



**COLABORA.Lat**

Hacia un nuevo modelo de  
gobernanza post Covid-19

EXPERIENCIAS DE COLABORACIÓN  
EN PRIMERA VOZ #4

# Implementación del curso PARES. Un estudio de caso de intervención público-privada ante la pandemia de COVID-19 en Argentina.



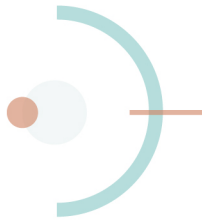
Joaquín Baliña, Ezequiel Monteverde, Laura Bosque,  
Roberto Klappenbach, Betina Lartigue, María Inés  
Aran, Nicolás Cano, Rosa Reina, Pedro Silberman,  
Claudio Ortiz, Vicente Gutiérrez, Jorge Neira

Septiembre 2021



**COLABORA.Lat**

Hacia un nuevo modelo de  
gobernanza post Covid-19



## Equipo de trabajo

### **Edición**

Antonella Perini e Ignacio Lara

### **Comunicación**

Aniela Stojanowski

### **Diseño**

Jacqueline Schneider



## Autores/as

**Joaquín Baliña.** Sociólogo (UNSAM) especializado en políticas sociales. Candidato a Magister en Sociología Política Internacional (UNTREF). Responsable de Implementación y Monitoreo de Fundación Trauma.

**Ezequiel Monteverde.** Médico especializado en cuidados intensivos pediátricos y en estadística para ciencias de la salud (UBA). Actualmente cursando la Maestría en Bioética (FLACSO). Médico del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y Director Científico de Fundación Trauma.

**Laura Bosque.** Psicóloga (UK) y Magister en Gerontología Social (UAM). Coordinadora del Programa de Prevención Comunitaria de la Dirección General del Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) y Directora Ejecutiva de Fundación Trauma.

**Roberto Klappenbach.** Médico (UNNE) especializado en cirugía general. Médico del Hospital Simplemente Evita e Investigador de Fundación Trauma.

**Betina Lartigue.** Médica (UBA) especializada en cuidados intensivos generales. Médica de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina y médica Monitora de Fundación Trauma.

**María Inés Aran.** Data Scientist. Consultora en datos de Fundación Trauma.

**Nicolás Cano.** Psicólogo (UBA) especializado en datos. Gestión de datos de Fundación de Trauma.

**Rosa Reina.** Médica especializada en cuidados intensivos. Ex jefa de Terapia Intensiva del Hospital San Martín y Presidenta de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

**Pedro Silberman.** Médico especializado en pediatría y medicina familiar. Director Nacional de Talento Humano del Ministerio de Salud de la Nación.



**COLABORA.Lat**

Hacia un nuevo modelo de  
gobernanza post Covid-19



**Claudio Ortiz.** Médico especializado en salud pública. Profesor adjunto de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de la Matanza. Director Nacional de Calidad de Servicios de Salud y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

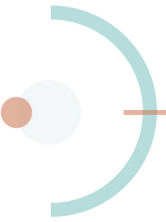
**Vicente P. Gutiérrez.** Doctor en medicina con diploma de honor (UBA). Fue presidente de la Academia Nacional de Medicina y de diversas sociedades científicas. Miembro honorario de sociedades quirúrgicas del país y del extranjero. Fue Profesor Titular y Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital de Clínicas (UBA).

**Jorge Neira.** Médico (UBA) especializado en cuidados intensivos. Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina. Miembro Correspondiente Nacional de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba. Presidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Presidente de Fundación Trauma.



**COLABORA.Lat**

Hacia un nuevo modelo de  
gobernanza post Covid-19



Este documento está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento- Compartir Igual 4.0. Usted puede remezclar, retocar y crear a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando le dé crédito a las autoras y licencie nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. Para ver una copia de esta licencia visite: <https://creativecommons.org/>



## Colabora.Lat

La pandemia de la covid-19 nos ha puesto frente a un escenario desconocido. Es una crisis que tiene dimensiones sanitarias, económicas, sociales, y también políticas. Además, ha exacerbado las desigualdades y la exclusión de sectores que ya estaban expuestos a situaciones de vulnerabilidad. Es una crisis durante la cual se han generado preocupaciones adicionales, por la posible profundización del descontento político y la consolidación de prácticas autoritarias a través de la expansión de las atribuciones del Poder Ejecutivo y las restricciones de derechos civiles en un escenario post covid-19.

Esta realidad nos ha demostrado que la pandemia es un desafío al que no podemos dar respuestas unilaterales, desde las miradas parciales de un solo gobierno o de una comunidad en particular. Es un desafío global con impactos profundos sobre varias dimensiones de la sociedad, así como impactos diferenciales sobre la diversidad de mujeres y los sectores en situación de mayor vulnerabilidad. Por ende, es un desafío que requiere una solución multidimensional con un enfoque interseccional –solución que aún no tenemos a disposición-.

Es por ello que necesitamos prácticas políticas que promuevan una colaboración orientada a la inteligencia colectiva como forma de buscar soluciones a desafíos públicos, como el de la pandemia. La premisa de la inteligencia colectiva es, justamente, que nadie lo sabe todo pero todo el mundo conoce y sabe algo. Traducir este hecho a la forma en la que se toman decisiones, en una sociedad, es un desafío significativo y requiere de mecanismos de colaboración que involucren a una multiplicidad de actores. Requiere, específicamente, de una gobernanza colaborativa.

Estudiar y generar recomendaciones sobre los modelos de gobernanza que tienen la mayor capacidad de dar respuesta a las crisis enmarañadas, como lo es la pandemia de la covid-19, resulta así una tarea fundamental. Por este motivo, desde el proyecto Colabora.Lat: hacia un nuevo modelo de gobernanza post Covid-19, nos propusimos reunir casos de éxito de



## COLABORA.Lat

Hacia un nuevo modelo de gobernanza post Covid-19



procesos de colaboración a nivel público, privado, comunitario y/o entre distintos actores en América Latina como respuesta a la pandemia por covid-19, contados desde la experiencia de los actores que formaron parte de estas iniciativas y estuvieron en el centro de los procesos colaborativos. Estos forman parte de la serie de publicaciones Experiencias de colaboración en primera voz.

Estas experiencias nos permiten entender, en mayor profundidad, cómo se manifiesta la colaboración y sirven como base para definir un horizonte de buenas prácticas de gobernanza, inclusión y paridad de género que permita sentar las bases para un nuevo acuerdo democrático en América Latina a largo plazo.

