

FRENTE AL ABISMO. ESTRATEGIA SANITARIA EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN ARGENTINA (2020)

ESPACIO ABIERTO

*SEBASTIÁN GARCÍA – seba.pnmcs@gmail.com
Universidad Nacional de La Matanza. Fundación Dynamis XXI. Argentina.*

*ENRIQUE RÍOS – enriquehrios@gmail.com
Universidad Nacional de La Matanza. Fundación Dynamis XXI. Argentina.*

*HILARIO BIELSA – hilariobielsa@gmail.com
Universidad de Buenos Aires. Fundación Poliedro. Argentina.*

ARK CAICYT: <https://id.caicyt.gov.ar/ark://0rski05qj>
DOI: <https://doi.org/10.62174/arg.2025.10374>

FECHA DE RECEPCIÓN: 14-4-2024
FECHA DE ACEPTACIÓN: 5-11-2024

130

Resumen

La crisis del COVID-19 destacó la importancia de comprender cómo implementar políticas de salud efectivas en contextos inciertos. Este estudio se centra en la estrategia de abordaje de las Residencias para Personas Mayores (RPM) durante la pandemia del 2020 como caso paradigmático, a su vez que resalta los aprendizajes y factores clave para enfrentar emergencias sanitarias futuras. Se llevó a cabo una investigación cuali-cuantitativa retrospectiva que se basó en datos primarios y secundarios. Los datos primarios incluyeron registros de seguimiento, un cuestionario de evaluación de riesgo de brote en residencias, entrevistas a responsables de cinco provincias argentinas y datos de contacto y geolocalización de las RPM. Las fuentes secundarias abarcaron bases del Sistema Integrado de Información Sanitaria, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud, el Registro Federal de Establecimientos de Salud y documentos internos del Ministerio de Salud. Las RPM en Argentina mostraron una vulnerabilidad particular frente al COVID-19. A pesar de la falta de estructuras consolidadas y regulaciones claras, el Ministerio de Salud logró diseñar e implementar un conjunto de acciones preventivas e intersectoriales sobre las RPM. Se publicaron recomendaciones sanitarias con un enfoque estratégico preventivo basado en una lógica de riesgo, se cuantificó la población de residentes, se actualizó la cantidad de residencias, y se diseñó un plan de vacunación que incluyó la información relevada sobre las RPM. A pesar de las características generales del sistema de salud y de las particularidades de las RPM en Argentina, el Estado Nacional logró desarrollar una estrategia sanitaria de alcance nacional sobre las RPM en virtud de la capacidad de los equipos de trabajo para innovar frente a los desafíos de la pandemia. La búsqueda de reorganizar las estructuras y

metodologías organizativas para una gestión más eficiente y adaptativa del sistema de salud en entornos imprevisibles, reviste un carácter estratégico.

Palabras clave: Políticas de salud, personas mayores, COVID-19, salud pública, Residencias para Personas Mayores

FACING THE ABYSS. HEALTH STRATEGY IN LONG-TERM CARE FACILITIES FOR THE ELDERLY (LTCF) DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN ARGENTINA (2020)

Abstract

The COVID-19 crisis highlighted the importance of understanding how to implement effective health policies in uncertain contexts. This study focuses on the approach strategy for Elderly Residential Facilities (ERFs) during the 2020 pandemic as a paradigmatic case, while also highlighting key lessons and factors to address future health emergencies. A retrospective qualitative-quantitative investigation was conducted based on primary and secondary data. Primary data included follow-up records, an outbreak risk assessment questionnaire for residences, interviews with officials from five Argentine provinces, and contact and geolocation data of the ERFs. Secondary sources comprised databases from the Integrated Health Information System, the National Health Surveillance System, the Federal Health Establishments Registry, and internal documents from the Ministry of Health. ERFs in Argentina demonstrated particular vulnerability to COVID-19. Despite a lack of consolidated structures and clear regulations, the Ministry of Health managed to design and implement a set of preventive and intersectoral actions for the ERFs. Health recommendations with a preventive strategic approach based on a risk logic were published; the resident population was quantified, the number of residences was updated, and a vaccination plan was designed that included information gathered about the ERFs. Despite the general characteristics of the health system and the particularities of the ERFs in Argentina, the National Government succeeded in developing a nationwide health strategy for the ERFs due to the capacity of work teams to innovate in the face of pandemic challenges. The pursuit of reorganizing structures and organizational methodologies for a more efficient and adaptive health system management in unpredictable environments is of strategic importance.

Key words: Health policies, Elderly adults, COVID-19, Public health, Long-Term Care Facilities

131

Agradecimientos: Lic. Luis Calvetti y Elias Abalos, Dirección del Centro Provincial de Adultos Mayores de Jujuy; Dra. Mirta Clara Soria y Cristian David Chaparro, Dirección de Gerontología de Misiones; Lic. Sandra Vega, Dirección del Plan Provincial del Adulto Mayor de La Rioja; Dra. Paula Zingoni, Dirección General de

Promoción Social y Bienestar de C.A.B.A; Lic. María Silvia Gonzalez, Dirección de Personas Mayores de La Pampa.

En homenaje y reconocimiento a los trabajadores del Estado nacional, de los Estados provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyo compromiso y sacrificio han sido fundamentales para la implementación exitosa de las políticas públicas durante la pandemia por COVID-19. Su dedicación, con frecuencia a expensas de su propia salud y la de sus familias, ejemplifica un altruismo y un sentido de responsabilidad cívica excepcionales que contribuyó decididamente al bienestar de la sociedad en su conjunto.

1. Introducción

La crisis sanitaria por COVID-19 constituyó un catalizador para la discusión sobre la organización general de los sistemas de salud, motivado por la necesidad de fortalecer la preparación y la respuesta frente a futuras emergencias sanitarias. En tal sentido, los antecedentes históricos previos a la pandemia ya alertaban sobre la vulnerabilidad de los países para dar respuesta a emergencias sanitarias globales. Según un informe elaborado por el Comité de Evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en el año 2011, luego de la pandemia provocada por el virus de la gripe A (H1N1), ya aseguraba en una de sus conclusiones que “El mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública que represente una amenaza semejante de alcance global y sostenida” (Asamblea Mundial de la Salud, 2011). De acuerdo al informe final elaborado por el Comité de Evaluación, las capacidades de los países para prevenir y disminuir los efectos de la pandemia se vieron limitadas por múltiples factores, desde la limitación de recursos y capacidades hasta la incertidumbre y complejidad que plantean eventos de salud desconocidos (Asamblea Mundial de la Salud, 2011). En este contexto, la OMS recomendó a los países miembro a desarrollar planes nacionales basados en el riesgo para permitir una respuesta más flexible a diferentes escenarios (WHO, 2017a). Sin embargo, hasta el momento, son escasas las

conclusiones acerca de la naturaleza de los procesos que conducen al diseño e implementación de políticas de salud eficaces en contextos marcados por la falta de certezas, en particular en lo relativo a la configuración de los equipos de gestión y los procesos de trabajo que esto implicaría.

Considerando que Argentina logró un resultado relativamente positivo en su desempeño global frente a la pandemia, ratificado por los primeros balances sobre el exceso de mortalidad –con un 10.2% en el año 2020, y de 18,2% si se tiene en cuenta el período 2020-2021, el cual exhibió uno de los mejores indicadores de la región (Ministerio de Salud de la Nación, MSN, 2022)–, existen numerosas experiencias desarrolladas durante la crisis que contienen importantes referencias para la gestión en salud en contextos de incertidumbre. Entre ellas, la estrategia de abordaje de las Residencias para Personas Mayores (RPM) constituye un eslabón central en el manejo de la crisis sanitaria durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020, considerando el alto impacto que tuvo el virus en este sector específico de la población.

133

En este artículo nos proponemos analizar las condiciones organizacionales, político-estratégicas y estructurales que permitieron al Ministerio de Salud de la Nación (MSN) implementar un conjunto de acciones en las RPM, desde marzo de 2020 (primer caso confirmado de COVID-19) hasta diciembre de 2020 (llegada de las primeras vacunas y comienzo de la campaña de vacunación), orientadas a prevenir la mortalidad en esta población de riesgo. El artículo se focalizará en: a) Explicar el carácter estratégico del desarrollo de acciones preventivas en las RPM; b) Analizar las condiciones del *campo de la salud* que permitieron estas acciones; c) Describir el tipo de organización al interior del MSN que facilitó la implementación de estas acciones; d) Detallar la implementación en su complejidad y analizar los resultados directos e indirectos que se pueden mensurar; e) Discutir la importancia de adoptar una perspectiva nacional sobre las RPM y analizar cómo fue posible intervenir en el sistema de salud argentino, considerando sus particularidades, ponderando las ventajas y desventajas del modelo organizacional empleado, el proceso de trabajo para diseñar la estrategia y la metodología de implementación.

La hipótesis de este estudio sostiene que las condiciones coyunturales del ámbito sanitario, generadas por la pandemia de COVID-19, proporcionaron una

oportunidad para implementar estrategias innovadoras dirigidas a reducir el riesgo de brotes en las RPM en Argentina. Estas estrategias, centradas fundamentalmente en integrar un sector mayoritariamente privado y tradicionalmente desvinculado del ámbito sanitario a las redes de atención, fueron determinantes para disminuir la mortalidad esperada en esta subpoblación vulnerable. Desde esta perspectiva, el objetivo es identificar los factores críticos que posibilitaron dicha intervención, los aprendizajes derivados de su implementación y las implicancias de estos hallazgos para el fortalecimiento de la preparación y respuesta del sistema de salud ante futuras emergencias sanitarias.

