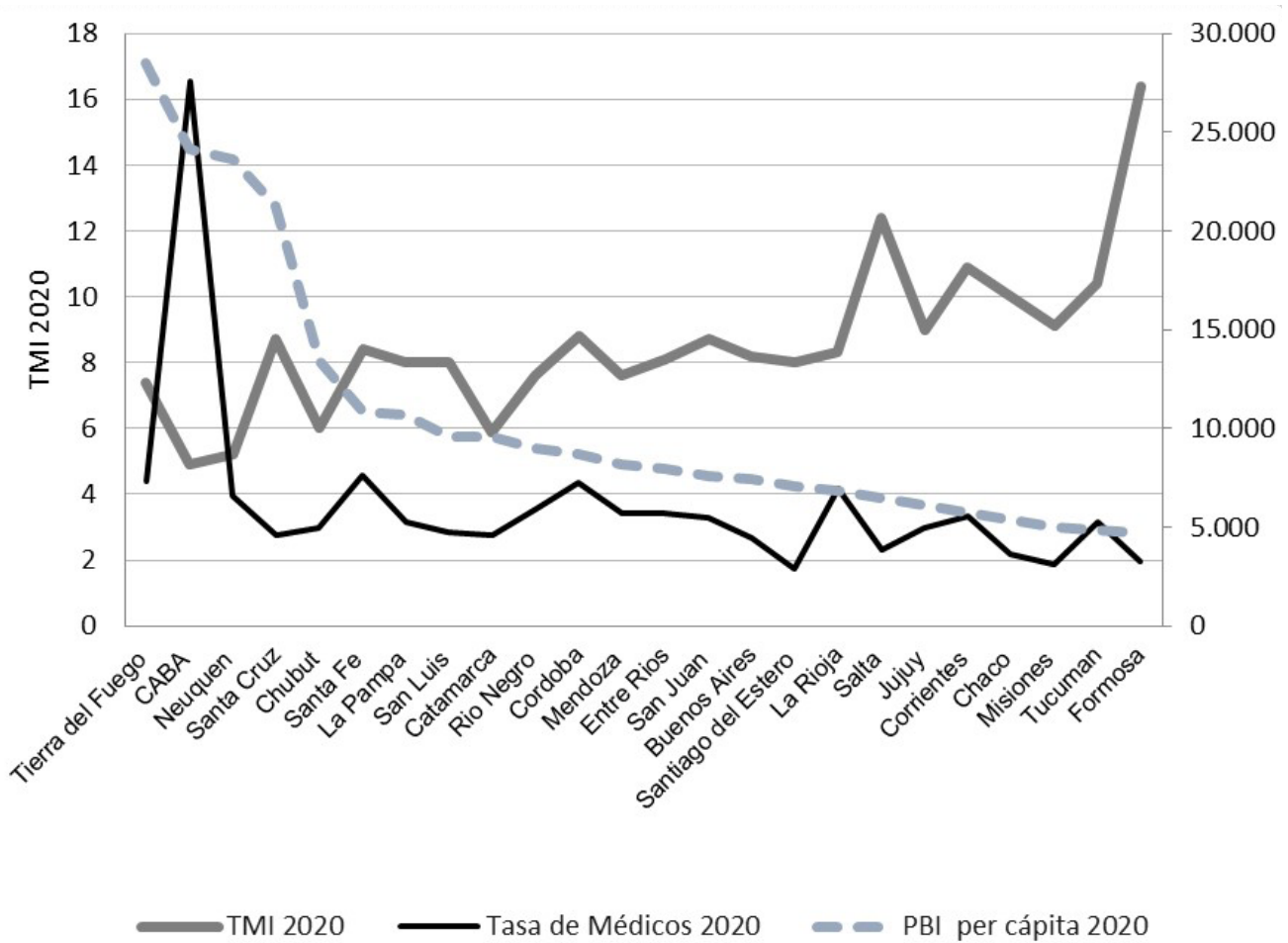
**Tabla 1.** Distribución de la tasa de médicos/as según Producto Bruto Interno per cápita y Tasa de Mortalidad Infantil, año 2020.

Grupo	Provincia	PBI per cápita 2020 <sup>(4)</sup>	TMI 2020 <sup>(29)</sup>	Tasa de Médicos/as 2020
1	Tierra del Fuego	28.483,00	7,4	4,42
	CABA	24.129,00	4,9	16,54
	Neuquén	23.632,00	5,2	3,94
	Santa Cruz	21.269,00	8,7	2,75
	Chubut	13.433,00	6	2,98
	Santa Fe	10.821,00	8,4	4,58
	La Pampa	10.697,00	8	3,17
2	San Luis	9.584,00	8	2,86
	Catamarca	9.577,00	5,9	2,74
	Rio Negro	8.955,00	7,6	3,58
	Córdoba	8.706,00	8,8	4,35
	Mendoza	8.209,00	7,6	3,43
	Entre Ríos	7.960,00	8,1	3,41
	San Juan	7.587,00	8,7	3,29
	Buenos Aires	7.463,00	8,2	2,68
3	Santiago del Estero	7.090,00	8	1,76
	La Rioja	6.841,00	8,3	4,16
	Salta	6.468,00	12,4	2,29
	Jujuy	6.095,00	9	2,99
	Corrientes	5.721,00	10,9	3,32
	Chaco	5.348,00	10	2,17
	Misiones	4.975,00	9,1	1,86
	Tucumán	4.851,00	19,4	3,14
	Formosa	4.726,00	16,4	1,94

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud 2020<sup>5</sup>.  
PBI: Producto Bruto Interno. TMI: Tasa de Mortalidad Infantil.

<sup>5</sup> [https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps\\_home.jsp](https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps_home.jsp)

**Gráfico 1.** Distribución de médicos/as, Producto Bruto Interno per cápita y Tasa de Mortalidad Infantil por jurisdicción, Argentina, año 2020.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 1.

**Tabla 2.** Distribución de médicos/as especialistas y especialistas en APS, Argentina 2020.

Grupo	Provincia	% Especialistas	% de APS sobre especialistas
1	Tierra del Fuego	71,89%	32,53%
	CABA	50,59%	26,21%
	Neuquén	66,24%	33,18%
	Santa Cruz	60,25%	31,97%
	Chubut	70,99%	35,40%
	Santa Fe	60,62%	22,99%
	La Pampa	68,80%	32,87%

2	San Luis	45,70%	35,44%
	Catamarca	15,05%	13,79%
	Rio Negro	55,82%	30,26%
	Córdoba	56,65%	21,35%
	Mendoza	54,19%	27,74%
	Entre Ríos	55,97%	28,13%
	San Juan	53,16%	25,79%
	Buenos Aires	56,47%	33,52%
3	Santiago del Estero	24,79%	10,34%
	La Rioja	45,27%	31,84%
	Salta	50,28%	20,33%
	Jujuy	32,68%	18,80%
	Corrientes	47,48%	23,87%
	Chaco	54,73%	24,30%
	Misiones	48,60%	20,07%
	Tucumán	37,51%	20,96%
	Formosa	33,45%	21,55%
Total	53,40%	27,58%	

Fuente: Elaboración propia con datos del Refeps 2020.

En la Tabla 2 se observa que al igual que el resto de las variables ya analizadas, el porcentaje de especialistas va disminuyendo en los tres grupos de jurisdicciones de acuerdo a la progresiva disminución del PBIxc. De estos/as especialistas, la proporción de

especialidades relacionadas a la APS sigue el mismo patrón, destacando la existencia del nivel más bajo, en las provincias de Catamarca y Santiago del Estero.

**Tabla 3.** Evolución de la distribución de médicos/as, especialistas y de ellos, los especialistas en APS en el periodo 2014-2020.

	Jurisdicciones	Evolución Médicos/os 2014-2020	Delta/Diferencia	Evol. Tasa de méd.	Evol. Especialistas	Evol. Esp. APS
1	Tierra del Fuego	8,65%	0,41%	-11,64%	12,67%	-12,8%
	CABA	18,98%	52,31%	17,70%	8,83%	-17,3%
	Neuquén	10,77%	1,68%	-0,68%	6,66%	-23,2%
	Santa Cruz	0,96%	0,06%	-18,03%	-0,31%	-36,7%
	Chubut	8,91%	1,00%	-5,35%	26,80%	-7,2%
	Santa Fe	15,59%	14,27%	8,55%	210,95%	68,9%
	La Pampa	-1,95%	-0,15%	-8,45%	4,20%	-66,5%
2	San Luis	11,04%	0,95%	0,24%	9,50%	2,4%
	Catamarca	4,43%	0,32%	-2,97%	-77,49%	-87,3%
	Rio Negro	10,84%	1,72%	-0,38%	26,55%	-11,8%
	Córdoba	2,37%	2,48%	-5,88%	23,47%	-3,8%
	Mendoza	7,40%	3,09%	-1,41%	-16,43%	-43,6%
	Entre Ríos	18,10%	4,74%	9,57%	23,67%	-10,7%
	San Juan	17,28%	2,49%	7,23%	-9,53%	-38,4%
	Buenos Aires	1,41%	4,27%	-6,63%	15,74%	1,9%
3	Santiago del Estero	-9,54%	-1,19%	-16,67%	-58,09%	-84,5%
	La Rioja	16,60%	1,54%	4,75%	-10,17%	-40,8%
	Salta	16,27%	3,01%	4,66%	79,70%	-4,4%
	Jujuy	14,37%	1,49%	33,56%	-22,95%	-63,2%
	Corrientes	5,08%	1,18%	-2,31%	3,81%	-25,8%
	Chaco	-0,11%	-0,02%	-8,13%	-3,76%	-34,6%
	Misiones	16,68%	2,21%	6,39%	-7,09%	-49,1%
	Tucumán	4,95%	1,65%	-4,87%	-28,78%	-52,2%
	Formosa	6,52%	0,47%	-0,47%	-14,19%	-70,1%
Total	9,25%	-	5,00%	15,5%	-14,8%	

Fuente: Elaboración propia con datos del Refeps 2020.

Al comparar las cantidades totales de profesionales médicos/as en la actualidad (2020) con aquellos presentes en el 2014, se observa un aumento del 9,25%. Este incremento no fue homogéneo, sino que profundizó las diferencias preexistentes, ya que se puede observar un crecimiento de 19% para CABA, mientras que para Santiago del Estero se registra un decremento del -9,54%. Del total de 15541 médicas/os que se sumaron en ese período de estudio, el 66,57% se radicaron en solo dos distritos: CABA y Santa Fé (52,3% y 14,27% respectivamente).

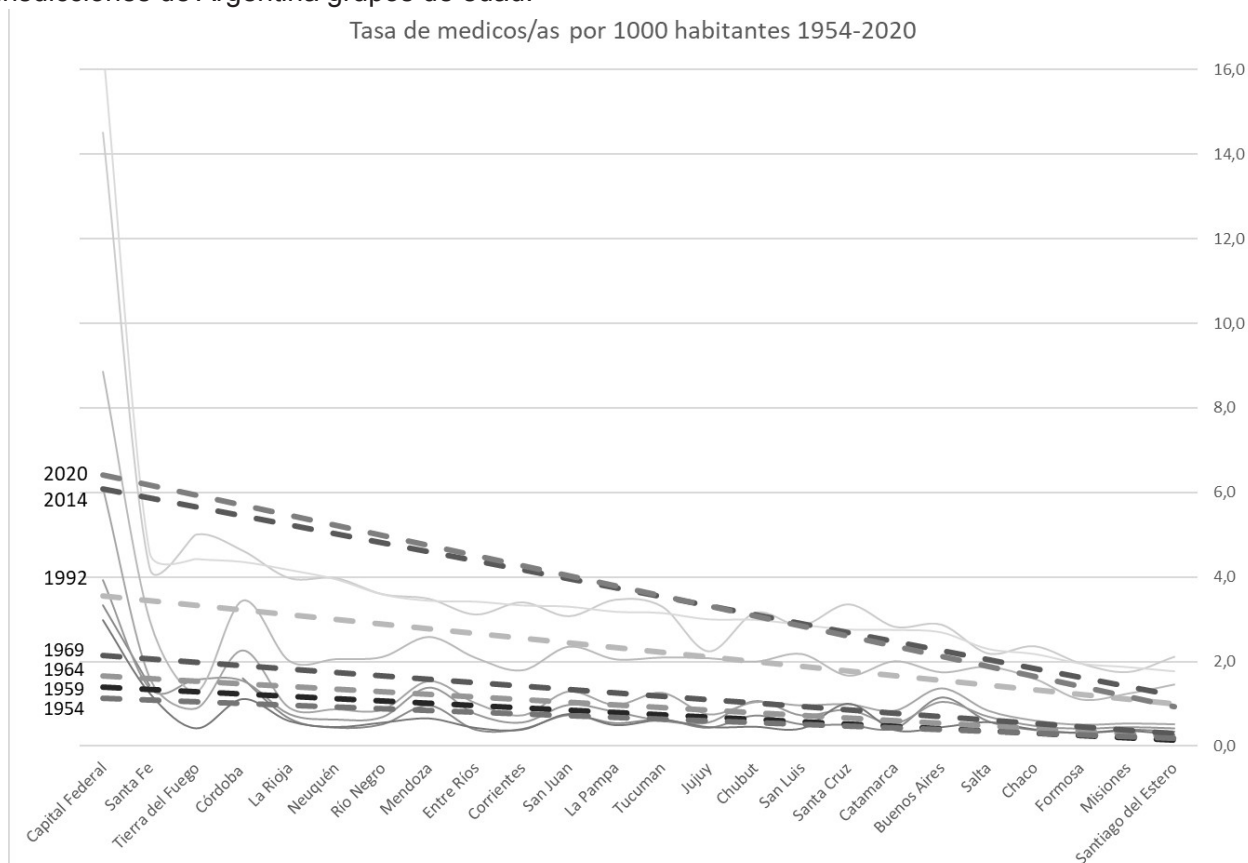
Cuando se analiza la evolución de la tasa de médicas/os, se visualiza un incremento global del 5% para todo el país, mientras que, al interior de las jurisdicciones, se observa que sólo 8 provincias incrementaron su número de médicas/os por encima del aumento de población, de ellas, Jujuy y CABA se destacan, entretanto que el resto disminuyeron dicha tasa, con peor evolución en Tierra del Fuego, Santa Cruz y Santiago del Estero.

En relación a la evolución de especialistas se observa que en términos del total país aumentó la proporción en un 15,5%. Comparando las provincias entre sí, se puede observar una continuidad con la tendencia a la baja, disminuyendo el porcentaje respecto a 2014 conforme disminuye el PBIxc en dichos grupos. Es de destacar las provincias como

Catamarca y Santiago del Estero por la evolución negativa (-77,49% y -58,09% respectivamente), en tanto que en las provincias de Salta y Santa Fé, se reconoce un déficit o subregistro en el trabajo publicado en 2015 por lo que el dato en esas provincias en el 2020 no sería de tal magnitud.

Finalmente, la comparación de los datos correspondientes al porcentaje de evolución de especialistas en APS entre años 2020 y 2014, arrojó una disminución para todas las regiones del -14,8% (con la salvedad de que el subregistro mencionado en la información proveniente de la provincia de Santa Fé 2014 impacta sobre este total, lo cual se entiende que, si la provincia de Santa Fe, Salta y Santa Cruz tuvieran los registros adecuados, el valor descendería aún más). Se observó que el grupo de provincias con peor PBIxc y TMI registran una mayor pérdida de profesionales especialistas en APS, siendo Santiago del Estero y Formosa las jurisdicciones con los principales déficits (-84,5% y -70,1% respectivamente). A estas provincias se le suma Catamarca, perteneciente al grupo intermedio con una pérdida relativa del -87,3% de los especialistas de APS en dicho período. Exceptuando a la provincia de Santa Fé, cuyos datos de 2014 presentan subregistro, el resto de los distritos sólo ganaron profesionales especialistas de APS en el período en estudio, San Luis y la provincia de Buenos Aires (2,4% y 1,9% respectivamente).

**Gráfico 2.** Distribución de la Tasa de médicos/as cada 1000 habitantes 1954-1990-2014-2020 en 24 jurisdicciones de Argentina grupos de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del trabajo de Schufer, M.L: de2000 y del Refeps 2020.