**Antonella Perini, Ignacio Lara, Jennifer Cyr y Matías Bianchi**

---

Colabra.Lat es impulsado por un Consejo de Implementación de universidades y think tanks con experiencia en investigación y anclaje territorial en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala y México.

Conformado por:



Financiado por:





## IMPLEMENTACIÓN DEL CURSO PARES. UN ESTUDIO DE CASO DE INTERVENCIÓN PÚBLICO-PRIVADA ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ARGENTINA

JOAQUÍN BALIÑA<sup>1,2</sup>, EZEQUIEL MONTEVERDE<sup>2</sup>, LAURA BOSQUE<sup>2</sup>, ROBERTO KLAPPENBACH<sup>2</sup>, BETINA LARTIGUE<sup>2</sup>, MARÍA INÉS ARAN<sup>2</sup>, NICOLÁS CANO<sup>2</sup>, ROSA REINA<sup>3</sup>, PEDRO SILBERMAN<sup>4</sup>, CLAUDIO ORTIZ<sup>5</sup>, VICENTE GUTIÉRREZ<sup>6</sup> Y JORGE NEIRA<sup>2</sup>.

### Resumen

Durante el 2020, Fundación Trauma (FT) -ONG argentina abocada a la mejora de la calidad en salud- en articulación con la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), la Academia Nacional de Medicina (ANM) y el Ministerio de Salud de la Nación (MSN); y con el patrocinio de diversos financiadores, diseñó e implementó un curso virtual de entrenamiento básico para profesionales de la salud sin capacitación formal en terapia intensiva. La finalidad consistió en contribuir a la formación de profesionales que pudieran ser destinados a la gestión y la atención de pacientes con covid-19 del sector público y privado, a los fines de ampliar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante la creciente demanda.

---

<sup>1</sup> Datos de contacto del 1er autor: Lic. Joaquín Baliña, joaquinb@fundaciontrauma.org.ar, Tacuarí 352 (C1071AAH), Buenos Aires, Argentina, Tel/Fax.: +54 (11) 3287-0121.

<sup>2</sup> Fundación Trauma

<sup>3</sup> Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

<sup>4</sup> Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, Ministerio de Salud de la Nación

<sup>5</sup> Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación

<sup>6</sup> Academia Nacional de Medicina





El objetivo de este artículo consiste en relatar y caracterizar el proceso de implementación y gestión del curso de Preparación para el Aumento de la Respuesta del Equipo de Salud (PARES) para el período comprendido entre marzo de 2020 y mayo de 2021, en tanto experiencia de articulación y gobernanza público-privada y de multinivel. Se segmentaron las etapas del curso en (1) diseño; (2) gestión y monitoreo; y (3) evaluación. Posteriormente, para cada una de las etapas, se realizó, por un lado, la documentación de los procesos y las herramientas implementados con su correspondiente análisis; y por el otro, un mapeo y caracterización de las instituciones y los actores involucrados.

La etapa de diseño implicó la planificación de los flujos de difusión e inscripción al curso y fue llevada a cabo por el equipo técnico de FT, junto con autoridades sanitarias nacionales y provinciales. La etapa de gestión y monitoreo consistió en la puesta en marcha de los procesos de difusión e inscripción del curso, sumado a esquemas de seguimiento de avance de los participantes y el desarrollo de herramientas de control y reporte para autoridades sanitarias y financiadores. Finalmente, de acuerdo con los resultados de la etapa de evaluación, el curso involucró a autoridades sanitarias de los 3 niveles de gobierno (nacional, provincial y local); a 872 efectores e instituciones vinculadas a la gestión y atención sanitaria (82% públicos y 18% privados) de todas las jurisdicciones del país, con especial participación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (34%) y las provincias de Buenos Aires (24%) y Neuquén (7%); y a 36 financiadores privados de diversos sectores, que contribuyeron económicamente con la cobertura de becas irrestrictas o para regiones de interés.

La implementación del curso PARES constituyó una experiencia exitosa de articulación público-privada. Debido al interés generado, para el período analizado se inscribieron 11.535 profesionales, habiendo alcanzado a todas las provincias del país. Esto fue posible gracias a la calidad del material y los contenidos del curso, el respaldo científico, la metodología en línea, el soporte técnico y académico brindado y el plan de becas; la articulación e implementación de flujos de monitoreo y comunicación con los profesionales inscriptos al curso y con las autoridades sanitarias de diferente nivel; y la contribución de financiadores de diversos sectores y regiones geográficas del país.



## 1. Introducción

El 31 de diciembre de 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió formalmente la primera notificación vinculada al SARS-CoV-2 proveniente de la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China). Si bien las primeras alertas elaboradas por la OMS remitían a un foco contenible, en los meses posteriores éstas se fueron ampliando hasta que, en función de la creciente detección de casos adicionales en otras regiones, en marzo de 2020 se emitió un alerta por pandemia global<sup>7</sup>. En las sucesivas recomendaciones elaboradas por el organismo para afrontar la escalabilidad global de la pandemia, se insistió en la colaboración entre los países, actores privados y empresas, centros de salud y la población en general.

En marzo de 2020, en un contexto de creciente incertidumbre y evaluación de capacidades de los sistemas de salud, Fundación Trauma (FT) -ONG argentina abocada a la mejora de la calidad en salud- en articulación con la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), la Academia Nacional de Medicina (ANM) y el Ministerio de Salud de la Nación (MSN); y con el patrocinio de diversos financiadores, diseñó e implementó un curso virtual de entrenamiento básico en cuidados críticos. El objetivo consistió en contribuir a la formación de profesionales no intensivistas que pudieran ser destinados a la gestión y la atención de pacientes con covid-19 del sector público y privado, a los fines de ampliar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante la creciente demanda de las unidades de cuidados intensivos, en un escenario mundial de posible sobretensión y desastre de los efectores de salud (Monteverde et al, 2021). En este sentido, este artículo se propone relatar y caracterizar el proceso de implementación y gestión del curso, denominado Curso de Preparación para el Aumento de la Respuesta del Equipo de Salud (PARES), para el período

---

<sup>7</sup> Para una cronología de la actuación de la OMS, consultar el siguiente enlace: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>



comprendido entre marzo de 2020 y mayo de 2021, en tanto experiencia de articulación público-privada y gobernanza multinivel en contexto de covid -19.

