



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Las modificaciones en el primer nivel de atención de la salud del PAMI durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en Argentina

Autores (en el caso de tesis y directores):

Nicolás Seibelt

Noelia Sierra, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2022

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Las modificaciones en el primer nivel de atención de la salud del PAMI durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en Argentina.

Trabajo de Investigación Final

AUTOR: Nicolás Seibelt (DNI 37699330) -
nicolas.seibelt@gmail.com

Directora: Lic. Noelia Sierra

Seminario TIF/Tesina: 1er Cuatrimestre 2020

Catedra: Clemente / Docente: Barbara Garcia Godoy

Fecha de presentación: 31/03/2022

RESUMEN

El presente trabajo explora desde una perspectiva cualitativa de qué manera las transformaciones institucionales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados durante la emergencia sanitaria por el virus COVID-19 han modificado el primer nivel de atención de la obra social y cómo estos han configurado la atención a las personas afiliadas. Para abordar la investigación se partirá desde el enfoque del derecho a la salud, entendiéndolo como el disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente a una persona, para eso analizaremos la continuidad de las prestaciones médicas y la accesibilidad a las mismas. Entendemos el concepto de accesibilidad en términos de Stolkiner como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Nos situaremos desde un análisis de fuentes secundarias para caracterizar los protocolos de atención y comprender las modificaciones suscitadas en este contexto para luego desarrollar a partir del análisis de entrevistas a personas afiliadas a la obra social como se ha reconfigurado el primer nivel atención desde su perspectiva.

Título: Las modificaciones en el primer nivel de atención de la salud del PAMI durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en Argentina.

Autor: Nicolás Seibelt

E-mail: nicolas.seibelt@gmail.com

Fecha de presentación: 31/03/2022

Palabras clave: salud, personas mayores, accesibilidad, emergencia sanitaria

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	
ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PROPUESTA METODOLÓGICA	5
1.1 Antecedentes sobre el concepto de accesibilidad	5
1.2 Políticas públicas, capacidades estatales y gestión del riesgo	7
1.3 Cuestiones metodológicas	8
1.4 Estrategia metodológica e instrumental	9
CAPÍTULO 2	
EL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS FRENTE A LA EMERGENCIA SANITARIA	12
2.1 El sistema de salud argentino: estructura y respuesta frente a la emergencia	12
2.2 Antecedentes históricos del PAMI	15
2.2.1 Hitos históricos del PAMI	16
2.2.2 Caracterización de la población afiliada a la obra social	18
2.2.3 Modalidad de atención administrativa	22
2.2.4 Modelo prestacional sociocomunitario de atención médica	25
2.2.5 Política de acceso a medicamentos	26
2.3 Transformaciones institucionales del primer nivel de atención de PAMI durante el contexto de emergencia sanitaria	28
2.3.1 Programa de telemedicina	29
2.3.2 Modificaciones en la atención de los médicos y médicas de cabecera	30
2.3.3 Digitalización de procedimientos administrativos	33
2.4 En síntesis	34
CAPÍTULO 3	
EL DERECHO A LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES	36
3.1 Derecho a la salud	36
3.2 Dimensiones del derecho a la salud	38
3.3 Procesos de salud-enfermedad-atención	39
3.4 Determinación social de la salud	41
3.5 Modelo de atención de la salud y medicalización	43
3.6 Las personas mayores en latinoamérica	44
3.6.1 Antecedentes normativos de protección de los derechos de las personas mayores	46
3.6.2 Feminización de la vejez	46
3.7 En síntesis	47

CAPÍTULO 4	
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE PAMI DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y LAS USUARIAS	49
4.1 La continuidad de los tratamientos médicos	49
4.2 Barreras en el acceso a la atención médica	51
4.3 La relación médico-paciente durante el ASPO	53
4.4 Las representaciones de las personas mayores frente a las barreras en el acceso	55
4.5 Procesos de autoatención y medicalización	56
CONSIDERACIONES FINALES	59
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXO	68
Guía de entrevista	68
Consentimiento informado	69

INTRODUCCIÓN

El presente documento expone los resultados del trabajo de investigación final realizado en el marco de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. El mismo se ha desarrollado entre los meses de diciembre del 2020 y marzo del 2022.

Nuestra inserción en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante PAMI) a partir de marzo del 2020, apenas unos días antes del inicio del aislamiento social, preventivo y obligatorio, nos permitió el acceso directo y presencial a entrevistar a personas mayores que atravesaban complicaciones de salud hasta en los momentos de mayor grado de restricciones por el avance del virus COVID-19 y la inexistencia de una vacuna o tratamiento para su contención.

Por las características particulares del virus que provocó la pandemia, las personas mayores evidenciaron la tasa de mortalidad más alta en todo el mundo, especialmente las que poseían enfermedades preexistentes. Frente a este escenario el PAMI resultó un actor fundamental en la estrategia sanitaria ya que estaba a cargo del cuidado de la salud de casi cinco millones de afiliados y afiliadas en todo el país, siendo la mayor proporción de estas personas de más de 60 años.

En nuestro rol en la jefatura de agencia de la sede Pacheco, ubicada en Tigre¹ estuvimos a cargo de la atención presencial y virtual² de los trámites administrativos y del seguimiento frente a dificultades en el acceso a la atención de la salud por parte de las personas afiliadas que residen en las localidades de General Pacheco, El Talar y Don Torcuato.

En este escrito buscamos realizar un aporte acerca de las problemáticas vinculadas al acceso a la salud por parte de las personas mayores y por consiguiente a la garantía de su derecho a la

¹ Partido ubicado en el norte del conurbano de la Provincia de Buenos Aires, con una población estimada en 2021 de 470.776 habitantes (Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 2016)

² La obra social llevó adelante estrategias de acompañamiento virtuales que desarrollaremos en este trabajo.

salud. En este sentido toma especial relevancia para comprender los mecanismos de atención de la salud lo que se ha denominado como tecnologías blandas, es decir, “tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario” (Merhy, 2006, p. 151).

En un contexto en el que se prohibió la circulación y el encuentro presencial como estrategia para reducir la letalidad del virus y la saturación del sistema de salud, todos los dispositivos de atención médica debieron realizar modificaciones estructurales para poder sostener la continuidad de los tratamientos médicos y la atención de otras patologías no relacionadas con la pandemia.

Las preguntas que motivaron esta investigación fueron *¿Qué modificaciones se dieron en los procesos para acceder a las prestaciones médicas en el primer nivel de atención por parte de la obra social PAMI? ¿De qué manera se sostuvo la continuidad en la atención de la salud de las personas afiliadas de PAMI pertenecientes a la agencia Pacheco durante la emergencia sanitaria? ¿Qué barreras se presentaron para el acceso al primer nivel de atención de PAMI por parte de las personas afiliadas pertenecientes a la agencia Pacheco durante la emergencia sanitaria?*

Problema y objetivos de la investigación

El problema que ha orientado esta investigación ha sido cómo se configuró el primer nivel de atención de la salud frente a la implementación de los protocolos de prevención del COVID-19 en la obra social PAMI durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio desde la perspectiva de las personas afiliadas.

Se ha planteado como objetivo general de la investigación:

- Analizar la accesibilidad al primer nivel de atención de la salud en personas mayores de la obra social PAMI durante la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 en Argentina desde la perspectiva del derecho a la salud.

Como objetivos específicos de la investigación se buscó:

1. Describir los procesos para acceder a las prestaciones médicas del primer nivel de atención de PAMI a partir del relevamiento de protocolos y normativas surgidas durante la emergencia sanitaria.
2. Relevar la continuidad en las prestaciones de salud en el contexto de emergencia sanitaria según las personas afiliadas de PAMI pertenecientes a la agencia Pacheco
3. Caracterizar las principales barreras que influyeron en el acceso al primer nivel de atención según las personas afiliadas de PAMI pertenecientes a la agencia Pacheco.

Debido al carácter exploratorio de la investigación no se ha planteado una hipótesis de trabajo, sino que se espera poder arribar a conclusiones que permitan brindar indicios para continuar investigando este fenómeno que sucede mientras es estudiado.

Organización del trabajo

En el primer capítulo realizamos un recorrido por los principales conceptos que desarrollaremos a lo largo del trabajo brindando un breve estado del arte de la cuestión. Por otro lado, daremos cuenta de la propuesta metodológica que se llevó adelante, como así también la estrategia metodológica e instrumental.

En el segundo capítulo caracterizamos brevemente el sistema de salud argentino, haciendo especial hincapié en el subsector de la seguridad social y la historia del PAMI. A su vez, se realizó un relevamiento sistemático de fuentes secundarias con el objetivo de analizar las modificaciones protocolares en la modalidad prestacional del primer nivel de atención durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por parte de la obra social. Sumamos a este análisis el relevamiento de información de elaboración propia surgida de nuestra inserción institucional.

En el tercer capítulo desarrollaremos la perspectiva del derecho a la salud, donde partimos de la idea de que

significa la garantía, por el Estado, de condiciones dignas de vida, y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad (Flores-Sandí, 2012, p. 182)

Asimismo, desarrollamos en profundidad cuestiones vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención y sus representaciones, la determinación social de la salud y los modelos de atención de la salud. Por último, nos centraremos en el lugar que tienen las vejez en la sociedad latinoamericana para tener en consideración las particularidades de los sujetos que son objeto de esta investigación.

En el cuarto capítulo arribamos al análisis de las entrevistas realizadas a partir de la asociación en nudos temáticos de lo expresado por las personas afiliadas, con el objeto de traer su perspectiva al análisis de las modificaciones en el primer nivel de atención de la obra social. Daremos cuenta en ese sentido de la continuidad en los tratamientos médicos, las modificaciones en la relación médico-paciente, las barreras para acceder a la atención médica, las representaciones de las personas mayores en relación a estas barreras y los procesos de autoatención como fenómeno para destacar en el periodo del análisis.

Por último, enunciaremos las conclusiones que se desprenden de esta investigación junto a una serie de interrogantes que nos permitirán continuar profundizando lo aquí expuesto en futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1

ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PROPUESTA METODOLÓGICA

En este primer capítulo se presentan los principales antecedentes del campo problemático que busca abordarse en la investigación y la propuesta metodológica sobre la que trabajaremos. Para eso desarrollaremos el concepto de accesibilidad y su vinculación con las políticas públicas.

Asimismo, daremos cuenta de las principales cuestiones metodológicas que se tuvieron en cuenta a la hora de llevar adelante el trabajo de relevamiento de fuentes primarias y secundarias como así también las decisiones que se tomaron en términos teóricos e instrumentales.

1.1 Antecedentes sobre el concepto de accesibilidad

Se ha definido a la accesibilidad como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A., 2007, p. 202), asimismo esta identifica barreras simbólicas, geográficas, económicas, administrativas y culturales; así como dos planos: una accesibilidad inicial y otra ampliada, que remite al proceso de permanencia dentro del mismo sistema.

Como plantea Clemente (2018), podemos diferenciar el acceso de la accesibilidad en tanto el primero lo entendemos como el momento de ingresar a algún tipo de sistema, mientras que la segunda está referida a la experiencia concreta dentro del mismo. La perspectiva relacional de la accesibilidad propone pensarla como un proceso complejo que se define en la interacción entre los sujetos y los servicios sociales, y que supone la posibilidad de encuentros y desencuentros entre estos.

Siguiendo lo planteado por la autora, se propone que el análisis de la accesibilidad debe darse desde la idea de un proceso situado en un escenario determinado. Este proceso será el trayecto de interacción que se produce entre los sujetos y las instituciones que prestan un servicio determinado, mientras que el escenario refiere a las condiciones físicas, económicas y

normativas en las que se produce esta interacción y determinan el vínculo relacional entre ambos. Por lo tanto, propone un análisis diacrónico referido al proceso y su evolución temporal y otro sincrónico para dar cuenta de cómo el escenario condiciona ese proceso. Otro aspecto relevante que se destaca es que la relación que surge entre las personas y los servicios resulta asimétrica, y cuanto mayor es la urgencia por parte del demandante, más asimétrica resulta esta relación.

Se ha dicho también que la accesibilidad es un analizador que revela contradicciones, dificultades y facilidades que atraviesan las instituciones y las prácticas. Esta resulta la posibilidad subjetiva de ejercer una demanda y como lugar de encuentro entre lo macro y lo micro social. Puede ser analizada según el autor a partir de los siguientes componentes: geográfico, territorial, cultural, económico, administrativo, comunicacional, biográfico y subjetivo (Carballeda, 2019).

Nos situaremos como plantea Wagner (2013) desde una lógica procesual, interactiva e inacabada lo que implica la posibilidad de encuentros y desencuentros entre los sujetos que co-participan en la producción de prácticas de salud. La autora recupera discusiones en relación a la noción de itinerarios a la que conceptualiza como la búsqueda o movilización de sujetos en procura de atención o de servicios. Estos recorridos son los que se pondrán en juego en la accesibilidad ampliada e implican un desarrollo de saberes por parte de los sujetos en relación a los procesos burocrático-administrativos implementados por los servicios de salud.

Será relevante también recuperar las dimensiones propuestas por Chiara (2015) en el análisis del desempeño de la atención de salud en efectores del primer nivel. Además de la accesibilidad, plantea la importancia de la continuidad en las prestaciones de salud. Esta presupone la existencia de una fuente regular de atención y su uso a lo largo del tiempo. Esta dimensión dará cuenta de la regularidad en la atención en el primer nivel, y como esta es percibida por los usuarios. Asimismo, se tendrá en cuenta la existencia de una relación médico-paciente significativa.

En síntesis, los autores y autoras recuperados en este apartado dan cuenta de una perspectiva relacional en el concepto de accesibilidad y sitúan la importancia del análisis tanto de la accesibilidad inicial como de una ampliada, que de cuenta de los itinerarios por los que atraviesan los y las sujetos en una relación en la que se “entra y sale” de forma permanente.

1.2 Políticas públicas, capacidades estatales y gestión del riesgo

El análisis sobre las políticas públicas resulta fundamental para comprender los procesos por los cuales se determinan los mecanismos por los que la población accede a determinados servicios. Partiremos de definirlos como:

El conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil. De dicha intervención puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa, que previsiblemente afectará el futuro curso del proceso social hasta entonces desarrollado en torno a la cuestión (Oszlak y O'Donnell, 1984, p. 112)

En lo que atañe a nuestra investigación, definiremos a un tipo específico de política públicas, la política de salud que “implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito” (Chiara, 2015, p. 13). Para abordar la implementación de las políticas de salud, sostendremos que este es un proceso que involucra acciones que transforman los objetivos iniciales en resultados observables y, asimismo, esta “posee un carácter intrínsecamente político que supone la participación de actores con diversos intereses y puntos de vista que deben encontrar arreglos de cooperación para llevar adelante objetivos comunes” (Chiara, 2017, p. 12)

Durante la emergencia sanitaria por el virus COVID-19 ha tomado relevancia la discusión en relación a las capacidades del Estado para enfrentar los desafíos inéditos que presentó la pandemia. Se entiende por capacidad estatal:

la aptitud de las instancias de gobierno para plasmar, a través de políticas públicas, los máximos niveles posibles de valor social, dadas ciertas restricciones contextuales y según ciertas definiciones colectivas acerca de cuáles son los problemas públicos fundamentales y cuál es el valor social específico que en cada caso debiese proveer la respuesta estatal a dichos problemas. (Repetto, 2004, p. 6)

Se ha planteado que las capacidades estatales pueden ser desagregadas entre las administrativas, políticas y relacionales (Completa, 2015), siendo esta una división analítica entre las capacidades burocráticas del Estado, los intereses e ideologías que motorizan las acciones a través de la política y las vinculaciones con los actores sociales, económicos y políticos que inciden en las decisiones que se buscan llevar adelante.

