

Estudio multicéntrico sobre la estrategia de atención primaria de la salud durante la pandemia del COVID-19. Evaluación de las respuestas en centros urbanos del país.

Equipo de investigación del Instituto de la Salud Juan Lazarte:

Sandra Gerlero
Cecilia Augsburg
Ernesto Taboada
Cecilio Pinto Le Roux
María Paula Duarte
Sebastián Genero

Problema de investigación

Frente a la gravedad de la situación socio sanitaria que la pandemia de coronavirus ha provocado en la Argentina, el gobierno nacional así como los gobiernos locales y provinciales han coordinado políticas, y planificado acciones destinadas a controlarla, superarla, y amortiguar las consecuencias que la enfermedad provoca en la salud de la población.

La complejidad que presenta la pandemia de COVID-19, mostrando claramente que el problema no es exclusivo del sector salud, ha generado la necesidad de desarrollar estrategias que comprometen distintas esferas de la sociedad, tanto por los procesos sociales, económicos, culturales y políticos que permitieron la génesis y la veloz expansión internacional de la pandemia, como por las consecuencias que si bien involucran de manera prioritaria los problemas de morbi-mortalidad en la población, impactan asimismo en todos los ámbitos de la vida social.

En particular en el sector sanitario la Organización Panamericana de la Salud (OPS 03/2020) recomendó la puesta en marcha de planes operativos a nivel de la Red de Servicios de Salud, tanto en el Primer Nivel de Atención (incluyendo cuidados en domicilio) como en los Hospitales para reorganizar la atención de la salud y obtener eficiencia en la gestión de la oferta de camas y su ampliación considerando la complejidad creciente de los pacientes.

La pandemia es reveladora de la tensión que atraviesa históricamente las estrategias sociales para el cuidado de la salud incluyendo la organización del sistema de salud, y las nociones clínicas y epidemiológicas de salud y enfermedad. Para la medicina social el abordaje de la salud de la población amerita distinguir tres aspectos o componentes, que tratan del problema, los métodos y los servicios: cómo se identifica el problema de salud, cómo se formulan propuestas de solución y cuáles son las organizaciones sociales más adecuadas para aplicar las medidas propuestas tendientes a resolver los problemas (Rocha Carvalheiro 2020). Si bien la pandemia alertó inmediatamente sobre la necesidad de una acción política sanitaria integral y extendida, que incluyó la reorganización del sistema de salud, ello no fue obstáculo para generar visiones más restrictas con privilegio de los recursos tecnológicos y priorización de la atención médica, especialmente para cuidados críticos (Halpern, Truog, Miller, 2020).

En Argentina el Ministerio de Salud de la Nación asumió la rectoría para planificar la reorganización del sistema de salud buscando garantizar la eficacia social en la gestión de la respuesta a la pandemia, el funcionamiento de los mecanismos de coordinación, el manejo sistémico de la información, las capacidades logísticas, y los recursos necesarios para su ejecución, así como para una intervención integral a los pacientes, que además garantizara la protección socio-sanitaria de los trabajadores de la salud. En ese marco el Ministerio nacional

elaboró una serie de documentos técnicos con recomendaciones para los equipos de salud tanto asistenciales como de gestión (Ministerio de Salud de la Nación 2020).

Con el propósito de controlar la situación se incentivó a planificar y ejecutar acciones comprometiendo el sistema de salud en diferentes ejes que involucran una reorganización de la red de servicios buscando la integración de servicios con diferentes recursos humanos y tecnológicos para establecer líneas de cuidado de diversa complejidad. La reconfiguración de los procesos de trabajo y del modelo de atención, para permitir dispositivos de triage de los casos sospechosos, asegurar los equipamientos y las medidas de protección para los equipos de salud, generar mecanismos de acompañamiento para los casos positivos, definir los circuitos de derivación de pacientes para otros servicios conforme las necesidades clínicas, disponer adecuada y racionalmente los equipos para diagnóstico pronto y oportuno, etc.

De manera simultánea se incentiva la vigilancia sanitaria para detectar de manera temprana los casos, permitiendo la atención adecuada de los pacientes y la implementación de las medidas de investigación, prevención y control tendientes a reducir el riesgo de diseminación de la infección en la población, conforme informa en Ministerio de Salud.

Las estrategias epidemiológicas no farmacológicas, que en la práctica comprenden medidas de cuarentena total o parcial, aislamientos individual o grupal, distanciamiento físico, suspensión de actividades escolares, reducción del uso del transporte público, restricciones al comercio, cambios en el régimen de trabajo, etc., son cruciales para reducir la diseminación del virus, pero traen aparejada una enorme complejidad socio-económica y política. Su eficacia se liga en gran medida a la confianza e involucramiento de la población en las estrategias de prevención y promoción de la salud, así como a la implementación de medidas de apoyo social que permitan que los distintos grupos sociales puedan cumplirlas de manera efectiva (ABRASCO 2020).

