

FECHA DE RECEPCIÓN: 11 de mayo de 2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 25 de septiembre de 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 1 de marzo de 2024

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca Salud Investiga 2021-2022, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Investigación en Salud.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
danuteveles@gmail.com

REGISTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
EN SALUD N°: IS003537

ACCESIBILIDAD A DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE ATENCIÓN TRAS INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA PARA PERSONAS CON SÍNDROME POST COVID-19

Accessibility to post-intensive care devices and resources for people with post COVID-19 syndrome

* Daniela Teveles. Lic. en Trabajo Social.

Hospital Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En el marco de los itinerarios terapéuticos de las personas con síndrome post COVID-19 que estuvieron internadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y Sala de Rehabilitación Intensiva post UTI post COVID-19 (SARIP) del Hospital Juan A. Fernández de la ciudad de Buenos Aires en 2021, el objetivo de la presente investigación consistió en explorar la accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación. MÉTODOS: Se trató de un estudio exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico, que empleó una estrategia metodológica cualitativa y utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada. RESULTADOS: Se observó la fragmentación entre la atención de la urgencia y el seguimiento posterior. Se encontraron dificultades para acceder a los servicios de salud luego de la internación, a partir de lo cual los sujetos desarrollaron múltiples estrategias (tales como recurrir a la obra social o prepaga, pagar la consulta, apelar al vínculo directo con profesionales de la salud, circular entre varias instituciones), aunque muchas veces sin resultado. DISCUSIÓN: Estos resultados permiten pensar la organización del sistema sanitario posterior a la pandemia y buscar su fortalecimiento para garantizar el derecho al acceso a la salud y la atención del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva de salud integral.

PALABRAS CLAVE: Pandemia por el Nuevo Coronavirus 2019; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Rehabilitación; COVID Largo

ABSTRACT. INTRODUCTION: Within the framework of the therapeutic itineraries of people with post-COVID-19 syndrome who were hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU) and Post-ICU Intensive Rehabilitation Ward for COVID-19 (SARIP) of Juan A. Fernández Hospital in Buenos Aires city in 2021, the aim of this research was to explore the accessibility to post-ICU care devices and resources. METHODS: It was an exploratory, descriptive study with a cross-sectional/synchronic design, which used a qualitative methodological strategy and the semi-structured interview as a data collection technique. RESULTS: Fragmentation between emergency care and follow-up was observed. Difficulties were found in accessing health services after hospitalization, as a result of which the subjects developed multiple strategies (resorting to social security or prepaid health insurance, paying for consultations, contacting health professionals directly, circulating among various institutions, etc.), although often without results. DISCUSSION: These results allow to think about the organization of the health system after the pandemic, seeking to strengthen it in order to guarantee the right to access to health and care of the health-disease process from an integral health perspective.

KEY WORDS: New Coronavirus Pandemic 2019; Health Services Accessibility; Rehabilitation; Long COVID

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias a mediano y largo plazo para los pacientes que atravesaron un cuadro grave de COVID-19 e ingresaron a Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se prevén sobre la base de conocimientos obtenidos respecto a enfermedades similares. A partir de ello se desprende que encuentran significativamente disminuida su calidad de vida, presentan complicaciones físicas, psíquicas y cognitivas, dolor crónico y la necesidad de ayuda social y familiar¹. Esto trae consecuencias en la situación socioeconómica, requiere cambios ocupacionales o genera desempleados por largos períodos luego de la internación². El síndrome post COVID-19 tiene un alto impacto en los pacientes, que en su paso por la UTI han visto deteriorada su autonomía e independencia, y produce un antes y un después en su vida cotidiana.

El documento "Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19" elaborado por la Organización Panamericana de la Salud recomienda incorporar esos métodos de recuperación a los planes nacionales para la emergencia causada por la pandemia³. La Sala de Rehabilitación Intensiva post UTI post COVID-19 (SARIP) fue un dispositivo implementado como prueba piloto para dar respuesta integral frente al aumento de internaciones de UTI en 2020. La importancia del fenómeno bajo estudio radica en que, a medida que avanzó y se modificaron las características de la pandemia, surgió la necesidad de atender a una gran población que luego del alta combinaba cuestiones como el síndrome post UTI con lo nuevo y desconocido del COVID-19⁴, lo que corría el foco puesto exclusivamente en los cuidados críticos.