Es en virtud de estas capacidades de acción por parte del Estado que es posible favorecer la accesibilidad a los servicios de salud. En el contexto de análisis planteamos como principal respuesta frente al avance de la pandemia y la búsqueda por evitar un colapso del sistema sanitario el desarrollo de estrategias para digitalizar y flexibilizar la atención primaria de la salud de las personas mayores.

La situación de emergencia sanitaria provocada por el virus COVID-19 generó un escenario de riesgo concreto para toda la sociedad, que analizaremos desde la perspectiva de la gestión del riesgo, entendida como el

proceso social complejo a través del cual se pretende lograr una reducción de los niveles de riesgo existentes en la sociedad y fomentar procesos de construcción de nuevas oportunidades de producción y asentamiento en el territorio en condiciones de seguridad y sostenibilidad aceptables. (Lavell, 2002, p. 9)

Desde esta perspectiva se analizará el proceso de control sobre las amenazas que se presenten a partir de las vulnerabilidades preexistentes, por lo tanto, se determinará los posibles efectos y consecuencias sociales, económicas y ambientales asociadas al fenómeno.

1.3 Cuestiones metodológicas

Esta investigación es de carácter descriptivo y exploratorio dado que el objeto que se busca conocer resulta novedoso por el contexto del análisis. Se trabajó con una estrategia de análisis cualitativa, abierta y flexible ya que se busca acceder a una realidad que resulta dinámica en la que no es posible encontrar relaciones causales directas. A través de esta estrategia no se buscó generalizar, si no, entender en profundidad la temática.

La unidad de análisis y recolección fueron las personas afiliadas de la obra social PAMI pertenecientes a la agencia Pacheco. Se tomó una selección heterogénea que permitió

comprender desde la perspectiva de esta población cómo fueron los servicios de atención de la salud del primer nivel y cómo percibieron los cambios que operaron durante la emergencia sanitaria; en ese marco se constituyen en el centro de la exploración a través de sus relatos, percepciones, ideas, emociones e interpretaciones (Sautu, 2005, p. 36).

Se buscó que esta muestra resulte representativa a partir de la noción de saturación, es decir, cuando nuevas entrevistas "no permiten profundizar ni ampliar la comprensión, ya que no se descubren nuevas categorías" (Vieytes, 2009, p. 74). Asimismo, se tomó como criterio general que los informantes reciban atención sanitaria por diferentes médicos y medicas de cabecera, para poder dar cuenta de las diferencias existentes entre los profesionales y comprender las cuestiones estructurales del primer nivel de atención durante la emergencia sanitaria.

Dado el rol institucional desde el que se llevaron adelante las entrevistas y observaciones se sostuvo en todo momento una atenta vigilancia epistemológica, entendida como la reflexión acerca de las cuestiones inherentes al proceso de investigación, las condiciones de producción del conocimiento como así también las condiciones éticas (Bourdieu, 1973) a través de la supervisión con trabajadores y trabajadoras sociales especialistas en el campo de la investigación.

Para la descripción sobre las transformaciones institucionales durante el contexto de emergencia sanitaria se realizó un relevamiento de protocolos y normativas que poseen acceso público a través del boletín oficial del PAMI.

En relación a la caracterización de la población afiliada a la obra social y el relevamiento sobre la continuidad en la atención administrativa presencial se utilizaron datos que fueron reconstruidos a partir de información existente en la agencia Pacheco. Para su utilización y divulgación académica se solicitó permiso a la institución.

1.4 Estrategia metodológica e instrumental

Para el acceso a los potenciales entrevistados y entrevistadas se seleccionó aleatoriamente a personas afiliadas que concurrieran a la agencia Pacheco del PAMI de forma espontánea. Se tuvo especial cuidado en que los motivos por los que se presentarán en la sede fueran aleatorios

ya que realizar entrevistas a personas que se acercaran para presentar quejas o reclamos únicamente hubiera viciado la muestra.

Al momento de recolectar la información se realizaron entrevistas semiestructuradas con el objetivo de dar cuenta de la perspectiva de los actores en relación a los cambios suscitados en el contexto de emergencia sanitaria y lo que estos generaron en la accesibilidad a la atención de la salud en el primer nivel. A fin de evitar posibles condicionantes se relevaron los datos sociodemográficos de los participantes, tales como: edad, género, tipo beneficio de la seguridad social y localidad en la que reside para formar una muestra lo más heterogénea posible.

El cuestionario que se utilizó constó de trece preguntas asociadas a distintas dimensiones de la accesibilidad y está en directa vinculación con los objetivos de esta investigación. El mismo puede ser consultado en el anexo de esta investigación.

A todas las personas afiliadas se les solicitó firmar un consentimiento informado por el cual daban cuenta de que sus respuestas serían utilizadas con fines académicos en el marco de esta investigación y se les solicitó grabar en audio sus respuestas. Las entrevistas tuvieron una duración estimada de entre 15 y 20 minutos cada una y se realizaron dentro de la agencia de PAMI de Gral. Pacheco manteniendo protocolos de seguridad para la prevención del COVID-19.

Una vez concluido el proceso de entrevistas se procedió a desgrabar en texto y se le asignó a cada entrevistado un número con el objetivo de anonimizar las respuestas y que puedan ser utilizadas como citas en este trabajo.

Las respuestas fueron luego agrupadas en dimensiones teniendo en cuenta su repetición y serán expuestas en subcapítulos en las que se transcriben parte de las expresiones de las personas afiliadas a modo de graficar la perspectiva de los sujetos.

La muestra incluyó la participación de 15 personas afiliadas a la obra social PAMI que poseían las siguientes características socio-demográficas:

Identificación	Tipo de beneficio previsional	Edad	Género percibido	Localidad en la que reside
1	Jubilación	66	Mujer	General Pacheco
2	Jubilación	72	Mujer	General Pacheco
3	Jubilación	65	Varón	El Talar
4	Jubilación	69	Varón	El Talar
5	Pensión derivada por fallecimiento	60	Mujer	Don Torcuato
6	Jubilación	63	Varón	General Pacheco
7	Jubilación	78	Varón	El Talar
8	Jubilación	72	Mujer	General Pacheco
9	Pensión universal del adulto mayor	67	Mujer	Don Torcuato
10	Jubilación	81	Varón	El Talar
11	Pensión universal del adulto mayor	65	Varón	Don Torcuato
12	Jubilación	66	Varón	El Talar
13	Pensión derivada por fallecimiento	69	Mujer	El Talar
14	Pensión universal del adulto mayor	62	Mujer	General Pacheco
15	Pensión universal del adulto mayor	61	Mujer	Don Torcuato

CAPÍTULO 2

EL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS FRENTE A LA EMERGENCIA SANITARIA

En el presente capítulo, buscamos presentar cómo se encuentra articulado el sistema de salud argentino y ahondar específicamente en el subsistema de la seguridad social con su efector principal: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Al mismo tiempo, se buscará describir los efectos que ha tenido la emergencia sanitaria en el sistema de salud y las tensiones que ésta ha producido.

Luego realizaremos un recorrido por los hitos históricos que consideramos relevantes para conocer esta obra social y propondremos una caracterización de su población afiliada. Daremos cuenta también de la modalidad de atención administrativa, del modelo de atención socio comunitario y su política de acceso a medicamentos. Por último, desarrollaremos las principales transformaciones que llevó adelante el Instituto como respuesta a la emergencia sanitaria en relación al primer nivel de atención de la salud.

Para llevar a cabo este análisis se realizó un relevamiento bibliográfico y del marco normativo existente, como así también de los protocolos y disposiciones surgidas en el contexto del análisis por parte de la obra social.

2.1 El sistema de salud argentino: estructura y respuesta frente a la emergencia

En el contexto de emergencia sanitaria por el virus COVID-19 se ha implementado como principal estrategia el aislamiento social, preventivo y obligatorio (en adelante, ASPO) a través del decreto 297/2020. A partir de la vigencia del mismo, se buscó reducir la circulación de las personas y de esta manera el contagio del virus (Decreto 297/2020, 2020). Esta estrategia tuvo impactos que aún no se han podido dimensionar en términos sociales, políticos, económicos, culturales, psicológicos y sanitarios.

Este escenario trajo nuevamente las discusiones acerca de la estructura del sistema sanitario argentino, especialmente en lo que respecta a la atención de las personas mayores ya que estos resultan los más vulnerables ante esta enfermedad (Lucesole, 2020). Estudiar los acontecimientos recientes desde la perspectiva de los sujetos nos acercará a la comprensión del funcionamiento de la estructura sanitaria y su capacidad de respuesta ante momentos de crisis.

El sistema de salud de nuestro país ha estado atravesado por el pensamiento sectorial, que se ha enfocado en

moldear la oferta con un marcado desinterés por la situación social y epidemiológica; como si la oferta necesaria fuera la simple proyección de una lucha de modelos y no la respuesta a las necesidades de la población lo que produce una fragmentación con sobreoferta y exclusión social (Rovere, 2004, p. 14)

Sumado a la fragmentación que describe Rovere, otro elemento que se debe tener en cuenta es que

tiene características peculiares que lo distinguen de los de otros países del mundo, debido a la heterogeneidad que lo caracteriza y que supone un entrecruzamiento de responsabilidades o atribuciones de los sectores, de las diferentes instituciones que forman parte de él y no están suficientemente articuladas (Luzuriaga, Zunino y Cordova, 2020, parr. 3).

Dentro del sistema de salud podemos diferenciar tres subsectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: público, de la seguridad social y privado (Bello, 2011). El sector público está compuesto por los efectores nacionales, provinciales y municipales con su red de hospitales y centros de salud que brindan principalmente atención a personas sin cobertura de salud. El segundo está compuesto por las obras sociales que cubren a los trabajadores asalariados y a los jubilados y pensionados que dependen del que será nuestro objeto de análisis: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. En relación al tercero, el subsector privado, está compuesto por las empresas de servicios de salud que organizan su atención principalmente a través de los seguros médicos o “prepagas”.

Durante los comienzos de la emergencia sanitaria, se planteó la necesidad de centralizar el manejo de los recursos sanitarios para coordinar la estrategia de contención del virus, lo que generó una reacción negativa del sector privado ya que lo consideraba una intervención a sus

instituciones (Serra, 2020). Los subsectores alcanzaron acuerdos en el marco del Consejo Federal de Salud y se logró articular la llegada de insumos críticos tales como respiradores mecánicos, medicamentos para terapia intensiva y la apertura de más camas de alta complejidad en los efectores de salud desde una perspectiva estratégica (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2021).

El subsector público resultó el articulador de los recursos durante la emergencia sanitaria y también el encargado de realizar el análisis y seguimiento epidemiológico del avance de la pandemia. Asimismo, en términos prácticos, fue el que garantizó el acceso a las prestaciones de salud a toda la población, incluida la que poseía seguros de salud privados u obras sociales y frente a la alta demanda de camas de terapia intensiva no lograba encontrar un efector que pudiera recibirlos al momento de necesitarla (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2021).

Entre las medidas que se implementaron por parte del Estado nacional para fortalecer a los tres subsectores se pueden destacar la incorporación de 4060 camas de terapia intensiva al sistema de salud³, la instalación de 12 hospitales modulares en territorios estratégicos, el fortalecimiento de 1400 laboratorios capaces de detectar el COVID-19, la implementación del Sistema de Monitoreo de Recursos Críticos de Internación —lo que permitió agilizar las derivaciones interinstitucionales de pacientes— y la implementación de la campaña de vacunación contra el virus (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2021).

En conclusión, a pesar de la marcada fragmentación del sistema de salud argentino, la emergencia sanitaria propició una articulación de los servicios existentes para evitar un colapso del conjunto. A continuación, nos centraremos en el PAMI, que es el principal efector del subsistema de la seguridad social, prestador de salud de los jubilados y pensionados argentinos.

³Lo que representó un incremento del 47% en la capacidad instalada.

2.2 Antecedentes históricos del PAMI

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados fue creado el 13 de mayo de 1971 por medio de la sanción de la ley 19.032. Allí se postuló como objetivo de la institución

otorgar —por sí o por terceros— a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible para todos los beneficiarios del Instituto, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país. (Ley N° 19.032, 1971, párr. 5).

En el artículo tercero de la ley, se plantea que el Instituto deberá también implementar servicios destinados a la promoción y asistencia social de los afiliados pudiendo otorgar subsidios, viviendas en comodato, asistencia financiera, gestoría previsional gratuita, promoción cultural, proveeduría, recreación, turismo entre otros servicios.

En relación al financiamiento de la obra social, el artículo octavo de la ley fija que éste surgirá de los aportes de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, de los aportes de la ex caja de jubilaciones para trabajadores activos, del aporte de los trabajadores autónomos en actividad, del aporte del personal en actividad comprendido en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, de la contribución de los empleadores comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, del aporte del Poder Ejecutivo Nacional, de aranceles que cobra el Instituto, donaciones y subsidios, intereses y rentas de los bienes que integran su patrimonio, y los aportes del Tesoro Nacional que determine la Ley de Presupuesto Nacional de cada ejercicio anual.

Respecto a la identidad institucional, la obra social es conocida popularmente como “PAMI” debido a que en sus comienzos su principal dispositivo era el Programa de Atención Médica

Integral, estas siglas luego serán resignificadas como “Por una Argentina con Mayores Integrados” a partir de la resolución 654 (INSSJP, 2009).

A lo largo de su historia esta obra social ha acompañado los procesos políticos y ha sufrido los intentos de desregulación y privatización durante los gobiernos que han implementado políticas neoliberales. Asimismo, también ha atravesado procesos virtuosos y de fortalecimiento institucional como desarrollaremos en el próximo apartado.

2.2.1 Hitos históricos del PAMI

En el año 1995, durante el gobierno de Carlos Menem (1989-1995 y 1995-1999), por medio del decreto 292/95 se desreguló el sistema de servicios de sociales para los jubilados y pensionados, permitiendo que las personas eligieran libremente su obra social. El objetivo de esta medida fue según Pinilla (2004) la reducción del padrón de beneficiarios de la obra social para llevar adelante un ajuste en el presupuesto de la institución. Sin embargo, debido a las pocas opciones que se presentaron como alternativa y el bajo financiamiento que ofreció el Estado a las obras sociales que recibieran a las personas mayores, la medida no tuvo el éxito esperado. Al mismo tiempo, se desregularon los servicios sociales que brindaba el Instituto, transfiriendo programas a la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación, cambiando el enfoque vigente hasta ese momento.