2. Metodología

El abordaje metodológico utilizado es un estudio de caso retrospectivo. Se utilizaron tanto fuentes de datos primarios como secundarios. En el primer caso, se utilizaron los registros de seguimiento y monitoreo de la estrategia por parte del equipo de la Secretaría de Equidad en Salud (SES), donde se actualizaba el número total de residencias identificadas en cada jurisdicción y las acciones preventivas que las jurisdicciones realizaban en las residencias. También se utilizó como fuente primaria los datos que surgieron del cuestionario de preguntas que propuso la SES para evaluar el riesgo de brote en las residencias (ver Anexo 1). Dicho cuestionario contó con un total de 34 preguntas que exploraron las características de las residencias a nivel de la infraestructura, los insumos, el personal y la situación de los residentes con el fin de poder categorizar a las residencias según el nivel de riesgo de brote por COVID-19 (ver Anexo 2). Conjuntamente, también se relevaron datos de contacto y geolocalización de las residencias. Por otro lado, en el marco de la realización del presente trabajo de investigación, se realizaron entrevistas a responsables de implementar las acciones en las provincias. Las entrevistas fueron semiestructuradas sobre la base de una guía de preguntas cuali-cuantitativas a referentes provinciales de personas mayores de 5 jurisdicciones de la Argentina, procurando representar a la totalidad de las regiones del país: Jujuy (NOA), Misiones (NEA), La Rioja (NOA/Cuyo), CABA (Centro) y La Pampa (Patagonia). Éstas preguntas persiguieron los objetivos de relevar las condiciones de las RPM antes del comienzo de la pandemia (3 de marzo del 2020) y al finalizar dicho año -tomando como referencia cinco ejes centrales (marco normativo y regulatorio, vigilancia y

fiscalización, sistemas de registro, dependencia institucional y articulación con el sistema de salud)-, evaluar la percepción local del rol del MSN en la implementación de la mentada estrategia.

Como fuentes secundarias de análisis se usaron bases de datos del MSN provenientes del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA), dentro del cual se alojan el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) y el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), así como memorias de gestión, documentos e informes internos del MSN.

3. Análisis de caso: estrategia de integración socio-sanitaria de las residencias para personas mayores (RPM) durante la pandemia por covid-19 en Argentina (2020)

3.1. El carácter estratégico de las acciones preventivas en las RPM¹

El grupo poblacional de mayor riesgo de contagio y muerte por el virus COVID-19 fue el de las personas mayores, en razón de la inmunosenescencia, la multimorbilidad y la fragilidad de este segmento poblacional (Zhou et al., 2020). La evidencia es contundente al respecto: de acuerdo con la información disponible, aproximadamente el 80% de las muertes en China se produjeron en mayores de 60 años, mientras que en Europa este porcentaje ascendió al 95% (United Nations, 2020a).

Dentro del segmento de personas mayores, aquellas que vivían en RPM constituyeron uno de los subgrupos más vulnerables frente a la pandemia por COVID-19. En efecto, se estima que, para finales del 2020, en Estados Unidos más del 40% de los fallecidos residían en estos establecimientos, mientras que en algunos países de Europa esa tasa incluso sobrepasó el 50% (National Association of Counties, 2020; Karlinsky, A. et al., 2021). Además de la edad avanzada de los residentes -que constituyó un elemento predictivo en el aumento de la letalidad por COVID-19 (United Nations, 2020b)- existieron situaciones particulares en las RPM que aumentaron el riesgo de contagio y muerte en esta población. Esto obedeció a la confluencia de varios factores: además de los inherentes a la edad, se adicionaron

¹ Fueron consideradas las residencias en términos amplios, atendiendo a la diversidad de sus características y formas de denominación, quedando comprendidas dentro del concepto de RPM a las residencias de corta y larga estadía, y a los centros de día.

un mayor riesgo de infección por contacto frecuente con personal de salud -que, en situación de pluriempleo en prestadores públicos y privados de salud, poseían mayor exposición al virus- y, fundamentalmente, el hecho de residir en proximidad con otras personas mayores con el consecuente riesgo de la propagación del virus una vez ingresado a la residencia. En este contexto, la pandemia puso de manifiesto la necesidad de un abordaje específico para extremar las medidas de bioseguridad en las RPM (OMS, 2020; MSN, 2020c).

Como antecedente en la identificación de su centralidad en el contexto de eventos infecto-contagiosos de envergadura, algunos países elaboraron guías y recomendaciones para la prevención y control de brotes luego de la pandemia por gripe A en 2009, aunque la mayoría de los países miembros de la OMS no lo había hecho (Lansbury, Brown y Nguyen-Van-Tam, 2017). Los organismos de salud pública de países como Canadá, Estados Unidos, Francia o Inglaterra elaboraron guías cuyos principales lineamientos estuvieron orientados a recomendaciones para el personal y dueños de las residencias (medidas de higiene y protección, vacunación del personal y de los residentes y medidas de aislamiento ante casos sospechosos de los residentes, entre otras). También entre las recomendaciones se destacaron las medidas de vigilancia epidemiológica y las prácticas de testeo (Public Health Agency of Canada, 2010; Haute Conseil de la Santé Publique, 2012; CDC, 2016; Public Health England, 2017; WHO, Regional office for Europe, 2017). Una revisión sobre las principales recomendaciones sanitarias en relación a la gripe en RPM concluyó el carácter multifactorial en el éxito de su implementación destacando la importancia del liderazgo gerencial sólido, la planificación de las acciones frente a los brotes y un personal bien capacitado, educado y comprometido (Lansbury, Brown y Nguyen-Van-Tam, 2017).

Por su parte, los estudios comparativos internacionales sobre las RPM muestran que la gran mayoría de los prestadores fueron privados o de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), y que los Estados poseían sólo una proporción marginal de las mismas (Médicos Sin Fronteras, 2020). La lógica del modelo prevalente de organización de las residencias a nivel nacional e internacional respondía más a las prioridades del proveedor privado de servicios que a las necesidades sociales y sanitarias de las personas mayores. Por este motivo, se reduce al máximo posible el

personal profesional de salud en las RPM, se paga al personal en forma precaria o en modalidades *part-time* que encajaban con el modelo de pluriempleo del mercado de trabajo flexibilizado del sector salud, y se maximiza el espacio físico por residente - esto implicó que, en la gran mayoría de los casos y de acuerdo a su poder adquisitivo, el espectro de posibilidades fuera de las habitaciones compartidas al hacinamiento- (Reynolds, 2020). Este modelo organizacional de las RPM favoreció una circulación masiva del virus, como ponen en evidencia los datos conocidos en los primeros meses de la pandemia en Europa y Estados Unidos², del cual el paradigmático caso español nos indica que el impacto a este sector de la población fue devastador: se estima que las personas mayores fallecidas en RPM representaron el 69,1% de fallecidos por COVID-19 en toda España para ese período (Médicos Sin Fronteras, 2020). Este cuadro de situación constituyó el curso promedio de una problemática transversal a numerosas latitudes, motivando que las RPM se convirtiesen en los principales focos de contagio en las grandes ciudades del mundo.

En Argentina, por su parte, los registros del MSN informan que, a diciembre del 2020, más del 80% de las muertes ocurridas fueron sufridas por personas mayores de 60 años, siendo de 75 años la edad de fallecimiento promedio (MSN, 2020a). Además, la letalidad registrada para este segmento poblacional fue del 10,5%, en comparación con el 2% que arrojó el promedio nacional (MSN, 2020a).

3.2. Condiciones del campo de la salud que permitieron el abordaje preventivo sobre las RPM

Para entender las condiciones organizacionales y políticas que fueron necesarias para las acciones del MSN en las RPM es necesario abordar la cuestión del diseño e implementación de política en salud en Argentina de manera particular, atendiendo a las especificidades de su sistema de salud. En ese marco, el sistema de salud argentino se caracteriza por ser fragmentado, segmentado y complejo, entendido como la falta de coordinación vertical dentro del mismo subsistema, la falta de coordinación horizontal entre diferentes subsistemas y la gran cantidad de actores autónomos involucrados, respectivamente (Spinelli, 2010). Como consecuencia de

² Al respecto se puede consultar la evidencia compilada por el International Long-term care Policy Network (ILPN). Grupo de investigación inaugurado en el 2010 por la London School of Economics and Political Science.

ello, el Estado Nacional ejerce, en términos generales, una capacidad de gobierno limitada sobre el mismo, lo que genera inequidades y dificulta el desarrollo de políticas públicas de forma efectiva (Maceira, 2009).

En rigor, el sistema de salud argentino se caracteriza por la existencia de múltiples instituciones sin una interconexión adecuada en términos regulatorios, financieros, de prestación de servicios o de generación de recursos. En ese sentido, el sistema se encuentra profundamente dividido: a la separación entre subsectores se le suma la multiplicidad y atomización de actores que ofrecen cobertura. Esta compleja estructura institucional y de actores en el sistema de salud contribuyó a que los intereses y racionalidades de los diferentes segmentos del sistema se encuentren en constante disputa.

Para comprender cómo se logró implementar medidas preventivas intersectoriales en las RPM en el contexto descrito, es necesario profundizar en ciertos aspectos de la caracterización del sistema de salud. En ese sentido, resulta apropiado destacar que el propio concepto de sistema de salud conlleva limitaciones a la hora de representar con fidelidad las relaciones de poder y los intereses disponibles desde la óptica de la gestión política de la salud. El concepto de *campo*, en cambio, contiene atributos más adecuados para describir la realidad de este espacio social (Bourdieu, 2002). Desde esta concepción teórica, el *campo de la salud* emerge como un microcosmos social que se estructura en base a recursos específicos de capital cultural, simbólico, social y económico. De esta manera, en dicho espacio coexisten diversos actores que compiten por delimitar sus fronteras y principios, con el propósito de adquirir la mayor cantidad de capitales disponibles (Spinelli, 2012). La noción de *campo de la salud* difiere fundamentalmente de la concepción de sistema de salud en la medida en que reconoce la inexistencia de una racionalidad o funcionalidad inherente a sus componentes, así como la falta de objetivos compartidos que abarquen la totalidad de este espacio. En cambio, se observan múltiples intereses en disputa, cada uno enhebrado a su propia racionalidad intrínseca.

En tal sentido, las circunstancias derivadas de la pandemia por COVID-19 alteraron el equilibrio de los actores en el *campo de la salud* argentino y facilitaron la aparición

de consensos inéditos en su seno. Así, podemos referir al menos tres grupos de condiciones generadas por esta singular coyuntura.

En primer lugar, el temor social generado por las noticias provenientes de Europa a fines de marzo de 2020, donde el crecimiento exponencial de casos, el colapso de las unidades de cuidados intensivos y una creciente mortalidad fueron sus componentes centrales. Esto fortaleció el respaldo a la implementación de medidas restrictivas en la circulación de la población y en el papel regulador del MSN, reflejado en un alto apoyo en torno a las medidas iniciales adoptadas, así como en la muy elevada aprobación social de la presidencia, que alcanzó un pico sin precedentes del 93.8%³. El consenso alcanzado durante la fase inicial de la pandemia, reflejo del capital político⁴ de un gobierno que iniciaba su mandato, permitió la rápida promulgación de decretos de emergencia sanitaria y medidas administrativas, facilitando la gestión del MSN y respaldando las acciones de coordinación centralizadas, que contaban con alta legitimidad pública. Entre las principales acciones se encontraba la provisión centralizada de insumos de bioseguridad y, en particular, la distribución de respiradores, cuya demanda era ingente y su oferta limitada debido al cierre de las exportaciones de estos elementos por parte de otros Estados⁵.