En el Gráfico 2 se puede observar la evolución histórica de las tasas de Médicas/os en las diferentes provincias medido en el período histórico entre 1954 y 2020. Aquí se observa un incremento en la pendiente entre distritos en relación a la tasa de médicas/os (es decir, que aumentó la brecha). Si bien CABA siempre lidera el ranking con mayor tasa de médicas/os respecto al resto del país, se puede observar que, a partir de la medición del año 1992, esa diferencia aumentó de manera desproporcionada llegando a cuadruplicar al segundo distrito.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio, se observó una correlación entre la disminución progresiva de la tasa de médicas/os en relación a los valores de TMI y PBlxc, evidenciando desigualdad en relación a la cantidad y distribución de médicas/os en nuestro país y su evolución en el tiempo.

Para el año 2020, la tasa de médicas/os del total país fue de 3,88 por cada 1000 habitantes, siendo el 53,4% especialistas y sólo 27,6% especialidades relacionadas a APS. Cuando se analizan estos datos al interior de las jurisdicciones, se detecta que CABA concentra 16,5 profesionales médicos/as por cada mil habitantes; y que provincias como Santiago del Estero y Formosa alcanzan valores de 1,8 y 1,9 médicas/os cada mil habitantes respectivamente.

Cuando se analiza la distribución de especialistas, si bien la proporción aumentó, los datos muestran una distribución desigual que sigue la tendencia de la división de los tres grupos distritales (CABA, Santa Fé y las provincias patagónicas en el primer grupo; las provincias centrales en el segundo grupo y las del Norte del país en el tercero).

Cuando se analizan los datos de la distribución de médicas/os especialistas se suma el agravante que las provincias con menor PBlxc y mayor TMI, registran una peor proporción especialistas en APS. Al comparar los datos de 2020 con los de 2014 se observa un empeoramiento de esta situación, tanto en la concentración de profesionales médicas/os y especialistas disponibles en jurisdicciones con mejores indicadores, como en la disminución de especialistas de APS en los distritos con mayores dificultades. Esta situación se registra al menos, desde el año 1954, con una evidente profundización desde el año 1992 en adelante.

Cabe destacar que el aumento de la tasa de médicas/os entre 2014 y el 2020 no acompañó el crecimiento poblacional de nuestro país que fue de un

11,4%<sup>(29)</sup>, siendo que en Brasil, por ejemplo, el crecimiento de la tasa de médicos/as (35%) fue mayor a la del crecimiento poblacional del período 2010-2020 (9,22%)<sup>(11)</sup>. México posee una tasa de médicos/as de 2,4 cada mil habitantes, incrementando el número de estos profesionales de la salud desde el 2014 en un 9,3% mientras la población de dicho país se incrementó en un 6,5% en dicho período<sup>(35)</sup>. Perú tiene una tasa de médicos/as de 1,67 cada 1000 habitantes<sup>(12)</sup>, y tuvo un incremento durante los últimos 9 años del 59% mientras que la población aumentó un 12,7%<sup>6</sup>. En China hubo una gran reforma donde el crecimiento de médicos/as aumentó un 6,4% versus 1,94% del aumento poblacional en el período 2009-2017<sup>(36)</sup>.

Argentina parece tener una cantidad adecuada de profesionales médicos/as por habitantes comparada con países desarrollados y mucho mejor que otros países de la región, por ejemplo: Alemania con 4,2, España 3,87, Francia 3,27, Suiza 4,3, Estados Unidos 2,6, Brasil 2,3, Chile 2,59, Ecuador 2,04, Paraguay 1,35 y Uruguay 5,08<sup>(37)</sup>.

En cuanto a la especialización de los/as médicos/as, Argentina presenta el 53,4% de los/as médicos/as especializados, mientras que Brasil la proporción de especialistas versus no especialistas es mayor, siendo del 61% para aquellos que tienen alguna especialidad<sup>(11)</sup>. En Chile el 53% de los médicos son especialistas (2011)<sup>(38)(39)</sup>, en México el 33%<sup>(35)</sup> y en Perú, el 37% son especialistas, y de éstos, el 50% desarrolla su actividad en Lima<sup>(12)(14)</sup>.

Finalmente, cuando se habla de especialidades en APS, en Argentina representan un 27,58% del total de especialistas, porcentaje comparativamente menor a los de Brasil y Chile, que alcanzan el 30,8 y 46% respectivamente<sup>(11)(39)</sup>. Si bien en Perú no se hallaron datos publicados sobre especialidades en APS, solo el 6,5% de los/as médicos/as desarrollan su actividad en el primer nivel de atención<sup>(12)</sup>. En Uruguay, sin contar con datos de medicina general, únicamente el 16,42% se consideran especialistas en APS (2010)<sup>7</sup>.

En la región, Argentina resultó tener una cantidad adecuada de médicas/os y de especialistas; aunque un porcentaje inferior a Brasil y Chile en términos de especialistas en APS. Más allá de esto último, existe en nuestro país una gran concentración de médicas/os de todas las categorías (especialistas y especialistas en APS) en los cuatro principales distritos. Como consecuencia de ello, en las regiones más necesitadas, con peores indicadores económicos y sanitarios, la proporción de médicos/as por habitante es muy deficiente. Este hecho se ve agravado año tras año, probablemente por el progresivo desinterés de egresadas/os en la carrera de medicina en

<sup>6</sup>Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. <https://m.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/health-human-resources/#>  
<sup>7</sup><https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia.html>

los concursos de residencias, especialmente en las especialidades de APS, fenómeno que se observa más profundamente en las provincias con mayores déficits económicos y sanitarios<sup>(26-27)(40)</sup>. Como contraparte de esta situación, los/as médicas/os se orientan a la elección de especialidades lineales y subespecialidades no priorizadas en los consensos del Consejo Federal de Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/consejo-federal-salud/actas-2008>)<sup>(26)(40-42)</sup>.

Desde finales de la primera década de este siglo, se promueve un aumento en el número y la distribución geográfica de nuevas carreras de medicina públicas con perfiles de egreso orientados a la APS. Este hecho aún no está impactando en el resultado de la distribución de médicas/os en nuestro país, tal como sí se ha demostrado en otros países<sup>(43-44)</sup>, tema recurrente de debate en el seno del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas<sup>8</sup>.

Es importante destacar que, los diferentes estamentos estatales de nuestro país cuentan con herramientas que pueden reorientar la deficiente distribución de médicas/os, especialistas y especialistas en APS. En cuanto a la formación de profesionales es potestad principal de los Ministerios de Salud y Educación, tanto el financiamiento como la mejora en la calidad de la formación y las reconfiguraciones de los sistemas de formación de especialistas<sup>(21)</sup><sup>(45-46)</sup>. En cuanto al campo laboral, los diferentes ministerios deberían establecer las condiciones de trabajo adecuadas en las regiones más necesitadas y desarrollar una política activa en la radicación de profesionales en los diferentes distritos ya que es el principal financiador del sistema de salud, en todos los subsectores<sup>(47-49)</sup>.

Por ello, los datos deben surgir en las jurisdicciones, y transformarse en información para que los ministerios y sus instituciones (Hospitales, Universidades Nacionales, y otras) junto al sector laboral, al sector productivo y al económico desarrollen políticas de mediano y largo plazo para que impacten en los territorios. De esta manera, el estado se verá fortalecido en el debate ante los intereses particulares de asociaciones corporativas y diferentes actores del campo de la salud.

En consecuencia, a todo lo antedicho, se propone profundizar esta línea de trabajo con futuras investigaciones que den cuenta de los intereses que se ocultan detrás de esta distribución desigual; estableciendo qué fuerzas se encargarán de que estas desigualdades no se sostengan en el tiempo. Otras líneas de futuras investigaciones deberán indagar acerca del rol de las instituciones formadoras de profesionales, las instituciones que regulan la matrícula profesional, las instituciones financiadoras y el resto de las ins-

tituciones que conforman el complejo campo de las profesiones médicas y que tienen capacidad de agencia, incluyendo al rol, las acciones y los discursos de las mismas en el espacio público.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Starfield B, Birn A. Income redistribution is not enough: income inequality, social welfare programs, and achieving equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:1038–41.
2. Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos. *Gerencia y Políticas de Salud*. 1AD;1:7–16.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J, Milbank Q. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005;83(3):457–502.
4. Crampton P, Starfield B. A case for government ownership of primary care services in New Zealand: Weighing the arguments. *International Journal of Health Services*. 2004;34(4):709–27.
5. Emery J, Hayflick S. Is Primary care essential. *The Lancet*. 2001;322(April 2009):1027–30.
6. WHO. Review of 40 years of primary healthcare implementation at country level. Vol. 154, World Health Organisation. 2019.
7. WHO. Primary health care measurement framework and indicators. Ginebra; 2022.
8. OMS. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. Ginebra; 2011. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44538/9789243564012\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44538/9789243564012_spa.pdf?sequence=1)
9. OMS. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 29 Conferencia Sanitaria Panamericana. 69 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 2017. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/oer/2018/09/3767/csp29-10-s.pdf>
10. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors - A matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):1–12.
11. Scheffer M, Cassenote A, et al. Demografía Médica No Brasil 2020. San Pablo; 2020. p.314.

<sup>8</sup>[https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/reu\\_rhs\\_sept\\_arg/16\\_lcarrera.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/reu_rhs_sept_arg/16_lcarrera.pdf)

12. Ministerio de Salud de Peru. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud. Dirección General de Personal de Salud. Análisis de Situación de Salud del Perú. Lima: 978-9972-776-50-2; 2021. 71 p.
13. Taype-Rondan A, Torres-Roman JS, Herrera-Añazco P, Diaz CA, Brañez-Condorena A, Moscoso-Porras MG. Economic income in peruvian physicians according to the specialty: A cross-sectional analysis of the ensusalud 2015. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2017;34(2):183–91.
14. Velázquez A, Grillo P, Minaya P, Nuñez M. Compendio Estadístico : Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2013 - 2018. Ministerio de Salud. 2019.
15. Ministerio de Salud de la Nacion. Documentos marco de referencia. Sistema Nacional de Acreditacion de Residencias del Equipo de Salud. 2015. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/snares/documentoacred/marco>
16. Barreto T, Jetty A, Eden AR, Petterson S, Bazemore A, Peterson LE. Distribution of Physician Specialties by Rurality. *The Journal of Rural Health*. 2020;00:1–9.
17. Oscarina da Silva E., Lucchetti G., Lamas Granero A., Braga L., Lacerda R, Filippo M., Colugnati F., McKinley EA. Geographical distribution of medical graduates from a public university. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(6):512–20.
18. Breinbauer H, Scott KW, 1a K, Fromm G, Fleck D, Breinbauer K. H, et al. Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. *Revista Médica de Chile*. 2009;137(7):865–72.
19. Guilloua M, Carabantes C, Bustos F. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Revista Médica de Chile*. 2011;139(5):559–70.
20. Ministerio de Salud de la Nación. Matriculación y ejercicio profesional de trabajadores / as de la salud en Argentina. Buenos Aires; 2021. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>
21. Ministerio de Salud de la Nación. Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Argentina; 2015 p. 3. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-1993-2015-254649/texto>
22. Gollan DG, Rovere M, Kohan PE, Williams GI. Los Recursos Humanos de Salud en Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Buenos Aires; 2015. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/74-indicadores-de-rhus>.
23. Navarro Pérez P, Contreras Sánchez AJ., Junco Gómez MC, Sánchez Villegas P. , Sánchez-Cantalejo Garrido NLM. Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos en Argentina. Buenos Aires; 2015. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884869/2015\\_ops\\_ms\\_arg\\_eadp\\_demo\\_medica\\_argentina-1.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884869/2015_ops_ms_arg_eadp_demo_medica_argentina-1.pdf)
24. Federación Económica Tucumán. Reporte Estadístico Económico - Social de Tucumán y el NOA. Tucumán; 2021. Disponible en: [www.fet.com.ar](http://www.fet.com.ar)
25. Schufer M. Cantidad y distribución de los médicos en la Argentina. Una revisión histórica. *Medicina y Sociedad*. 2000;23(2):97–108.
26. Falasco SI, Angel Falasco M. Training of specialists in Latin America: Argentina. *Educación Médica*. 2018;19:4–11.
27. OPS. Residencias Medicas en América Latina. Washington, D.C.; 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HRS-SerieAPSN05-Residencias.pdf>
28. Federación Medico Gremial . Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social - Trabajos. Editorial Ruiz, editor. Rosario; 1935. 321 p.
29. INDEC. Instituto nacional de estadísticas y censos. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. 2013. 123 p. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/proyecciones\\_prov\\_2010\\_2040.pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/proyecciones_prov_2010_2040.pdf)
30. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales Argentina Año 2020. Buenos Aires; 2022.
31. Honorable Congreso de la Nacion. Ley 23873. Arte de curar. Argentina; 1990. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23873-273>
32. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1463-E/2017. 2016 p. 7428.
33. Molla S. Donaldson, Karl D. Yordy KNL, Vanselow and NA. Primary care or specialty care? Committee on the Future of Primary Care I of M, editor. Vol. 19, *Clinical cardiology*. 1996. p. 412.
34. Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Fetters MD. Factors considered by medical students when

formulating their specialty preferences in Japan: Findings from a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2007;7:1–9.

35. INEGI. Estadísticas a Propósito de las Personas Ocupadas como Médicos. Mexico; 2021. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Medico2021.docx#:~:text=](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Medico2021.docx#:~:text=)

36. Cao X, Bai G, Cao C, Zhou Y, Xiong X, Huang J. Comparing Regional Distribution Equity among Doctors in China before and after the 2009 Medical Reform Policy : A Data Analysis from 2002 to 2017. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1520.

37. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Vol. 1, Oms. 2020. 96 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>

38. Torres-Quevedo R. Déficit de médicos especialistas en las regiones y en el sistema público. *Revista Chilena de Cirugía*. 2016;68(4):279–80.

39. Gattini C. Panorama y tendencias de la salud en Chile. Revisión 2013. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP). 2014. Disponible en: [https://www.u-cursos.cl/medicina/2017/2/ME08051/1/material\\_docente/bajar?id\\_material=2015611](https://www.u-cursos.cl/medicina/2017/2/ME08051/1/material_docente/bajar?id_material=2015611)

40. Dure I., Daverio D., Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema Nacional De Residencias (SNRES) En Argentina. Buenos Aires; 2013. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/Dure-Daverio-Dursi-ObservatRHUS\\_Planif\\_Gestion\\_SistResid-2013.pdf](http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/Dure-Daverio-Dursi-ObservatRHUS_Planif_Gestion_SistResid-2013.pdf)

41. Acevedo G, Dursi C, Ciaravino O. Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único. *Rev Argent Salud Pública*. 2016;7(28):19–25.

42. Eymann A, Facioni C, Rosa J, Reboiras F, Faingold D. ¿Qué priorizan los médicos recién graduados al momento de elegir la institución para realizar la residencia? *Rev Hosp Ital B Aires* (2004). 2020;40(3):127–31.

43. Secretaría de Políticas Universitarias. Anuario Estadísticas Universitarias Argentinas. Ministerio de Educación. 2019. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/educacion/universidades/informacion/publicaciones/anuarios>

44. Coutinho AJ, Klink K, Wingrove P, Petterson S, Phillips RL, Bazemore A. Changes in Primary Care Graduate Medical Education Are Not Correlated with Indicators of Need: Are States Missing an Opportunity to Strengthen Their Primary Care Workforce? *Academic Medicine*. 2017;92(9):1280–6.