## 2. Marco teórico

### 2.1 Riesgos globales y gobernanza multinivel

Durante la década de los años noventa, en un contexto de discusión en torno a la teoría de la globalización, proliferó la literatura sobre riesgos y gobernanza. Inicialmente, Ulrich Beck (1997) dimensionó el rol del riesgo a escala global como eje articulador de una nueva modernidad, que requeriría de herramientas diferentes para su abordaje y prevención. El surgimiento de riesgos de carácter global transversales a diversas geografías y poblaciones, comenzaba a constituirse como preocupación de la política, tradicionalmente anclada en las formas tradicionales del Estado.

En este escenario se sistematizó una teoría en torno a la gobernanza, dando lugar a los conceptos de *gobernanza global* -vinculada a las acciones coordinadas entre actores e instituciones internacionales para abordar y prevenir riesgos y problemáticas globales (Finkelstein, 1995; Cox, 1996; Katzenstein et al, 1998; Martin & Simmons, 1998)- y de *bienes públicos globales* -en tanto bienes y servicios de acceso común para las poblaciones en todo el globo (Kaul et al, 1999, 2003)-. Complementariamente, se empleó el término de *gobernanza multinivel* (MLG, por sus siglas en inglés) para referirse originalmente a los procesos de toma de decisión colectiva en el contexto de las incipientes experiencias de integración regional, especialmente de la Unión Europea (Marks, 1992). Progresivamente el concepto de MLG fue complejizado y a la definición original de Marks se le introdujeron diversas aristas. Entre ellas destaca la actualización realizada por Hooghe & Marks (2001), en la que se aborda la arquitectura de los procesos de decisión desde los Estados centrales a instancias supranacionales, enfatizando la pregunta en torno a desde quién/dónde se hacen operativos los procesos de gobernanza.



Actualmente, existen diversas posturas con respecto al valor teórico del concepto. Por un lado, se discute la falta de claridad del término (Peters & Pierre, 2004) y cierta ambigüedad (Tortola, 2016). Por el otro, se ha destacado su relevancia para dar cuenta de nuevas formas y mecanismos de movilización política entre actores de diferente nivel y jurisdicción (Piattoni, 2010, 2015). No obstante, puede afirmarse que el concepto de MLG refiere a instancias de gobierno y toma de decisión que, en vez de estar concentradas, tienen lugar en procesos flexibles que incorporan actores de diferente naturaleza (público, privado y de la sociedad civil) y jurisdicción (local, provincial, nacional e internacional) en contextos democráticos para el abordaje de problemáticas comunes y la definición conjunta de tareas (Hooghe & Marks, 2001; Piattoni, 2010; Tortola, 2016; Santistevan, 2019).

Desde una perspectiva desde la salud, la MLG aporta herramientas teóricas y metodológicas para el abordaje y la prevención sanitaria, especialmente en contextos de epidemias y pandemias, que requieren de acciones conjuntas y coordinadas entre diversos actores y geografías. Por ello Schoenfeld (2019) destaca su capacidad administrativa para promover procesos costo-efectivos que articulen diversas instancias de gobierno y territorios en base a redes de trabajo común.

En términos del abordaje de la pandemia actual, se ha argumentado que una pandemia requiere de una rápida respuesta y preparaciones complejas de parte de expertos en salud y la administración pública, por lo que la MLG resulta adecuada para ello, especialmente debido al hecho de que organiza diversos agentes en diferentes e ilimitados niveles de acuerdo con necesidades de tareas específicas (Santos, 2021: 96). En este sentido el autor concluye que el éxito de las medidas adoptadas para contener la pandemia en China se debió al liderazgo efectivo e integrado en diferentes niveles. No obstante, tal como indican Bello-Gomez & Sanabria-Pulido (2021), la ausencia de mecanismos efectivos para la coordinación y articulación de tareas puede resultar en deficiencias de gestión y gobernanza. A diferencia de la experiencia china planteada por Santos, los autores afirman que en Colombia la respuesta global a la pandemia se vio tensionada por una dualidad entre el margen de acción del gobierno central y el carácter descentralizado del sistema de salud, lo cual influyó en la capacidad de manejo general de la crisis sanitaria y redundó en



diferentes resultados para distintas regiones en términos de efectividad y equidad de acceso a la salud. Estos aspectos dan cuenta de la multiplicidad de factores -no sólo en términos de niveles de gestión, sino también territoriales y poblacionales- que inciden en escenarios de alta complejidad como son las pandemias (Allain-Dupré et al, 2020).

## 2.2 Pandemia de covid-19: desafío para el sistema de salud argentino

El sistema de salud argentino, como el de la mayoría de los países de la región latinoamericana, se caracteriza por ser descentralizado, fragmentado y segmentado, tanto en términos financieros como administrativos. En este sentido, la Argentina pertenece al grupo de países latinoamericanos que presentan bajos niveles de integración de rentas generales y cotizaciones de la seguridad social y una estructura de prestación heterogénea con distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado (CEPAL, 2006: 90). En función de ello, el sistema de salud actualmente se caracteriza por altos niveles de segmentación en cuanto a la cantidad de actores involucrados y una red compartida entre diferentes niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal), obras sociales y el sector privado (Maceira, 2008: 2). Esto conlleva diversos desafíos en términos de acceso y equidad, ya que la fragmentación que sucedió al proceso de descentralización del sistema de salud derivó en la emergencia de diversos subsistemas, cuya calidad de respuesta depende de las capacidades administrativas de los gobiernos provinciales y locales (Maceira, 2009). Esto implica también la convivencia de diferentes actores (públicos, privados y de la seguridad social) y efectores de salud pertenecientes a diversos niveles de gobierno (nacional, provincial y local/municipal).

En este escenario, y en línea con la ampliación de recursos realizada por el Ministerio de Salud de la Nación al inicio de la pandemia, el equipo de FT evaluó que para aumentar efectivamente la capacidad de respuesta del sistema de salud ante la pandemia, uno de los principales puntos a fortalecer consistía en la capacitación de profesionales no intensivistas para que -guiados por especialistas en cuidados intensivos- pudieran complementar la atención de pacientes con covid-19. Esto permitiría ampliar la capacidad de respuesta de las



unidades de cuidados intensivos, lo cual resultaría vital debido a que aquellos pacientes que desarrollaran cuadros graves requerirían de atención de alta complejidad para transitar la infección.