Con antelación al inicio de la pandemia, en todo el país, aunque con fuerte heterogeneidad entre jurisdicciones provinciales, las políticas de salud habían definido la adhesión a la estrategia de Atención Primaria y el desarrollo de programas de atención familiar y comunitaria. La redefinición y el fortalecimiento de los servicios de atención primaria que sostienen un enfoque comunitario y una distribución territorial han mostrado el papel positivo y determinante en la contribución para garantizar el acceso a los servicios de salud. Frente a la crisis sanitaria desatada por la pandemia la inserción poblacional de los centros de salud desempeña un lugar fundamental en el abordaje comunitario para su enfrentamiento y en la vigilancia sanitaria en el territorio, al tiempo que en el vínculo con la población de referencia sus acciones constituyen aspecto fundamental para la adhesión de la población a las intervenciones epidemiológicas no farmacológicas y que están destinadas a reducir la trasmisión viral a nivel de la comunidad.

En este trabajo se espera estudiar la potencialidad de la contribución de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el control de la pandemia, en especial el papel desempeñado por los servicios de salud del primer nivel de atención, y su vínculo con la población en el reforzamiento de medidas de promoción, prevención, atención, cuidado y apoyo social en el contexto de la crisis socio sanitaria.

A partir de una descripción detallada de la evolución de la morbilidad y mortalidad por COVID-19 en tres centros urbanos de jurisdicciones provinciales diferentes del país interesa conocer el rol que se asumió la Atención Primaria de la Salud en tres contextos disímiles, y donde la pandemia adquirió características desiguales. En Argentina, el primer caso positivo de COVID-19 se identificó el 3 de marzo de 2020, en la ciudad de Buenos Aires. En el transcurso de dos semanas posteriores los centros urbanos en estudio ya habían notificado casos positivos, el 9 de

marzo en Resistencia, Chaco, el 14 de marzo en Rosario, Santa Fe, y el 17 de marzo en Paraná, Entre Ríos. Sin embargo, la expansión y la evolución posterior fueron disímiles en cada una de esas áreas urbanas, y cuatro meses después Resistencia presenta 2014 casos, con una tasa de incidencia para la provincia de 606.6/100.000; Paraná 287 casos, y una tasa de 97.7 /100.000 y Rosario 308 casos y una tasa de incidencia de 30.9/100.000 hab. (SNVS 23/07/2020).

El seguimiento de su desenvolvimiento, la reorganización de los procesos de gestión y de trabajo en los centros de salud, las características de los dispositivos de detección precoz y de diagnóstico, el establecimiento de flujos para la circulación y orientación de los pacientes en la red de servicios, las medidas para responder al cuidado de grupos más vulnerables, y la confianza y adhesión de la población a las medidas de protección, permitirán comprender con mayor detalle y profundidad los resultados obtenidos.

Conforme señala Rocha Carvalheiro (2020) frente al limitado conocimiento de la “Historia Natural del COVID-19”, los procedimientos de promoción de salud, y prevención primordial denominados procedimientos no farmacológicos, y que están ligados al comportamiento individual y grupal de las personas, tienen inusitada relevancia. Estos procedimientos, permanencia domiciliaria, distanciamiento social, lavado de manos, uso de tapa bocas, etc. se han implementado de manera particular en cada contexto, y conforme las condiciones y modos de vida desiguales en cada área, sus posibilidades de sostenimiento y adhesión también han sido variadas.

Pero además, frente a la inexistencia de vacunas, y medicamentos específicos para la enfermedad de COVID-19, las propuestas de acción de los servicios de atención primaria, la calidad y cantidad de sus instalaciones, su capacidad de permear y asumir un papel destacado en la accesibilidad a los servicios de salud, en la limitación de demanda en la propia organización, en la mantención de cuidados para los problemas de salud crónicos, de niños/as y mujeres gestantes, de población añosa, en la disponibilidad de instrumentos de triage y detección adecuados y seguros, en la oferta de recursos humanos, con información y protección adecuada, etc., constituyen aspectos reveladores para el análisis de la situación de salud vigente.

En ese marco, resulta oportuno y necesario evaluar las modalidades particulares que adquirió la reorganización y la gestión del sistema de salud en tres centros urbanos del área Centro y Noreste del país, destacando el lugar y la función otorgada a la atención primaria, la priorización de acciones preventivas, la complementariedad de servicios asistenciales, el vínculo entre la población y los servicios de salud como elemento nuclear para garantizar accesibilidad, continuidad e integralidad en los procesos de cuidado frente a la pandemia del COVID-19.

Pregunta de investigación:

¿Cómo ha sido la respuesta de la estrategia de atención primaria de la salud indagando la interrelación entre la población, la gestión y la provisión integral de cuidados durante la pandemia del COVID-19 en centros urbanos seleccionados?

Objetivo general:

Evaluar la capacidad de respuesta de la estrategia de atención primaria de la salud analizando la interrelación entre la población, la gestión y la provisión integral de cuidados durante la pandemia del COVID-19 en centros urbanos seleccionados (2020).