En este sentido, se busca indagar en los itinerarios terapéuticos, entendidos como las trayectorias de búsqueda, producción y gestión del cuidado de la salud⁵ que se generan luego de la internación, analizando las estrategias que desarrollan los sujetos en relación con las instituciones para promover ese cuidado y la rehabilitación. Para ello se torna clave la noción de accesibilidad, dada por el vínculo entre los sujetos y los servicios de salud desde una dimensión relacional⁶.

El objetivo general del estudio fue analizar los itinerarios terapéuticos de las personas que habían estado internadas en UTI y SARIP del Hospital Juan A. Fernández de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en 2021. Para ello se plantearon los siguientes objetivos específicos: explorar la accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación; describir el impacto del síndrome post COVID-19 en las actividades de la vida diaria de las personas; e indagar cómo transitaban la experiencia de enfermedad luego de haber contraído COVID-19. A los fines de este artículo se presentará solo el primero de los objetivos abordados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico, entre noviembre de 2021 y diciembre de 2022.

Para el logro de los objetivos se utilizó una estrategia metodológica cualitativa, contemplando un diseño flexible⁷. La entrada al terreno estuvo dada por la inserción de la investigadora en la institución, lo cual favoreció la viabilidad del estudio y facilitó el trabajo de campo.

La muestra fue no probabilística por conveniencia de casos-tipo en busca de riqueza, profundidad y calidad de la información. Se conformó una selección fundamentalmente intencional. Se realizó un primer acercamiento a partir de la revisión de historias clínicas, que permitió conocer la muestra. Para delimitar el número de personas a entrevistar, se siguió el criterio de saturación teórica⁸. Se llegó a 15 entrevistas semiestructuradas al haber alcanzado la repetición de las dimensiones estudiadas, que en el caso de este artículo estuvieron referidas a la accesibilidad de las personas a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación. Los nombres de las personas entrevistadas fueron omitidos para garantizar el anonimato de los participantes.

El trabajo de campo se realizó entre diciembre de 2021 y febrero de 2022. El universo estuvo conformado por personas con síndrome post COVID-19, que habían pasado por internación en UTI durante 2021 y requerido rehabilitación. Estos dos requisitos fueron los criterios de inclusión. Quedaron excluidos los pacientes con necesidades de rehabilitación previas, no relacionadas con COVID-19.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital Gral. de Agudos Juan A. Fernández, y se brindó un consentimiento informado a cada entrevistado. Se tuvieron en cuenta los principios establecidos por la Ley 25326 de Protección de los Datos Personales, la Ley 3301 de Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud de CABA, la Resolución 2476 (Requisitos y procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de investigación que se efectúen en los hospitales dependientes del Gobierno de CABA) y la Resolución 1480 (Guía para investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación).

RESULTADOS

Al explorar la accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación, surge que todas las personas entrevistadas continuaron con la rehabilitación en el hogar, realizando los ejercicios indicados antes del alta por el personal de salud para la recuperación física y respiratoria. Sin embargo, el acceso a turnos y estudios siguió trayectorias heterogéneas: solo 3 de las 15 personas entrevistadas manifestaron no tener problemas al respecto. Al referirse a su relación con el sistema de salud, las personas entrevistadas solían realizar una distinción entre la internación y el seguimiento ambulatorio. En cuanto a la internación, la totalidad de las personas entrevistadas manifestaron agradecimiento al hospital:

"En el hospital sí, estaban todos los kinesiólogos, me ayudaron a caminar, los psicólogos, todo eso, pero después

de ahí no. Ahí sí estaba acompañada, pero después de que me dieron de alta no" (Paciente 1).

Frente a la urgencia, en el contexto de crisis sanitaria que marcó la pandemia con una alta ocupación de camas de terapia intensiva, la salud pública apareció como un salvavidas:

"El hospital a mí me salvó; la obra social no, porque no hay forma de trasladarme, y tampoco creo que hubiera tenido camas" (Paciente 2).

Sin embargo, una vez resuelto el episodio agudo, las lógicas de accesibilidad de la atención ambulatoria diferían de la urgencia, tal como quedó expresado ante la pregunta por la rehabilitación:

"Me dijeron 'no te vuelvas a enfermar', una cosa así, cuidate. Adentro sí, muy bueno el hospital, me atendieron de primera, de hecho creo que me salvaron porque yo he recorrido cuatro hospitales antes. Adentro sí, de primer nivel. De ahí ya no. Me gustaría de alguna forma acceder, pero ahora por colapso de turnos, ese es el tema" (Paciente 3).