Durante estos años los medios de comunicación pusieron en debate el rol de la institución y se instaló una imagen negativa en relación a su modo de administración:

sus falencias para garantizar el acceso a la salud de las personas mayores y, en simultáneo, la denuncia de escándalos de corrupción, enfocados no sólo como una fuente de despilfarro y pérdida de recursos sino como el eje que estructuraba la administración propia de PAMI y explicaba principalmente sus fracasos para los usuarios (Minoldo, 2018, p. 32)

Estas políticas de ajuste a los programas de la seguridad social se enmarcaron en un proceso general de privatizaciones, desregulaciones y destrucción de capacidades estatales instaladas. Este proceso tuvo un hito fundamental que fue la huelga nacional de trabajadores de PAMI,

del día 13 de noviembre de 1996⁴. Como respuesta al intento de despido masivo de trabajadores y disolución de la institución, miles de trabajadores y trabajadoras junto a personas jubiladas y sindicatos realizaron movilizaciones a lo largo del país para repudiar estas políticas. Este período estaría signado por sucesivos intentos de privatización, desregulación y desvío de fondos de la obra social como bien ha planteado Minoldo (2018).

Con la promulgación de la ley 25.615 en el año 2002 finaliza un largo periodo de intervenciones y se fija la imposibilidad de su desregulación y desvío de fondos hacia otras obras sociales, jerarquizando el rol del Instituto como organismo rector de la seguridad social (Ley 25.615, 2002)

A partir del gobierno de Néstor Kirchner (2003-2007) el organismo crea una oficina anticorrupción con el objetivo de transparentar los mecanismos de contratación de servicios médicos y denuncia la existencia de un modelo de “gerenciamiento” que propiciaba una “intermediación económica parasitaria” (Ocaña, 2007, p. 7) entre el Instituto y los prestadores de salud. Asimismo, a través del decreto 348/03 del año 2003 se estableció la creación del Órgano Ejecutivo de Gobierno del PAMI por lo que sus máximas autoridades serán establecidas por el Presidente de la Nación y estarán regulados por consejos regionales de jubilados y pensionados, quienes tendrán representación en el órgano encargado de tomar decisiones institucionales.

Este periodo vino acompañado según Manes (2021) de un cambio discursivo en los principios rectores del PAMI, donde se comenzó a plantear la universalidad, la gratuidad, la integralidad, la solidaridad y accesibilidad, en contraposición de los enunciados mercantilistas de competencia y reducción del gasto del periodo anterior. La autora desarrolla estos principios de la siguiente forma:

En primer lugar, el principio de universalidad está orientado a promover que las políticas y programas incluyan a todos los afiliados, con el derecho a la cobertura de las prestaciones previstas sin distinción alguna. En segundo lugar, la gratuidad hace referencia a que todos los afiliados pueden acceder a los servicios sin distinciones de calidad y sin necesidad de abonar

⁴ Para profundizar en los sucesos se puede consultar las notas periodísticas que dan cuenta de lo acontecido: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/multitudinaria-protesta-frente-al-pami-nid169969>

un coaseguro. En tercer lugar, el principio de integralidad se orienta a la disposición de servicios sociales y sanitarios dirigidos al cuidado de la salud desde una mirada integral. En cuarto lugar, la solidaridad hace referencia a la obligatoriedad de los aportes de los trabajadores activos y de los jubilados al sistema, prestando especial atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad. Por último, el principio de accesibilidad hace referencia a la garantía de que el conjunto de prestaciones llegue a todos los afiliados en iguales condiciones de accesibilidad. De estos principios se deriva la complejidad de la cobertura del instituto en sus servicios sanitarios y sociales entendidos de una lógica integral. (Manes, 2021, p. 224)

Este periodo junto a la posterior presidencia de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2015) estuvo acompañado por otras políticas sociales que propiciaron un aumento exponencial en la cantidad de personas jubiladas. Resulta relevante señalar que a partir del Plan de Inclusión Previsional que entró en vigencia en el año 2005, una gran cantidad de hombres y mujeres en edad jubilatoria que no alcanzaban el requisito mínimo de cantidad de años de aportes previsionales lograron acceder a la prestación, universalizando el acceso a los servicios sociales y sanitarios del PAMI.

Esta medida que fue implementada a partir de Ley 25.994 y Decreto 1454/05, el cual reglamentó la Ley 24.476 resultó una medida que logró achicar las brechas de género (ANSES, 2011) ya que del total de beneficios otorgados por moratoria previsional un 78% corresponden a mujeres y el 22% restante a varones, concentrándose en ambos casos en el rango de edad de 65 a 69 años.

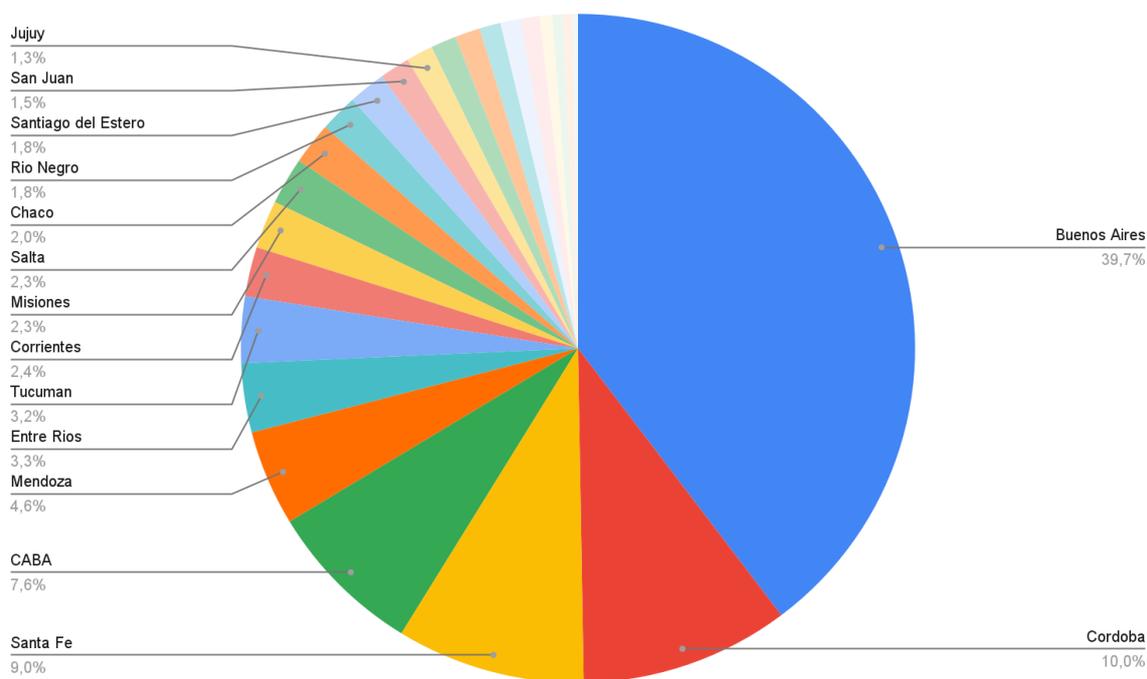
A partir de la sanción de estas leyes se ha modificado la composición de los usuarios y usuarias de los servicios de salud del PAMI, por lo que resulta de interés conocer en profundidad cómo se encuentran en la actualidad.

2.2.2 Caracterización de la población afiliada a la obra social

En la actualidad, la institución posee casi 4.800.000 afiliados activos, constituyéndose como la obra social con mayor cantidad de personas afiliadas de todo Latinoamérica, y con la particularidad de que en su gran mayoría son personas mayores.

Entre los beneficiarios de la obra social se encuentran jubilados de la Administración Nacional de la Seguridad Social⁵, beneficiarios de pensiones derivadas nacionales⁶, pensiones no contributivas previas al año 1993⁷, veteranos de guerra de Malvinas y sus grupos familiares⁸.

Figura 1
Distribución de personas afiliadas del total del país según provincia de residencia en enero de 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2021)

⁵ En Argentina, las personas deben solicitar su jubilación ante el organismo al que hayan aportado la mayor cantidad de años durante su vida laboral. El mayor porcentaje de la población lo hace a la Administración Nacional de la Seguridad Social o ANSES, existiendo otras cajas previsionales tales como las que aportan los trabajadores de los estados provinciales y municipales, y algunas profesiones que han creado mecanismos de jubilación a través de sus colegios profesionales.

⁶ Al fallecer una persona que es beneficiaria de una jubilación, sus familiares de primer grado (cónyuge, hijos o conviviente) pueden reclamar una pensión derivada, a través de la cual podrán recibir los mismos beneficios que tenía la persona fallecida.

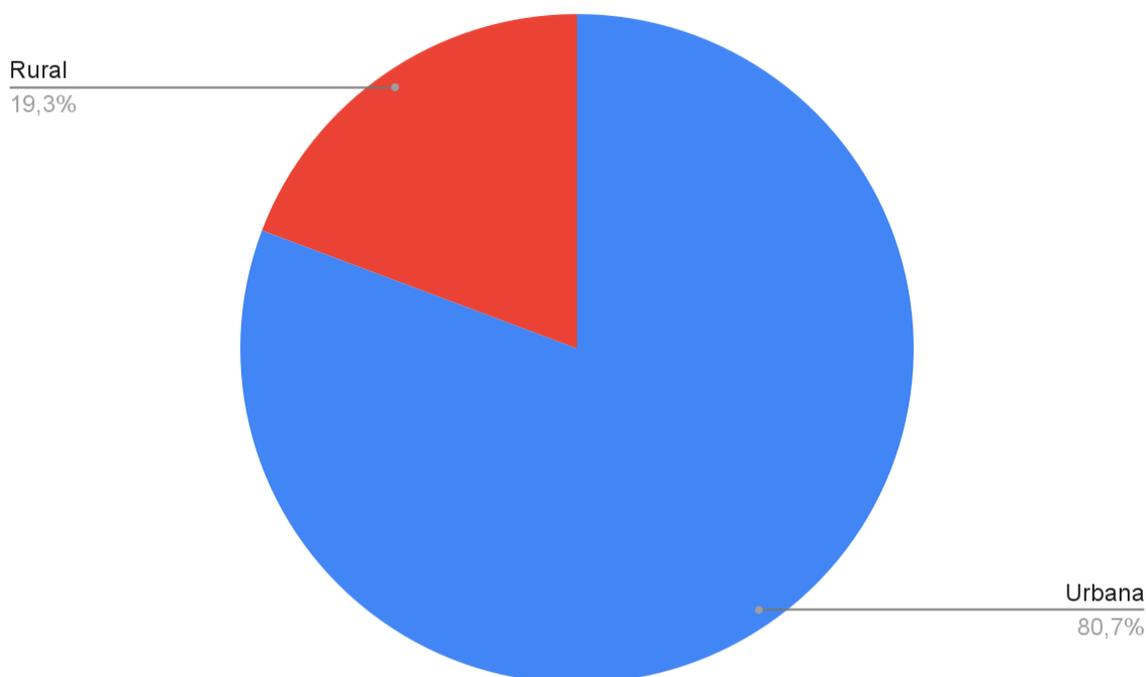
⁷ Las pensiones no contributivas son prestaciones específicas para madres con siete hijos o más, personas con discapacidad, mayores de 70 años y personas designadas por legisladores del Congreso Nacional. A partir del año 1993 esta prestación dejó de tener la posibilidad de utilizar los servicios de salud del PAMI, transfiriendo a las personas a obras sociales provinciales tales como Incluir Salud en el caso de la Provincia de Buenos Aires.

⁸ Los Veteranos de la Guerra de Malvinas y las Islas del Atlántico Sur y sus grupos familiares poseen un programa especial de PAMI por el cual pueden acceder a todas las prestaciones de la obra social.

En relación a la distribución geográfica de las personas afiliadas, como se ha consignado en la figura 1, el 39,7% pertenece a la Provincia de Buenos Aires, en segundo lugar el 10% a la Provincia de Córdoba, el 9% a la Provincia de Santa Fe, el 7,6% a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 4,6% a Mendoza, 3,3% a Entre Ríos, 3,2% a Tucumán, 2,4 a Corrientes, 2,3 a Misiones, 2,3 a Salta, 2% a Chaco, 1,8 a Río Negro, 1,8% a Santiago del Estero, 1,5 a San Juan, 1,3 a Jujuy, 1,2 a Chubut, 1,2 a Neuquén, 1% a San Luis, 1% a La Pampa, 0,9% a Formosa, 0,6% a Catamarca, 0,5% a La Rioja, 0,5% a Santa Cruz y el 0,2% restante a Tierra del Fuego. (INSSJP, 2021)

Figura 2

Distribución de personas afiliadas del total del país según tipo de zona de residencia en enero de 2022



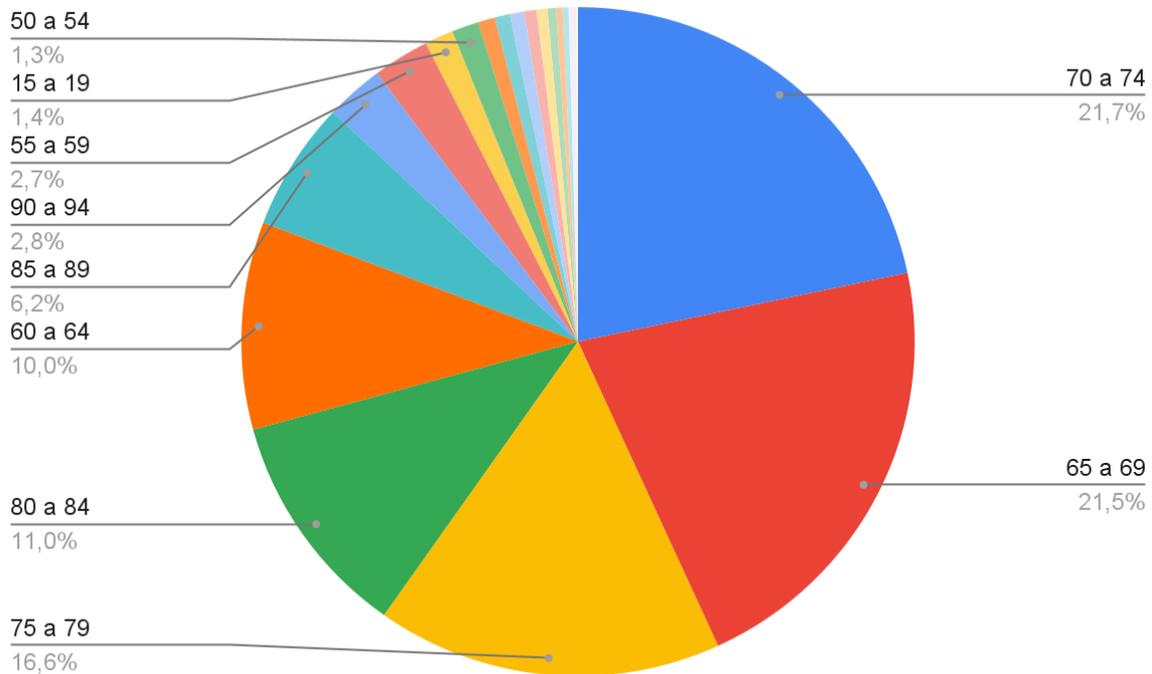
Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2021)

Con respecto al tipo de zona en la que residen las personas afiliadas, identificadas en la figura 2, el 80,7% lo hace en zonas urbanas, existiendo un universo de 19,3% que lo hacen en zona rural. En la Provincia de Buenos Aires este porcentaje aumenta al 85,8% de personas en zona urbana y 14,2 en zona rural. Si tomamos como muestra los 24 municipios que componen el

Conurbano Bonaerense el porcentaje de personas en zona urbana se incrementa hasta llegar al 94,2%, con un 5,8% de personas en zona rural. (INSSJP, 2021)