Objetivos específicos:

- . Elaborar el padrón epidemiológico de morbi-mortalidad de COVID-19 en las ciudades de Rosario, Paraná y Resistencia durante el año 2020.
- . Identificar y describir la organización de los servicios de salud, la disponibilidad de recursos y los procesos de decisión desde la perspectiva de actores institucionales del primer nivel de atención desde el inicio de la pandemia de COVID-19.
- . Analizar los procesos de acceso a las intervenciones y la continuidad del cuidado para la población de referencia de los centros de atención primaria frente a la emergencia del COVID-19 desde la visión del equipo sanitario.
- . Valorar la integralidad de las respuestas sanitarias implementadas durante el contexto de la pandemia de COVID-19 desde la población de referencia territorial de los centros de salud.

Hipótesis

El presente estudio, asume que la pandemia del COVID-19 constituye un suceso disruptivo y emergente que afecta distintas esferas de la sociedad. La situación epidemiológica actual visibiliza los modos desiguales y heterogéneos con que los eventos sanitarios afectan a los distintos grupos sociales. Por tanto, se plantea como hipótesis de trabajo que la existencia de diferencias en la magnitud de los casos y de las muertes por COVID-19 en distintos territorios del país, se vincula con las desiguales condiciones sociales, culturales y sanitarias que caracterizan a los grupos poblacionales.

Metodología

Se propone una investigación evaluativa que sistematice conocimientos sobre la capacidad de respuesta de la estrategia de Atención Primaria de la Salud indagando la interrelación entre la población, la gestión y la provisión integral de cuidados durante la pandemia del COVID-19 en tres centros urbanos seleccionados (2020).

El proceso evaluativo se apoya en un diseño teórico-metodológico que aborda un conjunto de dimensiones empírico-analíticas vinculadas con: a) la coordinación y gestión de los servicios de atención primaria, b) la accesibilidad y continuidad de las diversas modalidades de cuidado, c) la integralidad de las acciones socio sanitarias para la protección de la pandemia, d) la perspectiva de los usuarios/as que requieren protección y asistencia por problemas de salud y por COVID-19 y, e) las características epidemiológicas que asume la pandemia en cada uno de los centros urbanos seleccionados.

Se aspira de este modo, un enfoque que integre la visión desde intervenciones de nivel macro, meso y micro en la estrategia de atención primaria, y a la vez, incorpore el análisis relacional del encuentro entre la población y los servicios de salud en la provisión de cuidados de salud.

Por ello, se establece un abordaje que favorezca la evaluación de cuño inclusiva con la integración de gestores y trabajadores desde el proceso mismo de organización e implementación de las intervenciones, junto a la perspectiva de los y las usuarios/as de los centros del primer nivel de atención salud. E implica tomar distancia de enfoques evaluativos ceñidos a la medición de un producto o del modo en que una actividad alcanza o no sus resultados en base a padrones pre establecidos para avanzar hacia lineamientos metodológicos de carácter más participativo del proceso valorativo (Hartz, Da Silva 2006; Furtado 2001).

Definición operacional de las variables y categorías.

Para indagar la capacidad de respuesta desarrolladas por los centros de salud pertenecientes al primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19 en las tres ciudades seleccionadas, se operacionalizan cuatro categorías empírico-analíticas inherentes a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Estas son la accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación de los servicios de salud y conforman atributos esenciales para los estudios evaluativos de la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los equipos de trabajadores/as y desde la visión de la población usuaria (Starfield 2004; Pasarín, Berra, Rajmil, Solans, Borrell, Starfield 2007).

Accesibilidad: caracteriza la estructura y disponibilidad de los recursos materiales, técnicos, y humanos que se hallan en el efector de salud, así como los dispositivos para la teleconsulta o atención online a raíz del COVID-19. Establece los criterios de territorialidad y proximidad de la institución sanitaria y las pautas organizacionales para el primer contacto con la población. Comprende los diversos mecanismos y modalidades de admisión y la programación de la oferta de las prestaciones establecidas para dar respuesta a los problemas de salud en el contexto de la pandemia.

Continuidad: describe aquellas condiciones y modalidades que la institución y/o los trabajadores de salud adoptan para garantizar un vínculo longitudinal y duradero en el tiempo en las respuestas a los problemas de salud. Incluye las intervenciones que comprometen la provisión de los cuidados de salud, así como las relaciones de referencias y acciones y/o criterios de comunicación entre las organizaciones del sistema de salud. Establece las modalidades de acompañamiento en las intervenciones sanitarias.

Integralidad: comprende la articulación entre las acciones de asistencia, cuidado, prevención, y promoción de salud. Identifica las estrategias de protección del COVID-19 de acuerdo a las diferentes necesidades de los grupos poblacionales. Describe las pautas y organización multiprofesional para la provisión de cuidados integrales de salud. Identifica los procesos educativos y recursos informativos sobre los modos de evitar riesgos para la infección por COVID-19.