139

En segundo lugar, la pandemia generó una inesperada necesidad financiera en las redes de proveedores de servicios de salud, que excedía los presupuestos provinciales y municipales, los cuales ya se encontraban limitados debido a la crisis económica que afectaba a la Argentina desde el año 2018⁶. La pandemia generó una gran demanda de recursos de infraestructura para fortalecer los servicios de atención, innumerables gastos operativos y la contratación de personal, así como el

³ Al respecto ver: www.ambito.com/politica/alberto-fernandez/la-pandemia-dispara-la-imagen-positiva-mas-93-n5091362. (página consultada el 10/7/2023).

⁴ Al respecto ver: Bourdieu, Pierre (2001). *El Campo Político*. Editorial Plural. La Paz. Página 87 y subsiguientes.

⁵ Al respecto ver: www.eleconomista.com.mx/empresas/EU-restringe-envios-de-respiradores-quirurgicos-y-mascaras-20200519-0012.html (página consultada el 10/7/2023).

⁶ Al respecto ver: www.repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45000/124/BPE2019_Argentina_es.pdf (página consultada el 10/7/2023).

financiamiento adicional de distintos trabajadores para aumentar la capacidad de respuesta en establecimientos de salud, servicios de transporte, lugares de aislamiento y centros de coordinación, entre otros. El MSN distribuyó 42 mil millones de pesos sólo en los primeros seis meses desde que se declaró la emergencia sanitaria el 19 de marzo de 2020⁷. En ese sentido, el programa SUMAR fue el programa más importante del MSN para brindar financiamiento flexible y estratégico a la red de proveedores públicos de salud en las provincias y municipios durante la pandemia.⁸ En virtud de ello, las jurisdicciones pudieron financiar desde el equipamiento y la logística de los Comités Operativos de Emergencia (COE) hasta los salarios y las horas extra del personal de salud. Los desarrollos técnicos necesarios para adaptar estratégicamente los programas mencionados a la pandemia y su implementación en las provincias se llevaron a cabo en un corto período de tiempo. Sin embargo, lo más significativo de este proceso fue que por primera vez en el MSN se unificaron estratégicamente los financiamientos de múltiples programas con el fin de lograr objetivos centralizados⁹, lo cual estructuró y centralizó tanto al equipo nacional encargado de rediseñar e implementar dichas estrategias como a los equipos provinciales que las desarrollaron en sus jurisdicciones.

140

En tercer lugar, el 21 de abril de 2020, se produjo por primera vez uno de los acontecimientos más temidos teniendo en cuenta el derrotero promedio de la experiencia europea: un brote de casos de COVID-19 en una residencia de personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que contabilizó un total de 10 residentes muertos. En los medios de comunicación nacionales se pudo observar cómo el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) de la CABA trasladaba a los enfermos en ambulancias debido a las denuncias presentadas por

⁷ Al respecto ver: www.argentina.gob.ar/noticias/nacion-invirtio-42-mil-millones-de-pesos-en-la-expansion-del-sistema-de-salud-para (página consultada el 10/7/2023).

⁸ El programa SUMAR antecede a la pandemia, existe desde el año 2012 y constituye la evolución del programa NACER, que originalmente financiaba prestaciones de salud perinatal. En la pandemia se negoció de emergencia con el Banco Mundial la creación de prestaciones de salud ad-hoc acordes al tipo de respuesta que necesitaría la red de efectores públicos de salud a la pandemia como el pago por día de internación por COVID-19.

⁹ Por primera vez el MSN está regido por una lógica de programas financiados por organismos multilaterales de crédito post consenso de Washington (1989).

sus familiares, en un contexto de falta de respuesta por parte de los responsables de la residencia¹⁰. Pocos días después, y con la sucesión de fallecimientos, los familiares denunciaron a los propietarios y al personal de la residencia por no cumplir con los protocolos nacionales y locales¹¹. A nivel nacional, quedó claro el grado de exposición pública y litigiosidad al que se enfrentarían los propietarios y responsables de las RPM que experimentaran brotes de COVID-19.

Aunque no fuera destacado en los medios de comunicación, era evidente que al comienzo de la pandemia no existía una coordinación efectiva entre las RPM y las redes de proveedores de servicios de salud, tanto públicas como privadas. Esto se explica por el efecto de un problema estructural más amplio, donde las residencias de este tipo no eran consideradas como parte de una red de prestadores de salud. En general se las interpretaba, tanto normativa como prácticamente, como un servicio social contractual, quedando bajo la esfera de los departamentos de desarrollo social y las áreas de habilitaciones comerciales a nivel nacional, provincial y municipal.¹² Este problema de articulación estructural constituía un punto nodal en el que resultaba necesario trabajar para evitar una tragedia humanitaria que, como se describió en la sección anterior, se hallaba en ciernes. En este contexto, los responsables de las RPM comprendieron que estas instalaciones eran vulnerables desde el punto de vista sanitario, legal y comercial ante la posibilidad de un brote de COVID-19. Esto se reflejó, en particular, en el accionar de las cámaras de representantes de las residencias: buscaron fortalecer los vínculos con las áreas de salud pública responsables de los testeos para COVID-19 y los traslados de emergencia, a pesar de que la mayoría de sus residentes contaran con obras sociales o entidades de medicina prepaga¹³. Los responsables de las RPM

¹⁰ Los medios nacionales dieron una amplia cobertura con las imágenes de los operarios de SAME evacuando los residentes a los diferentes hospitales de CABA. Al respecto ver: www.infobae.com/coronavirus/2020/04/21/coronavirus-en-argentina-evacuaron-un-geriatrico-de-belgrano-por-un-posible-contagio-masivo (página consultada el 10/7/2023).

¹¹ Al respecto ver: www.clarin.com/sociedad/coronavirus-geriatrico-incas-cadena-contagios-dejo-muertes-llego-fiscalia_0_qkaL2Yoa7.html (página consultada el 10/7/2023).

¹² Al respecto ver el trabajo de María Isolina Davobe, Las residencias gerontológicas en el derecho de la vejez: panorama normativo en Argentina. www.ri.conicet.gov.ar/handle/11336/45793 (recuperado en 26 de junio de 2023).

¹³ Al respecto ver: www.camarahogaresycdiapba.org.ar/publicaciones/page/3/ (recuperado el 26 de junio de 2023) Crecen los casos de coronavirus en geriátricos y los dueños de los establecimientos

comprobaron desde el inicio de la pandemia que solo el sector público de salud tenía capacidad de pronta respuesta al producirse brotes en residentes o empleados. En relación a la diferencia entre las entidades públicas y privadas:

(...) continúa una falta de comprensión sobre el manejo real de las residencias, especialmente en términos de la atención a los residentes. Esta observación se aplica especialmente al sector privado, donde la falta de capacitación es evidente. Creo que es necesario mejorar esta situación, aumentando la supervisión en las residencias privadas. En cambio, en el ámbito público, la pandemia representó verdaderamente un punto de inflexión en su historia (Lic. Luis Calvetti, Dirección del Centro Provincial de Adultos Mayores de Jujuy, entrevista realizada en agosto de 2022 en el marco del trabajo Frente al abismo. Estrategia sanitaria en Residencias para Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19 en Argentina [2020]).

Asimismo, el análisis de datos de hisopados e internaciones por COVID-19 registrados en el SISA hasta enero del 2021 por parte del MSN muestran con claridad el peso del estado en la respuesta a la pandemia: el 66% de los diagnósticos para la enfermedad fueron hechos por el sector público. De este universo, el 67% de las personas testeadas tenían obra social o prepaga. Por último, el 60% de las personas que se internaron por COVID-19 en el sistema público tenían obra social o prepaga¹⁴.

142

3.3. Nuevas formas de organización frente a problemas complejos

Para comprender la particularidad de los procedimientos laborales que posibilitaron la ejecución de medidas en las RPM a nivel nacional, resulta fundamental ofrecer una breve explicación sobre la dinámica típica de los procesos laborales en el MSN y su conexión con los ministerios de salud de las provincias.

Cuando se declaró la cuarentena el 19 de marzo del 2020 en la Argentina, desde la SES se tomó la decisión de convocar a un grupo reducido de funcionarios y personal de la Secretaría a trabajar en el despacho del secretario ubicado en el octavo piso del MSN. La mayoría de ellos llevaron a cabo sus actividades diarias alrededor de

piden “un protocolo claro” y ayuda estatal - Infobae (recuperado el 26 de junio de 2023) y Coronavirus: los dueños de los geriátricos piden tests a pacientes y empleados para evitar nuevos contagios (recuperado el 26 de junio de 2023).

¹⁴ Al respecto ver: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/expansion-del-sistema-publico-de-salud-garantizo-la-atencion-de-toda-la-poblacion-durante> (página recuperada el 27 de junio de 2023).

una mesa de reuniones ubicada en la misma oficina donde se encontraban las autoridades máximas de la Secretaría. Además, se llevó a cabo una reorganización de las oficinas adyacentes al despacho principal de manera que se creara un espacio amplio y ventilado, en el cual las personas que se encontraban en su interior pudieran mantener una comunicación permanente sin aumentar el riesgo de contagio. Esta disposición del equipo fomentaba una comunicación transversal e inmediata de los acontecimientos y decisiones cotidianas. La puerta de acceso a la Secretaría permanecía siempre abierta, lo que facilitaba el intercambio constante con funcionarios de otras secretarías del MSN. Tras dos semanas y en vista del avance del COVID-19 a nivel mundial, la SES del MSN inició una serie de encuentros por videoconferencia con expertos sanitarios internacionales, con el objetivo de obtener información valiosa que pudiera contribuir a mejorar las acciones de prevención en Argentina de forma anticipada. Estos primeros encuentros fueron posibles en virtud de la red de contactos que el secretario había establecido durante su trayectoria laboral en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

143

El intercambio con sanitaristas internacionales, como el caso de Rafael Bengoa¹⁵ en España, alertó sobre el impacto temprano del COVID-19 en las personas mayores, especialmente aquellas residentes en RPM. La respuesta inicial de los equipos del MSN ante este desafío fue principalmente normativa, creando una guía de prevención y abordaje¹⁶ para las residencias. Esta estrategia prevaleció hasta el 21 de abril cuando ocurrió el primer brote en una RPM del país. Esta crisis, aunque en una residencia en condiciones favorables no generalizables a nivel nacional, (personal médico contratado, buena infraestructura, pertenencia a una jurisdicción con un sólido servicio de emergencia, etc.), sirvió como advertencia de que un enfoque normativo y el aislamiento durante la cuarentena serían insuficientes para

¹⁵ Experto en Reformas Sanitarias y ex Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, ha tenido una destacada trayectoria profesional a nivel nacional e internacional. Durante quince años, ocupó el cargo de director de Sistemas de Salud en la Organización Mundial de la Salud hasta 2007. Posteriormente, asesoró a la Administración Americana en la implementación de la reforma Obamacare. Además, cuenta con la distinción de haber sido reconocido como Senior Fellow de la Universidad de Harvard.