Figura 3

Distribución de personas afiliadas del total del país según franja etaria en enero de 2022

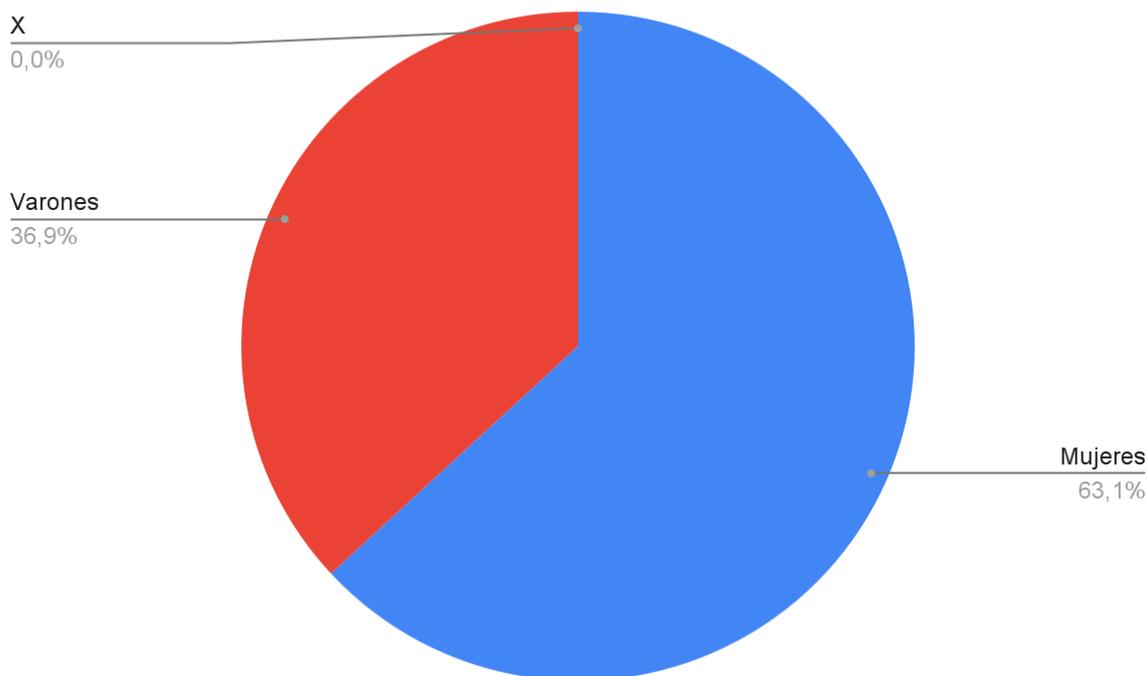


Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2021)

Al analizar la figura 3, que consigna la distribución etaria de la población afiliada, podemos observar que el 2,6% tienen entre 0 y 19 años, el 2,8% tienen entre 20 y 49 años, otro 4% entre 50 y 59 años, 31,5% se encuentran entre los 60 y 69 años, 38,3% entre los 70 y los 79, 17,2% entre los 80 y 89 y un 3,6% posee más de 90 años. (INSSJP, 2021)

Figura 4

Distribución de personas afiliadas del total del país según género percibido en enero de 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2021)

Otro dato que resulta relevante para nuestro análisis es la distribución según sexo donde podemos observar en la figura 4 que el 63,1% de las personas afiliadas son mujeres, mientras que el 36,9% restante son varones. 14 personas en el país han elegido al momento de afiliarse la opción de genero no binario, que se encuentra representado en el grafico con la letra “X”. Según el decreto presidencial 476 del año 2021 esta nomenclatura hace referencia a todas las personas que se auto perciban con un sexo “no binaria, indeterminada, no especificada, indefinida, no informada, auto percibida, no consignada; u otra acepción con la que pudiera identificarse la persona que no se sienta comprendida en el binomio masculino/femenino” (Decreto 476, 2021, párr. 5)

A partir de esta caracterización, buscaremos dar cuenta de la modalidad que adopta el PAMI para atender las necesidades sociales que presentan sus afiliados y afiliadas tanto en términos administrativos como en relación a la atención de la salud.

2.2.3 Modalidad de atención administrativa

Resulta de interés a los fines de esta investigación relevar algunos de los programas que ha desarrollado el PAMI a lo largo de su historia para atender la demanda administrativa por parte de las personas afiliadas.

El PAMI organiza su atención en 38 Unidades de Gestión Local distribuidas en todo el país y dependientes de ellas hay 600 agencias que cubren territorios de diversa densidad demográfica. Las personas afiliadas se encuentran referenciadas según su domicilio a una agencia en la que pueden resolver cuestiones administrativas, realizar consultas y reclamos.

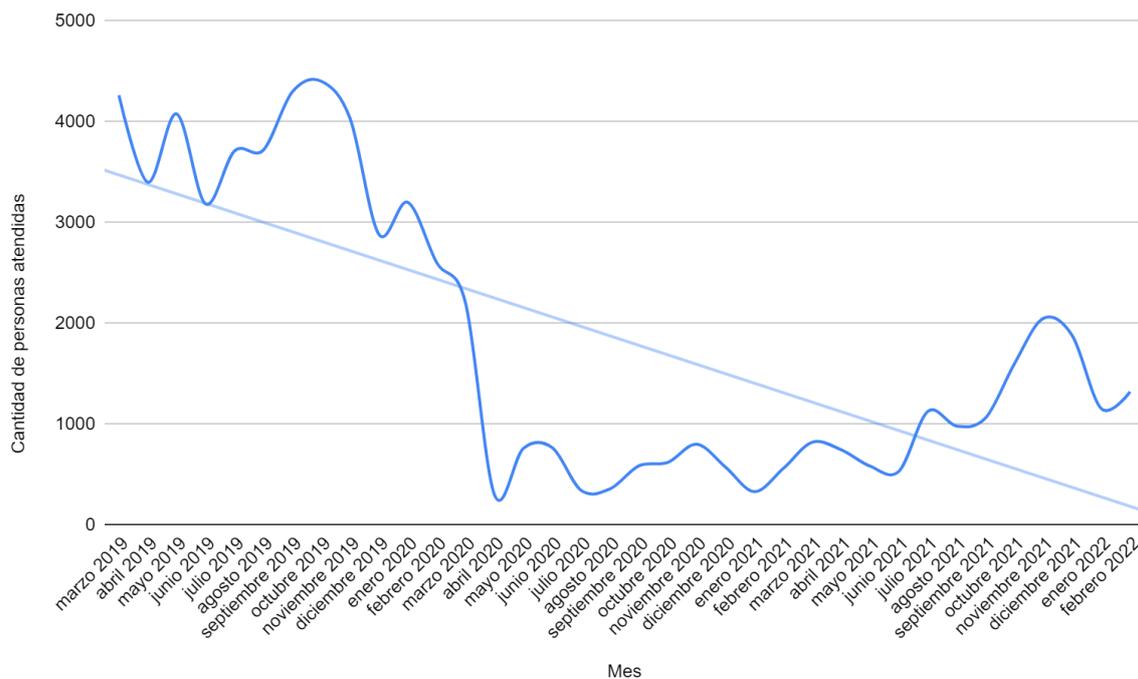
En el año 1998 la institución creó el programa “PAMI Escucha y Responde”, que tuvo como objetivo centralizar la atención telefónica a los afiliados y afiliadas en un dispositivo que pudiera canalizar todo tipo de reclamos y solicitudes y desde allí derivarlos a las Unidades de Gestión Local para ser resueltos. Este servicio funcionó en un primer momento en el Área Metropolitana de Buenos Aires y luego se fueron incluyendo otras regiones del país.

A partir de la emergencia sanitaria el Instituto fortaleció sus centrales de atención telefónica para atender el aumento de la demanda, que se triplicó desde el inicio de la pandemia (PAMI, 2020), como fruto de las restricciones a la circulación surgidas del ASPO.

La estrategia de territorialización de la atención en todo el país resultó una capacidad instalada sumamente relevante para la contención de las situaciones problemáticas resultantes del contexto del análisis.

Figura 5

Cantidad de personas afiliadas atendidas en la agencia Gral. Pacheco de PAMI según mes entre marzo 2019 y febrero 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2022)

Como se observa en la figura 5 la cantidad de personas que han asistido presencialmente para recibir atención en la agencia de Gral. Pacheco tuvo un abrupto descenso a partir de que se decretó el ASPO, pasando de un promedio de 3500 personas mensuales a unas 500. Debe tenerse en cuenta que a partir de marzo del 2020 también se implementó el programa de medicamentos esenciales, lo que implicó una reducción en los trámites administrativos necesarios para recibir los fármacos incluidos en un vademécum de 170 drogas; desarrollaremos más adelante en profundidad este programa que se inscribe en la política de medicamentos de PAMI. Asimismo, algunos trámites que debían realizarse sistemáticamente como la renovación de medicamentos para tratamientos especiales⁹ comenzaron a renovarse automáticamente. Si bien se evidencia un incremento a partir de junio de 2021, este no alcanza los niveles de asistencia previos a la emergencia sanitaria. A esto se debe sumar la implementación de los trámites a través del sitio web de la obra social.

Frente a lo planteado, se puede observar que la modalidad de atención administrativa de la obra social es la que facilitó el acceso a las prestaciones de salud que el PAMI implementa a través

⁹ Se incluyen dentro de esta denominación los tratamientos de enfermedades complejas y que requieren medicamentos de alto costo. Entre las patologías que requieren tratamientos especiales se encuentran la hemofilia, la fibrosis quística, las hepatitis B y C y las enfermedades oncológicas, entre otras.

del modelo de atención socio-comunitario a través de la atención telefónica, virtual y presencial de las demandas y reclamos.

2.2.4 Modelo prestacional socio comunitario de atención médica

En relación a la atención de la salud, nos situaremos desde la perspectiva de Tobar (2013) que la define como el conjunto de procesos a través de los que se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población. A su vez, se ha dicho que un modelo de atención de la salud es el resultado de la combinación de tecnologías empleadas para asistencia a la salud de una determinada población (SIAB, 1998)

En relación al modelo de atención que brinda esta obra social, a partir de la resolución 1895/16 (INSSJP, 2016) se crea el "modelo prestacional socio comunitario de atención médica y otras prestaciones asistenciales" que divide las prestaciones en tres niveles. El primer nivel de atención estará conformado por los médicos clínicos de cabecera y prestadores de imágenes radiológicas y ecográficas. El segundo nivel de atención implica un mayor grado de complejidad en la posibilidad de diagnosticar y tratar diversas patologías y está conformado por médicos especialistas y de imágenes diagnósticas (tomografía, resonancia magnética, densitometría ósea, entre otros). El tercer nivel de atención posee una mayor capacidad en la atención de cuadros complejos y será el que estará encargado de la internación y las prácticas de alta complejidad (hemodinamia, neurocirugía, atención en terapia intensiva, etc.)

Definiremos como prestaciones médicas del primer nivel de atención las descritas entre los objetivos del modelo socio-comunitario de PAMI, es decir:

atender la patología ambulatoria y efectuar el tratamiento oportuno de las enfermedades de los afiliados, desarrollar acciones tendientes a la promoción, prevención, rehabilitación y educación de la salud, efectuar el seguimiento de sus pacientes, y prescribir medicamentos acordes a los diagnósticos efectuados. (INSSJP, 2016)

Resulta relevante recuperar los mecanismos de funcionamiento del primer nivel de atención, que según la resolución citada previamente será brindada por los médicos de cabecera, ya que

estos son los “principales referentes y nexos para la articulación de todos los procesos de atención relacionados con la salud de los afiliados” (INSSJP, 2016, p. 2).

Afirmamos que la figura del médico de cabecera¹⁰ toma especial relevancia en lo que respecta al acceso a las prestaciones de salud. En términos prácticos, este se ocupa de los chequeos de rutina, confección de recetas de medicamentos, confección de derivaciones para interconsultas con especialistas, solicitudes de elementos de fisioterapia, solicitudes de internaciones domiciliarias, solicitudes de cobertura de medicamentos, entre otras prestaciones. Estos profesionales se vuelven en la mayoría de los casos la “puerta de acceso” a las prestaciones médicas que brinda el Instituto.

Este nivel de atención de PAMI utiliza el sistema capitado, lo que implica que cada persona afiliada tiene asignado un determinado profesional con quien debe atenderse. Asimismo, presenta la posibilidad de solicitar a la obra social un cambio de profesional cada 6 meses en caso de estar disconforme con el tipo de atención que este brinda.

A los fines de sostener una atención de calidad, cada médico de cabecera posee un límite recomendado de 700 personas afiliadas. En la agencia Pacheco, que es nuestro objeto de investigación, actualmente hay trabajando 28 profesionales médicos para 25.000 personas afiliadas, lo que implica un promedio de 892 pacientes por cada uno.

Los médicos y médicas de cabecera serán los principales actores en la implementación de la política de acceso a medicamentos gratuitos de la obra social, la que desarrollaremos a continuación.

2.2.5 Política de acceso a medicamentos

Para analizar la política de acceso a medicamentos se deben tener en cuenta tres factores: los programas que brindan un porcentaje de cobertura gratuito de la obra social, el precio de venta al público y el nivel de ingreso de los jubilados y pensionados.

¹⁰ Según Rovere (2004), esta figura responde a la influencia del modelo inglés en las primeras configuraciones de la modalidad prestacional del PAMI, que retoma la lógica del “General Practitioner”, es decir del médico generalista que tiene como competencias generales la gestión de la atención primaria centrada en la persona desde un enfoque integral teniendo en cuenta las dimensiones sociales y culturales del usuario y la usuaria.

A lo largo de la historia del PAMI esta política ha tenido modificaciones según los periodos de gobierno. Desde su normalización en 2002 esta ha mantenido cierta estabilidad hasta el 2015 con el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019), en el que se registra un aumento importante en los precios de venta al público, es decir, el porcentaje del medicamento que debe abonar la persona afiliada.

Como plantea Urtasun (2020, p. 5) “en el cuatrienio 2011-2015 el aumento del PVP¹¹ quedó por detrás de la inflación general, mientras que en 2015-2019 el aumento del precio de los medicamentos superó claramente al aumento del IPC¹²”. Se debe tener en consideración también como plantea el autor, que los ingresos de los jubilados y pensionados en el cuatrienio 2015-2019 tuvieron un periodo en el que perdieron poder adquisitivo (Fundación Soberanía Sanitaria, 2020). En términos absolutos, las jubilaciones mínimas crecieron en el periodo un 268,1% mientras que algunos de los medicamentos de mayor consumo entre las personas mayores crecieron, con la cobertura de PAMI, un 338,1% (CEPA, 2020)

En relación a los porcentajes de cobertura se ha mantenido un descuento del 50% para medicamentos de patologías agudas y un 80% para patologías crónicas. Asimismo, existen programas específicos de cobertura al 100% para suplementos nutricionales, factores antihemofílicos, inmunosupresores para trasplantados, hepatitis b y c, fibrosis quística, antirretrovirales, medicamentos para personas con diabetes, artritis reumatoidea, osteoartritis, medicamentos renales, medicamentos oncológicos, entre otros.