Coordinación: remite a los modos de realizar el trabajo en la organización. Abarca las estrategias y acciones de combinación y adecuación entre las instituciones, los profesionales y los trabajadores que proveen servicios de salud en los diferentes puntos de atención. Establece los mecanismos de flujos de atención en la red y cuidados de la salud ante la pandemia del COVID-19. Identifica acciones intersectoriales y de apoyo social ante la pandemia. Describe la distribución y organización de los recursos y dispositivos para la atención de los problemas de salud vinculados al COVID-19 y de los cuidados de rutina de las condiciones de salud. Establece mecanismos de identificación de casos de COVID-19, de grupos vulnerables y/o no protegidos. E incluye los perfiles de actividades de cuidado según los problemas de salud poblacionales.

Descripción del ámbito de estudio.

El estudio colaborativo multicéntrico que se presenta incluye un proceso de investigación evaluativa en (3) centros urbanos de diversas provincias del país: Rosario (Santa Fe), Paraná (Entre Ríos) y Resistencia (Chaco). Las tres provincias presentan límites compartidos y continuidad geográfica entre sí.

Estos conglomerados urbanos se hallan situados en la Región Centro y Noreste del país y reúnen poco más de dos millones de personas de la población de Argentina (2.082.669 hab.). Se encuentra distribuida en 995.497 residentes en Rosario, 331.981 habitantes en Resistencia, mientras que en Paraná se localizan 293. 685 personas según cálculos de estimaciones departamentales para las ciudades (INDEC 2020).

Cada uno de estas ciudades, dispone de una amplia y extendida red de centros de atención básica que incluyen trabajadores de distintas disciplinas en sus equipos de intervención sanitaria. El sistema de salud público de la municipalidad de Rosario presenta una red de atención primaria conformada por más de cincuenta centros de salud (52) además de los servicios ambulatorios de seis (6) hospitales incluidos en el primer nivel de atención. Estos se ubican estratégica y territorialmente en los seis distritos en que se organiza la ciudad. En Resistencia el sistema público de salud, de dependencia provincial, se divide administrativamente en diez regiones sanitarias, perteneciendo la ciudad de Resistencia a la región sanitaria 8. Esta ciudad posee un total de treinta y dos (32) centros salud del primer nivel de atención y dos (2) hospitales de referencia provincial para la internación de adultos y pediátricos. Mientras que la oferta sanitaria del subsector público en Paraná está organizada con veintisiete (27) centros del primer nivel de atención -de jurisdicción municipal y provincial- y cinco (5) hospitales.

El monitoreo epidemiológico de la pandemia en cada una de las ciudades se centraliza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) que opera con las respectivas Direcciones de Epidemiología para las notificaciones y seguimiento de información sobre la población afectada.

De manera que, los centros seleccionados, representan áreas urbanas con sistemas de información epidemiológica, además de una amplia estructura sanitaria, que incluyen diversas modalidades de respuestas de cuidado, prevención, protección y acompañamiento variado frente a las problemáticas emergentes con el COVID-19 en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

Población:

a. Universo o población objetivo;

El universo o población del estudio se define con el conjunto de actores sociales vinculados al nivel macro–meso y micro en la estrategia de atención primaria del sector público de salud en los tres municipios seleccionados.

b. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión;

Las unidades de análisis delimitadas son tres (3) conglomerados urbanos: Rosario, Chaco y Paraná. La definición de las unidades de análisis se fundamenta en la propuesta metodológica de los estudios de casos múltiples con la finalidad de elaborar información para cada una de las jurisdicciones político-administrativas de los ámbitos multicéntricos en tanto unidades específicas y complejas.

c. Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra. Análisis de sesgos.

La investigación propone delimitar dos conjuntos de poblaciones para el relevamiento de la información. Un grupo será delimitado con los principales actores involucrados en la gestión, organización, y desarrollo de los procesos de cuidado pertenecientes a los centros del primer

nivel de atención de cada uno de los centros urbanos. El otro grupo lo conforman los y las usuarios/as de las mismas instituciones de atención primaria escogidas.

Serán incluidos:

- . Gestores/as y coordinadores/as del área de dependencia de la Atención Primaria de Salud
- . Coordinadores/as y/o directores/as y/o jefes/as de los centros de salud
- . Trabajadores de salud del primer nivel de atención
- . Población adulta usuaria de los centros integrados a la Atención Primaria de la Salud

La muestra será de “carácter intencional” y asume la estrategia del muestreo teórico basado en el criterio de saturación teórica.

Se escogerán un total de veintidós (22) centros de salud distribuidos en distintos sectores geográficos de las ciudades y con amplia cobertura poblacional para el cuidado de salud.

De acuerdo al tamaño poblacional y del sistema de salud de cada una de las ciudades, se escogerán doce (12) centros de salud en Rosario, cinco (5) en Resistencia y cinco (5) en Paraná.