De esta forma, el curso PARES se propuso completar la inversión inicial realizada por los sectores público y privado, cubriendo un aspecto vacante en la ampliación de camas que se realizó durante los primeros meses del 2020. Se determinó entonces que la capacitación adicional de los equipos de salud no intensivistas sería esencial para dar mayor y mejor respuesta, debido a que se estimaba que éste sería uno de los principales puntos en dar signos de saturación. De esta manera, el curso PARES posibilita aumentar la capacidad de los hospitales con Unidades de Cuidados Intensivos para atender enfermos críticos, al asegurar que los/as profesionales que pudieran ser convocados para esta nueva tarea de aumento de la respuesta contaran con la capacitación mínima para hacerlo<sup>8</sup>. Es por ello que la capacitación del curso PARES se realizó en línea con otras iniciativas -como el curso de Fundamental Critical Care Support (FCCS)<sup>9</sup>- que se instruyen desde hace 25 años para brindar capacitación básica en cuidados críticos a profesionales no intensivistas (Killu, 2018).

### 3. Materiales y métodos

De acuerdo con el esquema de análisis de políticas públicas desarrollado inicialmente por Oszlak & O'Donnell (1981) y posteriormente ampliado por Deubel (2014, 2021) se realizó una sistematización de las etapas de implementación del curso PARES. Considerando el ciclo general de políticas públicas planteado por los autores -que comprende diversas etapas desde (1) la identificación de determinada cuestión; (2) la toma de posición del Estado al

---

<sup>8</sup> Para más información, consultar la Resolución N.º 737/2020 del Ministerio de Salud de la Nación con fecha del 7/04/2020, realizada en base a la declaración de la SATI: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-723-2020-336193/texto>

<sup>9</sup> Para más información, consultar el siguiente enlace: <https://www.sccm.org/Fundamentals/Fundamental-Critical-Care-support>



respecto; (3) su inclusión en la agenda pública; (4) la formulación y el desarrollo de instrumentos para su ejecución; (5) la implementación; y finalmente (6) la posterior evaluación- para este trabajo se hizo hincapié en las etapas de formulación, implementación y evaluación, que se detallan a continuación para el caso específico del curso PARES:

- 1. Etapa 1 | Diseño y formulación:** corresponde a la formulación y planificación de los contenidos y los procesos operativos para su gestión y monitoreo. Esto incluye acciones de selección y definición de contenidos del curso por un lado, y diseño y desarrollo de la plataforma de aprendizaje por el otro; planificación y desarrollo de herramientas de control para diversos usuarios y perfiles según el rol dentro del circuito general del curso; y acuerdos con actores públicos y privados para el diseño de procesos administrativos y esquemas de financiamiento.
- 2. Etapa 2 | Gestión y monitoreo:** refiere a la implementación del curso propiamente dicha, a través de la gestión y el control de procesos en articulación tanto con los beneficiarios directos del curso (participantes) como con los actores involucrados en su gestión: gobiernos nacional, provinciales y locales, efectores de salud y financiadores.
- 3. Etapa 3 | Evaluación:** remite al análisis de resultados del curso, a los fines de determinar su grado de alcance. Esto incluye cantidad y porcentaje de profesionales alcanzados; perfil profesional según formación, género y pertenencia geográfica; distribución de efectores de salud según criterios institucionales y geográficos; y tasas de aprobación, entre otras métricas preestablecidas.

## 4. Hallazgos y discusión

### 4.1 Etapa 1: diseño y formulación del curso

La etapa de diseño consistió en la definición de la población específica a la que estaría destinada la intervención; la selección y preparación de contenidos del curso; la



configuración del entorno virtual de aprendizaje; y la definición de los procesos de acceso, monitoreo y comunicación del curso. En base al diagnóstico de situación, se definió proporcionar una formación básica en cuidados críticos para profesionales médicos/as, enfermeros/as y kinesiólogos/as de todo el país. Adicionalmente, para garantizar el alcance para los equipos de salud de todo el país, se estableció una modalidad asincrónica y autoadministrada 100% virtual a través de una plataforma virtual (para lo cual se utilizó la plataforma gratuita y open source Moodle), complementadas con tutorías virtuales con expertos de FT y de la SATI.

Las tareas referidas al diseño de contenidos y materiales fueron realizadas por el equipo médico de FT, con asesoramiento de la SATI y el aval de la ANM. En esta primera instancia se realizó un relevamiento, selección y sistematización de la información y las recomendaciones elaboradas por organismos oficiales nacionales e internacionales. Con base a ello, el contenido del curso fue dividido en 5 unidades: (1) Equipo de protección personal, triaje y traslado; (2) Cuidados críticos (generales + adultos); (3) Cuidados críticos pediátricos; (4) preparación del hospital; y (5) interpretación de test diagnósticos.

Complementariamente, se inició una campaña de recaudación de fondos a los fines de difundir la propuesta del curso PARES y ampliar la base de donantes. Cabe destacar que esta primera instancia de desarrollo de la campaña de fondos fue posible gracias al apoyo inicial de la compañía de seguros La Caja, que realizó una contribución inicial suficiente para el desarrollo del curso e iniciar el plan de becas. En función de ello, se diseñaron los materiales de difusión, los criterios de recaudación y la agenda tentativa de empresas candidatas para dar visibilidad al curso PARES y promover el plan de becas.

Por último, el equipo de implementación de FT realizó la planificación administrativa del curso en colaboración con autoridades sanitarias del Ministerio de Salud de Nación. Para la gestión del curso se optó por un diseño basado en un esquema de becas individuales. Se seleccionó este sistema debido a que, a diferencia de los formatos pagos o de Massive Open Online Courses (MOOC), garantizaba el acceso gratuito y a su vez permitía una





administración más eficiente de la participación, a los fines de promover la finalización del curso.

Con respecto a la gestión del curso, se diseñó un flujograma de inscripción con doble criterio: por un lado, a través de una preselección institucional, realizada por los efectores de salud o por los gobiernos provinciales o locales considerando las necesidades sanitarias y la evaluación de la pandemia; y por el otro, por solicitud personal de profesionales interesados en realizar el curso, en cuyo caso se evaluaba la solicitud de la beca previa asignación en base a criterios estandarizados. Finalmente, para llevar a cabo las tareas de monitoreo de la actividad de los/as participantes, FT conformó una mesa de ayuda integrada por 3 telefonistas, con la finalidad de realizar el seguimiento de actividad, promover la participación y finalización del curso, y brindar asistencia técnica y operativa los 7 días de la semana.