Se destaca también la existencia de la cobertura por “subsidio social” por la cual es posible solicitar hasta cuatro medicamentos con cobertura del 100% pero con ciertas condicionalidades: no poseer un auto de menos de 10 años de antigüedad, no ganar más de 1,5 jubilaciones mínimas y no poseer más de dos propiedades.

En marzo del 2020 a partir de la resolución 12/2020 se crea el programa de Medicamentos Esenciales con el objetivo de

¹¹ Se refiere al precio de venta al público de los medicamentos.

¹² En relación al Índice de Precios al Consumidor, que mide el avance de los precios.

garantizar el suministro de medicamentos esenciales a las personas mayores jubiladas y pensionadas que se encuentran afiliadas al Instituto, como así también la accesibilidad y el uso racional de los productos farmacéuticos que respondan a sus principales necesidades de salud, basado en criterios sanitarios (Resolución INSSJP 12/2020, 2020).

Este programa se destaca por brindar cobertura al 100% de los medicamentos que la Organización Mundial de la Salud ha categorizado como esenciales por su probada eficacia ante el tratamiento de patologías prevalentes. Se ha dicho que este programa inaugura una nueva etapa de política sanitaria contrapuesta a las políticas con sesgo mercantilista ya que asumen a la salud como un derecho humano (Fundación Soberanía Sanitaria, 2020). En la actualidad los diversos programas relevados conviven y se superponen en algunos casos, presentando diversas alternativas para acceder a la cobertura total de los medicamentos.

La política de medicamentos ha sido la última medida implementada por el gobierno nacional en relación al PAMI antes del inicio de la pandemia producto del COVID-19, a continuación, detallaremos una serie de decisiones que se han tomado en el marco de la emergencia sanitaria.

2.3 Transformaciones institucionales del primer nivel de atención de PAMI durante el contexto de emergencia sanitaria

Durante la vigencia del ASPO ha sido una preocupación de la obra social sostener la accesibilidad a las prestaciones médicas, como lo señalan en la resolución 1689/2020 que crea el programa “PAMI en el Barrio” a través del cual se buscó generar espacios institucionales en barrios populares con el objetivo de “promover el acceso a las prestaciones médicas y sociales de las personas afiliadas que habitan barrios y comunidades socio-sanitariamente vulnerables, con bajos niveles de cobertura institucional, a través de dispositivos territoriales adecuados para cada configuración comunitaria” (Resolución 1689, 2020). Se destaca entre los fundamentos de la creación de este programa que existen factores socioeconómicos, geográficos, etarios, de movilidad y burocráticos constituyen barreras reales que imposibilitan el acceso a los derechos de las personas mayores, de sus familias y de la comunidad en general; y en este sentido, es que se busca facilitar el acceso al ejercicio del derecho a la salud a través de prácticas que incorporen las particularidades de cada comunidad.

A continuación, desarrollaremos los programas que consideramos que tuvieron mayor relevancia para la continuidad de las prestaciones del primer nivel de atención en el contexto de análisis.

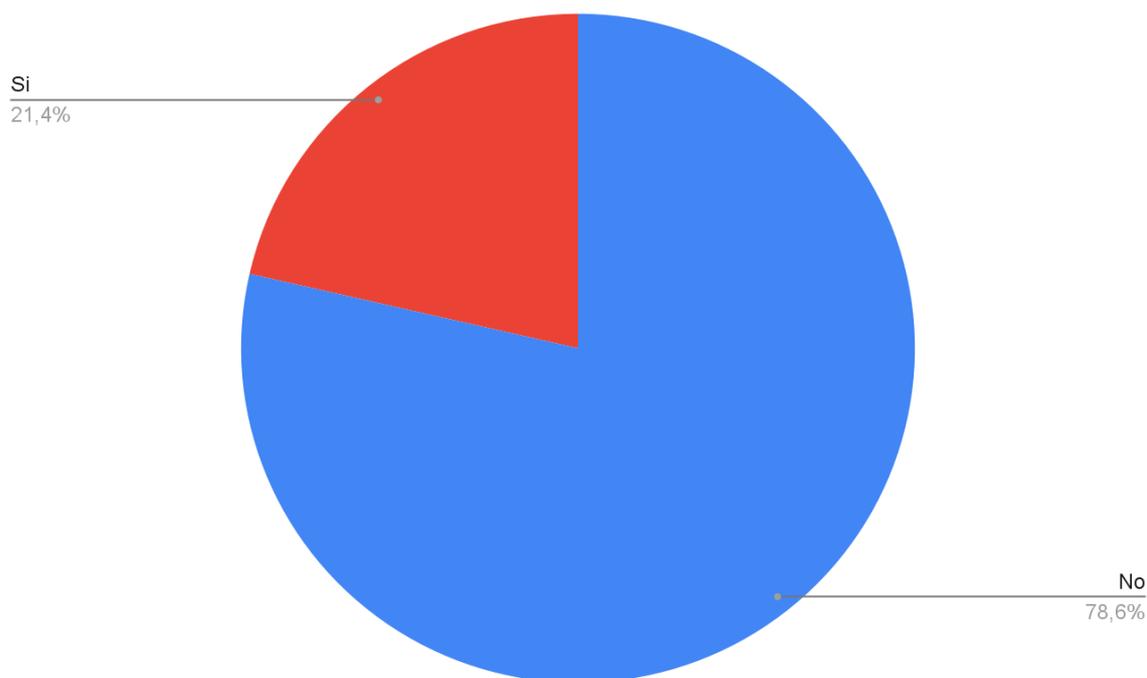
2.3.1 Programa de telemedicina

Uno de los programas que se creó durante este periodo fue el de telemedicina que tuvo entre sus fundamentos la disminución de la propagación del virus COVID-19 al evitar el contacto de las personas que asisten al primer nivel de atención para realizar consultas que pueden ser resueltas a través de una estrategia de atención virtual. Entre los objetivos específicos se pueden detallar:

1. Poner al alcance de las personas afiliadas, sus familias y los profesionales de salud que prestan servicios a la institución, una herramienta de telemedicina de alta calidad, valiéndose de servicios permanentes y accesibles.
2. Mejorar el vínculo entre los profesionales de la salud y las personas afiliadas.
3. Brindar información apropiada para el autocuidado de la salud, actividades preventivas y uso oportuno de los servicios disponibles.
4. Brindar un soporte tecnológico que facilite la atención en salud para seguimiento de signos, síntomas, evolución clínica y consultas relacionados COVID-19 y así como aquellas no relacionadas con el mismo, por parte de los efectores de salud, disminuyendo en consecuencia la circulación de las personas afiliadas.
5. Intercomunicar a los profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención del instituto, para optimizar el uso de la capacidad instalada y elevar la calidad de los servicios.
6. Favorecer el contacto de las personas afiliadas con la tecnología y la innovación en sistemas digitales de información. (Disposición n° 8 del 2020 INSSJP, 2020)

Figura 6.

Profesionales médicos de la Agencia Gral. Pacheco que utilizan la plataforma de telemedicina de PAMI para la atención a los afiliados y afiliadas



Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2021)

En relación a este sistema implementado por PAMI a partir de la vigencia del ASPO, como se observa en la figura 9, un 21,4% de los profesionales médicos de la zona de Gral. Pacheco comenzaron a brindar esta posibilidad para la consulta médica.

Para mejorar el equipamiento que poseen los prestadores del primer nivel de atención, el PAMI junto al Banco de la Nación Argentina firmaron un convenio de cooperación (INSSJP, 2020) con el objetivo de crear un programa de créditos para la adquisición de computadoras a una tasa de interés preferencial, lo que facilitó el acceso a las mismas.

2.3.2 Modificaciones en la atención de los médicos y médicas de cabecera

Durante los primeros meses del ASPO el PAMI aprobó también en la Disposición 7 (INSSJP, 2020) una serie de recomendaciones para que los médicos y médicas de cabecera, a través de medios remotos, realicen el seguimiento y la atención médica de las personas afiliadas. Se les solicita en esta disposición que la información que se brinde en relación a la pandemia posea evidencia científica, que se sostenga una atención de calidad, que se contenga a la comunidad y se respeten las recomendaciones de las autoridades sanitarias locales vinculadas al COVID-19.

En relación a los medios de comunicación con los afiliados, el texto de la disposición les recomienda realizar llamadas telefónicas, el uso de la aplicación de celulares WhatsApp para videollamadas y chat y cualquier otra modalidad que tenga previo consenso con las personas afiliadas a las que atienden. Asimismo, se deja en claro que existen situaciones que por criterio médico es necesario programar una atención presencial, por lo que se solicita se puedan organizar previamente la cita con la persona para evitar el contacto con otros pacientes y sostener los protocolos de prevención y cuidado contra el virus.

Figura 7.

Profesionales médicos de la Agencia Gral. Pacheco que poseen WhatsApp como medio de comunicación con las personas afiliadas



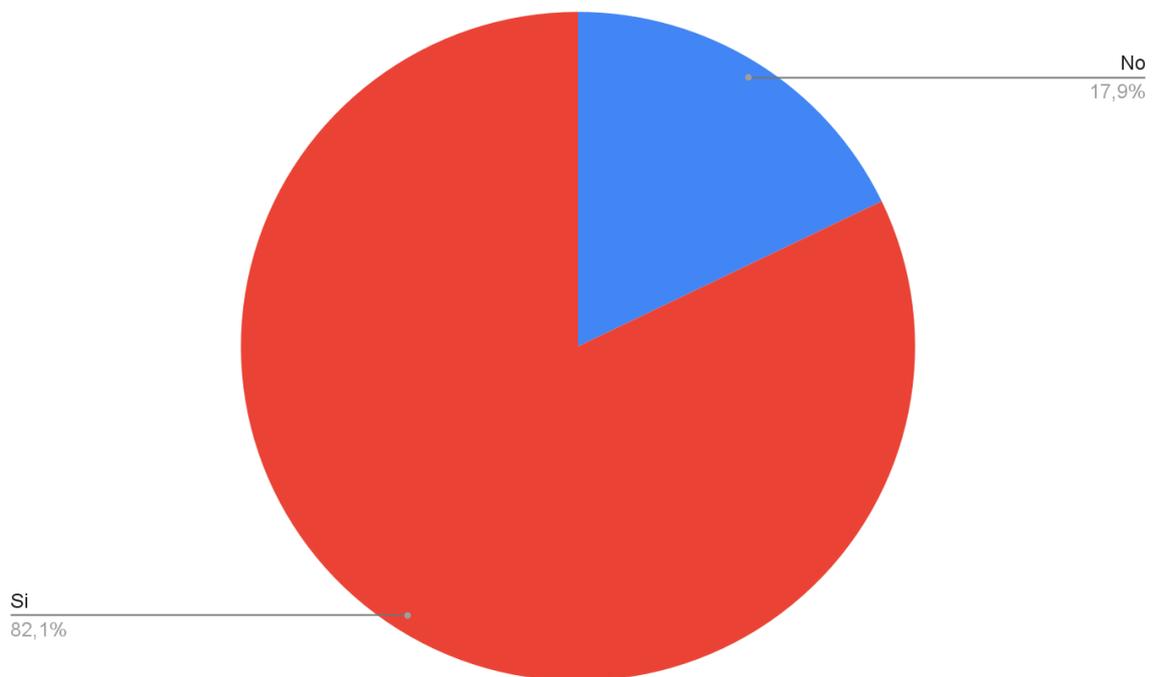
Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2021)

Como se observa en la figura 7, de los 28 profesionales médicos que prestan servicios a las personas afiliadas de la zona de Gral. Pacheco, el 42,9% implementó la posibilidad de solicitar turnos para atención médica, renovación de recetas y órdenes médicas a través del sistema de mensajería instantánea para celulares WhatsApp. En general, se plantea como mecanismo

general para la comunicación que los mensajes sean enviados en los horarios de atención del médico o médica de cabecera.

Figura 8.

Profesionales médicos de la Agencia Gral. Pacheco que poseen correo electrónico como medio de comunicación con las personas afiliadas.



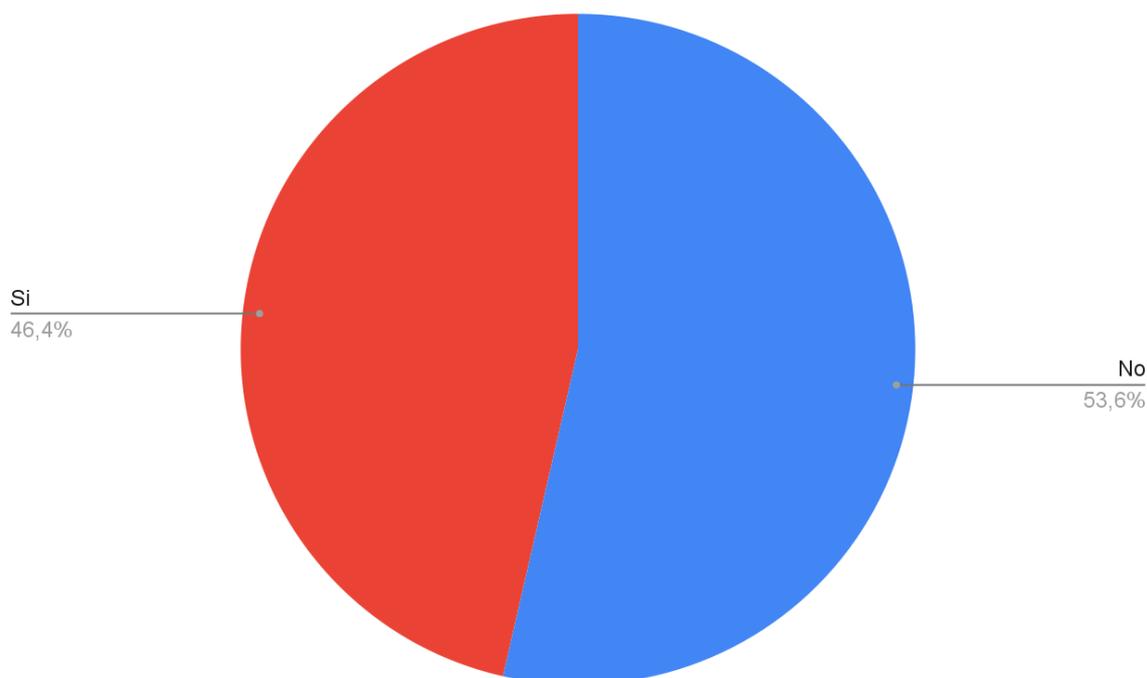
Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2021)

Como da cuenta la figura 8, la mayoría de los médicos y médicas de cabecera de la agencia Gral. Pacheco implementó el uso del correo electrónico como medio alternativo de comunicación con las personas afiliadas, alcanzando el 82,1% del total de los profesionales¹³.

Figura 9.

Profesionales médicos de la Agencia Gral. Pacheco que poseen atención telefónica como medio de comunicación con las personas afiliadas.

¹³ El 17,9% restante de médicos y médicas de cabecera que no utilizó el correo electrónico implementó la posibilidad de contactarse vía WhatsApp.



Fuente: Elaboración propia con datos del INSSJP (2021)

Otro de los aspectos que resulta relevante destacar es que a partir de la implementación del correo electrónico y el sistema WhatsApp, como se observa en la figura 9 un 53,6% de los profesionales médicos dejó de brindar atención telefónica en sus consultorios, a partir de la exigencia que implica contestar a través de los medios alternativos. Este aspecto será recuperado más adelante ya que ha resultado una barrera administrativa en muchos casos.