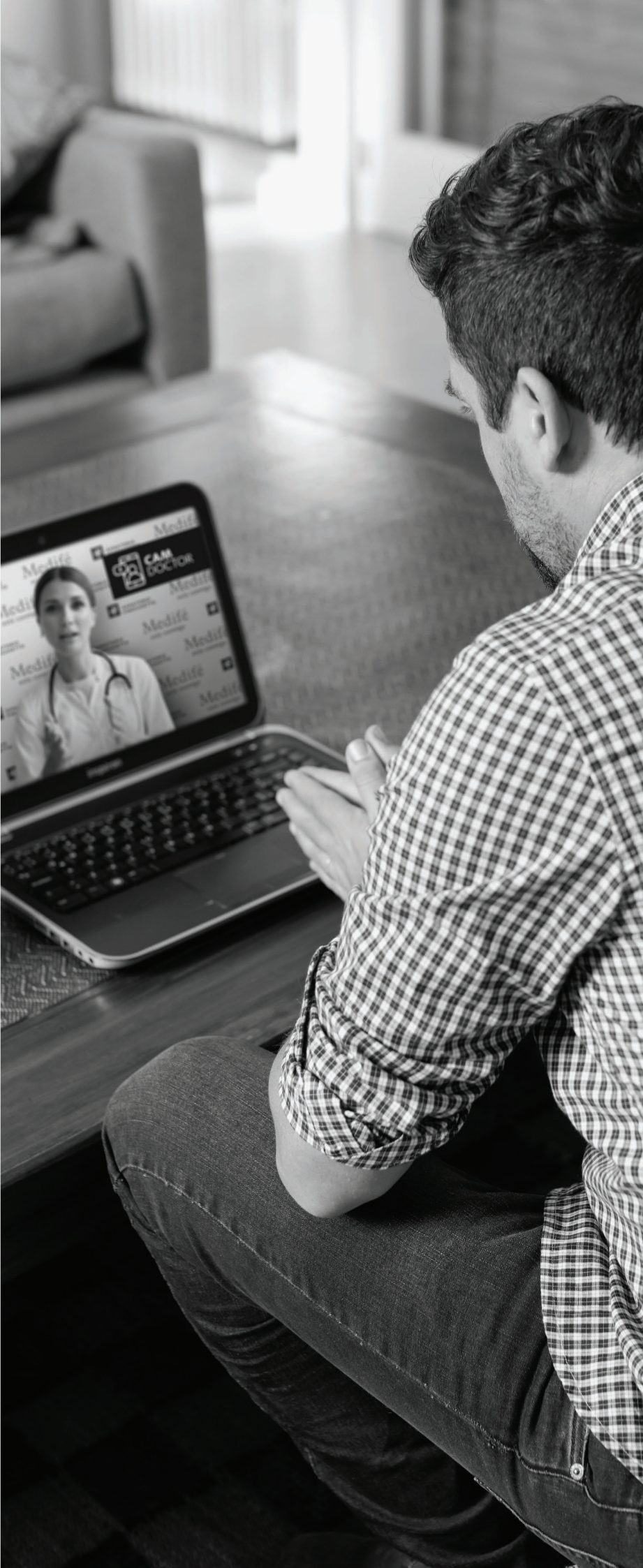
45. Ministerio de Salud de la Nación. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Buenos Aires; 2014. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/publicacion-snares-del-equipo-de-salud.pdf>

46. Poder Legislativo Nacional. Ley 22127/80. Argentina; 1980 p. 6. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-22127.pdf>

47. Devoto F, Cetrángolo O. Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. *Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health*. 2002.

48. Marin GH. The argentine health system: An analysis based on access to medicines. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2021;26(11):5453–62.

49. Arce HE. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Argentina)*. 2012;72(5):414–8.



Cada vez más especialidades.

Cada vez más comodidad.

**Cada vez mejor.**

**Cam Doctor** se amplía sumando cada vez más especialidades con turnos programados, consultas espontáneas y seguimiento a pacientes con COVID. Porque **Cam Doctor** también es una excelente forma de **brindar salud**.

---

Para acceder a **Cam Doctor**, descargá la app móvil o ingresá desde nuestra web.

**El servicio está disponible los 365 días del año, de 8 a 24 hs.**

---

**Medifé**  
está conmigo

DESARROLLADO CON **Google Cloud**

Y CON EL RESPALDO DE  **SANATORIO FINOCHIETTO**

# Acceso al diagnóstico rápido de VIH/sífilis en contextos de encierro: relato de experiencia en una unidad penal de la provincia de Buenos Aires en el año 2021.

*Access to rapid diagnosis of HIV/syphilis in confinement contexts: an experience report in a penal unit in the province of Buenos Aires in the year 2021.*

Autores: María Verónica Grunfeld Baeza<sup>a</sup>, Mariana Rubio<sup>b</sup>, Karen Neun<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Mg. Médica de Familia - Coordinadora del Grupo de Investigación y Extensión de Salud en Contextos de Encierro (GIESCE). Bahía Blanca, Argentina. Centro de Estudios Salud Colectiva del Sur DCS- UNS. <https://orcid.org/0000-0003-2845-4859>

<sup>b</sup> Lic. en Trabajo Social - Referente del programa VIH-ITS y HV. Región Sanitaria I, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

<sup>c</sup> Bioquímica - Referente de laboratorio programa VIH-ITS y HV. Región Sanitaria I, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

## Contacto:

veronica.grunfeld@uns.edu.ar

Recibido: 18/05/2022.

Aceptado: : 01/10/2022.

## RESUMEN

En Argentina se estima que 140 mil personas viven con VIH y de ellas el 17% no conocen su diagnóstico (Ministerio de Salud, 2021). La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación realizó un estudio que mostró una prevalencia global de VIH de 2,68% en unidades del servicio penitenciario federal (DSyETS; 2017). Por ello nuestro objetivo fue favorecer el acceso al testeo y a la prevención de estas enfermedades en personas privadas de su libertad en una unidad penal de la provincia de Buenos Aires en el marco de la pandemia. Relato de experiencia: en diciembre del 2021 se ofreció el testeo voluntario, gratuito y confidencial para VIH y sífilis y accedieron 38 personas. Participaron de la actividad docentes, estudiantes del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur y referentes del programa de VIH-ITS y HV de la Región Sanitaria I del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires. Conclusiones: Esta experiencia mostró la importancia de construcción de redes para la articulación de prácticas que favorezcan el acceso a un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para VIH y sífilis a las personas viviendo en contexto de encierro.

**PALABRAS CLAVE:** Cárceles; Enfermedades de transmisión sexual; diagnóstico.

## ABSTRACT

In Argentina, it is estimated that 140 thousand people live with HIV and 17% of them do not know their diagnosis (Ministry of Health, 2021). The Directorate of AIDS and Sexually Transmitted Diseases (DSyETS) of the Ministry of Health of the Nation carried out a study that showed a global prevalence of HIV of 2.68% in units of the federal prison service (DSyETS; 2017). For this reason, our objective was to promote access to testing and the prevention of these diseases in people deprived of their liberty in a penal unit in the province of Buenos Aires in the context of the pandemic. Experience report: in December 2021, voluntary, free and confidential testing for HIV and syphilis was offered and 38 people agreed. Teachers, students from the Department of Health Sciences of the National University of the South and referents of the HIV-STI and HV program of the Sanitary Region I of the Ministry of Health of the province of Buenos Aires participated in the activity. Conclusions: This experience showed the importance of building networks for the articulation of practices that favor access to early diagnosis and timely treatment for HIV and syphilis for people living in a confinement context.

**KEYWORDS:** Prisons; Sexually Transmitted Diseases; diagnosis.

## INTRODUCCIÓN

Desde el Grupo de Investigación y Extensión de Salud en Contextos de Encierro (GIESCE) del Departamento de Ciencias de la Salud (DCS) de la Universidad Nacional del Sur (UNS), la Región Sanitaria I (RSI) del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires, la Dirección de Sanidad y la dirección de la Unidad Penitenciaria y la organización Furias FERIA, se buscó generar nuevos escenarios para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la promoción de derechos y salud a la población en contexto de encierro en la ciudad de Bahía Blanca en el año 2021. En esta oportunidad, nuestro objetivo fue favorecer acciones que faciliten el acceso a la prueba rápida de VIH-sífilis de forma gratuita, voluntaria y confidencial y al material de prevención de estas infecciones, así como también la promoción del acceso a los cuidados de salud en el marco del derecho y la participación intersectorial, en personas privadas de su libertad en una unidad penal de la provincia de Buenos Aires en el marco de la pandemia. Entendiendo al acceso como parte del derecho a la salud de toda la población y como una responsabilidad del Estado en la implementación de estrategias que lo favorezcan de un modo ampliado y equitativo.

En Argentina se estima que 140 mil personas viven con la infección por el VIH y de ellas el 17% no conocen su diagnóstico. En relación con la sífilis, en la población general, se documentó, que la incidencia durante el año 2020 fue de 22,84 cada 100 mil habitantes y mostró una disminución de un 59.3% en comparación del año 2019<sup>(1)</sup>. La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación realizó un estudio que mostró una prevalencia global de VIH de 2,68 % en unidades del servicio penitenciario federal<sup>(2)</sup>. Un estudio que tuvo como objetivo describir las características clínicas de las personas privadas de la libertad con infecciones de transmisión sexual (ITS) de la unidad penal de Bahía Blanca, mostró que el 1,7% presentaba infección por VIH y el 0,4% tenía diagnóstico de sífilis<sup>(3)</sup>. Teniendo en cuenta esta problemática y a partir del proyecto de extensión universitaria "Curso de promotores/as de salud" realizado por el GIESCE en la unidad penitenciaria y acompañando la propuesta del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires denominada "Por más políticas de placer y soberanía en todas las etapas de la VIHda", surge la idea de realizar una jornada de testeo con las personas privadas de su libertad promoviendo el testeo y acceso a los recursos preventivos en esta población.

A partir de esta coordinación interinstitucional, se planteó una jornada de testeo rápido de VIH y Sífilis en un pabellón de varones de la Unidad Penal de Bahía Blanca, a cargo del GIESCE, la Dirección de

Sanidad, la Jefatura del Penal, la organización Furias FERIA y el Programa ITS de la Región Sanitaria I.

Este trabajo fue desarrollado íntegramente en un penal, el equipo de trabajo ha reconocido que estas instituciones tienen características particulares y es por ello por lo que se deben pensar acciones con perspectivas y estrategias diferentes, pero siempre respetando el derecho a la salud y su pleno acceso. Es fundamental aclarar que, por normativas legales, la privación de la libertad implica solo la supresión de la libertad, no la de ningún otro derecho, como lo es de la salud. La ley de ejecución penal en el capítulo III, artículo 58, refiere que el sistema penitenciario debe asegurar y promover el bienestar psicofísico de las personas alojadas en los penales, realizando actividades de prevención de enfermedades, promoción de la salud y de rehabilitación<sup>(4)</sup> y es dentro de este marco que trabajamos interinstitucionalmente para acercar esta estrategia de diagnóstico a la población privada de su libertad en Bahía Blanca. Según lo planteado por el programa de salud en contextos de encierro del Ministerio de Salud de la Nación, en algunas unidades penales del país el acceso a la salud se encuentra afectado por múltiples factores que podrían estar relacionados a la accesibilidad y disponibilidad del personal de salud como a situaciones edilicias deficientes, a aquellos que se ligan a diferentes actividades destinadas a la seguridad o a la superpoblación. Todos ellos pueden de una u otra manera afectar la capacidad de atención o derivaciones extramuro<sup>(5)</sup>.

Por otro lado, la pandemia por el SARS-CoV-2, ha puesto en el último tiempo el centro de debate sobre los sistemas de salud no solo locales, sino también mundiales. La política, la ciencia, las organizaciones sociales y la ciudadanía interrogan al campo de la salud, que adolece de problemas no resueltos, políticas antagónicas, intereses encontrados y reformas inconclusas, que, sumadas a períodos de violencia institucional, cuestionan el sistema de salud y ponen en evidencia la necesidad de modificarlo para orientarlo en un marco de derechos. Los problemas que se plantean en el campo de la salud, como es la situación prevalente y de magnitud importante de las ITS, infecciones prevenibles y tratables con tecnología accesible, van mucho más allá de las cuestiones que se dirimen dentro de un centro asistencial o unidad penal, y se relacionan con los derechos humanos básicos como el acceso al trabajo, educación y atención oportuna y eficaz. Esta realidad, impone las necesidades de pensar reformas profundas de los sistemas de salud, y sin lugar a duda, estas deben contemplar los aspectos relacionados con los contextos de encierro. El análisis de cambios en el cuidado de la salud en contextos de encierro debe realizarse en el sentido planteado por Carlos Matus, de centrar la organización en las necesidades y demandas de la ciudadanía, en nuestro caso de la población privada de su libertad,

enmarcadas en el derecho a la salud, cuestionando el centralismo extremo y la irresponsabilidad la organización burocrática<sup>(6)</sup>, cuestiones muchas veces vistas en instituciones como las carcelarias.

## ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL

El GIESCE está integrado por estudiantes de la licenciatura de enfermería, medicina y la tecnicatura de acompañante terapéutico y docentes del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. Por su parte el equipo de Región Sanitaria I del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires está conformado por referentes del programa de VIH/Sida. Desde la unidad penal se contó con la organización y gestión de la subjefatura de asistencia y tratamiento como también de trabajadores de la unidad sanitaria del penal, dependiente de Salud Penitenciaria del Ministerio de Justicia de la provincia de Buenos Aires.

Una vez autorizada la jornada de testeo por las autoridades competentes y, evaluada la posibilidad de cumplir con los requisitos que establece el Ministerio de Salud PBA para su implementación, el equipo de Región Sanitaria I capacitó a los y las estudiantes, integrantes del GIESCE, en el uso de la prueba rápida de VIH/sífilis y para la charla de asesoría pre y post test. Estas pruebas, al ser sencillas, se pueden realizar en el lugar y el momento de la consulta y no necesariamente dentro de un laboratorio. Por lo tanto, ayudan a superar los problemas de acceso y a la vez evitan las bajas tasas de retorno a la consulta de las personas que se testean con otras estrategias. Por otro lado, el acceso al diagnóstico comprende la instancia de asesoramiento como una herramienta que promueva el fortalecimiento de la autonomía en el cuidado del cuerpo y la salud de las personas<sup>(7)</sup>. El asesoramiento previo y posterior al test de VIH y sífilis es una herramienta central del proceso diagnóstico para mejorar la eficacia de los procesos preventivos, diagnósticos y asistenciales. El objetivo principal del asesoramiento propuesto es ampliar el acceso al diagnóstico y brindar información para el auto cuidado.

El asesoramiento está sustentado en los siguientes principios: accesibilidad y gratuidad, voluntariedad, enfocado en la persona, libre de juicios de valor, confidencialidad y consentimiento informado para VIH<sup>(8)</sup>. Una semana antes de la jornada se realizó una charla con los integrantes del pabellón invitándolos a la actividad y brindando la información necesaria para que puedan decidir su participación. Estas jornadas se completan con la articulación y participación del referente de la unidad sanitaria del penal, quien garantiza y se responsabiliza del tratamiento y el seguimiento adecuado de aquellos casos detectados. Actividad central del objetivo preventivo de esta experiencia que aspira a garantizar tanto la promoción de la salud

como la prevención primaria y secundaria. Condición sin la cual, realizar el diagnóstico de forma aislada sería ineficaz, antiético y profundizaría la vulneración de derechos.

## METODOLOGÍA

La experiencia se desarrolló comenzando con la presentación del equipo de trabajo y de la actividad. Se realizó una charla grupal centrada en la prevención de las infecciones de salud sexual: salud sexual integral, infecciones de transmisión sexual, vías de transmisión, diferencia entre VIH y Sida, reducción de riesgos y daños, prácticas sexuales cuidadas. En esta se explicó el diagnóstico y se describió el procedimiento técnico de la prueba rápida y sus posibles resultados.

En la charla, pero también durante el desarrollo de toda la jornada, se hizo hincapié en los derechos: acceso a la atención integral, respeto a la dignidad y no discriminación, acceso a la información, a la confidencialidad y a la prevención. Con el objetivo de aumentar y mejorar la accesibilidad a la información se estableció un modo de acción semejante a un taller, promoviendo la circulación de la información y el planteo de inquietudes de los participantes.

Finalizada esta instancia, se ofreció acceder al testeo para VIH y/o sífilis. Para ello se dispuso de tres espacios: en uno se realizó el registro de datos y el asesoramiento pretest, en otro la obtención de la muestra por punción digital y su procesado, y en el último la entrega de resultados en forma individualizada, confidencial y asesoramiento post test, implementando la estrategia de consejería, a cargo de una médica y una psicóloga. Enmarcamos esta acción de consejería como "un espacio específico para el asesoramiento individual que implica asegurar la privacidad y confidencialidad, además de brindar tiempo para profundizar con la usuaria o usuario en sus consultas, dudas y toma de decisiones"<sup>(9)</sup>. Y promovimos el acceso a los medios diagnósticos, a la información para la prevención y promoción de la salud y al material preventivo, como son los preservativos y la folletería, como parte de una política pública destinada a aumentar el porcentaje de personas que tomen conocimiento de su situación serológica y accedan a un tratamiento oportuno y prevenir la transmisión del VIH y sífilis.