**Tabla 1. Etapa 1: distribución de actores según nivel, tipo y tareas desarrolladas**

Actores	Nivel	Tipo	Tareas
Ministerios de Salud	Nacional/ provincial	Estatad	- Diagnóstico de la capacitación de profesionales - Definición y validación de criterios y circuitos
ANM/SATI	Nacional	Tercer sector	- SATI: asesoramiento en la definición de conceptos clave y contenidos específicos - ANM: aval académico
FT	Nacional	Tercer sector	- Diagnóstico de la capacitación de profesionales - Diseño y desarrollo de contenido del curso - Gestión de diseño y desarrollo de plataforma virtual - Desarrollo de tableros de monitoreo - Planificación de campaña de fondos - Planificación de procesos de gestión, monitoreo y comunicación
Financiadores	Internacional	Privado	- Aporte inicial para el desarrollo de la etapa 1

Fuente: elaboración propia



## 4.2 Etapa 2: gestión y monitoreo del curso

Una vez habilitado el curso en la plataforma virtual para su acceso y navegación, la etapa de gestión y monitoreo consistió en la puesta en marcha de los procesos de difusión e inscripción. A ello se sumaron esquemas de seguimiento de avance de los participantes y el desarrollo de herramientas de control y reporte para autoridades sanitarias y financiadores. Por este motivo, además de incluir a las autoridades sanitarias previamente mencionadas (nacional y provincial), se incorporó a los procesos de inscripción y monitoreo a las autoridades sanitarias locales y a los efectores de salud.

A nivel central, el Ministerio de Salud Nacional y un conjunto de ministerios provinciales<sup>10</sup> iniciaron la difusión interna del curso entre los efectores de salud de sus propias dependencias y establecieron contacto con referentes institucionales para que seleccionaran a grupos de profesionales que se sumarían a fortalecer la atención de cuidados intensivos, y por lo tanto requerirían del curso. A medida que los efectores y las autoridades avanzaban en el proceso, enviaban los listados a la mesa de ayuda de FT, que tuvo a su cargo su procesamiento y el inicio de la inscripción al curso. Además, se habilitaron las tutorías en línea sincrónicas con tutores de FT y la SATI, cuya finalidad fue la de promover el intercambio y resolver consultas en función de los contenidos del curso entre profesionales de todo el país.

Durante esta etapa del curso, la mesa de ayuda proporcionó asistencia técnica los 7 días de la semana. Esto, sumado al flujo de comunicaciones de los equipos de implementación y la gestión institucional de FT en colaboración tanto con autoridades sanitarias como con

---

<sup>10</sup> Si bien el curso PARES tuvo alcance nacional en todas las provincias del país, la articulación con el Ministerio de Salud de la Nación facilitó la vinculación con las autoridades sanitarias provinciales, de entre las cuales se dio mayor colaboración con las de CABA, Buenos Aires, Chubut y Neuquén. Al respecto cabe destacar que la Legislatura de la CABA declaró de interés sanitario el curso PARES, a través de la resolución N.º 192/2020 del 16 de julio de 2020.



financiadores que promovieron el uso eficiente de las becas disponibles, tuvo como objetivo promover la expansión del curso y su tasa de finalización. En términos operativos, implicó brindar asistencia en el uso de herramientas informáticas, la navegación de entornos virtuales y la resolución de problemas que surgieran como producto de la denominada brecha digital; así como en el monitoreo y en el contacto permanente, promoviendo el acceso al curso y su finalización. Adicionalmente, cada referente recibía semanalmente un reporte automático del estado de situación de avance del curso correspondiente a los/as profesionales pertenecientes a su efector, para que pudiera realizar un monitoreo interno y contar con información actualizada para destinar al personal capacitado a tareas orientadas a fortalecer la atención de cuidados críticos.

Finalmente, con respecto a la gestión con financiadores, durante esta etapa se avanzó en la campaña de fondos para incluir nuevos aportantes al plan de becas. Este proceso implicó la puesta en marcha de una amplia ronda de entrevistas con las áreas de responsabilidad social empresaria o similares. En aquellos casos en los que se confirmara el aporte, se llevaba a cabo el proceso administrativo pertinente y a cada financiador se le brindó acceso a un tablero en línea para consultar información básica (de provincia, efectores, profesiones y estado de avance en el curso<sup>11</sup>) de aquellas personas inscritas al curso a través de las becas aportadas.

---

<sup>11</sup> Los estados de avance en el curso definidos para el seguimiento han sido: sin empezar; realizando el curso; curso finalizado; inactivos (>14 y >21 días); y bajas solicitadas.



**Tabla 2. Etapa 2: distribución de actores según nivel, tipo y tareas desarrolladas**

Actores	Niveles	Tipo	Tareas
Ministerios de Salud	Nacional/ provincial	Estatal	- Difusión del curso entre los efectores de sus dependencias - Gestión de nóminas de profesionales con efectores de salud - Monitoreo de avance y comunicaciones internas para promover la finalización del curso
SATI	Nacional	Tercer sector	- Participación en las tutorías sincrónicas en línea - Definición conjunta de actualización de contenidos
FT	Transversal	Tercer sector	- Desarrollo continuo de campaña de fondos - Asistencia técnica y operativa a participantes del curso - Gestión administrativa de procesos de inscripción - Envío de reportes regulares a financiadores, autoridades sanitarias y efectores de salud - Gestión de la plataforma virtual - Prestación de soporte técnico y monitoreo de avance - Coordinación de tutorías virtuales sincrónicas - Actualización de contenidos
Financiadores	Transversal	Privado	- Ejecución de aportes - Selección de áreas/efectores de interés
Secretarías de salud	Local	Estatal	- Articulación con efectores de salud de la zona - Gestión de nóminas de profesionales junto con efectores de salud
Efectores de salud	Transversal	Estatal / Privado	- Gestión con efectores de salud de influencia - Monitoreo de avance del curso entre profesionales