2.3.3 Digitalización de procedimientos administrativos

Existen una serie de políticas institucionales que se encontraban en periodo de implementación y que se pusieron plenamente operativas en este contexto para facilitar la accesibilidad y la continuidad en los tratamientos médicos de pacientes crónicos tales como la receta médica electrónica¹⁴ y los trámites a través de la página web de la obra social. Sin embargo, se han identificado dificultades en su implementación que desarrollaremos luego tanto por la falta de

¹⁴ La implementación de la receta médica electrónica permitió que ya no se utilicen recetas en papel, lo que implicó que al prescribir un medicamento la persona afiliada o un familiar pueda asistir inmediatamente a la farmacia con su credencial de PAMI y su documento nacional de identidad para retirar su medicación. Asimismo, el sistema permitió la prescripción a tres meses, lo que fija el intervalo mínimo de atención en pacientes crónicos para la renovación de sus recetas.

medios digitales por parte de las personas afiliadas como de los prestadores del primer nivel de atención.

Destacamos como capacidades estatales la posibilidad de digitalizar la totalidad de los trámites administrativos, la flexibilidad en relación a los requerimientos burocráticos para la autorización de medicamentos y tratamientos médicos y la búsqueda de modos de contacto alternativos para sostener la atención.

En conclusión, puede observarse que la obra social ha desarrollado una serie de programas y ajustes en su modalidad de atención como fruto de la emergencia sanitaria para sostener los procesos de atención de la salud de sus personas afiliadas.

2.4 En síntesis

La marcada fragmentación del sistema de salud argentino implicó un desafío para la contención de la pandemia en relación a la articulación de los servicios disponibles en los subsectores público, privado y de la seguridad social. Como hemos destacado, el subsector público resultó el principal articulador y la contención cuando se presentaban saturaciones temporales en los dos otros subsectores.

Hemos dado cuenta de la historia del PAMI, algunos hitos que resultan relevantes y dan cuenta de las vinculaciones entre la política del gobierno nacional en cada periodo y la política institucional de la obra social, como así también de los principales programas que orientan su acción tales como su modalidad de atención de la demanda administrativa, su modelo de atención de la salud y su política de acceso a medicamentos. En este sentido, resultan relevantes los datos aportados en relación a la reducción drástica en la asistencia a sus oficinas de atención al público frente al ASPO. Sin embargo, es importante mencionar que todos sus servicios han sido considerados esenciales¹⁵ durante este periodo, por lo que sostuvieron a partir de arreglos institucionales¹⁶ su atención al público.

¹⁵ A partir de la vigencia del ASPO, el Estado consideró a determinadas actividades sociales como esenciales, con el objetivo de garantizar su continuidad en los momentos de restricción de la circulación, para profundizar en esta cuestión recomendamos la lectura de Clemente (2021)

¹⁶ Entendidos como los modos en los que las instituciones adecuan su funcionamiento en determinados contextos y que resultan “propiedades estructurales del régimen de bienestar,

Realizamos una caracterización de la población afiliada destacando el rol de las políticas de inclusión previsional en los gobiernos de Néstor Kirchner (2003-2007) y Cristina Fernández de Kirchner (2007-2015) que tuvieron una importante incidencia en la población femenina que pudo acceder a la jubilación y en consecuencia a los servicios de la obra social.

Por último, hemos desarrollado una serie de transformaciones suscitadas en la obra social como estrategia para el sostenimiento de la atención médica tales como la telemedicina, la implementación de las recetas electrónicas, la digitalización de procedimientos administrativos y las recomendaciones a los médicos y médicas de cabecera.

Queremos destacar entre las conclusiones de este apartado, el rol de los médicos y médicas de cabecera en el primer nivel de atención en tanto resultan la “puerta de acceso” a todas las prestaciones médicas y sociales¹⁷ que brinda la obra social. A partir de esta observación, es que toma especial relevancia el análisis sobre la accesibilidad a estos, ya que la garantía del derecho a la salud aparece directamente vinculada con el efectivo acceso a este nivel de atención.

herederos de formas anteriores y a la vez objetivadas de responder a la puesta en la agenda estatal de ciertas necesidades sociales y de suministrar los satisfactores de bienestar” (Gamallo, 2015, p. 9)

¹⁷ No desarrollaremos en esta investigación los programas sociales que brinda el PAMI, sin embargo, destacamos que resulta una condicionalidad para acceder a cualquiera de ellos una evaluación médica por parte de su médico o médica de cabecera.

CAPÍTULO 3

EL DERECHO A LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

En este capítulo realizaremos una conceptualización sobre el derecho a la salud y sus principales dimensiones, daremos cuenta de la noción de determinación social de la salud como eje orientador para comprender la relación individuo-sociedad y cómo se estructuran los procesos de salud-enfermedad-atención.

Por otro lado, resultará de importancia caracterizar como pensamos a los y las sujetos destinatarios de nuestro análisis, las personas mayores en el contexto latinoamericano y su vínculo con la cuestión social. Por último, recuperaremos algunos antecedentes normativos vinculados a la defensa de los derechos de las personas mayores y planteamos la feminización de la vejez como un fenómeno que debe ser considerado en el campo de análisis.

3.1 Derecho a la salud

Orientará nuestra investigación la perspectiva de derechos, que como ha planteado Pautassi (2015):

se trata de un conjunto de estándares interpretativos del alcance de los derechos humanos que deben estar obligatoriamente incorporados en las políticas públicas en general, y en las sociales en particular, de modo de cumplir con los mandatos, pero además efectivizar las garantías contenidas en cada derecho (Pautassi, 2015, p. 45).

Asimismo, este enfoque busca analizar el grado de efectivización de los derechos que han sido enunciados en tratados, leyes, sentencias y declaraciones. Como plantea Carballeda es un marco conceptual "que da sentido y orientación tanto a las políticas sociales como a la intervención, se apoya en las posibilidades de respaldo y garantía que brindan los Derechos Humanos en tanto derechos legitimados por la comunidad internacional" (2016, p. 2)

Siguiendo a este autor, él mismo ha planteado que este enfoque tiene una perspectiva integral ya que se encuentra regulada por principios que buscan dar efectividad y aplicabilidad a las medidas comprometidas por los Estados siendo estas aplicables de manera universal. De esta

manera, los planes, políticas y programas que se desarrollan hacia el interior de los Estados deben corresponderse con los principios de los tratados internacionales de Derechos Humanos a los que este se ha comprometido. Algunos de los principios que sostienen esta perspectiva son los de progresividad, de igualdad y no discriminación y fundamentalmente de participación de las poblaciones objetivo en las políticas públicas que a estos afectan.

Desde esta perspectiva, los derechos deben poder ser ejercidos libremente por los ciudadanos por sus propios medios o bien el Estado debe procurar que se facilite y garantice su ejercicio. En nuestro país el derecho a la salud, a la alimentación y a la vivienda entre otros, se encuentran vinculados a la condición de ser trabajador (Abramovich y Courtis, 2006), lo que presenta el desafío del desarrollo de capacidades estatales que atiendan la complejidad de garantizar estos a toda la población, asegurando estándares de calidad de vida dignos.

En relación a la salud, el derecho internacional brinda un marco normativo explícito e imperativo que guía y orienta la formulación de políticas y estrategias nacionales e internacionales. Partiendo de la concepción de que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (ONU CESR, 2000, p. 1) Resulta relevante conocer cómo se da el acceso a este derecho durante el contexto que analizaremos.

Existen antecedentes relevantes en la historia de nuestro país en relación al derecho a la salud como la firma del tratado de Alma Ata en 1978 durante la dictadura cívico-militar. Luego a partir del retorno democrático con la Ley 23.313 promulgada en 1986 se adhiere al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales, Civiles y Políticos de la Asamblea General de las Naciones Unidas que fue adoptado por ese organismo a partir del año 1966. Allí se insta a los Estados firmantes a reconocer "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (Ley 23.313, 1986).

A partir de la reforma constitucional de 1994, fueron incluidos tratados internacionales tales como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana de Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en los que se obliga al Estado a reconocer y garantizar derechos vinculados al bienestar y la salud de la población,

asimismo, nuestro país acompañó estrategias sanitarias propuestas por la Organización Mundial de la Salud desde 1946 (Elias, 1999).

La Organización de Naciones Unidas (ONU) ha desarrollado una serie de dimensiones que nos permite operacionalizar el derecho a la salud y analizar su efectiva aplicabilidad en una sociedad determinada, las que enunciaremos a continuación.

3.2 Dimensiones del derecho a la salud

Para acercarnos a las dimensiones que componen el derecho a la salud tendremos en cuenta lo propuesto en la Observación General n° 14 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ONU, 2000) donde se plantea que estos son elementos esenciales e interrelacionados que deben ser garantizados por los Estados firmantes.

En primer lugar, la disponibilidad implica la existencia de una cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención, así como también de programas que atiendan las problemáticas sanitarias de la sociedad. Entre los recursos a los que hace referencia la ONU también incluye los determinantes básicos de la salud, es decir el acceso al agua potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a establecimientos de salud, personal sanitario capacitado y bien remunerado, así como también el acceso a medicamentos esenciales definidos por la Organización Mundial de la Salud.

En segundo lugar, la accesibilidad toma relevancia como dimensión al operacionalizar el derecho a la salud, y esta se podrá analizar en cuatro subdimensiones. La no discriminación, es decir que los sectores más vulnerables y marginados de la población puedan acceder a las prestaciones de salud, la accesibilidad física en términos geográficos y arquitectónicos, y la accesibilidad económica o asequibilidad. Esta última implica que los bienes y servicios de salud estén al alcance de toda la población basándose en el principio de equidad; esto implica que no resulten una carga desproporcionada los gastos en salud por parte de los sectores más vulnerables. Existe una cuarta subdimensión que es el acceso a la información, que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas de cuestiones vinculadas a la salud, como así también el respeto a la confidencialidad de los datos personales.

En tercer lugar, la aceptabilidad implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean culturalmente apropiados, respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, pueblos y comunidades como así también de las cuestiones de género y del ciclo de la vida. También se debe respetar la confidencialidad y tender a mejorar el estado de salud de las personas que trata.

Por último, la calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud implica que estos posean personal médico capacitado, equipo hospitalario científicamente aprobado y en buen estado, medicamentos, agua limpia potable y las condiciones sanitarias adecuadas para la atención. Asimismo, implica la formación continua de las técnicas y procedimientos que el personal implementa a la población.

En lo que respecta a las personas mayores en particular, la ONU plantea la importancia de implementar medidas específicas que recuperen un enfoque integrado que abarque la prevención, la atención y la rehabilitación.

Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad. (ONU, 2000, p. 8)

La salud está atravesada por los procesos de salud-enfermedad-atención, los que poseen representaciones particulares en cada sociedad, desarrollaremos a continuación las perspectivas y desarrollos vinculados a este concepto.

3.3 Procesos de salud-enfermedad-atención

El proceso de salud-enfermedad-atención constituye "un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran" (Mendendez, 1994, p. 2). La enfermedad aparece según el autor mencionado como un hecho recurrente que afecta inevitablemente la vida cotidiana de los grupos sociales. Resulta de interés en este

proceso, cuál es la respuesta social a esta situación cotidiana, lo que estructura un saber específico.

El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos.

Considerado en términos estructurales, el proceso salud/enfermedad/atención supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud. En determinadas sociedades, en razón del desarrollo de procesos económico-políticos y técnico-científicos específicos, se construyeron sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos. (Menéndez, 1994, p. 72)

En este proceso confluyen diversos saberes que guardan entre sí relaciones de hegemonía y subalternidad y pueden dividirse entre saberes académicos y populares de atender los padecimientos. La enfermedad y los padecimientos aparecen entonces como un hecho social presente en todas las sociedades que se expresa de tres maneras:

la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socio-ideológicos (Menéndez, 1994, p. 72)

Los saberes académicos para la atención de la enfermedad se encuentran atravesados en nuestra sociedad por el modelo médico-hegemónico que se lo ha caracterizado como:

biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1978, p. 2)

Para complejizar el análisis y acercarnos a la importancia de los fenómenos sociales en la determinación de los procesos de salud-enfermedad-atención desarrollaremos concepciones de la medicina social, en discusión con el modelo médico-hegemónico.

3.4 Determinación social de la salud

En los desarrollos teóricos de la medicina social latinoamericana, se ha profundizado en el concepto de determinación social de la salud que refiere a que los fenómenos de salud y enfermedad son, fundamentalmente, fenómenos tanto biológicos como sociales y para entender las condiciones de salud de las poblaciones es necesario conocer las dinámicas y procesos que estructuran a las sociedades humanas (Eslava-Castañeda, 2017)

Desde esta perspectiva se cuestiona el posicionamiento epistemológico tradicional de la epidemiología que realiza una reducción causalista de la determinación de la salud y se postula la necesidad de una determinación dialéctica que recupere los patrones de producción y reproducción social (Breilh, 2013). Esta corriente sostiene la existencia de una distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos que estará dada por cómo se configuran los modos de vida de las sociedades, las que estarán determinadas por las relaciones de producción y el desarrollo de las fuerzas productivas.

Para el estudio de la situación de salud de un grupo humano, es necesario según Breilh (2013) comprender el modo de vida que se desarrolla en una sociedad concreta, que están atravesadas por condiciones de vida particulares y estilos de vida singulares. Este análisis permitirá conocer desde una perspectiva epidemiológica los efectos de la instauración de políticas socio-económicas en un territorio determinado.

Para nuestro análisis resulta de interés recuperar el desarrollo de la epidemiología crítica, que se ha planteado como

el conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento, social e históricamente determinado, que llevan a efecto los seres humanos, sea como grupos cohesionados alrededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, o sea en su condición individual junto con su núcleo familiar, para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la

acumulación, para pensar sobre éstas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provoca en los órdenes general, particular y singular, en líneas de acción que signifiquen al mismo tiempo una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura en todos sus espacios, que hagan posible la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad. (Breilh, 2013, p. 25)

Por su parte, la OMS (2008) postula que el acceso a la atención sanitaria, la escolarización, la educación, las condiciones de trabajo y el tiempo libre, el acceso a una vivienda son determinantes sociales de la salud que tendrán como efecto una distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud que no debe ser asociado como un fenómeno natural, sino como “resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (OMS, 2008, p. 2). Asimismo, se retomará la idea de lograr equidad en salud, es decir, un acceso igualitario a los servicios asistenciales.

Existen discusiones en relación a los conceptos de determinación social de la salud y al de determinantes sociales de la salud (Morales-Borrero, Borde, Eslava-Castañeda, Concha-Sanchez, 2013). Mientras que el primero plantea a la inequidad social como el resultado de las desigualdades en las relaciones de poder y dominación, la segunda se posiciona desde un enfoque liberal basado en la idea de que el individuo debe poder decidir en libertad sobre su salud y su enfermedad. Por lo tanto, mientras que la determinación social de la salud pondrá el foco en intervenir en las relaciones de poder existentes en una sociedad, el enfoque de los determinantes sociales de salud lo pondrá en favorecer los procesos para que el sujeto recupere libertad. A los fines de este trabajo no profundizaremos en este tema¹⁸, pero resulta de interés recuperarlo en próximas investigaciones.

Estas perspectivas epistemológicas resultan relevantes a la hora del diseño de los modelos de atención de la salud, los que desarrollaremos en el apartado siguiente.