## RESULTADO

Participaron del equipo de trabajo interinstitucional 15 personas, 2 varones y 12 mujeres. De estos, dos personas eran docentes del GIESCE, ambas mujeres, dos personas eran las referentes del programa de ITS de Región Sanitaria I, ambas también mujeres; La

profesional bioquímica que participo es miembro del equipo de la unidad sanitaria del penal, tres personas de la organización Furias Ferias, dos mujeres y una

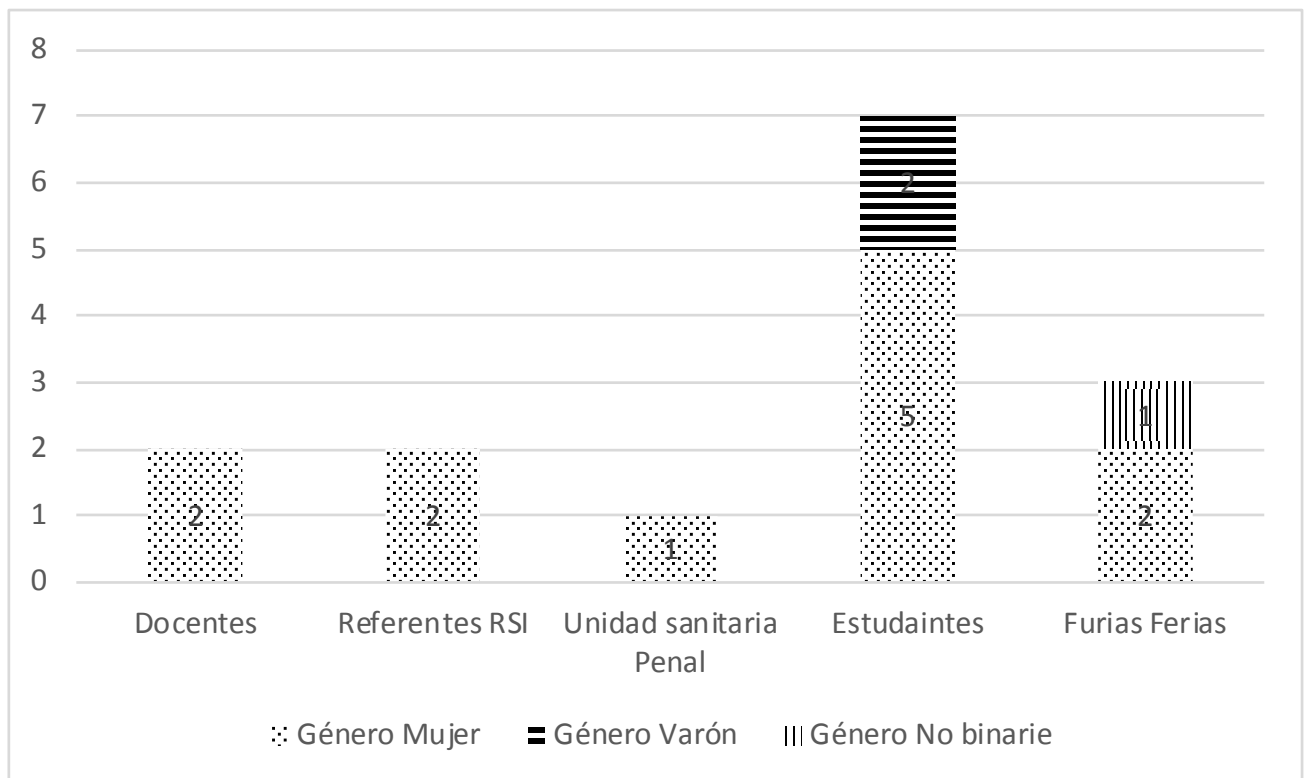
persona no binaria, el resto estuvo conformado por 7 estudiantes, de las cuales dos fueron varones (Tabla y figura N°1).

**Tabla 1.** Distribución del equipo de trabajo según organización y género.

Equipo de trabajo	Genero		
	Mujer	Varón	No binarie
Docentes	2		
Referentes RSI	2		
Unidad sanitaria Penal	1		
Estudiantes	5	2	
Furias Ferias	2		1

Fuente: Elaboración propia.

**Figura 1.** Distribución del equipo de trabajo según organización y género.



Fuente: Elaboración propia.

En la jornada propuesta para el desarrollo del testeo, estuvieron presentes en la actividad grupal inicial 70 integrantes del pabellón, estos se encontraban en un rango etario de entre 20 y 47 años. Del total de los participantes en la charla inicial, 38 decidieron

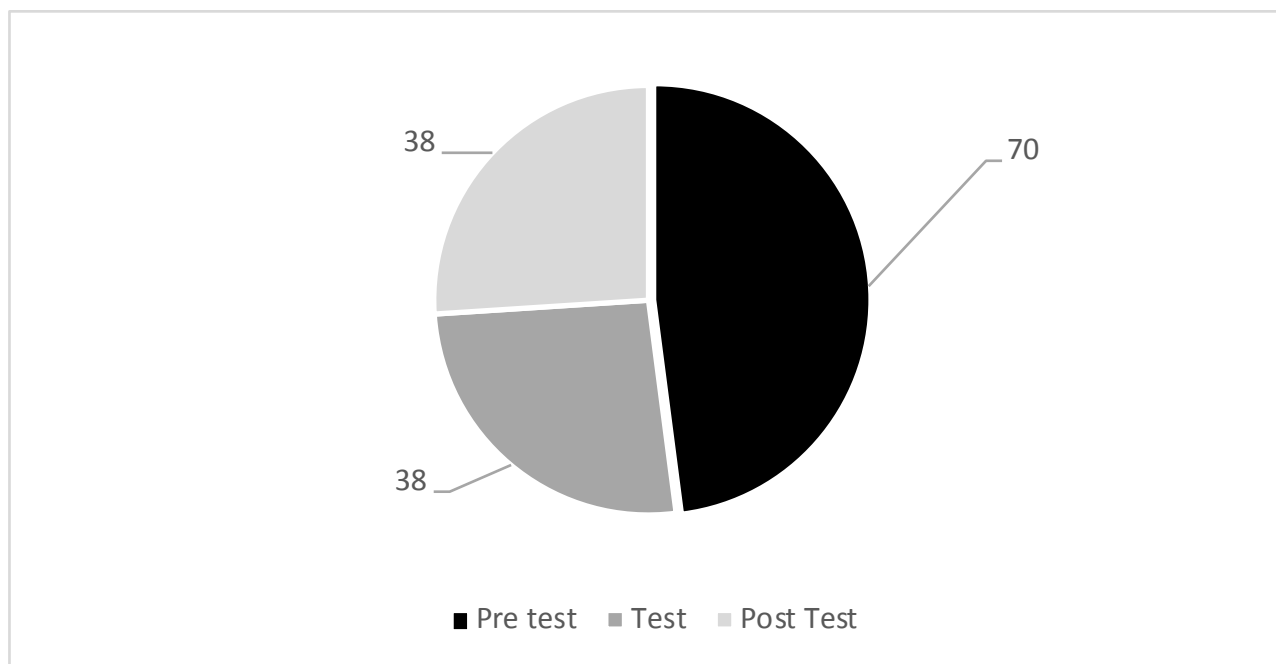
realizarse el test para acceder al diagnóstico de VIH y sífilis que represento un 54,28%. Se destaca que 34 de ellos (89,47%) manifestaron que esa era su primera vez en hacerse este test y conocer su estado serológico (Tabla y figura N° 2).

**Tabla 2.** Frecuencia absoluta de participantes según etapa de la jornada.

Etapa de la jornada	Participantes
Pre test	70
Test	38
Post Test	38

Fuente: Elaboración propia.

**Figura 2.** Frecuencia absoluta de participantes según etapa de la jornada.



Fuente: Elaboración propia.

Como resultado del testeo 4 (10,52%) de las personas recibieron el diagnóstico para sífilis y su tratamiento; ninguno de las pruebas resultó reactivo para VIH. La totalidad de las personas que accedieron

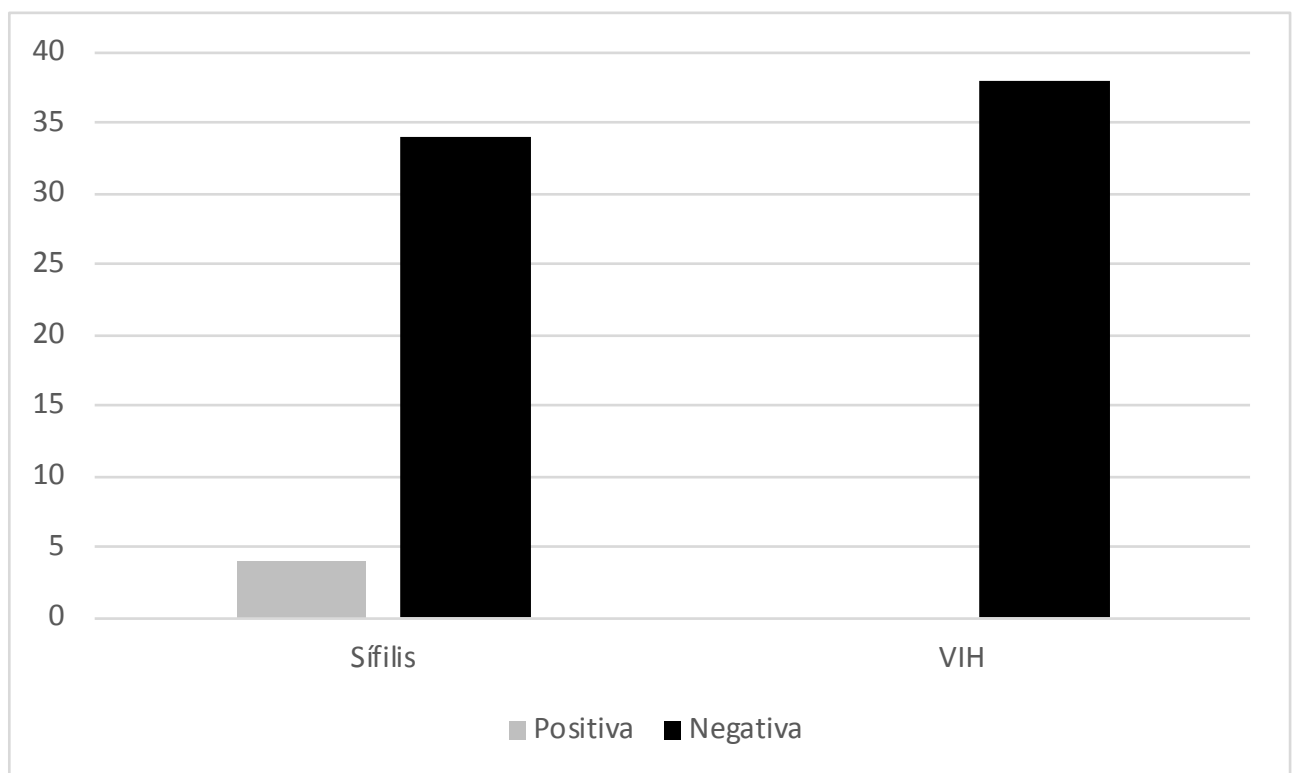
al test, tuvieron la charla y consejería post test. Y las 4 personas detectadas quedaron referidos al equipo de salud de la unidad penal para su tratamiento y seguimiento (Tabla y figura N° 3).

**Tabla 3.** Frecuencia absoluta de los resultados serológicos.

Serología	Positiva	Negativa
Sífilis	4	34
VIH	0	38

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3.** Frecuencia absoluta de los resultados serológicos.



Fuente: Elaboración propia.

## CONCLUSIÓN

La experiencia fue evaluada como exitosa y con los objetivos propuestos cumplidos por todas las instituciones intervinientes. Estas rescataron la buena articulación y coordinación logradas, el trabajo conjunto para la obtención de materiales y recursos como así también la complementación en las tareas durante la jornada. Es importante rescatar la colaboración de las autoridades de la unidad penal, así como también del equipo de la unidad sanitaria.

En la experiencia presentada, donde distintas instituciones coordinan esfuerzos para abordar una problemática sensible en una población con características especiales y en el contexto de la pandemia, se logró garantizar eficazmente el acceso a un diagnóstico de VIH y sífilis, brindando educación y material e información de prevención y promoción a un número importante de personas privadas de su libertad. Pero además es importante remarcar que se logró la conformación de un equipo de trabajo que pudo realizar una tarea de forma interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial. Generando el compromiso de continuidad y profundización de la tarea realizada. Y finalmente el otro objetivo cumplido en esta experiencia fue la aceptación y participación en la propuesta por parte de las autoridades de la unidad penitenciaria, acompañada de la decisión de garantizar el seguimiento y tratamiento oportuno de las personas con ITS.

Creemos importante repetir este tipo de experiencias en el resto de los pabellones y generalizarla en todas las unidades penales. Fomentando la implementación de una política sanitaria centrada en el uso de test rápido para el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, y en la prevención de la transmisión del VIH y sífilis en el marco del derecho a la salud y la protección y cuidado de la población en contextos de encierro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Sida y ETS. Salud Boletín Nº 38 - Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2021. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-38-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
2. Ministerio de Salud de la Argentina. Dirección de Sida y ETS. Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal (2017). Disponible en [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-10/2017-12-29\\_estudios-prevalencia-vih-sifilis-hepatitis-virales-tuberculosis-carceles.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-10/2017-12-29_estudios-prevalencia-vih-sifilis-hepatitis-virales-tuberculosis-carceles.pdf)
3. Grunfeld, MV, Palomo DM, Arnaudo MC, et al. Características clínicas de personas privadas de libertad con infecciones de transmisión sexual en Bahía Blanca. Revista de Salud Pública. 2019; (23) 3:56-65.
4. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación. Ejecución de la pena privativa. Ley 24660. 1996
5. Ministerio de Salud Argentina. Programas de salud en contextos de encierro. Estrategias de intervenciones sanitarias en los servicios penitenciarios de la República Argentina. 2020. disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-04/Boletin-contexto-de-encierro.pdf>
6. Grunfeld, MV, Palomo DM, Arnaudo MC, et al. Reflexiones sobre una reforma sanitaria argentina. Salud, educación y Sociedad. 20221(1):8-22
7. Ministerio de Salud PBA. Estrategia para la implementación de pruebas rápidas de VIH y SIFILIS en el primer nivel de atención. 2020, p 3 Disponible en <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/03/Estrategia-de-implementacion-de-pruebas-rapidas-de-VIH-y-Sifilis-en-el-Primer-Nivel-de-Atencion.pdf>
8. Ministerio de Salud PBA. Estrategia para la implementación de pruebas rápidas de VIH y SIFILIS en el primer nivel de atención. 2020, p 14 Disponible en <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/03/Estrategia-de-implementacion-de-pruebas-rapidas-de-VIH-y-Sifilis-en-el-Primer-Nivel-de-Atencion.pdf>
9. Ministerio de Salud Argentina Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. 2015, p 21



# Impacto de una semana de confinamiento sobre la actividad física durante la pandemia de COVID-19.

## *Impact on physical activity of a week of confinement during the COVID-19 pandemic.*

Autores: Benozzi, S.F<sup>a</sup> Dopazo, I.<sup>b</sup>; Lombán V<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Bioquímica. Docente Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.

<sup>b</sup> Alumno de la carrera de Medicina. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.

<sup>c</sup> Bioquímica. Docente Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.

**Contacto:**

Verónica Lombán.

**E-mail:**

vlomban@uns.edu.ar

Recibido: 08/06/2022

Aceptado: 15/10/2022

### INTRODUCCIÓN

Se evaluó el efecto de las medidas implementadas durante la pandemia de COVID-19 sobre el nivel de actividad física (AF) y el tiempo de sedentarismo (TS) en dos semanas consecutivas con distintos grados de restricciones.

**Materiales y métodos:** Se aplicó el cuestionario International Physical Activity Questionnaire versión corta (IPAQ-S) Se recabaron datos demográficos y referentes al nivel de AF y al TS de los individuos en dos fases de restricción: fase 1 (F1), de confinamiento estricto y fase 3 (F3), de menores restricciones.