¹⁶ Al respecto ver: COVID-19 Recomendación para la prevención y abordaje en residencias para personas mayores y plan de contingencia (página recuperada el 12 de enero de 2024).

prevenir un aumento drástico de la mortalidad en estas instituciones a medida que los casos se incrementaran.

En respuesta a esta señal, durante el mes de abril del 2020, la SES decidió establecer un equipo interdisciplinario para coordinar a nivel nacional una estrategia sanitaria relacionada con las RPM. Este equipo, conformado por personal del MSN que presentaba perfiles profesionales diversos, desde médicos y antropólogos hasta bioingenieros y licenciados en relaciones internacionales, había propuesto abandonar el enfoque exclusivamente normativo y tomar el desafío de proponer estrategias de intervención directas en un sector que no estaba articulado históricamente con los sectores públicos de salud¹⁷. El equipo de trabajo gozó de un alto grado de autonomía para colaborar con los actores clave a nivel nacional, provincial y municipal que estuvieran involucrados en el abordaje de las RPM. En este sentido, recibió el valioso apoyo técnico de la Dirección de Personas Adultas y Mayores, dependiente de la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida del MSN, lo cual permitió una rápida familiarización con el trabajo realizado hasta ese momento en relación a las RPM. El equipo operó dentro de la SES del MSN y se dedicó de manera exclusiva y a tiempo completo a los problemas generales del COVID-19 y, en particular, a las RPM. Su funcionamiento se desarrolló de manera transversal en múltiples niveles del organigrama del ministerio, y la articulación entre áreas y programas se estructuró en función de los problemas identificados. Todo esto fue posible, en gran medida, por respaldo político de las máximas autoridades tanto del poder ejecutivo nacional como del MSN, así como a la capacidad de articular los recursos disponibles, lo que facilitó la coordinación y la rápida implementación de las acciones en todas las jurisdicciones.

Una de las primeras medidas fue la realización de un análisis de situación de las RPM en Argentina junto con la Dirección de Personas Adultas y Mayores del MSN, donde se puso de manifiesto un cuadro de situación complejo. Los principales puntos críticos detectados fueron:

¹⁷ Entendemos el enfoque normativo como la forma de intervención que reduce a protocolos, normas y recomendaciones, sin asumir funciones de gestión que aborden los problemas en toda su complejidad.

- Ausencia de un marco normativo y regulatorio a escala nacional, lo que explica la falta de criterios comunes entre las provincias en lo referente a la habilitación de las residencias y a los estándares que regulan su funcionamiento.
- Deficiencias en materia de vigilancia y fiscalización y, consecuentemente, una considerable informalidad en el sector.
- Ausencia de un sistema de registro estandarizado, fiable y actualizado que favorezca el diseño e implementación de políticas focalizadas; por el contrario, la información resulta insuficiente y muy heterogénea entre provincias.
- Limitada gobernanza del sector salud, producto de que en la mayoría de las provincias las RPM se encuentran bajo la órbita institucional de áreas de desarrollo social.
- Insuficiencias en la integración de las RPM con las redes de salud, poniendo de manifiesto que, pese a que el vínculo de las residencias con el sistema de salud es muy próximo en los hechos, formalmente se encuentra poco institucionalizado.

145

Sobre la base de este análisis general y con la decisión política de impulsar una estrategia sanitaria sobre las RPM, se decidió realizar un relevamiento en profundidad de las residencias en Argentina.¹⁸ El objetivo consistía en obtener información que permitiera categorizar el riesgo de brote por COVID-19 en las RPM y, de esa manera, hacer un uso eficiente y equitativo de los recursos disponibles según el nivel de riesgo de cada residencia. El relevamiento, a su vez, tenía como función establecer un vínculo entre el sector público de salud local y las RPM que serviría para gestionar todas las acciones subsiguientes.

¹⁸ En ese sentido es dable destacar que, en aquel momento y de acuerdo con datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC), se estimaba que en Argentina había 3.696 RPM, en las cuales residían 92.695 personas. Por su parte, los registros del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) tan sólo contabilizaban 2444 de ellas.

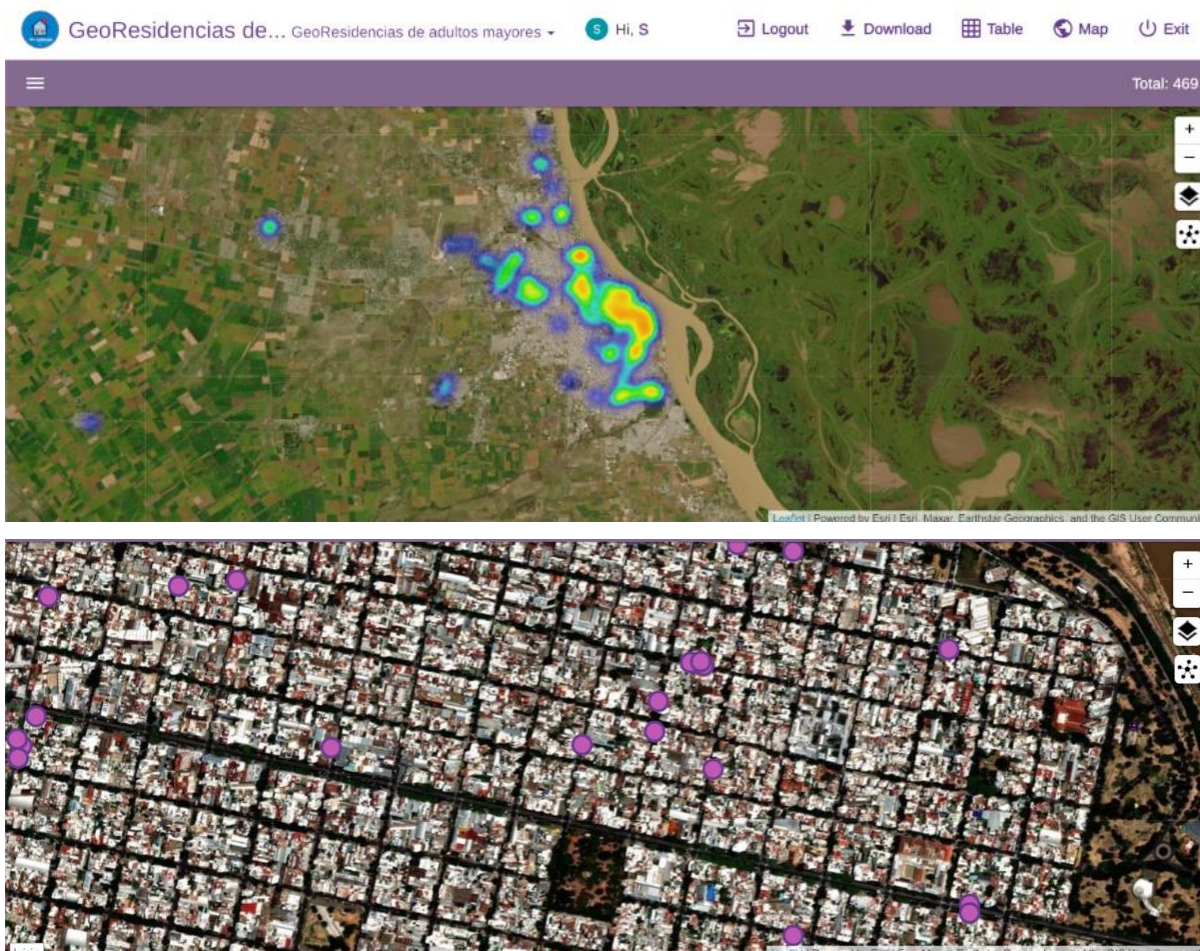
Para poder realizar en forma rápida el relevamiento de la RPM se trabajó con los COE, los cuales estaban conformados por representantes de todas las carteras ministeriales y las máximas autoridades políticas locales. Creados durante la pandemia, permitieron acelerar los tiempos de presentación y análisis de la estrategia con todos los ministerios provinciales y coordinar las acciones a desarrollar por cada contraparte para su efectiva implementación. Allí, se destacó la importancia de llegar a todas las residencias independientemente del tipo de cobertura (pública o privada) o el grado de certificación (habilitadas o no habilitadas), dada la necesidad de proteger a todas las personas mayores en las residencias. Este propósito constituyó un desafío de envergadura, dado el escaso tiempo por la evolución de la pandemia como por la dificultad de llegar a aquellas residencias privadas que estaban por fuera de las regulaciones vigentes. Por tal motivo, el equipo de trabajo de la SES propuso hacer el relevamiento en terreno a través de una plataforma de carga en línea (Epicollect5 ®) que incluyó la georreferenciación de los establecimientos y su caracterización para conocer el riesgo de brote en cada residencia, previa sensibilización y capacitación de los equipos provinciales de las carteras de desarrollo social y salud¹⁹. En tal sentido:

146

El Epicollect fue una herramienta que simplificó enormemente nuestra labor. Nuestra estrategia consistió en acercarnos a cada actor significativo de los COE que estaba abocado a esta problemática para proporcionarle formación y capacitarlo en la utilización de esta herramienta digital para la carga de información. Resultó de gran utilidad en el manejo de datos, permitiéndonos obtener, el 6 de diciembre, una visión general de cómo sería la campaña de vacunación y cuántas dosis serían necesarias, especialmente dado el escaso suministro de dosis disponible en ese momento (Dra. Mirta Clara Soria, Dirección de Gerontología de Misiones, entrevista realizada en agosto de 2022 en el marco del trabajo Frente al abismo. Estrategia sanitaria en Residencias para Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19 en Argentina [2020]).