¹⁸ Recomiendo en este sentido la lectura de Morales-Borrero (2013), Eslava-Castañeda (2017) y Breilh (2013).

3.5 Modelo de atención de la salud y medicalización

Para continuar con el análisis, definiremos al concepto de modelo de atención de la salud como:

...una concretización dada de directrices de política sanitaria en diálogo con un cierto saber técnico. Una traducción para un proyecto de atención a la salud, de principios éticos, jurídicos, organizacionales, clínicos, socioculturales y de la lectura de una determinada coyuntura epidemiológica y de un cierto diseño de aspiraciones y de deseos sobre el vivir saludable. Modelo, por lo tanto, sería esta cosa tensa, que no es solo política y tampoco solo tecnológica. (Campos, 1992, p. 22)

Hemos desarrollado en el segundo capítulo una serie de resoluciones y disposiciones técnicas que resultan de interés para conocer cómo se debería desempeñar el modelo de atención, sin embargo, existen una serie de tecnologías médicas que se ponen en juego en el vínculo médico-paciente tales como el uso de la anamnesis, el seguimiento a través de la historia clínica, la posibilidad de la referencia y contrarreferencia con el segundo nivel de atención, entre otros. En los últimos años, el tiempo que se le dedica a la consulta médica se ha reducido considerablemente, esto trae aparejada la ausencia de la palabra del paciente como también así la del profesional, en reemplazo se observa un aumento en los diagnósticos basados exclusivamente en indicadores objetivos tales como análisis clínicos e imágenes diagnósticas entre otras prácticas médicas (Menéndez, 2003)

Las prácticas que se han descrito han sido denominadas tecnologías blandas, en tanto “tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario” (Merhy, 2006, p. 151). Estas toman especial relevancia en el trabajo de la atención de la salud en el primer nivel de atención ya que determinarán la posibilidad de alcanzar un diagnóstico que tenga en cuenta a la persona en su integralidad.

Continuando con lo planteado por Menéndez (2003), el modelo de atención de la salud debe atender a las particularidades del grupo social al que pretende acompañar en el proceso de salud-enfermedad-atención, reconociendo como punto de partida los padecimientos reales e imaginarios que este reconoce. De la misma manera, el autor reconoce distintos tipos de

atención: de tipo biomédica para la atención de padecimientos físicos y mentales que la medicina reconoce como enfermedades, de tipo popular o tradicional, alternativas y centradas en la autoayuda.

El modelo de atención biomédico se ha expandido dejando de lado las otras formas descritas por el autor, a partir de un proceso de mayor cantidad de prestaciones disponibles en la salud pública y el consecuente aumento de su capacidad de atención. Asociado a este fenómeno aparece el de medicalización que “implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos cotidianos” (Menéndez, 2003, p. 193). Junto a la patologización de la vida cotidiana aparece la industria farmacéutica con productos que atenderán cada una de las enfermedades que el modelo biomédico categoriza.

En el cuarto capítulo, haremos especial hincapié en estos conceptos para analizar cómo la modalidad de atención se reconfiguró en el contexto de la emergencia sanitaria. Sin embargo, resta analizar a los y las sujetos de nuestra investigación, las personas mayores.

3.6 Las personas mayores en Latinoamérica

Se ha dicho en relación al envejecimiento que este resulta:

un proceso dinámico y multidimensional que opera a lo largo de la vida de los seres humanos y se encuentra influido por diversos factores endógenos y exógenos por sobre las personas que, en su conjunto, contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad (Paola; Samter; Manes, 2011, p. 58)

A su vez, este proceso incluye “factores biológicos, psicológicos y sociales, en tanto proceso histórico social comprende tantas formas particulares de concebirlo como sujetos que atraviesan este momento de la vida” (Manes, 2012, p. 57)

Nos posicionamos entendiendo la existencia de múltiples formas de atravesar las vejezes, que se encuentran también determinadas por cuestiones de género, clase y etnia. A su vez como se ha planteado:

la edad no es una categoría suficiente a la hora de pensar las desiguales trayectorias y diversas formas de transitar el proceso de envejecimiento en el contexto latinoamericano, ya que la desigualdad en la vejez está relacionada con la génesis de la cuestión social en Latinoamérica (Manes, 2021, p. 23)

La cuestión social, desde la perspectiva americana está vinculada a los problemas sociales de este continente que “se encuentran signados por la conquista y la imposición de un modo de vida ajeno, que estará atravesado por formas de integración relacionados a la resistencia y la lucha anticolonial” (Carballeda, 2013, p. 2).

Por lo tanto, la cuestión social no la entendemos solamente como la tensión entre capital y trabajo sino también en relación a las formas de integración-desintegración de la sociedad que tienen su expresión específica en la forma de atravesar las vejezes. Nos parece importante recuperar el concepto de colonialidad del poder (Quijano, 1992), quien lo entiende como un patrón que establece categorías que tienden a justificar la desigualdad a partir de la diferencia. Este patrón, a diferencia del colonialismo, continúa vigente. Esta desigualdad basada en la diferencia determina las formas de envejecer en Latinoamérica.

Nos detendremos particularmente en los planteos del autor en relación a la producción de sentidos sociales, es decir, los imaginarios, memorias históricas y perspectivas del conocimiento que reproducen relaciones de poder en las que determinados grupos sociales atraviesan desde una situación de dominación. Estos sentidos sociales están atravesados por la perspectiva euro centrista, que sitúa en un lugar de alteridad a las personas que biológicamente no se encuentran aptas para la producción de mercancías que demanda el capital (Quijano, 1992).

Este planteo en relación a la construcción de los imaginarios sociales toma relevancia en el análisis que realizamos en relación a las personas mayores, ya que determina en muchos casos su autopercepción y la percepción de la sociedad con ellos y ellas.

3.6.1 Antecedentes normativos de protección de los derechos de las personas mayores

Nuestro país ha sido pionero en el enfoque de derechos de las personas mayores, con el objetivo de reducir las desigualdades basadas en la edad. En la Declaración de Derechos de la Ancianidad de 1948 se reconocía su derecho a la asistencia, a la vivienda, a la alimentación, al vestido, al cuidado de su salud física y moral, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y el respeto. Sin embargo, a partir del golpe de estado de 1955 y la derogación de la reforma constitucional del gobierno peronista, esta declaración dejó de estar en vigencia.

A partir de la reforma constitucional de 1994 se les otorgó jerarquía constitucional a diversos tratados de derechos humanos y se incluyó entre el artículo 73 que sostiene que se debe:

Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre los derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.

(Inc. 23)

En 2015 se sanciona en la Organización de Estados Americanos a propuesta de Argentina la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que tiene como objetivo "promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad" (OEA, 2015)

3.6.2 Feminización de la vejez

Existe un fenómeno demográfico que se ha denominado feminización de la vejez, que puede comprobarse en la caracterización de la población afiliada a PAMI. Este fenómeno ha sido observado por el mundo académico (Navarro, 2017) dando cuenta de que se envejece distinto siendo mujer debido a la acumulación de desigualdades existentes en términos de acceso a la salud, al trabajo, a la educación, entre otros. Asimismo, se ha acuñado la denominación viejismo para hablar de las discriminaciones por edad.

En relación a las condiciones específicas de las mujeres que atraviesan el envejecimiento se ha planteado que:

tienen menos años de estudio, reciben menores ingresos que los hombres durante su vida laboral y llegan a la vejez con desventajas económicas y sociales. Aun así, muchas continúan desempeñando un papel importante en la familia, como jefas de hogar o encargadas de la crianza de los menores dependientes. Incluso, en edades avanzadas, pueden ser la única fuente de provisión de cuidados ante situaciones de enfermedad y discapacidad. (Huenchuan, 2010, p. 16)

Esta sumatoria de determinantes resultan fundamentales a la hora de analizar y planificar políticas públicas específicas dirigidas a esta población.

3.7 En síntesis

Hemos desarrollado en este capítulo las principales definiciones vinculadas a la perspectiva de derechos, para luego dar cuenta del derecho a la salud. Resulta relevante para los objetivos de esta investigación ya que la accesibilidad a los servicios de salud resulta una de las dimensiones fundamentales en la garantía de este derecho.

Para complejizar la comprensión sobre el derecho a la salud, hemos planteado la existencia de los procesos de salud-enfermedad-atención, entendiéndolos como un universal que opera en todos los conjuntos sociales donde la salud, la enfermedad y los mecanismos de atención aparecen atravesados por diversas representaciones que determinan en muchos casos los modos en los que los y las sujetos atraviesan los padecimientos.

Recuperamos los planteos de la medicina social latinoamericana en relación a la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad como biológicos y sociales a partir de la noción de determinación social de la salud. Como así también planteamos la existencia de modelos de atención de la salud, en los que el modelo médico hegemónico toma especial protagonismo.

Planteamos un acercamiento a lo que implica atravesar las vejez en Latinoamérica, dando cuenta del concepto de cuestión social para comprender los procesos de integración-desintegración y recuperando la idea de colonialidad del poder para comprender los procesos por los que la diferencia se transforma en desigualdad y la consecuente producción de imaginarios sociales.

Por último, sintetizamos algunos de los principales antecedentes normativos en nuestro país en materia de protección de los derechos de las personas mayores y planteamos el fenómeno de feminización de la vejez, el que resultará fundamental para el análisis de la población objeto de nuestra investigación.

CAPÍTULO 4

EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE PAMI DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y LAS USUARIAS

En este capítulo nos centraremos en el análisis de la perspectiva de las personas afiliadas que fueron entrevistadas con el objetivo de conocer cómo las transformaciones en el primer nivel de atención del PAMI durante la emergencia sanitaria por el virus COVID-19 reconfiguraron la accesibilidad al mismo.

Las cuestiones que han tomado mayor relevancia en el análisis han sido la posibilidad de continuar los tratamientos médicos en el contexto de ASPO, las barreras que se presentaron para la atención médica, las modificaciones en la relación médico-paciente, las representaciones en relación a las nuevas modalidades de atención que han incorporado nuevas tecnologías y los procesos de autoatención de la salud.

4.1 La continuidad de los tratamientos médicos

Hemos planteado la continuidad de la atención médica como la existencia de una fuente regular de atención y su uso a lo largo del tiempo. Durante la emergencia sanitaria, la estrategia de aislamiento social, preventivo y obligatorio implicó solicitar permisos al Estado nacional para realizar cualquier traslado, que debía estar debidamente justificado. Con el paso de los días se fueron implementando distintas normativas que en muchos casos generó superposiciones y diferenciaciones entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires. En algunos casos, esto llevó aparejada cierta confusión sobre la posibilidad de trasladarse hasta los consultorios médicos del primer nivel de atención de PAMI.

La restricción a la circulación junto a los cambios en la modalidad de atención de los médicos de cabecera generó que algunas personas atravesaran discontinuidades en su tratamiento médico farmacológico debido al desconocimiento sobre cómo acceder a una consulta médica:

Entrevistado n° 1: *“Cuando empezó la pandemia no sabía si podía ir o no. Después de unos días me sentía tan mal porque no estaba tomando los medicamentos y terminé yendo”*

Lograr la continuidad de los tratamientos crónicos de salud implicó un desafío que en ciertos casos presentó una serie de obstáculos que desarrollaremos en este capítulo. El PAMI sostuvo su modalidad de prescripción de medicamentos que permite que los médicos y médicas de cabecera realicen recetas electrónicas a tres meses, facilitando los pasos que deben realizar las personas afiliadas para acceder a su medicación crónica. Entre los entrevistados se pudieron relevar personas que por miedo a salir de sus hogares decidieron no concurrir al consultorio a solicitar recetas médicas:

Entrevistado n° 3: *“Tenía recetas desde diciembre, en marzo tenía que renovar las recetas, pero tenía tanto miedo del virus que no salí de mi casa. Recién en abril fui al consultorio y me dijeron que tenía que mandarlo por mail el pedido. Después de esa vez me empecé a manejar de esa forma”*

En algunos casos, los médicos y médicas de cabecera continuaron brindando atención presencial agregando vías de comunicación alternativas:

Entrevistado n° 1: *“Las recetas ahora se pueden pedir por mail o por teléfono, pero el doctor sigue atendiendo de lunes a viernes como lo hacía antes del COVID”*

Se pudieron observar también situaciones en que la modalidad de atención tuvo cierta flexibilidad ante los reclamos y solicitudes que presentaban las personas afiliadas:

Entrevistado n° 6: *“...es más difícil que te atiendan, pero si vas y haces fila te termina atendiendo. A veces hay que quejarse y se consiguen las cosas”*

En la mayoría de los casos relevados, si bien se presentaron algunas dificultades, se logró sostener los tratamientos crónicos. Entre las personas afiliadas se ha destacado también el rol de la agencia de atención al público de PAMI, quien aparece en la mayoría de los casos como un lugar en donde “denunciar” a un prestador cuando no hay posibilidad de acceder al servicio que este brinda:

Entrevistado n° 6: *“... de todas formas yo sé que si el médico no me atiende puedo ir a la agencia de PAMI y denunciarlo. Una vez lo hice y al ratito me llamó a mi casa para preguntarme qué necesitaba”.*

Se ha destacado también el rol del programa de atención telefónica PAMI Escucha y Responde, que posee cobertura en todo el país:

Entrevistado n° 3: *“...estaba desorientada sobre cómo conseguir las recetas, por suerte llamando al 138 me contaron cómo se estaba manejando mi medica de cabecera y le pidieron que me llame por teléfono para darme un turno”*

Los relatos aquí reunidos, dan cuenta de discontinuidades en el acceso a los tratamientos médicos, surgidos en muchos casos de la reglamentación de restricciones en la circulación y por otro lado las contingencias surgidas debido al virus, tales como el aislamiento del profesional médico o los cambios protocolares en los consultorios.

4.2 Barreras en el acceso a la atención médica

Hemos planteado en el apartado anterior la existencia de discontinuidades en los tratamientos médicos en el primer nivel de atención del PAMI. Continuando el análisis, se han relevado en las entrevistas realizadas que las barreras administrativas toman especial relevancia en los relatos de los usuarios.

Una de las principales complicaciones en términos administrativos resulta en la asignación de turnos para atención médica, donde aparece como requisito para poder ver a su médico o medica de cabecera:

Entrevistado n° 3: *“Es imposible pedir turno, dicen que dan el primer día del mes, pero siempre te patean para más adelante”*

Entrevistado n° 7: *“...antes se podía ir directamente y te veía el doctor. Ahora hay que enviar un correo el primer día de mes y te dan turno, si Tenes suerte”*

Por otro lado, las modificaciones en los horarios de atención y las contingencias producto del COVID-19 también son manifestadas:

Entrevistado n° 6: *“He perdido mucha plata en remises para llegar al consultorio, a veces llegaba y no había nadie porque el médico estaba aislado. Otras veces me echaban porque no tenía turno y tenía que volver otro día”*

Si bien se hace mención a la distancia geográfica que implica llegar hasta el consultorio, esta no aparece como una barrera en sí misma, sino que se hace mención a ella en relación a las idas y vueltas que implicó en muchos casos acceder a una consulta por desconocimiento de los procedimientos administrativos y/o por las contingencias que se presentaron en el contexto de emergencia sanitaria.