**Resultados:** Respondieron a la encuesta 1746 individuos, 1178 mujeres (68%) y 568 hombres (32%). La edad media de la población fue de 32 ±14 años. Al aplicar el cuestionario IPAQ-S correspondiente a la semana de F3, se encontró un 16% de personas físicamente inactivas mientras que en la semana de F1, fue de 33%. La AF disminuyó cuando se implementaron mayores restricciones, tanto en hombres como en mujeres y en distintos rangos etarios. En los sujetos menores de 25 años se produjo la disminución más importante en el porcentaje de AF moderada e intensa al aumentar las restricciones (90% vs 69%, p= 0,000). El TS fue mayor en F1 respecto de F3 (22% vs 18%, p= 0,000), tanto de hombres como de mujeres.

**Conclusiones:** Las medidas implementadas para mitigar la diseminación del COVID-19 tuvieron un impacto negativo sobre el nivel de AF en la población estudiada que mostró también un aumento del TS. Resulta especialmente preocupante la disminución del nivel de AF en el grupo de jóvenes.

**PALABRAS CLAVES:** actividad física; salud pública, COVID-19

### ABSTRACT

**Introduction:** We assess the effect of the measures implemented during the COVID-19 pandemic on the level of physical activity (PA) and the time of sedentarism (TS) in two consecutive weeks with different degrees of restrictions.

**Materials and methods:** We use The International Physical Activity Questionnaire short version (IPAQ-S). We collected demographic data and data related to physical activity (PA) and sedentary time (ST) developed by individuals in two phases of restriction: Phase 1 (P1), strict confinement and Phase 3 (P3), with fewer restrictions.

**Results:** 1746 individuals responded to the survey, 1178 women (68%) and 568 men (32%). The mean age of the population was 32 ±14 years. 79% of the individuals were residents of the city of Bahía Blanca. When applying the IPAQ-S questionnaire corresponding to the week of P 3, we found that physically inactive people were 16%. When the IPAQ-S was applied to the week corresponding to P 1, the percentage of physically inactive people was 33%. A statistically significant decrease in the time spent on PA was observed when greater restrictions were implemented, both in men and women and in different age ranges. In subjects under 25 years of age, the most important decrease in the percentage of moderate and intense PA occurred when restrictions were increased (90% vs 69%, p= 0.000). ST was higher in P1 versus P3 (22% vs 18%, p= 0,000) both in men and women.

**Conclusions:** The measures implemented to mitigate the spread of COVID-19 had a negative impact on the level of PA in the population studied, which also showed an increase in sedentary time. Is especially concerning the decrease in the PA level in the group of young people.

**KEY WORDS:** Physical activity; public health; COVID-19.

## INTRODUCCIÓN

En marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia causado por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2<sup>(1)</sup>. En simultáneo emitió un comunicado enfatizando la necesidad de mantenerse físicamente activo aún durante los confinamientos dispuestos en los diferentes países, ya que “Hasta 5 millones de muertes al año podrían evitarse si la población mundial fuera más activa”<sup>(2,3)</sup>. Las directrices de la OMS sobre actividad física (AF) y hábitos sedentarios enfatizan que todas las personas, sea cual sea su edad y capacidades, pueden ser físicamente activas y que cada tipo de movimiento cuenta<sup>(2,3)</sup>. Las guías actuales establecen la necesidad de alcanzar al menos 150 minutos de AF moderada o 75 minutos de AF intensa por semana o una combinación equivalente de ambas, para ser considerado un adulto físicamente activo<sup>(4,5,6)</sup>. Asimismo, el sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física<sup>(7)</sup>. En Argentina, a partir del 19 de marzo de 2020, se dispuso el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO), período durante el cual estuvieron prohibidas las actividades deportivas-recreativas, tanto individuales (caminatas, running, ciclismo, etc) como grupales. Si bien en el mes de junio se autorizaron salidas individuales al aire libre con fines recreativos recién desde el 19 de agosto se implementó el Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio (DISPO)<sup>(8)</sup> fecha a partir de la cual habilitó la apertura de gimnasios, natatorios y clubes deportivos con aforo reducido.

A pesar de que la OMS promovió los programas de ejercicios en casa (home-based)<sup>(9)</sup> la posibilidad de llevar a cabo este tipo de actividad en forma sistemática fue muy variable para los individuos por diversas razones. Las principales barreras identificadas para realizar AF en pandemia fueron: falta de espacios físicos y elementos adecuados, la necesidad de supervisión por personal capacitado o la imposibilidad de acceso a programas virtuales<sup>(10,11)</sup> sobre todo en la población de adultos mayores, niños, adolescentes y personas con discapacidades<sup>(12,13)</sup>.

La profundización de los hábitos de inactividad física y sedentarismo condicionados por el distanciamiento social, los aforos reducidos en los espacios para realizar AF y el mayor tiempo de permanencia en los hogares en actividades sedentarias, condujo a introducción del concepto de “las dos pandemias”<sup>(14)</sup> para referirse a estas dos condiciones (COVID-19 e inactividad y sedentarismo) que tuvieron y, se supone tendrán a futuro, un fuerte impacto en la salud de la población mundial.

En una encuesta llevada a cabo en Argentina, entre agosto y octubre de 2020 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en la que se evaluó el impacto de las medidas contra la COVID-19 en los hogares de Gran Buenos Aires<sup>(15)</sup>, se puso en evidencia que la mitad de los individuos manifestó cambios negativos relacionados a la práctica de AF a partir de

la pandemia, con una disminución o abandono de sus hábitos activos.

En el año 2021 las condiciones epidemiológicas permitieron que gran parte del país, incluyendo a la ciudad de Bahía Blanca, se encontraran en “Fase 3”(F3), con la posibilidad de realizar actividades deportivas recreativas en espacios cerrados o al aire libre en grupos reducidos de hasta 10 personas, sin embargo, ante el aumento en el número de casos de COVID-19 y consecuentes hospitalizaciones, entre el 22 de mayo y el 30 de mayo de 2021 el gobierno de la nación, mediante un decreto de necesidad y urgencia, estableció una etapa de confinamiento estricto o “Fase 1”(F1), en la cual quedaron suspendidas las actividades recreativas y deportivas, en espacios cerrados y al aire libre<sup>(16)</sup>. Este cambio de fase implicó nuevamente el cierre de gimnasios, clubes, natatorios, un escenario similar al del inicio de la pandemia (en 2020) que se prolongó por más de 2 meses. El retorno a una etapa de confinamiento estricto, recreó las condiciones del inicio de la pandemia, lo cual nos permitió comparar el impacto de estas medidas sobre el nivel de AF y tiempo de sedentarismo (TS) en dos semanas consecutivas en distintas fases de restricción.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de las medidas implementadas durante la pandemia de COVID-19 sobre el nivel de actividad física (AF) y el tiempo de sedentarismo (TS) en dos semanas consecutivas con distintos grados de restricciones, puesto que la información respecto de esta temática en América latina es escasa y resulta necesaria para el diseño de políticas públicas para promover hábitos saludables.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó entre los meses de mayo y junio de 2021.

Los datos se recabaron mediante la difusión del cuestionario Physical Activity Questionnaire (IPAQ), de tipo recordatorio autoadministrado, en adultos comprendidos en la franja etaria de validez del mismo<sup>(17)</sup>. Se utilizó la versión corta (short) de 7 ítems, IPAQ-S, que proporciona información sobre el tiempo empleado en caminar, en actividades sedentarias, en AF moderada e intensa<sup>(18, 19)</sup>. El cuestionario fue transferido a una plataforma digital (Google forms) y se realizó una muestra piloto para corregir dificultades de lenguaje. Luego de realizar las correcciones oportunas, el cuestionario se difundió a través de las redes sociales con la colaboración de la Universidad Nacional del Sur y entidades deportivas privadas de la ciudad. El plazo para la recepción de respuestas fue acotado, entre el 29 de mayo y el 2 de junio, para evitar distorsiones por el paso del tiempo. Las respuestas fueron valoradas y transformadas automáticamente a la escala de análisis por la plataforma y transformadas a planillas Excel.

Criterio de exclusión: valores inverosímiles en el reporte de AF.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, lugar de residencia. También se evaluaron los días semanales de AF intensa, minutos semanales de AF Intensa, días semanales de AF moderada, minutos semanales de AF moderada, días semanales de caminata, minutos semanales de caminata, minutos de sedentarismo diario y equivalentes metabólicos totales (METS), según surge de aplicar el cuestionario IPAQ

A partir del resultado del IPAQ-S y de acuerdo a las recomendaciones actuales para considerar a un individuo como físicamente activo, es decir que realice al menos 150 minutos de AF moderada o 75 minutos de AF intensa por semana o una combinación equivalente de ambas, los individuos fueron categorizados en:

-Físicamente inactivo (FI): no alcanza las recomendaciones.

-Físicamente activo (FA): alcanza las recomendaciones de AF.

-Físicamente muy activo (FMA); supera en 2 veces las recomendaciones.

Otro parámetro analizado cuyo relevamiento surge de la aplicación del IPAQ-S es el TS. La conducta sedentaria se define como toda conducta durante la vigilia que incluye estar acostado, sentado o de pie con un gasto energético menor a 1,5 METS<sup>(5)</sup>. Se consideró como punto de corte para establecer una conducta sedentaria adecuada un TS <4 h (240 minutos) y como conducta sedentaria inadecuada un TS  $\geq$  4 h (240 minutos)<sup>(6)</sup>.

Las variables descritas se compararon en dos fases de restricción de la pandemia que fueron establecidas por el gobierno nacional.

F1: del 23 al 30 de mayo, implicó la suspensión de las actividades recreativas y deportivas, tanto gru-

pales como individuales, en espacios cerrados y al aire libre.

F3: del 16 al 22 de mayo de 2021, actividades deportivas recreativas en espacios cerrados o al aire libre en grupos reducidos de hasta 10 personas habilitadas.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La normalidad de cada variable se evaluó aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Los valores medios de las variables evaluadas entre F1 y F3 se analizaron usando la prueba t Student para muestras relacionadas.

La prueba Chi-cuadrado se empleó para la comparación de proporciones.

La significación estadística usada para el análisis de datos fue  $P < 0.05$

El análisis estadístico de los datos se efectuó a través de un software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) (Versión 15.0. Chicago, IL, USA).

## RESULTADOS

Respondieron a la encuesta 1746 individuos, 1178 mujeres (68%) y 568 hombres (32%). La edad media de la población fue de  $32 \pm 14$  años. 1379 individuos (79 %) que respondieron la encuesta eran residentes de la ciudad de Bahía Blanca. En la tabla 1 se muestra el nivel de AF desarrollada por los individuos en las fases de restricción 1 y 3 durante la pandemia de COVID-19.

**Tabla 1.** Nivel de actividad física desarrollada por los individuos en dos fases de restricción durante la pandemia.

		Fase 3	Fase 1
		N(%)	N(%)
<b>Hombres</b>	<b>Físicamente muy activos</b>	<b>292 (52%)</b>	<b>165 (29%)</b>
	<b>Moderadamente activos</b>	<b>234 (41%)</b>	<b>256 (45%)</b>
	<b>Físicamente inactivos</b>	<b>42 (7%)</b>	<b>148 (26%)</b>
<b>Mujeres</b>	<b>Físicamente muy activos</b>	<b>538 (46%)</b>	<b>277 (24%)</b>
	<b>Moderadamente activos</b>	<b>537 (46%)</b>	<b>586 (50%)</b>
	<b>Físicamente inactivos</b>	<b>103 (8%)</b>	<b>315 (26%)</b>

Un importante porcentaje de individuos moderadamente activos y muy activos disminuyeron su actividad al pasar de F3 a una fase de mayor restricción (F1) (92% vs 74%,  $p=0,000$ ), y se corroboró en ambos sexos (mujeres: 92% vs 74% y hombres: 93% vs 74%,  $p=0,000$ )

En los sujetos menores de 25 años se produjo la disminución más importante en el porcentaje de AF moderada e intensa al aumentar las restricciones (90% vs 69%,  $p=0,000$ ), aunque en el resto de los rangos etarios estudiados también se observó una disminución significativa (entre 25 y 45 años 94% a 75%,  $p=0,000$  y mayores de 45 años 93 a 82%,  $p=0,000$ )

En la F1 se observó que los individuos tuvieron

mayor TS respecto de la F3 (22% vs 18% respectivamente,  $p=0,000$ ), tanto de hombres como de mujeres (23% vs 19% y 21% vs 17%, respectivamente  $p=0,000$ ).

En la tabla 2 se observa que los valores medios de las variables analizadas en las F3 y F1 en la población general, tuvieron diferencias estadísticamente significativas, con una disminución similar en los minutos de AF intensa y moderada, que se evidencia en la diferencia media (DM).

Los mismos resultados se verificaron en los hombres que participaron en el estudio, sin embargo, del análisis de la población de mujeres surge que no se hallaron diferencias significativas en los minutos de sedentarismo al comparar las F3 y F1 (Tabla 3).

**Tabla 2.** Comparación de la actividad física en dos fases de restricción durante la pandemia de COVID-19.

VARIABLE	FASE 3	FASE 1	DM
Días de actividad física intensa	3 ± 2	2 ± 2*	-0,95
Minutos de actividad física intensa	53 ± 44	34 ± 41*	-19,15
Días de actividad física moderada	3 ± 2	3 ± 2*	-0,60
Minutos de actividad física moderada	81 ± 73	61 ± 41*	-19,95
Días de caminata	4 ± 2	3 ± 2*	-1,19
Minutos de caminata	44 ± 42	35 ± 45*	-8,93
Minutos de sedentarismo	401 ± 212	413 ± 264*	12,28
METS	3597 ± 2981	2355 ± 2770*	-1241,96

DM: diferencia media; METS: equivalentes metabólicos totales; los valores de las variables se representan como media ± desvío estándar; P: significación estadística. Todas las diferencias fueron estadísticamente significativas  $P < 0,05$ .

**Tabla 3.** Comparación de la actividad física según el sexo en dos fases de restricción durante la pandemia de COVID-19.

VARIABLE	FASE 3	FASE 1	DM
<b>HOMBRES</b>			
Días de actividad física intensa	3 ± 2	2 ± 2*	-0,94
Minutos de actividad física intensa	59 ± 44	41 ± 48*	-18,07
Días de actividad física moderada	3 ± 2	3 ± 2*	-0,59
Minutos de actividad física moderada	76 ± 72	56 ± 59*	-20,7
Días de caminata	4 ± 2	3 ± 2*	-1,29
Minutos de caminata	44 ± 50	35 ± 48*	-9,30
Minutos de sedentarismo	391 ± 213	409 ± 261*	17,93
METS	3864 ± 3183	2600 ± 3197*	-1263,49
<b>MUJERES</b>			
Días de actividad física intensa	2 ± 2	2 ± 2*	-0,95
Minutos de actividad física intensa	51 ± 43	31 ± 37*	-19,67
Días de actividad física moderada	3 ± 2	3 ± 2*	-0,60
Minutos de actividad física moderada	84 ± 73	64 ± 64*	-19,59
Días de caminata	4 ± 2	2 ± 2*	-1,14
Minutos de caminata	44 ± 38	35 ± 44*	-8,75
Minutos de sedentarismo	406 ± 211	415 ± 265**	9,55
METS	3468 ± 2871	2237 ± 2531*	-1231,58

DM: diferencia media; METS: equivalentes metabólicos totales; los valores de las variables se representan como media ± desvío estándar; P: significación estadística.

\*Diferencia estadísticamente significativa P < 0.05.

\*\* Diferencias estadísticas no significativas.

En la tabla 4 en la que se muestran las distintas variables analizadas estratificadas según los rangos etarios, también se verifica que no se encontraron diferencias entre el TS en F3 y F1. Aunque en las restantes variables se detectaron diferencias estadísticamente significativas. También se puede observar que las diferencias medias que se observaron en los

minutos de AF intensa y los minutos de AF moderada fueron similares en los menores de 25 años (-21,35 y -20,42 respectivamente) y en aquellos que tenían entre 26 y 45 años (-20,06 y -23,11 respectivamente), sin embargo, la DM fue menor en los individuos mayores de 45 años (-12,84 y -14,42 respectivamente).

Tabla 4. Comparación de la Actividad Física en Fase 3 y Fase 1 según la edad.