Figura 1. Visualización de RPMs en Rosario (provincia de Santa Fe), a través del software Epicollect5 ®

¹⁹ De las 24 jurisdicciones, las capacitaciones en Epicollect5 se realizaron en 18. No se realizaron en las provincias de Córdoba, Formosa, La Pampa, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tierra del Fuego (bien porque ya contaban con un software propio o porque el relevamiento ya había sido realizado).



147

Fuente: elaboración propia

Este contexto normativo-institucional permitió explicar los problemas de infraestructura y las condiciones de hacinamiento que se encontraron en numerosas RPM, como también la insuficiente disponibilidad o, incluso, la ausencia de personal de salud para la correcta atención y cuidado de los residentes. Como síntesis de lo anterior, a través del relevamiento y considerando los aspectos centrales del análisis de la información, se diseñó un plan de implementación basado en cuatro pilares.

3.4. Implementación de la estrategia y resultados

La implementación de la estrategia de abordaje socio-sanitario sobre las RPM se basó en 4 ejes estratégicos: a) la integración de todas las RPM dentro de la agenda sanitaria; b) el registro y clasificación de las RPM según el nivel de riesgo de brote por COVID-19; c) la coordinación de acciones en terreno de acuerdo al nivel de riesgo y; d) el seguimiento y monitoreo por parte de salud de todas las RPM durante la pandemia.

a) Integración de las Residencias de Personas Mayores en las acciones de salud

El primer paso de la estrategia implementada en Argentina fue impulsar la centralidad de los ministerios de salud de las 24 jurisdicciones en la coordinación de las acciones de salud en las RPM, independientemente de su situación de habilitación y del origen de su financiamiento.

Esto constituyó un gran desafío para nuestro país, considerando que la regulación y control de las RPM en gran parte de las jurisdicciones se encontraba a cargo de las áreas de Desarrollo Social, o con una responsabilidad dividida entre carteras, como se observa en los casos de Jujuy, Misiones y la Rioja, en los que la participación de los Ministerios de Salud era limitada o nula. A su vez, no existía un marco regulatorio nacional con criterios comunes de fiscalización entre las jurisdicciones, tornándose evidente que muchas residencias en funcionamiento en nuestro país contaban con un permiso comercial (parcial), pero carecían de la habilitación sanitaria correspondiente²⁰.

En este contexto, desde el MSN se propuso, en forma coordinada con las provincias y los gobiernos locales, la articulación de las políticas sanitarias con los responsables de las restantes áreas intervinientes (desarrollo social, fiscalización, dirección de personas mayores y dirección de sistemas de información, entre otras), como también con los directores y responsables directos de las residencias, motivando un verdadero cambio de paradigma en la percepción y acción política sobre las RPM. Desde ese marco:

Teníamos un enfoque basado en un problema habitacional en lugar de abordar la salud integral de las personas mayores, considerando todos los aspectos relacionados. Nuestra acción fue cambiar ese paradigma, ya que creíamos que atender las necesidades de un adulto mayor requería trabajar en múltiples frentes, no solo en el ámbito habitacional o social, sino abarcando varios ejes. Creo que en la actualidad nos enfrentamos a residencias mucho más integrales y holísticas. Se brinda una atención mucho más integradora a las personas mayores. Se busca superar la idea de que estas no son simplemente depósitos de personas, sino

²⁰ Como ilustra el ejemplo de La Rioja, las 8 RPM registradas en el año 2020 presentaban habilitación comercial, pero sólo 1 de ellas tenía habilitación sanitaria.

instituciones responsables de abordar todos los aspectos del adulto mayor, no sólo los sociales, sino también los asistenciales. Se trabaja en aspectos físicos, cognitivos y afectivos para proporcionar un cuidado completo al adulto mayor (Elias Abalos, Dirección del Centro Provincial de Adultos Mayores de Jujuy, entrevista realizada en agosto de 2022 en el marco del trabajo Frente al abismo. Estrategia sanitaria en Residencias para Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19 en Argentina [2020]).

b) Estandarización de los registros de manera digital junto con una categorización de riesgo de las residencias (registros sistematizados).

El segundo paso de la estrategia consistió en proponer un conjunto mínimo de preguntas que permitiera conocer el estado de situación de las residencias en cada jurisdicción (ver Anexo 2). Para la rápida implementación en terreno se sugirió la utilización del software de *collecting data Epicollect5* en aquellas jurisdicciones donde no contaban con un sistema digital de relevamiento. En total, 18 de las 24 jurisdicciones fueron capacitadas en el uso de este software (Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Chubut, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe, Río Negro y Tucumán). Se realizaron más de 40 capacitaciones en el uso de Epicollect5, aunque no todas implementaron este sistema mientras que otras contaban con un sistema propio.

La información relevada en terreno se agrupó en cuatro dimensiones de análisis: la vulnerabilidad de los residentes, la infraestructura de las RPM, el riesgo de ingreso externo del virus y el riesgo de circulación interna del virus. En tal sentido, la eficacia de dicho relevamiento se vio impulsada por la capacidad de los gobiernos provinciales para distribuir capilarmente agentes de manera extensa en el territorio. Al respecto de la importancia de la implementación territorial de las políticas públicas:

Por un lado, teníamos las residencias habilitadas o en proceso de habilitación, pero fue más importante lo que nos permitió visualizar la pandemia: fue el recorrido personal que realizamos en conjunto con un médico, una médica y un enfermero de nuestro Ministerio de Salud y nuestro Ministerio de Desarrollo Social por las 130 residencias en toda la provincia lo que nos dio una visión real de lo que existía (Lic. María Silvia Gonzalez, Dirección de Personas Mayores de La Pampa, entrevista

realizada en agosto de 2022 en el marco del trabajo Frente al abismo. Estrategia sanitaria en Residencias para Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19 en Argentina [2020]).

La disponibilidad de toda esta información permitió a las jurisdicciones planificar las acciones sanitarias con anticipación y de acuerdo a la situación particular de cada residencia. Este hecho trascendental se pone de manifiesto en los casos de Jujuy, Misiones, La Rioja y CABA, las cuales presentaron en todos los casos modificaciones sustanciales en sus sistemas de registro y/o en la dinámica de la interacción con los mismos.

c) Planificación de acciones de prevención según la categorización de riesgo de cada residencia.

La disponibilidad de información de cada residencia posibilitó la implementación de acciones sanitarias con mayor precisión y eficacia. Algunas de las acciones preventivas implementadas en las provincias se focalizaron en capacitaciones en normas de bioseguridad para el personal, vacunación antigripal de los residentes, planificación de las rutas de derivación a los establecimientos de salud según la condición de los residentes (grado de dependencia) y, en algunas situaciones, la evacuación de los residentes por problemas de infraestructura de las residencias. A su vez, el conocimiento de las autoridades sanitarias sobre la cantidad y situación de los residentes (condición clínica, limitaciones físicas o neurológicas) permitió gestionar la atención en forma oportuna y eficaz ante la aparición de casos sospechosos de COVID-19.

Tabla 1. Clasificación de las Residencias para Personas Mayores (RPM), intervenciones de prevención y estrategias de respuesta sanitaria basadas en las Recomendaciones Nacionales

Clasificación de RPM	Pandemia por COVID-19 - acciones recomendadas	
	Preventivas	Frente a caso sospechoso de COVID-19
Tipo A: adecuada para aislar y cuidar a todo caso sospechoso de COVID-19, incluyendo contactos.	-Integración a la red sanitaria. -Incorporación de servicios de telemetría y telesalud. -Estrategias para la asignación exclusiva del personal.	-Evaluación gerontológica continua y aislamiento individual del caso sospechoso y de todos los contactos en la residencia.
Tipo B: poco adecuada para aislar contactos y casos sospechosos o sin personal de salud para seguimiento.	-Remodelación de la infraestructura para aislamiento. -Derivación parcial de residentes ante situaciones de hacinamiento. -Incorporación de personal de salud para seguimiento gerontológico.	-Derivación del caso sospechoso y los contactos al hospital (o lugares de aislamiento no hospitalarios), según evaluación gerontológica de las personas afectadas.
Tipo C: inadecuada para aislar contactos sospechosos.	-Coordinación de la relocalización total o parcial de los residentes de acuerdo a su situación gerontológica.	-Evacuación parcial o total a lugares adecuados según evaluación gerontológica de los residentes.

Fuente: elaboración propia

d) Fortalecimiento de las acciones de seguimiento y cuidado de la salud de todos los residentes (integración socio-sanitaria).

La SES del MSN continuó con la implementación de diferentes acciones que contribuyeron a consolidar, de manera progresiva, la integración de las RPM con la

red de servicios de salud pública de las provincias. En ese sentido, se tornaron relevantes las características del vínculo entre las RPM con el sistema de salud, como demuestra el ejemplo de la provincia de La Pampa²¹. Además, fueron dirimientes las modalidades de gestión que se desplegaron en la articulación gubernamental con las RPM. En ese sentido:

(...) había una conexión en este aspecto, y en esa mesa se discutían y gestionaban las distintas modificaciones que queríamos realizar. Cada protocolo que decidimos modificar lo abordamos conjuntamente con ellos. Presentamos en la mesa la problemática que queríamos abordar y trabajamos en conjunto hasta llegar a un acuerdo. Por eso, al implementarlo no encontramos dificultades. Esto fue posible porque contamos con un vínculo y una gobernanza realmente fortalecidos y consolidados, tanto en términos de percepción propia como externa. Esta evolución se tradujo en un cambio desde un simple funcionamiento administrativo hasta adquirir injerencia a través de su acompañamiento (Dra. Paula Zingoni, Dirección General de Promoción Social y Bienestar de C.A.B.A, entrevista realizada en agosto de 2022 en el marco del trabajo Frente al abismo. Estrategia sanitaria en Residencias para Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19 en Argentina [2020]).