La muestra de la población propuesta para el conjunto de las ciudades nucleará un total de: tres (3) representantes del nivel central de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, veintidós (22) gestores, coordinadores/as y/o jefes/as de centros de salud, cuarenta y cuatro (44) trabajadores de distintas disciplinas de los centros de salud y un grupo de sesenta y seis (66) usuarios/as que consultaron a dichas instituciones durante el período de pandemia por COVID-19.

Características de la muestra	Rosario 12 CAPS	Resistencia 5 CAPS	Paraná 5 CAPS	Total
Coordinador/a APS Nivel Central	1	1	1	3
Gestor/a CAPS	12	5	5	22
Trabajador/a CAPS	24	10	10	44
Usuarios/as CAPS	36	15	15	66
Total	73	31	31	135

En tanto el tamaño o límite de la muestra es flexible, quedará definitivamente constituida por el conjunto de actores necesarios para el análisis de la totalidad de los componentes analíticos, y atendiendo a las características particulares de cada contexto local para la realización del estudio.

Procedimientos de recolección de datos:

Fuentes primarias:

Como herramienta de recolección de información primaria se aplicarán distintos procedimientos destinados a recuperar las visiones de los distintos actores involucrados en el problema de investigación (gestores, trabajadores de salud y población de referencia de los centros de salud).

Para los gestores/as y coordinadores/as del área de dependencia de la Atención Primaria de Salud se realizarán entrevistas semiestructuradas. Las mismas se organizarán siguiendo un guion temático con los siguientes ejes de indagación:

- lineamientos político-sanitarios que rige la estrategia de Atención Primaria de la Salud de cada uno de los contextos en estudio
- coordinación y organización de la red de atención en el sistema de salud
- normativas y mecanismos sistémicos implementados para la reorganización de la provisión de cuidados en el primer nivel de atención ante la pandemia del COVID-19 (disponibilidad de recursos materiales, técnicos y humanos, organización y coordinación de la red, asignación presupuestaria especial, etc.)
- implementación del sistema de vigilancia epidemiológica de casos y muertes por COVID-19
- organización y pautas para el sistema de trazabilidad de casos y medidas de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO)

Para la población de coordinadores/as y/o directores/as y/o jefes/as de los centros de salud y trabajadores/as de salud del primer nivel de atención se implementarán encuestas online a través de cuestionarios confeccionados ad hoc en este estudio. Para la elaboración de los cuestionarios se asumen referencias previas de instrumentos implementados y validados para la misma población en la pesquisa “Desafíos da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no SUS” (FIOCRUZ 2020) en Brasil, que serán adaptados a las particularidades de los contextos locales.

La encuesta, que prevé tópicos particulares para coordinadores/as, jefes/as o trabajadores/as de centros de salud, contempla indagar los siguientes capítulos temáticos:

a) Estructura, disponibilidad de recursos y procesos de decisión en el primer nivel de atención:

. **Indicadores sobre el perfil de la estructura institucional:** instalaciones físicas de los servicios de salud, disposiciones y número de salas y/o consultorios, oficinas y/o dispositivos de recepción/admisión de los usuarios/as, oficinas y/o procedimientos de registros institucionales, etc. Adecuación de la estructura física de la organización en la pandemia del COVID-19. Mecanismos de reorganización de la distribución de los espacios físicos ante la pandemia. Disponibilidad de tecnología (internet y teléfono) para teleconsulta. Registros de ocurrencia de casos de infección por COVID-19 en el área de referencia territorial y poblacional del efector y trazabilidad de contactos.

. **Indicadores de disponibilidad de recursos humanos:** cantidad y especificidad de los/as trabajadores/as, definiciones de su núcleo profesional y en el equipo de trabajo, calificación de la oferta, profesionales de referencia para usuarios/as, etc.

. **Indicadores de procesos de gestión de acciones para la pandemia de COVID-19:** existencia de planes de contingencia en el espacio institucional y territorial (relevamiento de necesidades de la población, de equipamiento de protección para profesionales y para la institución, etc.). Capacitación y formación específica para el COVID-19 del personal de salud. Actividades de vigilancia epidemiológica específica. Disponibilidad de material de protección (máscaras, lentes, barbijos N95, delantales descartables, etc.), e insumos para la atención del COVID-19 (oxímetro, medicamentos para síndrome gripal, termómetros, etc.). Identificación de trabajadores incluidos en grupos de riesgo. Pautas de organización para los procesos de atención y cuidado.

b) Organización de los procesos de trabajo y provisión de cuidados según los problemas de salud poblacionales en los centros de salud:

. **Indicadores de organización de los procesos de trabajo vinculados a la pandemia de COVID-19:** identificación de contactos de los casos sospechosos y confirmados, bloqueos en territorio y delimitación de conglomerados o clúster, acciones de trazabilidad, notificación de casos, identificación de grupos de mayor vulnerabilidad según condiciones de vida y grupos etarios específicos, separación de flujos para sintomáticos respiratorios, espacios exclusivos para sintomáticos respiratorios, promoción del aislamiento social en el territorio, acciones educativas peri domiciliarias.