VARIABLE	FASE 3	FASE 1	DM
<b>Menores de 25 años</b>			
Días de actividad física intensa	3 ± 2	2 ± 2*	-1,04
Minutos de actividad física intensa	55 ± 45	34 ± 42*	-21,35
Días de actividad física moderada	3 ± 2	3 ± 2*	-0,67
Minutos de actividad física moderada	72 ± 61	52 ± 51*	-20,42
Días de caminata	4 ± 2	2 ± 2*	-1,30
Minutos de caminata	39 ± 35	31 ± 31*	-8,59
Minutos de sedentarismo	438 ± 211	450 ± 284**	11,41
METS	3265 ± 2576	1962 ± 2374	-1302,8
<b>Entre 26 y 45 años</b>			
Días de actividad física intensa	3 ± 2	2 ± 2*	-0,94
Minutos de actividad física intensa	54 ± 40	34 ± 40*	-20,06
Días de actividad física moderada	3 ± 2	3 ± 2*	-0,62
Minutos de actividad física moderada	87 ± 80	64 ± 65*	-23,11
Días de caminata	4 ± 2	3 ± 2*	-1,22
Minutos de caminata	43 ± 45	32 ± 44*	-10,78
Minutos de sedentarismo	389 ± 216	400 ± 263**	11,91
METS	3753 ± 3056	2426 ± 2887*	-1327,06
<b>Mayores de 45 años</b>			
Días de actividad física intensa	2 ± 2	2 ± 2*	-0,76
Minutos de actividad física intensa	48 ± 45	36 ± 43*	-12,84
Días de actividad física moderada	4 ± 2	4 ± 2*	-0,40
Minutos de actividad física moderada	94 ± 82	80 ± 75*	-14,42
Días de caminata	4 ± 2	3 ± 3*	-0,87
Minutos de caminata	54 ± 52	47 ± 58*	-7,07
Minutos de sedentarismo	334 ± 188	348 ± 196**	14,81
METS	4134 ± 3586	3150 ± 3229*	-983,03

DM: diferencia media METS: equivalentes metabólicos totales; los valores de las variables se representan como media ± desvío estándar; P: significación estadística.

\*Diferencia estadísticamente significativa P < 0.05.

\*\* Diferencias estadísticas no significativas

## DISCUSIÓN

Las medidas prolongadas de confinamiento en el marco de la pandemia de COVID-19 han mostrado tener un impacto directo sobre las conductas alimentarias, hábitos de sueño, AF y TS con una relación directa sobre el grado de estrés psicológico<sup>(20-24)</sup>.

En nuestro estudio se puso en evidencia que las medidas implementadas por las autoridades nacionales respecto del confinamiento en el contexto de la epidemia producida por el SARS-CoV-2 influyeron en la AF que desarrollaba la población estudiada ya que los individuos disminuyeron el tiempo destinado a tales actividades. Esto se observó en hombres y mujeres y en diferentes rangos etarios, mostrando un mayor impacto en la población más joven.

Un importante porcentaje de individuos moderadamente activos y muy activos disminuyeron el nivel de AF al pasar a una fase de mayor restricción (F1) (92% vs 74%,  $p=0,000$ ), lo que se verificó en ambos sexos (mujeres: 92% vs 74% y hombres: 93% vs 74%,  $p=0,000$ ).

En los sujetos menores de 25 años se produjo la disminución más importante en el porcentaje de AF moderada e intensa al aumentar las restricciones (90% vs 69%,  $p=0,000$ ), aunque en el resto de los rangos etarios estudiados también se observó una disminución significativa (entre 25 y 45 años 94% a 75%,  $p=0,000$  y mayores de 45 años 93 a 82%,  $p=0,000$ ).

Estos resultados muestran coincidencia con los obtenidos en la encuesta realizada por el INDEC<sup>(15)</sup> en la que se indagó respecto de las variaciones en la intensidad de la AF. Un 60,4% de los individuos que participaron en la misma manifestó cambios relacionados con la práctica de AF a partir de la pandemia: el 45,5% dejó o disminuyó su AF, mientras que el 14,9% comenzó o intensificó dicha actividad. Los cambios mencionados fueron más frecuentes en varones, adultos y jóvenes; entre los varones se observó que 50,4% dejó o disminuyó la práctica de AF, mientras que el 13,4% empezó o intensificó su actividad; y poco más del 62% de jóvenes y adultos de 18 a 59 años variaron la realización de AF. Cuando se aplicaron cuestionarios tipo IPAQ para evaluar el cambio en la cantidad de AF y TS, se encontró que, en forma similar a otros estudios, quienes más disminuyeron la AF sobre todo intensa fueron los varones.

Estos hallazgos también coinciden con los de trabajos realizados en otros países como España en donde se implementaron medidas de restricción frente a la pandemia de similares características y duración. En el trabajo de Castañeda-Babarro et al. <sup>(25)</sup> se evidencia especialmente una reducción en la AF intensa, sobre

todo en varones; mientras que en el grupo de mujeres se mantiene el nivel de AF pero de tipo moderada. En otro estudio llevado a cabo por Romero-Blanco et al.<sup>(26)</sup> sobre una población de estudiantes universitarios, utilizando una metodología similar, se observó un aumento en el TS pero también un aumento de la AF moderada durante el confinamiento estricto. Esto puede atribuirse a las barreras, algunas ya discutidas, para compatibilizar el hábito de AF y la agenda de actividades académicas regulares sobredimensionada en base a las actividades virtuales<sup>(27,28)</sup>.

Un aspecto fundamental del análisis de las prácticas de AF es el enfoque sobre el tiempo dedicado a actividades con mínimo gasto energético o TS, ya que se ha identificado como un factor de riesgo cardiovascular independiente<sup>(7, 29, 30)</sup>. El aumento del tiempo destinado a actividades sedentarias se correlaciona con un incremento en los marcadores que indican aumento de los factores de riesgo cardiometabólicos. El efecto del sedentarismo sobre estos marcadores es independiente de factores socio-demográficos, alimentación, índice de masa corporal y AF. Estos resultados muestran que el efecto del sedentarismo sobre estos factores de riesgo no estaría modulado por una mayor ingesta calórica, sino por un gasto energético reducido. Resulta especialmente preocupante el tiempo dedicado a estar frente a pantallas, sobre todo cuando se realiza en forma frecuente consolidándose como hábito en edades tempranas<sup>(29, 30)</sup>. Si bien en los scores de riesgo cardiovascular utilizados actualmente se considera al TS como un factor de riesgo<sup>(31)</sup>, no está claramente establecido el punto de corte con respecto al tiempo total de actividades sedentes, así como tampoco los intervalos máximos recomendados. Sin embargo, se acepta que las conductas sedentarias pueden categorizarse en adecuadas (<4 hs) e inadecuadas ( $\geq 4$  hs). Dicho corte influye notablemente en el aumento o disminución del riesgo cardiovascular<sup>(32)</sup>.

En nuestro estudio, durante la F1 se observaron más individuos sedentarios con respecto a los observados en F3, tanto hombres como mujeres.

En los grupos poblacionales de menor edad resulta preocupante la pérdida de oportunidades de adquirir hábitos de AF y un aumento de TS sobre todo por el tiempo de permanencia frente a pantallas <sup>(23-25)</sup>. Si bien en este estudio no se estudió el grupo etario de menores de 18 años, los resultados obtenidos en los grupos de adultos jóvenes mostraron los mayores porcentajes de disminución de la AFI, lo cual podría contribuir al deterioro de los hábitos adquiridos en edades más tempranas.

A pesar de las directrices y propuestas de ejercicios "home based" para hacer en el hogar durante los confinamientos implementados en diferentes países<sup>(33-35)</sup>, la propuesta resultó difícil de implementar

en grupos poblacionales que requieren actividades adaptadas y supervisadas por personal capacitado o con equipamiento especial como es el caso de niños y adolescentes o adultos mayores, como se mencionó en la introducción.

En nuestro estudio la población de adultos más jóvenes mostró cambios en los patrones de AF intensa, probablemente relacionados a la restricción de acceso a instalaciones deportivas, aunque mantuvieron un nivel de AF moderada aceptable. Tampoco se observó un aumento significativo en el TS. Esto puede deberse al sesgo de reclutamiento generado por la difusión de la encuesta a través de las redes sociales de la Universidad Nacional del Sur. Si bien no se identificó la profesión u ocupación de los respondientes, podríamos inferir que muchos de los encuestados fueron estudiantes y/o docentes. Con más de un año de actividades basadas en la virtualidad es posible que el TS se encontrara ya establecido cerca de su máximo. Es importante destacar que muchos trabajos reconocen la importancia de establecer hábitos de AF y vida activa en edades tempranas y que durante la etapa de los estudios universitarios estos hábitos se consolidan de acuerdo a determinantes de estilos de vida<sup>(36)</sup>.

Según los resultados obtenidos en la Cuarta Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo realizada por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina en 2018, el 65% de la población muestra un nivel bajo de AF<sup>(37)</sup>. Los datos relevados por el presente estudio no coinciden con esos hallazgos ya que el porcentaje de personas físicamente activas fue del 86% y esto puede atribuirse al sesgo introducido por el mayor interés en responder la encuesta de aquellas personas con mayor interés en el tema.

En este trabajo se observó una marcada disminución en la AFI de los sujetos más activos, esto se puede explicar por la imposibilidad de acceder a instalaciones como gimnasios, clubes, natatorios y espacios verdes alejados de los domicilios. Otro factor importante que puede impactar sobre el nivel de AF es la falta de recursos en el hogar (elementos, espacio físico, aplicaciones digitales, etc.) para sostener un programa de ejercicios "home based".

En el trabajo de Castañeda-Babarro, el IPAQ aplicado sobre una población similar a la del presente estudio, se encontraron diferencias entre mujeres y varones. En esa población los varones fueron los que más disminuyeron el nivel de AF. En nuestro trabajo los varones que en F3 realizaban más minutos de AFI, disminuyeron la cantidad de ejercicio vigoroso en F1.

Este último punto sería uno de los aspectos a tomar fuertemente en cuenta para posibles futuras situaciones de confinamiento o de otro tipo de restricciones colectivas o individuales para realizar AF.

El acceso a espacios públicos parqueizados para realizar AF al aire libre y la infraestructura urbana que favorezca el transporte activo pueden resultar en alternativas para aumentar la AF y consolidarse como hábito.

Aparece también como un aspecto interesante a estudiar a futuro la diferencia entre los emprendimientos deportivo-recreativos públicos y privados. Estos últimos pueden presentar mayor flexibilidad para adaptar sus ofertas a la virtualidad y mantener la adherencia de sus clientes a los programas de ejercicio. Resulta particularmente preocupante la vulnerabilidad de los hábitos de AF en los grupos que necesitan instalaciones especiales y personal calificado para programas de ejercicio supervisados como es el caso de niños y adolescentes y adultos mayores. Estos grupos muchas veces realizan sus prácticas de AF en el ámbito público (instalaciones municipales, escuelas, centros de educación física, sociedades de fomento, etc.) que fueron los más afectados por las restricciones. Los grupos de adultos mayores han mostrado un gran impacto en la modificación de la accesibilidad a la AF con consecuencias sobre la salud mental<sup>(38)</sup>. Si bien estos grupos etarios no fueron abordados en este estudio tal como se plantea en el apartado siguiente, es fundamental tomarlos en consideración al momento del diseño de políticas públicas que favorezcan la práctica de AF.

#### LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES DEL ESTUDIO:

En este trabajo no se incluyeron los grupos de edad correspondientes a menores de 18 años y mayores de 69 años debido a la limitación de aplicación del cuestionario IPAQ-S.

Se generó un sesgo de reclutamiento posiblemente debido al método de difusión de la encuesta y la población que mostró interés en responder lo cual puede explicar la diferencia entre el nivel de AF y Sedentarismo de nuestra población con respecto a los datos correspondientes de la ENFR de la población general. Otro posible factor de distorsión de los resultados corresponde a las condiciones climáticas adversas (lluvias) la semana correspondiente a F3 lo cual pudo haber disminuido el tiempo dedicado a actividades al aire libre.

Finalmente puede haber un sesgo por la auto-administración del reporte debida a la metodología propia del IPAQ- S dado que los participantes reportan en forma subjetiva la información.

Por otra parte, uno de los puntos fuertes del trabajo es que fue enviado apenas terminadas las dos semanas correspondientes a F3 y F1 consecutivamente, de modo que permitió que los participantes

podieran comparar sus actividades recientes con menor posibilidad de distorsión por el paso del tiempo. Así también este diseño nos permitió comparar en forma individual y apareada F3-F1 con pruebas de mayor robustez estadística. En nuestro conocimiento, este sería el primer trabajo de importante tamaño de población analizada que permite realizar este tipo de comparación de modo de poder identificar factores determinantes del establecimiento y mantenimiento de hábitos de AF y disminución de prácticas sedentarias.

## CONCLUSIONES

Este estudio evidencia la fragilidad de los patrones y hábitos de AF y el establecimiento de conductas sedentarias a partir de los cambios en las condiciones de acceso a espacios, instalaciones, infraestructura de transporte urbano activo y actividades estructuradas y/o supervisadas, como ocurrió en la aplicación del confinamiento en el marco de la lucha contra la propagación de la COVID-19. En una población con alto índice de inactividad física y de sedentarismo, los programas de ejercicio en la casa y el trabajo y estudio forzado en medio virtual impactan negativamente sobre las conductas y hábitos, con consecuencias sobre la salud física y mental. Los resultados muestran diferencias por género y edad que deben ser considerados al momento de diseñar políticas públicas para promover el aumento de la AF y la lucha contra el sedentarismo.

Declaraciones éticas y conflictos de intereses: los autores declaramos no presentar conflictos éticos ni de intereses de ningún tipo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Director Media Briefing on Covid-19. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/whodirector-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19>.
2. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020 May-Jun;63(3):386-388.
3. Cada movimiento cuenta- dice la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>.
4. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. 2017 Sep;32(5):541-556.
5. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020 Dec;54(24):1451-1462.
6. Cristi-Montero C, Rodríguez FR. Paradoja "activo físicamente pero sedentario, sedentario pero activo físicamente". Nuevos antecedentes, implicaciones en la salud y recomendaciones [The paradox of being physically active but sedentary or sedentary but physically active]. *Rev Med Chil*. 2014 Jan;142(1):72-8.
7. Leiva AM, Martínez MA, Cristi-Montero C, Salas C, Ramírez-Campillo R, Díaz Martínez X, et al. El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. *Rev Med Chil*. 2017 Apr;145(4):458-467
8. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. Decreto 297/2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
9. Stay physically active during self-quarantine [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/stay-physically-active-during-self-quarantine>
10. Farah BQ, do Prado WL, Malik N, Lofrano-Prado MC, de Melo PH, Botero JP, et al. Barriers to physical activity during the COVID-19 pandemic in adults: a cross-sectional study. *Sport Sci Health*. 2021 Mar 27:1-7.
11. Kass L, Desai T, Sullivan K, Muniz D, Wells A. Changes to Physical Activity, Sitting Time, Eating Behaviours and Barriers to Exercise during the First COVID-19 'Lockdown' in an English Cohort. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 24;18(19):10025.
12. Haase KR, Cosco T, Kervin L, Riadi I, O'Connell ME. Older Adults' Experiences With Using Technology for Socialization During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. *JMIR Aging*. 2021 Apr 23;4(2): e28010.
13. Ng K, Cooper J, McHale F, Clifford J, Woods C. Barriers and facilitators to changes in adolescent physical activity during COVID-19. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2020 Nov 5;6(1):e000919.
14. Hall G, Laddu DR, Phillips SA, Lavie CJ, Arena R. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary

- behavior affect one another? *Prog Cardiovasc Dis.* 2021 Jan-Feb; 64:108-110.
15. Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los hogares del Gran Buenos Aires. Agosto-octubre de 2020: Primer informe de resultados / 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2020. Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EICOVID\\_primer\\_informe.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EICOVID_primer_informe.pdf)
16. Medidas generales de prevención Decreto 334/2021. Disponibe en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/244721/20210522>
17. Lee PH, Macfarlane DJ, Lam TH, Stewart SM. Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF): a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011 Oct 21;8: 115.
18. Sánchez-Lastra MA, Martínez-Lemos I, Cancela JM, Ayán C. Cuestionarios de estimación de actividad física: revisión sistemática y análisis de sus propiedades psicométricas en población española mayor de 60 años [Physical activity questionnaires: a systematic review and analysis of their psychometric properties in Spanish population over 60 years old]. *Rev Esp Salud Publica.* 2018 May 14;92: e201805018.
19. Wolin KY, Heil DP, Askew S, Matthews CE, Bennett GG. Validation of the International Physical Activity Questionnaire-Short Among blacks. *J. Phys. Act. Health* 2008, 5: 746–760.
20. Violant-Holz V, Gallego-Jiménez MG, González-González CS, Muñoz-Violant S, Rodríguez MJ, Sansano-Nadal O, et al. Psychological Health and Physical Activity Levels during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 15;17(24):9419.
21. Every-Palmer S, Jenkins M, Gendall P, Hoek J, Beaglehole B, Bell C, et al. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2020 Nov 4;15(11): e0241658.
22. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Res.* 2020 Nov;293: 113462.
23. Okuyama J, Seto S, Fukuda Y, Funakoshi S, Amae S, Onobe J, Izumi S, Ito K, Imamura F. Mental Health and Physical Activity among Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *Tohoku J Exp Med.* 2021 Mar;253(3):203-215.
24. Al Hourani H, Alkhatib B, Abdullah M. Impact of COVID-19 Lockdown on Body Weight, Eating Habits, and Physical Activity of Jordanian Children and Adolescents. *Disaster Med Public Health Prep.* 2021 Feb 16:1-9.
25. Castañeda-Babarro A, Arbillaga-Etxarri A, Gutiérrez-Santamaría B, Coca A. Physical Activity Change during COVID-19 Confinement. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 21;17(18):6878.
26. Romero-Blanco C, Rodríguez-Almagro J, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML, Prado-Laguna MDC, Hernández-Martínez A. Physical Activity and Sedentary Lifestyle in University Students: Changes during Confinement Due to the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 9;17(18):6567.
27. Chandrasekaran B, Ganesan TB. Sedentarism and chronic disease risk in COVID 19 lockdown - a scoping review. *Scott Med J.* 2021 Feb;66(1):3-10.
28. Narici M, Vito G, Franchi M, Paoli A, Moro T, Marcolin G, et al. Impact of sedentarism due to the COVID-19 home confinement on neuromuscular, cardiovascular and metabolic health: Physiological and pathophysiological implications and recommendations for physical and nutritional countermeasures. *Eur J Sport Sci.* 2021 Apr;21(4):614-635.
29. Kohorst MA, Warad DM, Nageswara Rao AA, Rodriguez V. Obesity, sedentary lifestyle, and video games: The new thrombophilia cocktail in adolescents. *Pediatr Blood Cancer.* 2018 July;65(7): e27041.
30. Väistö J, Eloranta AM, Viitasalo A, Tompuri T, Lintu N, Karjalainen P, et al. Physical activity and sedentary behaviour in relation to cardiometabolic risk in children: cross-sectional findings from the Physical Activity and Nutrition in Children (PANIC) Study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014 Apr 26;11: 55.
31. Estimación riesgo cardiovascular: Manejo práctico de la persona con riesgo Cardiovascular. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación: Argentina. disponible en :[http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000280cnt-afiche\\_estimacion-rcv-consultorio.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000280cnt-afiche_estimacion-rcv-consultorio.pdf)
32. Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sá TH, Smith AD, Sharp SJ, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2018 Sep;33(9):811-829.
33. Chaabene O, Pries M, Herz J, Moran J, Hohne R, Kliegl R, et al. Home-based exercise programmes improve physical fitness of healthy older

adults: A PRISMA compliant systematic review and meta-analysis with relevance for COVID-19. *Ageing Res Rev.* 2021 May; 67:101265.

34. Rodríguez MÁ, Crespo I, Olmedillas H. Exercising in times of COVID-19: what do experts recommend doing within four walls? *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2020 Jul;73(7):527-529. Erratum in: *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2021 Apr;74(4):366.

35. Masiá Mondéjar MD, Heredia Elvar JR. Recommendation of physical exercise at home during the COVID-19 pandemic. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2021 Apr;74(4):360.

36. Aceijas, C.; Waldhäusl, S.; Lambert, N.; Cassar, S.; Bello-Corassa, R. Determinants of health-related lifestyles among university students. *Perspect. Public Health* 2017, 137, 227–236.

37. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo-Principales resultados. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2019\\_informe-definitivo.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf)

38. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis.* 2020 May-Jun;63(3):386-388.



# PROFAM

CONOCÉ NUESTRA  
PROPUESTA ACADÉMICA 2022



Actualización para médicos  
que centran su práctica en  
la atención ambulatoria.



 **HOSPITAL ITALIANO**  
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar  
y Comunitaria*

- Curso Universitario de Medicina Familiar y Ambulatoria. Tres modalidades de cursada: tradicional, superior virtual y superior virtual con encuentros sincrónicos.
- Curso Demanda espontánea.
- Curso Toma de decisiones compartida.
- Curso PROFAM Niños.
- Curso Intervenciones en cesación tabáquica.
- Curso Cuidados paliativos en atención primaria.

[www.profam.org.ar](http://www.profam.org.ar) | [profam@hospitalitaliano.org.ar](mailto:profam@hospitalitaliano.org.ar) | WhatsApp 11 2829 3757

# Monitor sanitario: experiencia de gestión y monitoreo de líneas de cuidado priorizadas en Córdoba.

*Health monitor: management and monitoring experience of prioritized lines of care in Córdoba.*

Autores: Manuel Ducant<sup>a</sup>; Ana Carolina Godoy<sup>b</sup>; Diego Enrique Alonso<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Subsecretario de Coordinación de Programas. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

<sup>b</sup> Directora General de Integración Sanitaria. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

<sup>c</sup> Subsecretario de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

**Contacto:**

Manuel Ducant.

**E-mail:**

manuelducant@gmail.com

Recibido: 25/09/2022

Aceptado: 30/10/2022

**RESUMEN**

Para la gestión en salud, fortalecer la Atención Primaria como estrategia es un desafío. Esto implica coordinar los esfuerzos entre los distintos niveles de atención. En el caso de Argentina, la organización del sistema de salud divide las responsabilidades sobre cada nivel de atención en distintas jurisdicciones, quedando el primer nivel en la órbita de los municipios. En el caso de Córdoba, este escenario es particularmente complejo, ya que la descentralización del primer nivel de atención trajo consecuencias adversas, dificultando la integración de información sanitaria producida en los municipios. El Ministerio de Salud de la Provincia ha desarrollado una herramienta de monitoreo (el Monitor Sanitario) que construye indicadores de evaluación aprovechando los datos reportados por 754 efectores de salud públicos al programa Sumar. Estos indicadores se organizan por líneas de cuidado, y ya se encuentran en marcha los tableros que muestran los resultados para la línea de cuidado de personas gestantes y la de cuidado de personas con diabetes. La medición periódica de los desempeños por municipio de estas líneas se asocia a un pago por desempeño.

Consideramos que esta experiencia permite mostrar la integración de esfuerzos para impactar en los tres componentes del sistema: en el modelo de atención (por definir priorización de cuidados y estimular la proactividad), en el modelo de financiamiento (al indicar las posibilidades de reporte al programa Sumar y al establecer un pago por resultados) y en el modelo de gestión (al orientar las gestiones locales a los resultados).

**PALABRAS CLAVES:** Atención Primaria de Salud; Monitoreo Epidemiológico; Investigación sobre Servicios de Salud; Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud.

**ABSTRACT**

For health management, strengthening Primary Care as a strategy is a challenge. This implies coordinating efforts between the different levels of health care. In the case of Argentina, the health system assigns the responsibilities for each level of care to different jurisdictions, leaving the primary level of care in the orbit of the local governments. In the case of Córdoba, this scenario is particularly complex, considering the decentralization of the primary level of care brought adverse consequences, making it difficult to integrate health information produced in local governments.

The Ministry of Health of the Province has developed a monitoring tool (the Health Monitor) that builds evaluation indicators taking advantage of the data reported by 754 public health effectors to Sumar program. These indicators are organized by lines of care, and there are two boards that already shows the results for pregnancy care and for people with diabetes. The periodic measurement of the performance of each local government in these lines is associated with a payment for performance.

This experience shows how the integration of efforts impacts on the three components of the system: in the care model (by defining care prioritization and stimulating proactivity), in the financing model (by indicating the possibilities of reporting to Sumar program and establishing a payment for results) and in the management model (by directing local managements to results).

**KEY WORDS:** Primary Health Care; Epidemiological Monitoring; Health Services Research; Outcome and Process Assessment, Health Care.

## INTRODUCCIÓN

El fortalecimiento de las capacidades de gestión es un desafío para el sistema de salud argentino. En este momento sanitario, con las consecuencias de la pandemia por SARS-Cov-2, brindar herramientas para una mejor gestión en atención primaria de la salud (APS) es fundamental para mejorar la calidad de vida de la población.

En nuestro país, el sistema de salud se describe como segmentado (coexisten diferentes subsistemas según origen del financiamiento) y fragmentado (referida a la existencia de muchas unidades o entidades no integradas)<sup>(1)</sup>. Si bien los procesos de fragmentación y segmentación son características de los sistemas de salud de muchos países del mundo, en Argentina alcanzan una mayor profundidad<sup>(2)</sup>. La cuestión de la fragmentación se plantea como un serio problema porque se vincula con inadecuados resultados sanitarios. Las dificultades en el acceso, la prestación de servicios de baja calidad y el uso ineficiente de los recursos son algunos de ellos<sup>(3)</sup>. A su vez, la inequidad y la ineficiencia son consecuencias nombradas con frecuencia. La escasa integración de las partes del sistema produce una disolución de la responsabilidad en la provisión de salud redundando acceso desigual a los servicios<sup>(4)</sup>.

Sumado a lo descrito, durante la década de 1990 en la provincia de Córdoba, se culminó con un proceso de descentralización en salud. Este implicó que la responsabilidad de casi la totalidad de los efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) fuera transferida desde la provincia a los municipios y las comunas. La enorme responsabilidad que eso significó para los municipios no fue acompañada por una acorde descentralización de recursos ni de una evaluación técnica exhaustiva, hecho que obliga a inferir que dichos procesos de transferencia de funciones obedecieron más a lógicas fiscales que a otras razones de índole sanitaria<sup>(2)</sup>.

Consecuentemente, se dispone hoy de un sistema sanitario con serias y profundas dificultades para superar la fragmentación de sus prácticas y compo-

nentes. Esto repercute en prácticas descoordinadas a nivel de los servicios de salud e, incluso, obstaculiza fuertemente la viabilidad de un abordaje más cercano a la estrategia de APS, es decir, a uno más integral, intersectorial, equitativo, participativo, coordinado tanto a nivel asistencial como en sus acciones de prevención y promoción y no centrado en la asistencia sobre la enfermedad, entre otras características. Repercute también sobre una distribución inequitativa de los recursos físicos, humanos y económicos que se vuelcan al sistema y en una clara imposibilidad de cuantificación a los efectos de evidenciar criterios de asignación y prioridades.

Ante este panorama, en la provincia de Córdoba se consolida una propuesta institucional que busca fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud a través de un conjunto de acciones que impulsan el trabajo articulado y en red de los prestadores de salud en todo el territorio provincial utilizando para ello diversos programas cuyos elementos constitutivos reproducen los valores de la APS Renovada<sup>(5)</sup>. En este sentido, en el año 2019 se crea la Dirección General de Integración Sanitaria (DGIS), que forma parte de la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, cuya responsabilidad en la materia es específica.

En este relato de experiencia, vamos a desarrollar cómo las acciones de la DGIS son claves para potenciar la integración del sistema de salud de Córdoba. Relataremos el desarrollo de una herramienta de información (el Monitor Sanitario) que se ofrece (dentro de toda una propuesta estratégica) como un instrumento que podría colaborar con la mejor gestión de la estrategia APS en la provincia.

## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### *Estructura de la DGIS y su Agenda Estratégica*

La DGIS tiene a su cargo la Dirección de Jurisdicción de Promoción de la Salud y Articulación de Programas. Dentro de esta Dirección se incluyen los programas descritos en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Programas que componen la Dirección General de Integración Sanitaria, del Ministerio de Salud de Córdoba.

PROGRAMA	FUNCIÓN Y ALCANCE
<b>Programa Sumar</b>	Brindar cobertura de salud a todas las personas con Cobertura Pública Exclusiva
<b>Programa Redes</b>	Fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud

<b>Programa Proteger</b>	Mejorar la calidad de atención de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles
<b>Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria</b>	Equipos de salud con responsabilidad nominal y territorial
<b>Programa Remediar</b>	Garantizar acceso a medicamentos esenciales al Primer Nivel de Atención
<b>PROCORDIA (Programa Córdoba Diabetes)</b>	Mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas con diabetes, evitar o disminuir las complicaciones por esta patología y procurar el descenso de sus costos directos e indirectos.
<b>Programas de cánceres tamizables</b>	Detectar tempranamente y garantizar tratamiento oportuno en cánceres de mama, cérvicouterino y colorrectal.

**Fuente:** elaboración propia. Año 2022.

La Dirección a través de los programas, tiene convenios con 754 efectores de la provincia. En la Tabla 2 se muestra la distribución por tipo de efector.

**Tabla 2.** Cantidad de efectores con convenio con la DGIS según tipo de efector. Fuente: elaboración propia según datos disponibles en SIGIPSA. Año 2022.

Tipo de efector	Cantidad
Centro de Salud Municipal	601
Hospital Municipal	83
Hospital Provincial	36
Centro de Salud Provincial	28
Otro	5
Hospital Nacional	1

Para alcanzar los objetivos de integración que esta Dirección se propone, su agenda estratégica se apunala en 3 ejes estructurales de todo sistema de salud: un modelo de atención, un modelo de gestión y un modelo de financiamiento<sup>(1)</sup>. De esta manera, los programas se alinean como herramientas apostadas hacia la integración del sistema y lograr así mejores resultados en salud, al menos en lo relativo al subsector público. Para cada uno de estos ejes, se definieron horizontes específicos, los cuales dan cuenta, por un lado, de los objetivos a lograr en cada aspecto y, por el otro, orientan el diseño de las diferentes estrategias para alcanzarlos.

En este sentido, a los fines de consolidar la rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud sobre el sistema sanitario provincial, se propuso un *modelo de gestión* cuyas prioridades político-sanitarias se presentan definidas en relación con la carga de enfermedad de la población y en función de la oferta de servicios de salud disponible para su abordaje. Para ello, se priorizaron un conjunto de líneas de cuidado que permiten trabajar sobre diferentes momentos del ciclo de la vida de las personas. Se oficializó una política de recursos humanos que promueve la formación en medicina general y familiar y se lanzó la estrategia de Salud Digital a través de la Ley N°10590 de HCE

única provincial.

El concepto de línea de cuidado se sostiene como una categoría teórica/operativa que permite, por un lado, identificar las responsabilidades de cada nivel de atención en el cuidado progresivo y continuo de las personas y, por el otro, monitorear los avances y resultados alcanzados por el conjunto de efectores del sistema. Permite, además, definir el norte de mejora (en términos de cobertura y calidad) para los efectores, según el momento sanitario. Desde el año 2016, se encuentran en dicha categoría las siguientes:

- 1-Cuidado integral de la persona gestante
- 2- Cuidado integral de niños y niñas de 0 a 5 años
- 3- Cuidado de las personas con Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial
- 4- Control de las infecciones de transmisión sexual
- 5- Prevención de Cánceres tamizables (Mama, Cérvico uterino, Colon)

Dentro de cada línea se encuentran definidas prestaciones, incluidas en el Plan de Servicios del Programa Sumar<sup>(6)</sup>. Este plan de servicios también está organizado en líneas de cuidado, lo cual refuerza la estrategia propuesta.

Para ello se destacan 2 grandes componentes: el fortalecimiento de las capacidades de redes integradas de servicios de salud (RISS) y la estrategia de acompañamiento territorial al Primer Nivel de Atención.

A nivel del *modelo de atención*, el horizonte es operativizar dos elementos fundamentales de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud: la proactividad de los equipos para los cuidados de salud y su consiguiente definición de responsabilidad nominada y el funcionamiento en red de los prestadores. Para ello, se definieron las Áreas de Responsabilidad Sanitaria de prestadores públicos del primer nivel de atención y se creó el Reporte Socio Sanitario como herramienta para la identificación de las necesidades de cuidado de las poblaciones a partir de las líneas priorizadas. Y, por otro lado, para dar contenido operativo a la continuidad de los cuidados y a la red asistencial integrada, se crearon dispositivos institucionales para la coordinación asistencial (ORIS) que implican la programación de las atenciones ambulatorias y el mejoramiento de la información clínica disponible.