152

3.3.1. Resultados directos e indirectos de la estrategia

En primer lugar, en el mes de mayo del 2020 el MSN publicó un documento titulado "Recomendaciones para la Prevención y Abordaje de COVID-19 en Residencias para Personas Mayores y Plan de contingencia" (MSN, 2020b). El mismo propuso diferentes medidas para evitar la introducción y transmisión del COVID-19 en estos establecimientos, para evitar y/o limitar la transmisión y la presencia de casos positivos del virus y para la organización general de las RPM. Además, hizo hincapié en el rol de las autoridades sanitarias locales en la implementación de un plan específico de contingencia. En relación a este último aspecto, una de las principales recomendaciones consistió en relevar el número de residencias para personas mayores locales y registrar su geolocalización, disponer de un registro actualizado de los centros de atención hospitalarios y residencias, y adaptar espacios o

²¹ Sus representantes manifiestan que el vínculo con el sistema de salud, antes de la pandemia, estaba ceñido a las campañas de vacunación. Por su parte, al finalizar 2020, dicho vínculo se intensificó y también se amplió a la realización de test y a la derivación eventual de personas que lo necesitaran.

instituciones de la comunidad para el aislamiento de personas COVID-19 positivas y/o casos sospechosos (MSN, 2020b).

En segundo lugar, se encuentra la cuantificación de dos variables dirimientes: el número de RPM en funcionamiento en el conjunto del territorio argentino y el número de personas mayores que las habitaban. La información disponible previo a la implementación de la estrategia se limitaba a las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) que, a través del censo del año 2010, proyectaba una cifra de 92.695 personas residiendo en RPM para el año 2020. En relación a la cantidad de RPM, se contaba con los datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria (SIISA) del MSN, que establecía un número estimado de 2440 RPM en todo el país²². En consecuencia, a través de la implementación de la estrategia analizada, se logró cuantificar un total de 186.068 personas mayores que residían en 5.173 RPM, tanto habilitadas como en proceso de habilitación, lo que representa un progreso del 83.1% en la cantidad de personas mayores en RPM registradas y del 111.7% en la cantidad de RPM en funcionamiento, en comparación con las estimaciones previas del INDEC y el REFES, respectivamente.

153

En tercer lugar, el resultado del relevamiento -agregado para la Argentina- de las personas mayores fallecidas por COVID-19, tanto total como residentes de RPM (MSN, 2020c)²³.

²² Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA), datos actualizados al 1 de septiembre de 2020.

²³ Relevamiento de semana epidemiológica (SE) 32.

Tabla 2. Resumen de muertes por COVID-19 en personas mayores, general y en RPM, total país.

Total de Personas	Total de personas mayores fallecidas por COVID-19	Total de personas mayores residentes de RPM fallecidas por COVID-19	Proporción de personas mayores fallecidas en RPM sobre total de personas fallecidas por COVID-19	Proporción de personas mayores fallecidas en RPM sobre total de personas mayores fallecidas por COVID-19
3813	3.121	460	12,06%	14,73%

Fuente: elaboración propia a partir del boletín epidemiológico de la semana 32 del año 2020 (Ministerio de Salud, 2020a).

Por último, el diseño del "Plan Estratégico para la vacunación contra el COVID-19 en Argentina", publicado en diciembre de 2020 por MSN, como consecuencia directa de la mentada actualización de los datos referidos a las RPM y sus habitantes, que permitió a los ministerios de salud de las 24 jurisdicciones planificar la vacunación en las residencias antes de la llegada de las vacunas contra el COVID-19 (MSN, 2020c)²⁴. A través de él se definió la población objetivo a vacunar, organizándola en una serie de 7 grupos priorizados. Se incluyó a los residentes de las RPM como parte de la población objetivo priorizada, ubicándola en un segundo lugar, luego del personal de salud²⁵, teniendo en cuenta la información y recomendaciones disponibles hasta ese momento, emanadas tanto de la experiencia del propio MSN

154

²⁴ Destaca la experiencia de Santa Fe en la planificación y ejecución de la vacunación en RPM. Con alrededor de 700.000 personas mayores en la provincia y el 83% de los fallecidos pertenecientes a este grupo de edad, era esencial reducir el impacto del COVID-19 en esta población sensible. En ese sentido, una de las primeras acciones fue identificar las residencias no habilitadas, resultando en un total de 315 residencias habilitadas en marzo de 2020. Estas fueron geolocalizadas y clasificadas utilizando el semáforo descrito precedentemente, determinando a su vez el número preciso de residentes en las instalaciones. Aunque los residentes de RPM representaban un total de 9000 usuarios y solo el 15% del total de los casos COVID-19 confirmados, generaron la mayor ocupación de camas de toda la provincia. Así, se logró vacunar a esta población objetivo, lo que resultó en una reducción significativa de la mortalidad y las formas graves de la enfermedad. Además, se logró vacunar a los 7.000 trabajadores de estos centros de atención, fortaleciendo aún más la protección contra la propagación del virus en estas instalaciones.

²⁵ En el Plan Estratégico para la Vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina, 2020, figura como "Abordaje especial para residentes en Instituciones para Adultos Mayores", en la Población Objetivo a Vacunar - Criterios para la priorización de personas a vacunar.

(MSN, 2020c) como de organismos internacionales de salud. En relación con lo anterior:

(el MSN) ha contribuido a mejorar las capacidades de respuesta del sistema de salud a nivel provincial, especialmente en lo que respecta al cuidado de las residencias para personas mayores. En primer lugar, destaca el plan de trabajo coordinado entre el gobierno nacional y provincial. Otra contribución importante del Ministerio de Salud de la Nación fue la elaboración de protocolos sanitarios específicos. Posteriormente, se destacan las políticas federales como la creación del Comité de Emergencia para el tratamiento del COVID y, por último, la campaña de inmunización. La campaña de vacunación contra el COVID en las residencias de larga estadía, considerando la vulnerabilidad de este grupo, fue una contribución significativa, especialmente para los adultos mayores institucionalizados (Lic. Sandra Vega, Dirección del Plan Provincial del Adulto Mayor de La Rioja, entrevista realizada en agosto de 2022 en el marco del trabajo Frente al abismo. Estrategia sanitaria en Residencias para Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19 en Argentina [2020]).

155

4. *Discusión*

La filosofía política detrás de la configuración del equipo de gestión encargado de desarrollar la estrategia analizada tuvo una relación directa tanto con la complejidad del problema (distinguido por su carácter espontáneo e impredecible) como con las reglas e intereses en disputa del *campo de salud* argentino (los atributos que lo hacen distintivo).

En general, las problemáticas político-sanitarias de la actualidad, tanto las presentes como las potenciales, son parte de una sociedad de riesgos difíciles de mensurar y anticipar (Beck, 2002). En consonancia con ello, la naturaleza de la crisis sanitaria motivada por la emergencia del COVID-19 representó un fenómeno altamente imprevisible. En primer lugar, la naturaleza desconocida del virus, junto con la falta de experiencia en pandemias globales, complicó la predicción de su propagación y el impacto en la economía mundial. Además, la variabilidad en la respuesta y adaptación de los países dificultó anticipar la trayectoria de la pandemia. Por último, la incertidumbre en la respuesta política y social generó un entorno volátil, donde las predicciones y las medidas de mitigación resultaron difíciles de formular y aplicar con éxito. En ese sentido, se generaron diversos desafíos que los Estados se

vieron compelidos a confrontar. Conforme a las reflexiones de Carlos Matus (2020) sobre la esencia de la planificación, esta clase de problemáticas de naturaleza compleja o cuasi-estructurada conllevan la particularidad de exhibir un grado de incertidumbre respecto a la totalidad de las variables que las constituyen, así como sus interconexiones subyacentes. Asimismo, tampoco disponen de una resolución preestablecida o predecible, lo que infunde la necesidad de adentrarse en su abordaje creativo y un enfoque multifacético que amalgame invariablemente tanto una mirada técnica como política. La acometida de tales problemáticas logra una mayor eficacia en el ámbito organizativo, donde la preponderancia de la inventiva, la visión holística, la asunción de responsabilidad y el control de las variables se integran de manera más destacada (Matus, 2020).

Lo anterior constituyó un terreno propicio para el florecimiento de nuevas modalidades organizativas dentro del ámbito estatal, tal como se ilustra en la organización operante dentro de la SES del MSN. El modo de operación del equipo encargado de la estrategia de abordaje de las RPM durante este periodo exhibió características particulares, diseñadas con la finalidad de afrontar circunstancias excepcionales en un contexto intrincado y dinámico. Por un lado, el equipo se estructuró en torno a perfiles especializados, seleccionados para desempeñar funciones específicas dentro de una estructura organizativa moldeable. Además, los procedimientos de toma de decisiones adoptaron una naturaleza informal y cambiante, donde el mecanismo de coordinación de mayor relevancia radicó en el ajuste mutuo entre los profesionales. Asimismo, se caracterizó por constituir una estructura flexible, orientada a la innovación y adaptable a los cambios del entorno con celeridad, lo que permitió al MSN responder de manera efectiva a las necesidades sociales. También tuvo la característica de encontrarse más enfocado en la creación de nuevos productos o servicios que en la mejora continua de los procesos preexistentes. A su vez, la colaboración horizontal entre diferentes áreas y niveles jerárquicos permitió la generación de nuevas ideas y soluciones innovadoras. Por su parte, la estructura fue de carácter temporal y se encontró afectada a un proyecto específico. De igual modo, los trabajadores que lo conformaron tuvieron un alto grado de autonomía para tomar decisiones y resolver problemas, lo que en sí mismo fomentó la creatividad y la innovación. A su vez, el equipo tuvo una fuerte orientación al sujeto destinatario de las políticas formuladas

(tanto funcionarios de gobiernos provinciales como, en última instancia, residentes de las RPM). Por todo lo anterior, y de acuerdo a la teoría de los modelos organizativos (Mintzberg, 1990), las características del modelo que impulsó el diseño e implementación de la estrategia mencionada resulta compatible con el denominado “modelo adhocrático”. Este modelo constituye una estructura organizacional que se enfoca en la flexibilidad, la innovación, el trabajo en equipo y la satisfacción del usuario, con el objetivo de adaptarse rápidamente a los cambios del entorno y mejorar continuamente.