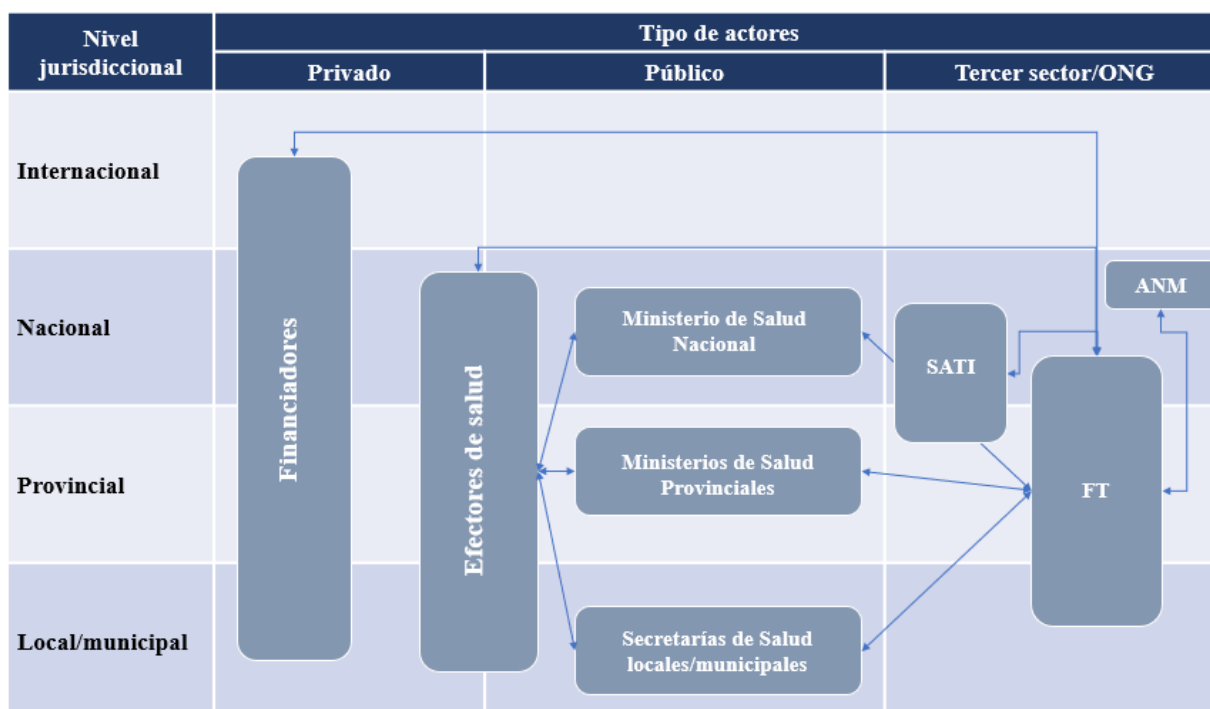
Fuente: elaboración propia.

Finalmente, cabe destacar que esta etapa estuvo caracterizada por una intensa articulación e intercambios de información entre todos los actores involucrados, producto de la gestión integral del curso con actores de diferentes nivel y tipo. Tal como se aprecia en el gráfico 1, entre éstos se establecieron flujos de vínculo recíproco. La mayor concentración del flujo se da entre FT -que lideró el proyecto- y el resto de los actores; y entre las autoridades sanitarias y los efectores de salud. Con respecto a la ubicación de cada actor dentro del espectro de



la MLG, para el caso de los financiadores se evidencia su concentración en el grupo de actores privados, aunque a diferencia de los actores pertenecientes a los sectores público y de la sociedad civil, estuvo integrado por empresas de los 3 niveles (nacional, provincial y local) y además del nivel internacional, dado que el curso contó con el apoyo de casas matrices radicadas en el extranjero. El espectro de los efectores de salud involucrados en el curso pertenece tanto al sector privado como al público y de los 3 niveles, por lo que se ubican de forma transversal en los niveles jurisdiccionales y entre los actores públicos y privados. Con respecto a las autoridades sanitarias, éstas se ubican entre los 3 niveles jurisdiccionales según corresponda y se trata de actores públicos en su totalidad. Finalmente, para el caso de las organizaciones académicas y del tercer sector, se trata de 3 organizaciones sin fines de lucro de carácter nacional (SATI, ANM y FT).

**Gráfico 1. Circuito de gestión global del curso PARES entre actores, según nivel y tipo**



Fuente: elaboración propia en base a Piattoni (2015).



### 4.3 Etapa 3: evaluación del curso

La etapa de evaluación fue llevada a cabo por el equipo de FT a los fines de medir los resultados parciales del curso<sup>12</sup>. Consistió en el desarrollo, la sistematización y el análisis de las encuestas del curso; y la caracterización de la población de efectores y profesionales de la salud involucrados. Al respecto, cabe destacar que para este período se inscribió un total de 11.535 profesionales. De estos, a la fecha el 64,3% (7.422 inscriptos/as) finalizó el curso exitosamente; el 27,3% lo inició pero no registra actividad en un período superior a 3 semanas; el 3,2% solicitó darse de baja y el 5,2% restante aún lo estaba realizando. En línea con ello cabe destacar que para el período analizado se contabilizaron 171.874 mails enviados, aproximadamente 73.000 mensajes de whatsapp y más de 1.000 llamados telefónicos por parte de la mesa de ayuda para realizar seguimiento de actividad y resolver consultas de los/as participantes.