. **Indicadores de organización de los procesos de trabajo para el cuidado de rutina de problemas de salud:** cualificación del tipo de prestación (propuesta terapéutica asistencial, cuidados preventivos o de rehabilitación), visitas domiciliarias para provisión de cuidados (entrega de medicamentos, aplicación de vacunas), organización de agendas de turnos según grupos prioritarios, existencia de registros de usuarios con problemas crónicos, atención de demanda espontánea, controles de patologías crónicas y de salud sexual y reproductiva.

c) Accesibilidad a los centros de salud y continuidad en los cuidados de la salud:

. **Indicadores de acceso o primer contacto al servicio de salud:** definición de primer elección para el contacto con un servicio de salud, proximidad de la organización sanitaria y las pautas institucionales para el primer contacto con la población, dispositivos de admisión y receptividad de la población, criterios para definir los servicios o áreas exteriores para la atención de consultas vinculadas al COVID-19, dispositivos y protocolos de triage y clasificación de casos (leves, moderados o graves), mecanismos de reconocimiento de señales de alerta para la población consultante, pautas de limitación de los contactos físicos, distanciamientos y barreras físicas para evitar los contagios

. **Indicadores de continuidad en la atención:** acompañamiento de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 durante el aislamiento, dispositivos de seguimiento y apoyo a los adultos mayores, mecanismos para derivación de pacientes a la red de servicios de referencia, modalidades de traslados de los pacientes en la red de atención, comunicaciones telefónicas de seguimientos de síntomas y monitoreos de terapéuticas.

d) Acciones de apoyo social e integralidad en la provisión de cuidados de la salud:

. **Indicadores de apoyo social e integralidad:** acciones de prevención, y promoción de salud, estrategias educativas para la protección del COVID-19, disponibilidad y distribución de elementos de higiene personal y doméstica en grupos sociales no protegidos, apoyo socio-económico para grupos vulnerables (mujeres víctimas de violencia de género, adultos mayores, niños/as sin cuidadores, etc.), apoyo psicológico para el personal de salud.

Los capítulos descriptos serán evaluados para su ajuste y delimitación final, una vez consensuada la encuesta definitiva y luego de ser sometida a prueba piloto en cada una de las ciudades.

Para conocer la perspectiva de la población se realizarán entrevistas semiestructuradas a residentes en las áreas de referencias de los centros de atención primaria seleccionados, con la

finalidad de valorar la integralidad de las respuestas sanitarias implementadas durante el contexto de la pandemia de COVID-19.

Las mismas se organizarán con ejes temáticos elaborados siguiendo los objetivos y el marco conceptual de la investigación. Sin embargo, no se seguirá un ordenamiento secuencial rígidamente estructurado, ya que se contempla también posibilidades de introducir prioridades temáticas de los sujetos involucrados de acuerdo a las particularidades de los contextos socio-institucionales.

El guion temático inicial se organizará comprendiendo la siguiente indagación:

- características de la trayectoria de los procesos de atención según las necesidades de cuidado
- percepciones subjetivas sobre las modalidades de acceso y acogimiento en los primeros encuentros con las instituciones sanitarias
- opiniones relativas a la oferta de cuidados durante la pandemia
- información recibida sobre los cuidados de salud y la prevención del COVID-19.
- Información sobre recursos de acompañamiento disponibles
- expectativas de adecuación con los procesos de cuidado en el contexto de la pandemia.

Fuentes secundarias:

. Como fuentes secundarias se elaborará información proveniente de las Estadísticas Vitales y registros y/o documentos epidemiológicos (Boletines epidemiológicos, Partes diarios de casos de COVID-19) elaborados y disponibles en las áreas centrales de producción de información sanitaria sobre la pandemia. Esta información permitirá elaborar el padrón epidemiológico de morbi-mortalidad de COVID-19 en las tres ciudades seleccionadas durante el 2020.

Plan de análisis de los resultados.

Las distintas fuentes de información y dimensiones de análisis implican un proceso de articulación y reflexividad permanente entre la indagación teórico-conceptual y la construcción y análisis de los datos empíricos.

El análisis de los datos se realizará siguiendo pautas de organización y procesamiento de la información que incluyen el desarrollo de tareas de disposición de datos, sistematización de la información e interpretación de resultados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

El estudio se llevará a cabo cumpliendo y respetando la normativa ética vigente a nivel local, provincial y nacional para la realización de investigaciones con seres humanos.