A través de la política sanitaria desplegada en el país y en la ciudad, el hospital organizó la actividad asistencial para garantizar la disponibilidad de las camas de terapia intensiva requeridas. Sin embargo, una vez recuperadas esas personas, no existen mecanismos elaborados para continuar con el seguimiento, lo cual genera un gran impacto en los procesos de salud-enfermedad.

La principal barrera que apareció en las entrevistas fue la administrativa, expresada fundamentalmente en la obtención de turnos:

"Fui al Mesón de turnos, y me dice que llame. Y llamo, llamo, llamo ... y me dicen que no hay turno. A veces me dicen que están todos ocupados y no se puede. Son cuatro meses que quiero hacerme el chequeo. Si me contestan, me preguntan qué dirección, para qué quiero, y después su respuesta es 'no tenemos turno'. Entonces me he ido al mismo hospital, al doctor, al neumólogo, al mismo consultorio, y me dijeron que no me podían atender fuera de turno, que llame al 147" (Paciente 4).

La línea 147 es la línea telefónica de atención del Gobierno de la Ciudad. Las personas deben empadronarse en el sistema de manera presencial y luego sacar sus turnos a través del llamado. Sin embargo, los impedimentos son reiterados.

En contraposición con la internación, cuando la enfermedad se vuelve algo crónico y requiere un seguimiento a largo plazo, aparecen trayectorias diferenciales.

Para quienes tenían obra social o prepaga, recurrir a ella era la primera opción:

"Una espirometría me mandó a hacer, y estoy buscando los turnos. Algunos me dieron para enero. Está duro porque te dan turno con mucho tiempo. Ahora mi señora iba a ir a OSECAC a ver si me podían dar un turno más rápido" (Paciente 5).

Sin embargo, esto no siempre constituía una garantía:

"Radiografía y tomografía no me hicieron porque me pidieron que vaya a autorizar con la obra social. Fui, pero me dijeron que no necesitaba autorización, y después tenía que viajar y ya no fui más" (Paciente 6).

Otra estrategia fue la cercanía territorial y el vínculo directo con algunos profesionales:

"Mi kinesióloga me llamaba para ver cómo estaba. Como estaba sola, no tenía a veces quién me ayude a llegar al centro de salud, que lo tenía acá cerca, una cuadra, y tenía que sentarme porque no aguantaba las piernas" (Paciente 7).

El nexa conformado por la cercanía no era meramente geográfico, sino interpersonal, de flexibilidad y respeto a los tiempos de la persona para garantizar su rehabilitación. En este sentido, el vínculo directo con los profesionales de la salud apareció también como gran facilitador:

"Neumólogo no pude conseguir, pero el nefrólogo me hizo la derivación, entonces me vio porque ya no podía respirar y él me consiguió que me vieran rápido" (Paciente 8).

Cuando la cobertura pública de salud falla, algunas personas eligen recurrir al mercado y pagar la consulta:

"Consulté a una doctorita privada, pero la doctora igual... como que con este virus es todo virtual. Me estuve haciendo algunos estudios para presentarle a ella, pero del hospital ya no, no pude acceder" (Paciente 9).

Sin embargo, no siempre era posible abordar la dimensión económica, como se explicó en referencia al turno con un neumólogo:

"Para recurrir a un particular, imagínate, ¿de dónde? Pregunté, y cuesta una millonada la consulta" (Paciente 4).

Otra estrategia era circular entre distintos hospitales y conocer los mecanismos institucionales de cada lugar; por ejemplo, hubo quien alternaba su atención entre tres efectores: para algunos sacaba turnos de manera telefónica, mientras que para otros hacía cola desde las 4 am (Paciente 1).

Finalmente, también estuvieron los que terminaron prescindiendo de la atención:

"Me dieron turno para el cardiólogo. Era feriado, entonces no me atendieron, y después dejé de ir" (Paciente 7).

DISCUSIÓN

Los recorridos de accesibilidad a los dispositivos y recursos de atención posterior a la internación en la SARIP son heterogéneos y dependen de factores como el tipo de cobertura de salud, la cercanía con los dispositivos existentes y los recursos económicos para poder garantizar de manera privada la atención.