En relación a las características del *campo de salud* argentino, la pandemia ha vuelto a subrayar su naturaleza fragmentada, segmentada y compleja, en particular por las limitaciones que ofrece en contextos donde la coordinación general de sus partes adquiere importancia. A pesar de ello, el Estado Nacional de nuestro país ha asumido un rol protagónico en la respuesta frente a la crisis. En particular, su rol decisivo en la provisión de recursos físicos y materiales, como las vacunas, respiradores, reactivos y otros insumos necesarios para enfrentar la emergencia sanitaria, o, en términos más generales, la declaración formal de la emergencia sanitaria con sus consecuencias en el orden fiscal, permitió una centralización de la oferta que ha resultado en un empoderamiento simbólico del Estado, lo que resultó dirimente en un país federal con una responsabilidad atomizada sobre la gestión en salud.²⁶ En este sentido, el empoderamiento simbólico en el que derivó dicha centralización implicó un fortalecimiento de la legitimidad y confianza por parte de la sociedad del Estado en tanto institución decisora, lo que tuvo efectos positivos en su capacidad de respuesta.

Por su parte, los resultados de la estrategia requieren algunas consideraciones. Por un lado, la interpretación de las RPM como componentes esenciales de las acciones de salud ha desencadenado un cambio fundamental en el paradigma del enfoque de

²⁶ Resulta destacable el rol del Programa SUMAR. Este programa adquirió un rol central en el financiamiento de las provincias argentinas para la atención de la salud. A través de SUMAR, se destinaron fondos para la adquisición de insumos, equipamientos y tecnologías, así como para el fortalecimiento del recurso humano de la salud en el marco de la emergencia sanitaria. La colaboración financiera de SUMAR resultó fundamental para muchas provincias que enfrentaron dificultades presupuestarias para afrontar la pandemia, contabilizando un total de 11.318 millones de pesos al finalizar el año 2020. Además, SUMAR resultó trascendental por ampliar a mayores de 65 años la población cubierta, aumentar un 285% el valor de la cápita respecto a 2019, incorporar nuevas líneas de cuidado, entre otras.

la persona mayor a lo largo de la Argentina, tanto durante la pandemia como en el período posterior. La conceptualización de estas instituciones como entidades responsables de la salud integral de las personas mayores y no sólo como meros espacios habitacionales resultó crucial. Por otro lado, la adopción temprana de medidas preventivas detalladas en el documento de recomendaciones y el posterior relevamiento y actualización de datos permitieron influir directamente en la priorización de esta población en el plan de vacunación contra el COVID-19. Estos datos, respaldados por fuentes oficiales y estrategias de relevamiento robustas, contribuyeron a la planificación y a la respuesta del sistema de salud ante la crisis sanitaria, validando así la integridad y la fiabilidad de los resultados obtenidos. Este salto cuantitativo en el conocimiento de la población objetivo constituye uno de los mejores testimonios de la profundidad del trabajo realizado en tiempo récord por el MSN y todas las jurisdicciones de la Argentina. Sin embargo, los datos provenientes del relevamiento de personas mayores fallecidos por COVID-19, especialmente aquellas residentes en RPM, requieren una contextualización adecuada, considerando las limitaciones inherentes al registro, como el posible subregistro debido a deficiencias en los sistemas previos de recopilación de datos, así como las inconsistencias en la información provocadas por la carga en tiempo real. Es crucial destacar que, aunque los datos disponibles no están actualizados, su utilidad persiste ya que ofrecen una visión valiosa de la situación epidemiológica durante la pandemia, proporcionando una referencia para entender la dinámica y los desafíos enfrentados por las personas mayores en RPM en períodos específicos. A su vez, la interpretación de la participación de la mortalidad de personas mayores en RPM, aunque relevante, requiere cautela debido a la posible variabilidad práctica en los criterios de registro entre países y dentro de ellos. En tal sentido, no todos los países divulgan datos sobre los fallecimientos en estas instituciones, y las comparaciones internacionales de los datos disponibles presentan dificultades debido a las disparidades en las capacidades y políticas de pruebas diagnósticas (especialmente en las fases iniciales de la pandemia), diferentes enfoques para registrar las muertes, variadas definiciones de lo que constituye una RPM y distintas proporciones de personas residentes respecto al total de las personas mayores y la población general (Comas Herrera et al., 2020). A pesar de estas limitaciones, se han realizado estudios comparativos que permitieron observar que la proporción

promedio de todas las muertes por COVID-19 correspondientes a residentes de RPM acumulada a junio del 2020, es del 47% en 26 países (Comas Herrera et al., 2020)²⁷. A pesar de las limitaciones expuestas, se puede afirmar que Argentina exhibió un desempeño relativamente superior en términos de la mortalidad en este subgrupo poblacional comparado con las proporciones promedio de los países aludidos precedentemente: en Argentina, los fallecimientos en RPM representaron alrededor del 12% de las muertes totales por COVID-19 hasta agosto de 2020 (MSN, 2020a). Asimismo, es evidente que no se puede explicar este resultado a través de una única medida, sino a través de un conjunto de ellas, entre las cuales destaca el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) dispuesto por el gobierno nacional el 19 de marzo de 2020 frente al avance de casos de COVID-19²⁸. En particular, esta decisión logró desacelerar significativamente su propagación, permitiendo a las autoridades de todos los niveles de gobierno implementar diversas acciones para reducir el impacto de la pandemia hasta el momento en que las vacunas se hicieran disponibles para disminuir el riesgo de mortalidad.

5. Conclusiones

159

La imprevisibilidad de la crisis por COVID-19 supuso un desafío sin precedentes para los sistemas de salud de todo el mundo, y el caso argentino no fue una excepción. Además, las dificultades organizativas del sistema de salud, que ya existían previamente a la pandemia, se vieron agravadas por la necesidad de adaptarse rápidamente a una situación en constante evolución y con demandas cambiantes. En este contexto, y con el objetivo de contener las demandas vinculadas a las personas mayores habitantes de RPM, fue decisiva la configuración de un equipo de corte adhocático. En ese marco, el análisis de Henry Mintzberg resalta que la adhocracia se erige como el paradigma organizativo más eficaz en el afrontamiento de problemáticas complejas (Mintzberg, 1990). Esta modalidad provee un espacio idóneo para abordar cuestiones que rebasan la norma y operan

²⁷ Los países referidos son Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Hong Kong, Hungría, Irlanda, Israel, Jordania, Malta, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, Singapur, Eslovenia, Corea del Sur, España, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos.

²⁸ Al respecto ver: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320> (página consultada el 23/4/2023).

en un entorno definido por su mutabilidad y una incertidumbre inherente. En este sentido, Mintzberg identifica que las organizaciones adhocráticas cultivan un ambiente propicio para la creatividad y la innovación, abrazando la diversidad de perspectivas y habilidades especializadas. La estructura flexible y descentralizada de estas organizaciones les permite adaptarse de manera ágil y efectiva a los desafíos en constante evolución, fomentando la colaboración y el intercambio de ideas entre profesionales que aportan su experiencia única hacia la búsqueda de soluciones integrales y creativas.

Es necesario considerar que la estrategia concreta desarrollada, más allá de sus particularidades, encierra una enseñanza generalizable. Esta enseñanza está intrínsecamente ligada a la dinámica de las respuestas frente a problemas complejos e imprevisibles. La propia organización del Estado nacional debe contemplar la inevitabilidad de enfrentar estas circunstancias, las cuales pueden implicar situaciones de incertidumbre prolongadas en el tiempo y con un grado variable de impacto en la sociedad en general. En este sentido, resulta crucial preparar recursos humanos específicos, acorde a los principios de los modelos adhocráticos, para hacer frente a dichas situaciones. Estos modelos resultan fundamentales para responder de manera efectiva ante la aparición de problemas sin soluciones estandarizadas. Además, es indispensable reconocer el rol fundamental del Estado como defensor del interés general y como articulador de los medios en los cuales estos equipos de trabajo podrán desempeñarse. Así, destaca la reciente creación de la Agencia Estatal de Salud Pública (Aesap) en España²⁹, la cual representa una medida concreta para fortalecer la capacidad de anticipación y coordinación ante futuras pandemias y emergencias sanitarias basándose en la necesidad de apuntalar, entre otras, la capacidad para intervenir en entornos inciertos potenciales. La capacidad de articular recursos y establecer un marco propicio para el funcionamiento de estos equipos resulta esencial para garantizar respuestas efectivas a las necesidades de la sociedad. Asimismo, si bien dichos modelos organizativos no son siempre los más eficientes frente a problemas recurrentes

²⁹ Al respecto ver:

<https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2024/300124-rp-cministros.aspx>

debido a su estructura descentralizada, falta de roles definidos y dependencia de la comunicación informal, es igual de cierto que la eficiencia como criterio de selección presenta limitaciones a la hora de organizar soluciones en los entornos descritos, como se puso de relieve en el análisis del presente artículo. Por último, es dable destacar la importancia que reviste la sistematización de experiencias exitosas de gestión pública para la construcción y preservación de una verdadera "memoria del Estado", en la medida en la que representa un legado invaluable que tiene la potencialidad de informar y enriquecer la toma de decisiones futuras. Esta práctica no solo fomenta el aprendizaje institucional, sino que también contribuye a la consolidación de buenas prácticas y estrategias efectivas. La capacidad de reflexión sobre los logros y desafíos experimentados durante la implementación de políticas públicas constituye una base sólida para el perfeccionamiento continuo, orientando las acciones gubernamentales hacia mejores resultados.

En conclusión, el proceso de diseño e implementación de la estrategia de integración socio-sanitaria de las RPM durante la pandemia por COVID-19 en Argentina en el 2020, reveló la necesidad de modelos organizativos flexibles que permitieran adaptarse rápidamente a los cambios y enfrentar situaciones de incertidumbre, como la crisis sanitaria. El modelo de organización adhocrático como también la metodología de trabajo se mostraron como un elemento posibilitador central, permitiendo una respuesta ágil y adaptativa, considerando tanto la naturaleza imprevisible del problema como las características del *campo de salud* argentino. No obstante, la implementación de este modelo requiere la generación de espacios de trabajo cuya praxis forme los equipos capaces de funcionar con la lógica de los grupos adhocráticos, con el fin de asegurar la coordinación y la eficacia en la toma de decisiones y, fundamentalmente, no dejar librado al azar el armado de los mismos en los momentos en los que la institución se beneficiaría de su existencia. La reflexión sobre el Estado argentino y, específicamente, sobre el accionar MSN en las RPM durante la pandemia, pone de manifiesto la coexistencia de diversas estructuras organizativas que, a manera de mosaico, operan bajo lógicas distintas. Esta diversidad representa un activo invaluable para hacer frente a una realidad compleja que involucra tanto desafíos novedosos como problemas con soluciones estandarizadas. No obstante, resulta imperativo revisar y reorganizar estas estructuras con el propósito de asegurar una gestión más eficiente y efectiva de los

recursos públicos, así como una regulación sanitaria de calidad en el conjunto del sistema. El desafío consiste, entonces, en aprovechar el aprendizaje derivado de estas valiosas experiencias de contacto con una realidad incierta sin precedentes contemporáneos, a fin de transitar de enfoques coyunturales hacia políticas estructuradas, contribuyendo a la elaboración de procesos de trabajo inspirados en la complejidad real de los problemas, en lugar de basarse exclusivamente en la rigidez de los organigramas y las normas.