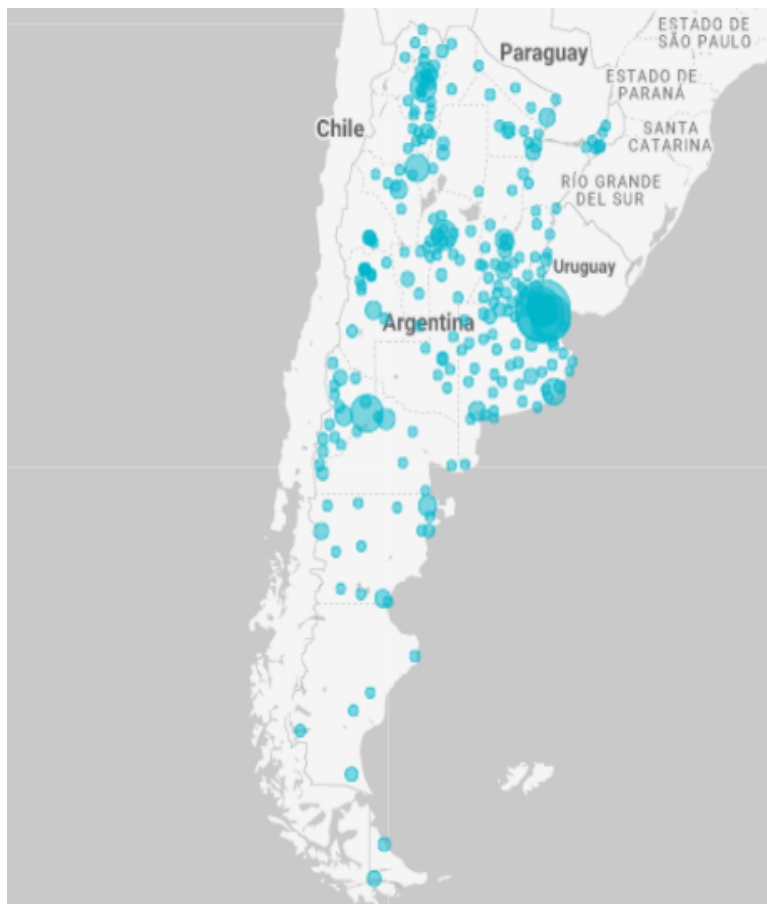
Con respecto a las características demográficas, cabe destacar que del total de personas inscriptas el 75% son mujeres. En cuanto a la distribución profesional, el 59,7% corresponde a personal de enfermería; el 33,4% a médicos/as y el 6,9% restante a kinesiólogos/as. Por último, la distribución geográfica de los/as participantes fue nacional ya que, como se mencionó previamente, incluyó a efectores de todas las provincias, aunque se evidencia una mayor proporción en las regiones de mayor concentración demográfica, tal como se aprecia en el gráfico 2.

---

<sup>12</sup> Si bien para este trabajo se tomó el período correspondiente desde el inicio del curso (marzo de 2020) a mayo de 2021 inclusive, actualmente el curso permanece operativo y continúa registrando nuevas inscripciones y profesionales que finalizan el curso. A la fecha en que se finalizó este trabajo (4 de agosto de 2021), se registran 12.396 profesionales inscriptos (419 cursando actualmente el curso) y 8.250 egresados.



## Gráfico 2. Distribución geográfica de inscriptos/as al curso PARES



Fuente: tablero de monitoreo del curso PARES de FT.

Por otro lado, se destaca la devolución positiva realizada por parte de aquellos participantes que completaron la encuesta (2.180 respuestas). En una escala de 1 a 5 (donde 1 refiere a insatisfacción total y 5 a satisfacción total), la satisfacción general fue de 4,4. La satisfacción con los contenidos teóricos fue de 4,3; en relación con el material audiovisual se registró una aprobación de 4,4; y la satisfacción en términos de asistencia técnica y administrativa fue de 4,3.



En relación con la campaña de desarrollo y recaudación de fondos, a mayo de 2021 se logró incorporar a 36 financiadores, por un total de 8.378 becas. Con respecto al perfil de los financiadores, se clasifican en 8 rubros, con mayor participación del sector de los seguros: 15 de seguros; 6 de alimentos; 6 de banca; 2 de tecnología; 1 de energía; 1 de laboratorios; 2 fundaciones; y 3 de industrias variadas.

Finalmente, con respecto al alcance institucional se registró un total de 872 instituciones con al menos una persona capacitada, de las cuales el 82% correspondió a efectores de dependencia pública y el 18% restante a efectores privados. De entre las instituciones públicas, el 50% correspondió a efectores e instituciones provinciales; un 25% a efectores e instituciones municipales; un 2% a efectores nacionales; otro 2% a instituciones pertenecientes a las fuerzas armadas, un 1% a instituciones de formación y un 1% final a instituciones sanitarias asociadas a la seguridad social. Por otro lado, en términos de cobertura nacional, y de acuerdo con la división por regiones estadísticas establecida por el INDEC<sup>13</sup>, la mayor proporción de efectores se concentró en las regiones del AMBA (35,2%) y la región pampeana (26,9%), lo cual es consistente con la distribución demográfica del país. Por otro lado, al cruzar las regiones geográficas con el tipo de efector, si bien se destaca la prevalencia de efectores de carácter provincial, en los casos del AMBA y de la región pampeana se advierte un mayor peso relativo de efectores de pertenencia municipal.

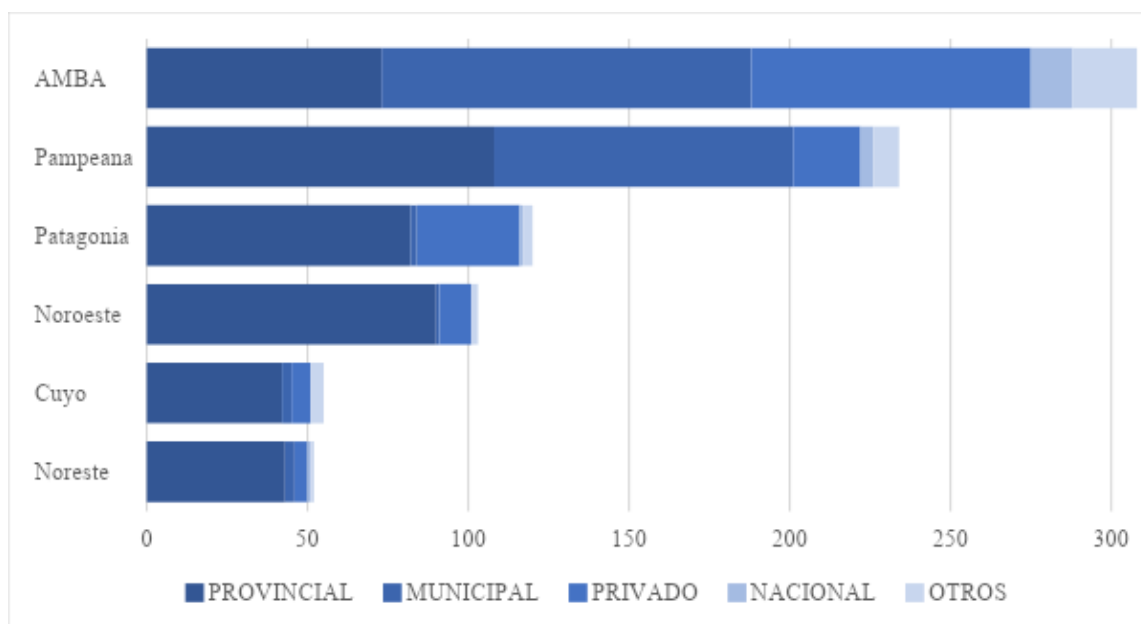
---

<sup>13</sup> Las seis regiones estadísticas establecidas por el INDEC son el Gran Buenos Aires, Cuyo, Noreste, Noroeste, Pampeana y Patagónica + Extremo Austral. Para este trabajo se reemplazó la región de GBA por la del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), la cual integra entonces los 30 municipios del GBA y la CABA.