El abismo entre la internación y el seguimiento ambulatorio posterior se presenta como una de las principales dificultades. Todas las personas entrevistadas manifestaron un profundo agradecimiento hacia el hospital como institución y al personal de salud. Sin embargo, hubo contradicciones por la atención posterior, con lógicas distintas a la urgencia de la UTI. La organización del sistema de salud, fragmentada entre los distintos niveles de atención, no logra una verdadera articulación entre primer y tercer nivel para dar continuidad a las necesidades de rehabilitación y seguimiento de la población. Esto resulta un problema, ya que muchas de las secuelas observadas al momento del presente análisis pueden derivar en afecciones crónicas de salud, que requieren un seguimiento prolongado.

Los impedimentos administrativos son los que aparecen con mayor frecuencia al tratar de acceder a la atención de salud, dados por cuestiones como la escasa disponibilidad de turnos, los largos plazos de espera y otros requisitos burocráticos (como los que impone la línea 147 o los relacionados con la autorización de órdenes por parte de obras sociales). En este sentido, las estrategias —no siempre exitosas— fueron recurrir a la obra social o prepaga, apelar al capital social de la persona generando un vínculo territorial e interpersonal con profesionales de la

salud, pagar la consulta de manera privada, circular entre varias instituciones o finalmente prescindir de la atención a pesar del costo en el estado de salud.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Se espera que los resultados de este estudio sirvan para mejorar la organización del sistema sanitario posterior a la pandemia. Ya se ha quitado el foco en la urgencia y ahora es momento de priorizar la atención de la complejidad en los sobrevivientes con síndrome post COVID-19, pensando estrategias para garantizar la rehabilitación y la atención de las secuelas que se convierten en situaciones crónicas de salud.

Este trabajo muestra la fragmentación del sistema de salud entre niveles de atención y la importancia de fortalecerlo, rompiendo con la desarticulación para garantizar la asistencia del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva integral.

De las entrevistas se desprende que el sistema de turnos de CABA, materializado en la línea 147, es ineficiente por los circuitos administrativos y la escasez en relación con la demanda. Cualquier análisis resulta inútil si no se mejora la accesibilidad al sistema de salud con circuitos claros y efectivos, y la disponibilidad necesaria de turnos.

En sus itinerarios terapéuticos, muchas de las personas entrevistadas expresaron sentimientos de expulsión y rechazo por parte de los hospitales que hasta hace apenas unos meses les habían salvado la vida y ahora los ponían nuevamente en situación de riesgo. El sistema de obras sociales tampoco resulta una garantía, y pagar honorarios y estudios de forma particular no solo es inaccesible para muchos, sino que viola el derecho a la salud pública.

AGRADECIMIENTOS: A las personas que compartieron sus historias, por su confianza y apertura, con la esperanza de que esta investigación pueda contribuir a mejorar las condiciones de vida y el acceso al derecho a la salud de todos y todas. A las compañeras del Servicio Social del Hospital Juan A. Fernández, Laura Doiz y Luciana Elia, que con su compromiso le pusieron cuerpo, cabeza y alma al trabajo en SARIP pese a múltiples adversidades y se transformaron en referentes ejemplares. Y a las compañeras de la residencia, especialmente a Karina Brovelli, por su acompañamiento profesional, académico y afectivo, quien fue una guía en todo el proceso con su enorme predisposición, sabiduría y escucha amorosa, y sin la cual este proyecto no habría existido.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Teveles D. Accesibilidad a dispositivos y recursos de atención tras internación en terapia intensiva para personas con síndrome post COVID-19. *Rev Argent Salud Pública*. 2024;16:e119. Publicación electrónica 1 de Mar de 2024.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Busico M. Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* [Internet]. 2019 [citado 16 Nov 2023];43(4):243-254. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569119300336?via%3Dihub>

² Jaffri A, Jaffri UA. Post-Intensive care syndrome and COVID-19: crisis after a crisis? *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care* [Internet]. 2020 [citado 16 Nov 2023];49(6):883-884. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956320302661>

³ Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19 [Internet]. Washington D. C.: OPS; 2020 [citado 16 Nov 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52104>

⁴ González-Castro A. Síndrome post-cuidados intensivos después de la pandemia por SARS-CoV-2. *Med Intensiva* [Internet]. 2020 [citado 16 Nov 2023];44(8):522-523. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569120301509?via%3Dihub>

⁵ Bellato R. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos [Monografía]. En: Pinheiro R, Martins PH. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 187-194.

⁶ Comes Y. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones* [Internet]. 2007 [citado 16 Nov 2023];14:201-209. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019

⁷ Hernández-Sampieri R. *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018 [citado 16 Nov 2023]. Disponible en: http://www.biblioteca.cj.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf

⁸ Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Nueva York: Aldine Publishing Company; 1967



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.