Para la recolección de información a través de entrevistas y encuestas se consideran tres aspectos éticos principales: comunicación clara y precisa de los aspectos más sustantivos del estudio, consentimiento informado y confidencialidad de la información. La anonimización de los datos se hace de acuerdo a lo establecido en la Ley Nacional de Protección de datos personales Nro. 25326.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

. Formulario de Información para el/los sujetos del Estudio Multicéntrico Colaborativo

Proyecto titulado: Estudio multicéntrico sobre la estrategia de atención primaria de la salud durante la pandemia del Covid-19. Evaluación de las respuestas en centros urbanos del país (Rosario, Resistencia y Paraná).

Investigador principal/Coordinador: XXXXXX

El presente Estudio Colaborativo Multicéntrico propone una investigación evaluativa que sistematice conocimientos sobre la capacidad de respuesta de la estrategia de Atención Primaria de la Salud analizando la interrelación entre la población, la gestión y la provisión integral de cuidados durante la pandemia del COVID-19 en centros urbanos seleccionados (2020).

Para su consecución se delimitan los siguientes objetivos específicos:

- . Elaborar el padrón epidemiológico de morbi-mortalidad de COVID-19 en las ciudades de Rosario, Paraná y Resistencia durante el año 2020.
- . Identificar y describir la organización de los servicios de salud, la disponibilidad de recursos y los procesos de decisión desde la perspectiva de actores institucionales del primer nivel de atención.
- . Analizar los procesos de acceso a las intervenciones y la continuidad del cuidado para la población de referencia de los centros de atención primaria frente a la emergencia del COVID-19 desde la visión del equipo sanitario.
- . Valorar la integralidad de las respuestas sanitarias implementadas durante el contexto de la pandemia de COVID-19 desde la población de referencia territorial de los centros de salud.

El proceso evaluativo se apoya en un diseño teórico-metodológico que incluye la perspectiva de múltiples actores sociales.

Una de las etapas de recolección de información es la realización de entrevistas a gestores/as de la atención primaria de salud, a coordinadores/as y/o jefes/as de los centros de salud, y a población usuaria residentes en las áreas de referencia de estas instituciones sanitarias. Además se aplicarán encuestas online a trabajadores/as de salud del primer nivel de atención de cada una de las ciudades.

En caso de ser aceptado se utilizarán medios de registros (grabador para las entrevistas y formulario de Google para encuestas online) para garantizar que pueda ser recuperada la totalidad de la información brindada para su posterior análisis e interpretación. Las/os investigadoras/es se comprometen a asegurar la confidencialidad de la información, así como a resguardar la identidad de las personas participantes, el anonimato y la privacidad de los sujetos, tanto en la transcripción de los relatos como en la elaboración de los textos/informes académicos.

Las personas tienen libertad para aceptar ser involucrados/as en el estudio quedando bajo su voluntad la decisión de participar en el mismo. A su vez, el equipo de trabajo se compromete a brindar cualquier tipo de aclaración o elucidación requerida sobre los procedimientos u otros asuntos relacionados con la investigación, antes de su inicio como también durante su desarrollo.

Investigador/a Principal:

Firma y aclaración _____

. Formulario de Consentimiento Informado

Luego de haber sido debidamente informado/a de los objetivos y procedimientos de esta investigación denominada "Estudio multicéntrico sobre la estrategia de atención primaria de la salud durante la pandemia del Covid-19. Evaluación de las respuestas en centros urbanos del país (Rosario, Resistencia y Paraná)", y mediante la firma de este documento doy mi consentimiento libre e informado/a para participar a través de entrevistas y encuestas para el trabajo que está llevando adelante el equipo de investigación del presente Estudio Multicéntrico Colaborativo.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio.

Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucrados/as en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la divulgación del material producido en la investigación.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas en la institución responsable del mismo, que está ubicada en calle Pje. 12 de octubre 860 de la ciudad de Rosario (Santa Fe), o al teléfono: 0341-4372742.

Nombre completo y DNI de la persona _____

Firma de la persona participante _____

Certifico que soy la investigador/a principal, que soy responsable por este estudio y por asegurar que el sujeto sea totalmente informado de acuerdo con las regulaciones que se aplican.

Nombre completo y DNI del investigador/a principal: _____

Lugar y fecha: _____

Referencias institucionales:

Instituto de la Salud "Juan Lazarte"
Teléfono de contacto: 0341-4372742
Pje. 12 de octubre 860 (Rosario)
institutolazarte@amr.org.ar

Referencias bibliográficas

ABRASCO (2020). "Desafíos da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS" Rede da pesquisa em Atenção Primária da Saúde.

<https://redeaps.org.br/2020/06/19/pesquisa-desafios-da-atencao-basica-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus/>

ABRASCO (2020). Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento á Pandemia da COVID-19. Recuperado el 03 de Julio de 2020, de <https://frentepelavida.org.br/>

ABRASCO (2020). O papel da Atenção Primária no Enfrentamento da COVID-19 *Cad. Saúde Pública*; 36(6).

Berra S (2012). El estudio de las funciones de la APS. Adaptación de los cuestionarios PCAT en Argentina. Córdoba (Argentina): Universidad Nacional de Córdoba. http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2012_FuncionesAPS_AR-PCAT_CIESS-UNC.pdf

Bertolotto, A., Fukz, A., & Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36 (94), 362-374.