El último modelo por describir es el *modelo de financiamiento*. En relación a éste, el horizonte apunta a que el Ministerio de salud provincial, con toda su potencia rectora, se instituya en un comprador estratégico de servicios, lo cual, en términos de Sabignoso

<sup>(7)</sup> implica: elegir los servicios que se financiarán en base a las necesidades poblacionales; alinear fondos e incentivos con los servicios prometidos; asegurar distribución equitativa de los recursos; promover calidad de esos mismos servicios; promover la responsabilidad de los proveedores sobre la población bajo su cuidado y gestionar responsablemente el crecimiento del gasto y promover la eficiencia. Para ello, la Dirección propone la integración de las fuentes de financiamiento disponibles, así como la combinación de los mecanismos de transferencias a municipios, comunas y efectores. Actualmente, los municipios y comunas reciben financiamiento a través de FOFINDES, un fondo específico creado a partir de la descentralización del primer nivel de atención de la provincia hacia los gobiernos locales (generalmente utilizado para costear la estructura sanitaria, recursos humanos y gastos corrientes en salud); el programa Sumar, a partir del pago por las prestaciones nombradas registradas y reportadas; y, a partir de julio de 2022 una nueva modalidad basada en desempeños demostrados por cada gobierno local en relación a las líneas de cuidado priorizadas propuestas y medidas por el Ministerio de Salud. El desempeño que define este financiamiento se mide a través del Monitor Sanitario, cuyo desarrollo se detalla en la sección siguiente.

#### *Desarrollo del Monitor Sanitario*

El Monitor Sanitario (MS) es una página web, a la que se accede mediante un registro previo autorizado por la DGIS. Contiene una serie de tableros de monitoreo de líneas de cuidado, y muestra resultados de desempeño de las mismas.

Los efectores en relación con la DGIS reportan regularmente datos en un sistema de información diseñado especialmente para la gestión de los programas de salud: Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud (SIGIPSA)<sup>(8)</sup>. El principal proceso que aporta datos a este Sistema es el proceso de reporte y facturación del programa SUMAR, que implica la carga nominalizada de las prestaciones de salud realizadas. Los datos que se obtienen permiten conocer qué persona recibió la prestación, qué tipo de servicio fue el recibido, cuándo y en qué effector ocurrió ese servicio.

El Monitor Sanitario se nutre de esos datos almacenados en SIGIPSA, transformando la información asociada a las prestaciones registradas en indicadores en relación con las líneas de cuidado priorizadas. El monitor puede desagregar información por departamento, localidad y establecimiento de salud. A su vez, la población es asignada a cada centro de salud (y por lo tanto a cada localidad y departamento) de manera exhaustiva y excluyente en función del criterio de Atención Habitual. Este criterio implica que el

mismo sistema asocia a cada persona registrada al centro de salud que le haya reportado la mayor cantidad de consultas durante el último año. Cabe aclarar que el criterio de asignación prioriza, para hacer efectiva la asignación de la persona, el reporte de las consultas por sobre otras prácticas reportadas (como estudios complementarios o notificaciones). Esta asignación es dinámica en tanto puede cambiar con cada corte anual en el que se actualiza esa asignación.

Por otra parte, el Monitor toma la información almacenada en el Sistema SIGIPSA no sólo para la asignación de personas a un centro de salud (y consecuentemente a un municipio y a un departamento provincial) sino que, además, conforma grupos poblacionales de interés (en función de las líneas de cuidado priorizadas por el Ministerio) en base a categorías diagnósticas indirectas. Es decir, como SIGIPSA es un sistema de información que no registra información clínica sino prestacional, los denominadores poblacionales del Monitor fueron establecidos en base a Prestaciones vinculadas que están directamente vinculadas a diagnósticos clínicos específicos.

Para explicar su funcionamiento en base a los cuadros de mando actualmente disponibles en el Monitor, es preciso mencionar que el Monitor define, en primera instancia, los denominadores poblacionales específicos y, luego, da cuenta de indicadores de seguimiento o de cobertura sobre esos mismos grupos. Por ejemplo, para el caso del cuadro de mando de personas gestantes, el monitor primero agrupa a todas aquellas personas que posean esta condición asociada en el Sistema<sup>1</sup>. Una vez definido el denominador poblacional específico, se toman algunas prestaciones como trazadoras de su aten-

ción, instaurándose, así como indicadores de la calidad de la atención recibida: consultas de seguimiento del embarazo, controles serológicos (Chagas, VIH y sífilis) y controles ecográficos. Para el sistema, la persona embarazada mantendrá este estado hasta que se le reporte su parto ó hasta que se cumplan más de dos meses de su fecha probable de parto. Con ello, se puede analizar información no sólo de las personas que actualmente cursan su embarazo si no de todas aquellas personas que ya lo han transitado (en los últimos dos años)

Para el caso del cuadro de mando de diabetes, el denominador poblacional se construye, primeramente, agrupando a todas aquellas personas a las que les fue registrada alguna de las prestaciones clave del plan de servicio en los dos últimos años calendario. Esas prestaciones clave son las que, además, construyen los indicadores específicos de cobertura y seguimiento de este grupo poblacional.

El indicador de cobertura da cuenta de cuántas personas, de las de este grupo poblacional específico, han recibido alguna prestación clave durante el año en curso. Este indicador se transforma en un insumo importante para los equipos de salud en tanto pueden saber cuáles son las personas que están asociadas a sus propios centros, que están vinculados a esta condición particular y que, durante el año en curso no han recibido ninguna prestación asociada a su condición de diabética.

En los siguientes diagramas se indican las prestaciones clave que se incluyen para la construcción de estas dos líneas a monitorear.

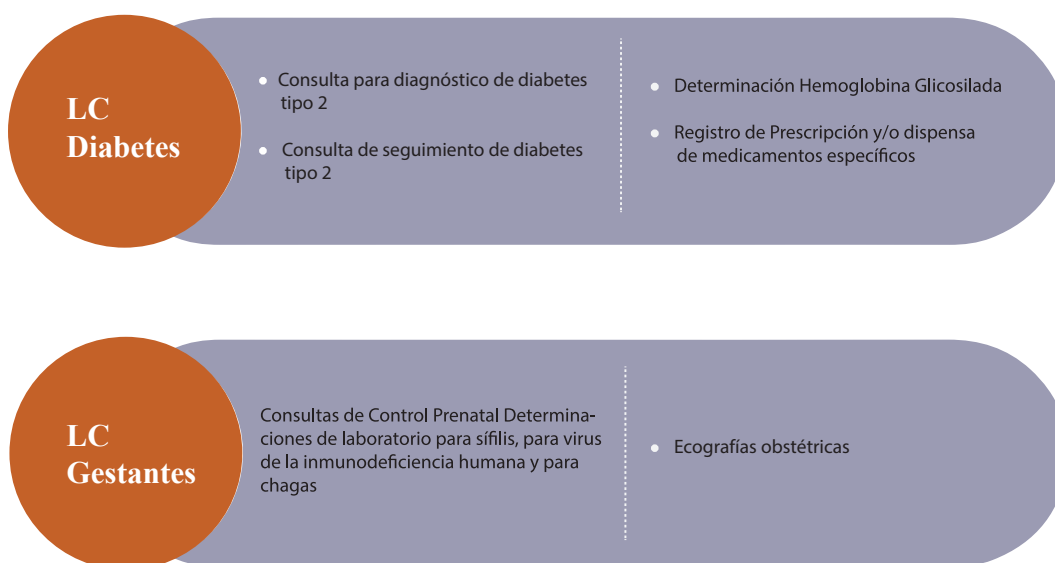


Ilustración 1. Prestaciones incluidas en las líneas de cuidado de personas con diabetes y de personas gestantes. Elaboración propia.

<sup>1</sup>Para que a una persona se le puedan registrar prestaciones del Programa SUMAR vinculadas al control prenatal es necesario que, a esa persona, previamente, tenga la condición de embarazada en el sistema.

El MS muestra los resultados (en tiempo real) de los porcentajes de cobertura de cada una de las prestaciones que lo componen, en base a la población individualizada en cada efector o localidad (según el nivel de análisis seleccionado). En todos los casos muestra, también, los resultados a nivel provincial y a nivel de la ciudad capital de la provincia (ver Ilustración 2).

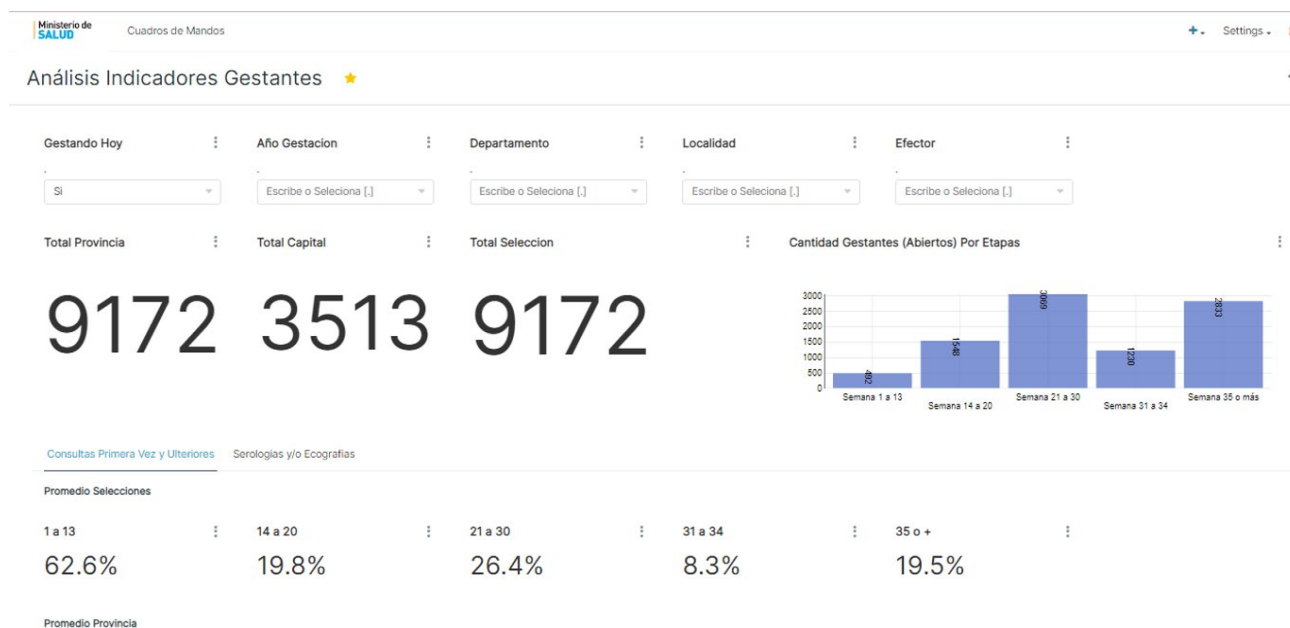


Ilustración 2. Vista del panel de Indicadores de la Línea de Cuidado de Gestantes del Monitor Sanitario.

El Monitor tiene, además, asociada la posibilidad de acceder a la información nominalizada y por establecimiento de salud. Esta información se puede descargar en modo de reporte en hoja de cálculo, y está pensado para ser una herramienta que permita a los equipos de salud realizar acciones de captación y recaptación de las personas que han perdido sus controles.

El Monitor fue presentado al equipo de la DGIS en el año 2021. Se entrenó en su uso, a fin de que los agentes se conviertan en replicadores de las capacitaciones de uso. A finales de ese año se implementó en una región seleccionada como prueba piloto, con el objetivo de que los equipos de salud utilicen las herramientas. Se buscó a partir de ello, reducir las brechas de acceso y/o registro que pudieran identificar. Esta región cuenta con un hospital provincial y 10 municipios o comunas que derivan regularmente. Para la implementación de la prueba piloto se incluyeron el hospital y 7 municipios. Se realizaron 3 encuentros regionales, con representantes de todas las localidades involucradas y personal de la DGIS. Se dictaron, además, Se dictaron, además, 4 capacitaciones virtuales.

En febrero de 2022, luego de la aplicación exitosa en la primera región, se extendió su uso al resto de las regiones, con estrategias similares. Desde julio de este año, se incorpora el pago por desempeños. Como el desempeño se mide a través de esta herramienta, esperamos que su uso se amplifique.

## RESULTADOS Y EVALUACIONES

A junio de 2022, se han otorgado usuarios de acceso a 300 LOCALIDADES, y se monitorea su uso regular en EL 80% DE LOS CASOS.<sup>[2]</sup> Cabe aclarar, además, que el Monitor Sanitario se ha presentado a las autoridades sanitarias locales de las 14 zonas de integración identificadas por las ORIS y es el elemento de trabajo cotidiano de las facilitadoras y facilitadores territoriales de la DGIS, lo cual significa un alcance directo de los equipos de salud y gestores locales de más de 255 comunas y municipios de todo el territorio provincial.

## DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

Hemos mostrado cómo acciones, en distintos puntos del sistema público de salud de nuestra provincia, tienden a favorecer la integración. En función de esta experiencia en desarrollo, destacamos el proceso de transformación de los datos disponibles (producto de los programas antes mencionados) y la creación de información. Esta última está disponible para la toma de decisiones tanto por parte de los equipos de salud que trabajan en los diversos prestadores como por las gestiones locales a través de sus secretarios de salud o responsables políticos.

El Monitor Sanitario (complementado con el Reporte Socio Sanitario) busca fomentar la proacti-

vidad en la atención en tanto permite identificar los grupos poblacionales a cargo de cada centro de salud. La organización por líneas de cuidado transmite la integralidad de la atención, además de que permite al organismo rector poner énfasis en las necesidades de salud que sean prioritarias en un momento dado. A su vez, el Monitor también permite optimizar la gestión financiera de los municipios y comunas al dar cuenta del nivel de reporte de prestaciones que cada localidad realiza.

La disponibilidad de herramientas de gestión de la información, que además van enlazadas a un trabajo de acompañamiento permanente a las gestiones municipales, busca potenciar el trabajo articulado entre jurisdicciones.

La visualización del Monitor sirve para cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generan distintas acciones a través de Indicadores de atención de las personas.

Consideramos que este desarrollo da cuenta de la propuesta de integración que propone nuestro espacio de trabajo, en los tres componentes del sistema: en el modelo de atención (por definir priorización de cuidados y estimular la proactividad), en el modelo de financiamiento (al indicar las posibilidades de reporte al programa Sumar y al establecer un pago por resultados) y en el modelo de gestión (al orientar las gestiones locales a los resultados).

Esperamos que esta experiencia aporte a solucionar el problema de la debilidad respecto a los datos sanitarios (tanto en su calidad como en su disponibilidad)<sup>(9)</sup>, y colabore a subsanar las debilidades de nuestro sistema.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herramientas para el análisis del sector salud. Tobar, Federico. 2, Junio de 2000, Medicina y Sociedad, Vol. 23, págs. 83 - 96.
2. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto Neoliberal. Ase, Iván. Buenos Aires : 2, 2006, Salud Colectiva, Vol. 2.
3. Maceira, Daniel. Morfología del Sistema de Salud Argentino. Documentos de Trabajo CEDES 141/2018. Buenos Aires : CEDES. Fundación Preservar Salud, 2018.
4. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington : OPS, 2010.
5. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Stolkiner , Alicia, Comes , Yamila y Garbus, Pamela . 6, Rio de Janeiro : s.n., Junio de 2011, Ciênc. saúde coletiva, Vol. 16.
6. Programa Sumar. Ministerio de Salud de la Nación. Plan de Servicios del Programa Sumar. [En línea] 2022. [Citado el: 14 de Abril de 2022.] <https://programasumar.com.ar/pss/>.
7. TRANSCRIPCIÓN WEBINAR: PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD Y FINANCIAMIENTO BASADO EN RESULTADOS: DOS ALIADOS POR LA COBERTURA UNIVERSAL Y EFECTIVA EN SALUD. Sabignoso, Martín. s.l.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2017.
8. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. SISTEMA INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN PROGRAMAS DE SALUD. [En línea] 2022. [Citado el: 14 de Abril de 2022.] <http://sigipsa.com.ar>.
9. Indicadores en atención primaria la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012. Ichaso Hernández Rubio, M.a de los Santos y García Armesto, Sandra . 1, 2012, Gaceta Sanitaria, Vol. 26.