ANEXOS

Anexo 1. Preguntas para la categorización de riesgo de las RPM

N°	Pregunta	Opciones
1	Nombre y apellido del responsable de la evaluación de la Residencia para Personas Mayores (RPM)	Campo abierto
2	¿Es su primera visita?	SI / NO
3	Nombre del municipio	Campo abierto
4	Nombre de la residencia	Campo abierto
5	Nombre del responsable de salud de la institución	Campo abierto
6	Provincia	Lista de las 24 jurisdicciones
7	Teléfono del responsable de salud de la institución	Números
8	Tipo de residencia	a) Para personas con discapacidad b) Para personas mayores c) Para personas mayores y con discapacidad
9	Tipo de prestador	a) Público b) Privado c) PAMI d) Obra Social e) Vocacional
10	Geolocalización de la residencia	Latitud y longitud por GPS
11	Dirección: nombre completo de la calle y número (sin abreviaturas)	Alfanumérico
12	Número total de residentes en el establecimiento	Números
13	Número de camas disponibles en la residencia	Números
14	Número de mts2 cubiertos de la residencia	Números

15	Número de mts2 totales de la residencia	Números
16	La residencia cuenta con habitaciones adecuadas para aislamiento (cama individual por habitación, con ventanas que permitan la ventilación exterior y baño integrado)	SI / NO
17	Número de habitaciones para aislamiento individual (cama individual por habitación, con ventanas que permitan la ventilación exterior y baño integrado)	Números
18	La residencia cuenta con acceso exclusivo y señalizado para el personal	SI / NO
19	La residencia cuenta con habitaciones exclusivas para que el personal pueda guardar y cambiar su ropa	SI / NO
20	Cada habitación cuenta con los elementos necesarios para la limpieza y desinfección de manos	SI / NO
21	La residencia cuenta con camas que cumplen una distancia mínima de 2 metros	SI / NO
22	La residencia cuenta con los Elementos de Protección Personal (EPP) para el personal de salud	SI / NO
23	La residencia tiene un manejo adecuado de los residuos patológicos	SI / NO
24	La residencia cuenta con infraestructura para aislamiento de personas con discapacidad (motora, neurológica, etc.)	SI / NO
25	Número total de médicos en la residencia.	Números
26	Número total de enfermeros en la residencia	Números
27	Número total de personas que no son de salud en la residencia.	Números

28	El personal trabaja en forma exclusiva en la residencia o tiene otros empleos	a) El personal en su totalidad trabaja en forma exclusiva en la residencia b) Solo el personal de salud trabaja en forma exclusiva en la residencia c) Solo el personal que no es de salud trabaja en forma exclusiva en la residencia d) Todo el personal de la residencia tiene otro empleo
29	La residencia presenta por escrito la organización de los tiempos de trabajo del personal de salud (jornada semanal con días y horarios del personal de salud)	SI / NO
30	El personal de salud tiene conocimiento sobre la atención adecuada de personas mayores en contexto de COVID-19	SI / NO
31	El personal de salud tiene conocimiento sobre las normas de bioseguridad en pacientes con sospecha de COVID-19	SI / NO
32	El personal de la residencia cuenta con un plan de contingencia frente a un caso sospechoso	SI / NO
33	¿El personal y los residentes recibieron este año la vacuna antigripal?	a) No, hay personal sin vacunar b) No, hay residentes sin vacunar c) No, hay personal y residentes sin vacunar d) Si, todos están vacunados
34	¿Los residentes mayores recibieron la vacunación antineumococcica según calendario?	a) Si, la totalidad de los residentes b) No, hay residentes sin vacunar c) No, ningún residente recibió la vacunación

35	Categoría de riesgo de la residencia: TIPO A (residencia con infraestructura adecuada y personal capacitado para aislar y cuidar a todos los contactos y al caso sospechoso COVID-19) TIPO B (residencia sin lugar adecuado o sin personal para aislar y cuidar contactos y casos sospechosos por COVID-19) TIPO C (residencia de alto riesgo sanitario debido a que no cumple con las características mínimas de bioseguridad y cuidado)
----	---

Anexo 2. Esquema conceptual de categorización de las RPM según riesgo de brote por COVID-19



¿Cómo se cita este artículo?

GARCÍA, S., RÍOS, E., BIELSA, H. (2025). Frente al abismo. Estrategia sanitaria en Residencias para Personas Mayores durante la pandemia por COVID-19 en Argentina (2020). *Argumentos. Revista de crítica social*, (31), 130-171. [link]

Referencias bibliográficas

Asamblea Mundial de la Salud. (2011). *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009: Informe de la Directora General*.
<https://iris.who.int/handle/10665/5210>

Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*.
<https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/sites/sistema-nacional-emergencias/files/documentos/publicaciones/La%2Bsociedad%2Bdel%2Briesgo%2Bhacia%2Buna%2Bnueva%2Bmodernidad%20-BECK.pdf>

Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual*. Montessor.

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Interim guidance for influenza outbreak management in long-term care facilities*.
<https://www.cdc.gov/flu/hcp/infection-control/ltc-facility-guidance.html>

Comas-Herrera, J., Zalakaín, J., Lemmon, E., Henderson, D., Litwin, C., Hsu, A. T., Schmidt, A. E., Arling, G., Kruse, F. & Fernández, J.-L. (2020). *Mortality associated with COVID-19 in care homes: early international evidence*. Itccovid.org.
<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-who-use-long-term-care-26-June.pdf>

Haute Conseil de la Santé Publique. (2012). *Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées*.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=288>

Maceira, D. (23 de diciembre de 2009). Desafíos del sistema de salud en Argentina. *Revista Mercado*.

Argumentos. Revista de crítica social, 2025, núm. 31, abril (abr. 25 – sep. 25)

Matus, C. (2020). *Adiós, señor presidente* (2da ed.). Universidad Nacional de Lanús.

Médicos Sin Fronteras. (2020). *Poco, tarde y mal: denunciemos el inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*. <https://www.msf.es/noticia/poco-tarde-y-mal-denunciamos-inaceptable-desamparo-los-mayores-las-residencias-durante-la#:~:text=El%20documento%20Poco%2C%20tarde%20y,inviabile%20responder%20a%20la%20epidemia>.

Ministerio de Salud de la Nación. (s.f). *Monitor Público de Vacunación*. <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020a). *Situación COVID-19 (Semana Epidemiológica 32)*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/personas-mayores-covid-19-se32.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020b). *Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020c). *Recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 en residencias para personas mayores y plan de contingencia*. <https://www.imrc.com.ar/wp-content/uploads/2020/07/covid19-prevencion-y-abordaje-en-residencias-para-personas-mayores-y-plan-de-contingencia-NACION.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020d). *Recomendaciones para residencias de adultos mayores en la prevención de enfermedades respiratorias en el marco de la contingencia por COVID-19*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones-residencias-adultos-mayores-covid-19.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Informe Exceso de mortalidad en Argentina. Años 2020 - 2021*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-03/exceso-mortalidad-argentina-2020-2021.pdf>

Mintzberg, H. (1990). *Diseño de organizaciones eficientes: una síntesis de la investigación sobre la estructura en las organizaciones*. Ariel.

National Association of Counties. (2020). *Nursing homes & COVID-19*. https://www.naco.org/sites/default/files/documents/Nursing%20Homes%20and%20COVID-19_v5_06.19.20.pdf

Lansbury, L. E., Brown, C. S. & Nguyen-Van-Tam, J. S. (2017). Influenza in long-term care facilities. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 11(5), 356-366. <https://doi.org/10.1111/irv.12464>

Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales*. OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Public Health England. (2017). *Guidance on outbreaks of influenza in care homes poster*. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b6df13040f0b61394bf4c3d/Guidance_on_outbreaks_of_influenza_in_Care_home_outbreak_A3_.pdf

Reynolds, E. (26 de mayo de 2020). *El mundo sacrificó a sus ancianos en la carrera por proteger los hospitales. El resultado fue una catástrofe en los asilos*. CNN en Español. <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/26/el-mundo-sacrificio-a-sus-ancianos-en-la-carrera-por-proteger-los-hospitales-el-resultado-fue-una-catastrofe-en-los-hogares-de-ancianos/>

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3):275-293. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/285/291>

Spinelli, H. (2012). El proyecto político y las capacidades de gobierno. *Salud Colectiva*, 8(2), 107-130.

<https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/153/133>

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. (2020a). *Issue brief: Older persons and COVID-19. A defining moment for informed, inclusive and targeted response.*

<https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/04/POLICY-BRIEF-ON-COVID19-AND-OLDER-PERSONS.pdf>

United Nations. (2020b). *Policy brief: The Impact of COVID-19 on older persons.*

<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>

Karlinsky, A. & Kobak, D. (2021). Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. *eLife*, 10, e69336.

<https://doi.org/10.7554/eLife.69336>

World Health Organization. (2017). *Pandemic influenza risk management: A WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response.* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259893/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2017). *Prevention and control of outbreaks of seasonal influenza in long-term care facilities: A review of the evidence and best-practice guidance.*

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375205/WHO-EURO-2017-8670-48442-71937-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zhou, F., Ting Yu, Ronghui Du, Guohui Fan, Ying Liu, Zhibo Liu, Jie Xiang, Yeming Wang, Bin Song, Xiaoying Gu, Lulu Guan, Yuan Wei, Hui Li, Xudong Wu, Jiuyang Xu, Shengjin Tu, Yi Zhang, Hua Chen, Bin Cao. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1011-1088.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext)