**Gráfico 3. Cantidad de efectores de salud según región demográfica y tipo<sup>14</sup>**



Fuente: elaboración propia en base a datos del curso PARES.

## 5. Conclusiones

La velocidad de expansión de la pandemia de la covid-19 es testimonio de una realidad compleja de interdependencia y globalización que ha puesto de manifiesto la relevancia de la gobernanza multinivel para abordar e intervenir ante riesgos globales, tales como epidemias, catástrofes climáticas o crisis sociales. En este sentido, la perspectiva de la MLG es de utilidad para analizar las experiencias de control y prevención de la pandemia actual debido a la multiplicidad de actores y jurisdicciones involucradas en las diferentes instancias. Y más específicamente, ha sido de utilidad para analizar y relatar la experiencia de trabajo

<sup>14</sup> La categoría "otros" incluye fuerzas armadas, obras sociales e instituciones de formación.



del curso PARES, surgida y desarrollada en base a la articulación público-privada de actores de diversas características.

Desde esta perspectiva, la implementación del curso PARES constituyó una experiencia exitosa de articulación público-privada. Debido al interés generado por el curso y la priorización de la atención y la gestión sanitaria en torno al covid-19, se superó el objetivo inicial de 5.000 profesionales inscriptos/as. Esto fue posible gracias a la calidad del material del curso, los avales científicos e institucionales, la contribución de financiadores de diversos sectores y regiones geográficas del país que permitieron la expansión del plan de becas, la articulación e implementación de flujos de monitoreo y la comunicación permanente tanto con los profesionales inscriptos al curso como con las autoridades sanitarias de diferente nivel.

Finalmente, en términos de gobernanza, la relación entre estos actores, a través de sus equipos técnicos, y la coordinación de FT, posibilitó un flujo continuo de información actualizada para la gestión y el monitoreo del curso en tiempo real. Esto permitió un alto alcance de cobertura a nivel nacional; demanda del curso por parte de efectores de diversa procedencia; y una elevada tasa de finalización.



## Bibliografía

Allain-Dupré, D., Chatry, I., Michalun, V., & Moisisio, A. (2020). The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government. OECD.

BECK, U (1997): *La sociedad del riesgo*, Barcelona, Paidós, pp. 25-56

BELLO-GOMEZ, R. A., & SANABRIA-PULIDO, P. (2021). The costs and benefits of duality: Colombia's decentralization and the response to the COVID-19 pandemic. *Revista de Administração Pública*, 55, 165-179.

CEPAL. (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile

COX, R (1996). "Structural Issues of Global Governance. Implications for Europe". En *Approaches to World Order*, editado por Robert Cox y Timothy Sinclair, 237-240. Cambridge: Cambridge University Press

DEUBEL, A. N. R. (2014) *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación* Bogotá. Ediciones Aurora.

DEUBEL, A. N. R. (Ed.). (2021). *Enfoques para el análisis de políticas públicas*. Universidad Nacional de Colombia.

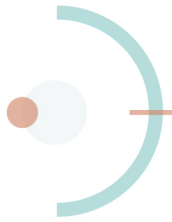
FINKELSTEIN, L (1995). "What is Global Governance?". *Global Governance* 3 (1): 367-372.

HOOGHE, L. & MARKS, G. (2002), "Types of Multi-Level Governance", *Les Cahiers européens de Sciences Po*, n° 03, Paris: Centre d'études européennes at Sciences Po.

KAUL, I., GRUNGBERG, I., & STERN, M. A. (1999). Global public goods. *Global public goods*, 450.



- KAUL, I., CONCEIÇÃO, P., LE GOULVEN, K., & MENDOZA, R. U. (2003). Why do global public goods matter today. *Providing global public goods: Managing globalization*, 2-20.
- KATZENSTEIN, P. J., KEOHANE, R. O., & KRASNER, S. D. (1998). International organization and the study of world politics. *International organization*, 645-685.
- KILLU, K. (2018). The Fundamentals of Critical Care Support: local experience and a look into the future. *Acute medicine & surgery*, 5(4), 305-308.
- MACEIRA, D. (2008). *Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino*. CEDES.
- MACEIRA, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. *Cuadernos del CLAEH*, 32(99), 7-17.
- MARKS, G. (1992). Structural policy in the European Community. In A. Sbragia (Ed.), *European politics: institutions and policymaking in the "new" European Community* (pp. 191-224). Washington, DC: Brookings.
- MARTIN, L. L., & SIMMONS, B. A. (1998). Theories and empirical studies of international institutions. *International organization*, 729-757
- MONTEVERDE E, BOSQUE L, KLAPPENBACH R, et al. (2021) Non-intensivist training to increase the staff capacity of intensive care units during COVID-19 pandemic surge in Argentina. *Disaster Med Public Health Prep*. [en prensa, aceptado para publicación].
- OSZLAK O. & O'DONNELL G. (1981). "Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación". Doc. CEDES/CLACSO, N.º 4, Buenos Aires.
- PETERS, B. G., & PIERRE, J. (2004). Multi-level governance: a Faustian bargain? *Multi-level governance*, 75-89.
- PIATTONI, S. (2010). *The theory of multilevel governance*. Oxford: Oxford University Press



- PIATTONI, S. (2015). Multi-level governance: Underplayed features, overblown expectation and missing linkages. In *Multi-level governance: the missing linkages*. Emerald Group Publishing Limited.
- SANTISTEVAN, M. E. M. (2019). Gobernanza multinivel: Perspectiva de la eficiencia en el Gobierno Democrático. *Dominio de las Ciencias*, 5(2), 315-336.
- SANTOS, N. D. A. (2021). Multi-level governance tackling the COVID-19 pandemic in China. *Revista de Administração Pública*, 55, 95-110.
- SCHOENFELD, E. N. (2019). Hacia un nuevo modelo de gobernanza para la promoción de la salud. *Buen Gobierno*, (26), 1-28.
- TORTOLA, P. D. (2017). Clarifying multilevel governance. *European Journal of Political Research*, 56(2), 234-250.