Cetrángolo O (2014). Financiamiento fragmentado, Cobertura desigual y falta de equidad en el Sistema de Salud Argentino. *REV. DE ECONOMÍA POLÍTICA DE BS. AS.* Año 8, Vol. 13, 145-183 http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf

Contandriopoulos P. et al (1997). “La evaluación en el área de la salud. Conceptos y Métodos” (mimeo)

Contandriopoulos P. et al (2004). “O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias”. *Cad. Saúde Pública*, 20(2).

Da Silva L, Formigli V (1994). “Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas”. *Cad. Saúde Pública*, 10 (1).

Dias Sarti, T., Almeida, A. S., Lazarini, W. S., & Fontenelle, L. F. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saude*, 29(2), 1-5.

Donabedian A (1973) Aspecto of Medical Care Administration. *Journal of Health Cambrige*: Harvard University Press.

Doumas, Campos et al. (2020). O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19 *Cad. Saúde Pública*; 36(6).

Escorza ME, Moscoso NS, Lago FP (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3)

Facchini et al (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3).

Furtado J.P (2001). Un método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciencia & Saúde Colectiva*. 6 (1).

Gerlero SS, Augsburger AC, Duarte MP, Gomez R, Yanco DI. (2011). Salud Mental en Atención Primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad de los cuidados en Centros de Salud. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9):24-29.

Guba E.G., Lincoln Y.S. (1986) Fourth Generation Evaluation. Beverly Hills: Sage.

Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP (2009). Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*;26(5):377–84.

Halpern, S. D., Truog, R., & Miller, F. (2020). Sesgo cognitivo y política de salud pública durante la pandemia de COVID-19. *JAMA*.

Hartz Z. (1993) “Evaluation du programme de santé maternelle et infantile dans une regione du Nord-Est du Brasil”. Tesis doctoral. Montréal,

Hartz Z. (1999) Avaliação dos programas da saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 4(2).

Hartz Z., Da Silva L. (Org) (2006) Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na de Programas e Sistemas de Saúde. Editora Fiocruz.

Merhy EE, Campos G.W.S., Cecilio L.C.O. (Orgs.) (1994) Inventando a Mudança em Saúde, Sao Paulo, Editora Hucitec.

Minayo de Souza MC, Assis SG, Souza ER (2005). Evaluación por triangulación de métodos: enfoque de programas sociales. Lugar Editorial.

Minayo, M. C. (2005). Cambio: concepto clave para intervenciones sociales y evaluación de programas. En M. C. Minayo, S. Gonçalves de Assis, & E. R. Souza, Evaluación por triangulación de métodos (págs. 51-70). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Salud de la Nación. (20/07/2020). Reporte-vespertino-covid-19.pdf. Recuperado el 21 de Julio de 2020, de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informe-diario/julio2020>

Ministerio de Salud de la Nación. (junio de 2020). <https://www.argentina.gob.ar>. Recuperado el 16 de Julio de 2020, de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud>

Ministerio de Salud Pública Chaco Gobierno de Todos (2020) SITUACION DE CORONAVIRUS DE RESISTENCIA HASTA 18 HS – 21/07/2020

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación progresiva de los Servicios de salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID- 19. Washington. <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-reorganizacion-ampliacion-progresiva-servicios-salud-para-respuesta>

Organización Panamericana de la Salud. Hacia un cuidado de la Salud para todos y por Todos. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Buenos Aires 30/15, OPS, 2007.

Pasarín, Berra, Rajmil, Solans, Borrell, Starfield (2007) Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. I Aten Primaria. 2007; 39 (8). <https://doi.org/10.1157/13108612>

Penchanski D.B., Thomas J.W. (1981) The concept of access-definitions and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, Vol. 19.

Ragin C. (2011). Constructing social research: the unity and diversity of method. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Rocha Carvalheiro, J. (Julio de 2020). Os coletivos da Covid-19. *Estudos Avançados*, 9(33), 7-23.

Schraiber et al 1999) SCHRAIBER, Lilia Blima y col. Planificación, gestión y evaluación de la salud: identificación de problemas. *Ciênc. saúde coletiva* [en línea]. 1999, vol.4, n.2, pp.221-242.

Starfield B (2004) Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. 2da edición. Madrid: Masson.

Starfield B. Equity and health: a perspective of nonrandom distribution of health in the population. *Rev Panam Salud Publica*, 12(6), 2002.

Travassos C, Martins M. Una revisión sobre los conceptos de acceso y utilización de servicios de salud. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, supl 2 190-198, 2004.

Villaça Mendes E. (Org.) Distrito Sanitário. Sao Paulo, Editora Hucitec/ABRASCO, 1993.

Yin, R. K. (2003). Case study research: design and methods. Thousand Oaks: Sage Publications.