Esto que hemos conceptualizado como itinerarios de la accesibilidad también ha sido planteado por otros autores como Fleury (2012) quien desarrolla el concepto de peregrinación por los servicios de salud en búsqueda de atención médica como expresión de la desigualdad en el acceso. Esta peregrinación en el caso del objeto de nuestra investigación transcurre por las guardias de atención médica, los consultorios de los médicos y médicas de cabecera y las oficinas de atención al público de la obra social.

Entrevistado n° 12: *“...Tenía que ver a un traumatólogo y en la clínica me pedían la orden de la médica de cabecera para poder sacar turno. Me acuerdo que fui de mi casa al consultorio, de ahí a PAMI porque no estaba la médica, en la agencia tampoco me lo pudieron solucionar y fui para la guardia. Al final conseguí que me atiendan sin la orden”*.

Con respecto a las barreras económicas, estas aparecen en relación a los traslados que implica el acceso a la atención médica y la compra de medicamentos sin cobertura por no poseer la receta de PAMI:

Entrevistado n° 14: *“Te hacen ir y venir, yo me gasto la jubilación en remis, te dicen ‘vení mañana’ y no entienden que son \$1000 más para mi”*

Entrevistado n° 3: *“Como no tenía las recetas tuve que pedir plata prestada para comprar los remedios en la farmacia”*

En los casos en que el acceso a las recetas de los medicamentos crónicos no logra concretarse aparece como un problema la compra de estos sin cobertura de la obra social, pero los usuarios recurren a solicitar un reintegro posterior.

4.3 La relación médico-paciente durante el ASPO

Resulta relevante a los fines de este análisis conocer qué modificaciones existieron en la relación entre los médicos y médicas de cabecera y sus pacientes cuando estos efectivamente pudieron encontrarse. Retomaremos en este apartado lo que hemos postulado como tecnologías blandas en el capítulo previo.

En algunos casos, las personas afiliadas han contestado que posee un vínculo muy positivo con el profesional médico que realiza su seguimiento:

Entrevistado n° 1: *“Mi médico es un muy buen doctor, siempre me revisa y tengo su número particular, es casi de la familia”*

En otros casos este vínculo es inexistente y el profesional solo aparece como un requisito para acceder a un tratamiento médico. Retomaremos las implicancias de esta modalidad de atención en un apartado posterior:

Entrevistado n° 3: *“Nulo, no la conozco. Solo me hace las recetas, pero nunca la vi”* [En relación a la pregunta sobre cómo es su vínculo con su médica de cabecera]

En relación a la implementación de la modalidad de telemedicina para la atención de las personas afiliadas, entre los entrevistados y entrevistadas solo se ha recolectado una experiencia, lo que indica que existen pocos profesionales que lo han implementado. Al ser consultada por el vínculo que ha desarrollado con el profesional a través de este mecanismo la misma ha contestado que no le ha gustado y se inclinó por cambiar de médico de cabecera.

Entrevistado n° 9: *“La conocí por videollamada porque es persona de riesgo la doctora, para mí fue muy raro. Al poquito tiempo me cambié porque no me gustó”*

Resulta un factor relevante en lo relatado el hecho de que algunos médicos y médicas de cabecera por ser personas de riesgo ante el contagio del COVID-19 tuvieron que adecuar su atención para que esta sea totalmente virtual.

En términos generales el uso de la tecnología aparece en los relatos de las personas afiliadas como un requisito negativo para establecer el vínculo con el profesional médico, al mismo tiempo que este quitaría espacios de encuentro directo con este:

Entrevistado n° 12: *“Me gustaba cuando te podías acercar al consultorio a pedirle las recetas nuevas y de paso le contabas lo que te andaba pasando, ahora por la pantallita es difícil”*.

Entrevistado n° 10: *“Yo no sé si los mails los recibe el doctor, la secretaria o quien. Cuando hay un problema no se con quién quejarme”*.

Se ha podido relevar también un fenómeno que resulta de interés a los fines de profundizar en el análisis de la accesibilidad ampliada al primer nivel de atención del PAMI. En diversas expresiones de los entrevistados se ha podido observar que las barreras administrativas que se han presentado para el acceso y la continuidad de la atención médica no le son atribuidas al profesional médico, sino al lugar en el que este atiende. Esto sucede a pesar de que estos mismos procedimientos son decididos por cada profesional.

Entrevistado n° 7: *“Varias veces fui a quejarme a la agencia de PAMI porque no me podía comunicar con el médico, me ofrecieron cambiarme, pero yo no quise porque él es buenísimo, el tema es la secretaria”*

Entrevistado n° 6: *“El lugar donde atiende no es bueno, no te dan soluciones, te hacen mandar mails antes de ir. Igual no me cambiaría de médico, él es muy atento”*.

Otro aspecto para destacar es la modificación en el tiempo de la consulta médica, que aparece mediado por el uso de nuevas tecnologías:

Entrevistado n° 10: *“Te atienden en dos minutos ahora porque mientras están con vos le llegan mensajitos, mails, llamados, es muy difícil poder contarle lo que te está pasando que ya te derivan al psiquiatra”*

La distancia física también es expresada como una modificación en la relación con el profesional médico que imposibilita ciertas prácticas:

Entrevistado n° 14: *“Bueno, al principio ni tomarte la presión querían porque había que estar a dos metros”*.

Se ha desarrollado en este apartado las configuraciones que se han dado en la relación médico-paciente, presentando cierta diversidad frente a la singularidad de los vínculos que se componen, pero al mismo tiempo algunos factores comunes propios de la modalidad de atención en el contexto de análisis.

4.4 Las representaciones de las personas mayores frente a las barreras en el acceso

Las nuevas mediaciones que se han presentado para el acceso a la atención médica tales como la utilización del correo electrónico y la aplicación de mensajería instantánea para celulares WhatsApp han generado algunas reacciones en las personas mayores que resulta relevante recuperar.

Como se ha desarrollado previamente, los usuarios y usuarias de servicios de salud incorporan saberes vinculados a cómo deben manejarse para obtener ciertos recursos que necesitan. Durante la emergencia sanitaria, estos tuvieron rápidas modificaciones y en muchos casos implicó una pérdida en la autonomía que tenían las personas mayores:

Entrevistado n° 9: *“Habían puesto un mail, pero a mí no me gusta estar pidiendo ayuda a mis nietos para que lo manden, me siento analfabeta con todo eso del celular. Antes yo iba temprano, hacia fila y me iba con mi receta en la mano”*

En otros casos, esta nueva modalidad implicó el desarrollo de nuevos saberes y pudo ser percibido positivamente:

Entrevistado n° 8: *“...al principio te echaban del consultorio por esto del COVID. Después pude empezar a pedir por mail con ayuda de mi nieta y al final terminé aprendiendo. Ahora tengo a mi medica de cabecera en WhatsApp y cuando necesito un turno se lo pido por ahí.”*

Podemos dar cuenta de cómo las conceptualizaciones sobre la vejez pesan sobre los sujetos que la transitan, atribuyendo su incapacidad para adaptarse a nuevas modalidades de atención médica a ser “inútil” en su posición social y no a la falta de mecanismos pedagógicos que garanticen el efectivo acceso a las prestaciones de salud.

Asimismo, el hecho de tener que solicitar ayuda a un familiar para el acceso a la atención médica aparece en las personas como una pérdida en la autonomía personal y refuerza ciertas representaciones negativas en relación al hecho de ser una persona mayor y no poder autovalerse.

A partir del relevamiento de fuentes secundarias se ha podido observar que la obra social ha implementado una serie de cursos de formación en el acceso a la tecnología a través de su plataforma “Comunidad PAMI”, para propiciar la autonomía en el uso de los servicios médicos.

4.5 Procesos de autoatención y medicalización

Luego de dar cuenta de las configuraciones en el primer nivel de atención de PAMI desde la perspectiva de los usuarios, consideramos relevante recuperar el fenómeno de la autoatención que se ha observado como producto del contexto de emergencia. La entendemos como el hecho de

decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa. (Menéndez, 2002)

Esta práctica se encuentra dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención que hemos desarrollado previamente y está directamente vinculada con las representaciones acerca de los medicamentos como recurso para la curación de los padecimientos.

En relación a esto, una de las personas entrevistadas ha expresado que su médica de cabecera le prescribió sus medicamentos a partir de su propia solicitud, sin la realización de una entrevista:

Entrevistado n° 3: *“La doctora no me conoce, pero me manda las recetas por mail”*

Al consultar a los entrevistados sobre los controles que se han realizado en relación a los tratamientos farmacológicos crónicos que reciben, la mayoría ha contestado que no ha realizado ninguno desde el inicio de la pandemia. En algunos de los entrevistados se expresaba la preocupación sobre la falta de control médico:

Entrevistado n° 9: *“Yo le pido las mismas recetas cada tres meses. A veces me preocupa no hacerme, aunque sea un laboratorio para ver como estoy”*.

Estos dos aspectos vistos en conjunto podrían implicar procesos de autoatención y de “autoprescripción” de medicamentos con escasos mecanismos de control y supervisión médica.

Comprendemos estos procesos en el marco de la emergencia sanitaria como la capacidad por parte de la obra social y de sus profesionales médicos de flexibilizar las condicionalidades para la prescripción de los medicamentos que solicita la población afiliada, pero dando cuenta de los riesgos que esta podría implicar.

Entrevistado n° 14: *“Hasta que logré que me vea el doctor yo seguí pidiendo la misma medicación que me había dado el cardiólogo antes de la pandemia, pero necesitaba verlo [al médico de cabecera] porque me empezó a caer mal al estómago”*

Otro de los aspectos relevados en esta investigación han sido las prácticas de educación para la salud implementadas por el primer nivel de atención. En todos los casos consultados se ha observado que no han recibido ningún tipo de información vinculado a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades prevalentes en las personas mayores. De la misma manera,

tampoco se han brindado por parte del primer nivel de atención estrategias para evitar el contagio del COVID-19, que no estén vinculadas a los protocolos de atención en consultorio.

CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación ha planteado como problema explorar de qué manera las transformaciones en la modalidad de atención de los médicos y médicas de cabecera del PAMI ha reconfigurado la accesibilidad a la atención médica por parte de las personas afiliadas durante la emergencia sanitaria producto de la pandemia por COVID-19.

Para dar respuesta a esto se realizó un relevamiento de fuentes secundarias vinculadas a los protocolos de atención del PAMI y se desarrollaron una serie de entrevistas semiestructuradas a personas afiliadas a la obra social pertenecientes a la agencia Gral. Pacheco seleccionadas a partir de una muestra representativa.

En un primer apartado hemos planteado que la accesibilidad no puede analizarse únicamente como el momento en el que se establece una relación entre los sujetos y los servicios, sino que también debe analizarse a lo largo de su itinerario dentro del mismo, ya que suceden entradas y salidas en las que se pueden presentar barreras.

Planteamos también la importancia del desarrollo de políticas públicas que permitan reducir las barreras que presentan los servicios de salud y lo vinculamos con el concepto de capacidades estatales, entendiéndolas como las aptitudes del Estado para responder a las necesidades de la sociedad en un contexto determinado.

Se ha puntualizado en el desarrollo de la investigación las complejidades presentes en el sistema de salud argentino, que presenta una fragmentación en tres subsistemas (público, privado y de la seguridad social), y que tuvo que hacer frente a los desafíos que implicó la emergencia sanitaria. Asimismo, se ha planteado un breve recorrido por la historia institucional del PAMI y sus principales programas de atención médica.

En relación a los procesos para acceder a las prestaciones médicas del primer nivel de atención, planteamos como principales transformaciones institucionales el uso de la telemedicina, la digitalización de los trámites administrativos, y las adecuaciones que realizaron los médicos y médicas de cabecera a partir de las recomendaciones que planteó el PAMI tales como el uso de la mensajería instantánea WhatsApp, el correo electrónico y la asignación de turnos para la atención presencial.

Hemos desarrollado en el tercer capítulo los principios teóricos que han guiado nuestra exposición tales como el derecho a la salud junto a sus dimensiones de análisis, el enfoque de la determinación social de la salud, una reflexión sobre los procesos de salud-enfermedad-atención y el concepto de modelos de atención de la salud. Se ha planteado también que las personas mayores en Latinoamérica se encuentran atravesadas por las expresiones de la cuestión social en tanto procesos de integración-desintegración. Sumamos al análisis el fenómeno de feminización de la vejez y la necesidad de sumar la perspectiva de género al diseño de políticas públicas orientadas a este grupo social.

Las personas afiliadas relevadas dieron cuenta de que han podido sostener sus tratamientos médicos farmacológicos con algunas discontinuidades, producto de que se han presentado barreras para el acceso a la consulta médica propias del contexto de análisis. Esto ha implicado en algunos casos el desarrollo de la autoatención por parte de los y las sujetos; es decir, el consumo de medicamentos sin control médico o la utilización de tratamientos decididos de forma autónoma.

En relación a la accesibilidad a los servicios del primer nivel de atención, las principales barreras que se han presentado han sido administrativas, geográficas y económicas. En el primer caso estas han estado vinculadas a los cambios protocolares y a las normativas vinculadas a la circulación durante el ASPO, como así también a los cambios en los modos de asignación de turnos para atención médica, en los procedimientos para la solicitud de recetas y órdenes médicas y en las modificaciones por contingencias tales como el contagio de los profesionales y/o personal administrativo.

En el caso de las barreras geográficas, se relevó la existencia de itinerarios que debieron recorrer las personas afiliadas en muchos casos para obtener una respuesta a la demanda de atención. En relación a las barreras económicas, estas estuvieron en directa vinculación con las geográficas en tanto los gastos que se debieron realizar para efectuar los traslados en transporte público o remis.

Se observó también la existencia de dificultades en el acceso y uso de medios tecnológicos tales como el correo electrónico y el WhatsApp para el establecimiento de la comunicación con los profesionales médicos por parte de las personas afiliadas. La pérdida en la autonomía de

algunas de las personas relevadas al depender de un familiar para utilizar los medios tecnológicos para el acceso a la atención de primer nivel implicó representaciones negativas en relación a su autopercepción al no poder realizarlo por su cuenta.

Pudo observarse que se ha propiciado por parte de la obra social el desarrollo de habilidades vinculadas al acceso a la tecnología por parte de las personas mayores para facilitar los procesos de atención médica de forma virtual, reduciendo la circulación y la posibilidad de contagio del COVID-19, sin embargo, estas no resultaron determinantes para garantizar el acceso.

Puede concluirse que durante la emergencia sanitaria se ha privilegiado sostener los tratamientos médicos farmacológicos, accediendo a la atención médica sólo en los casos que por criterio médico presenten cierta urgencia. No se ha logrado por parte de los médicos de cabecera en los casos relevados brindar información médica vinculada a la promoción de la salud y la prevención del COVID-19.

Se ha destacado entre las personas entrevistadas el rol de la agencia de PAMI como mediador ante la imposibilidad de acceder a la prestación médica, donde aparece la denuncia como instrumento principal. Planteamos que la obra social gracias a su estrategia de territorialización logró funcionar como organismo regulador que buscó garantizar el acceso ante diversas situaciones, especialmente a los médicos y médicas de cabecera, los que consideramos la puerta de acceso a todas las prestaciones médicas del Instituto.

En conclusión, las capacidades estatales existentes resultaron fundamentales para las readecuaciones que se realizaron en el marco de la emergencia sanitaria, permitiendo así privilegiar el derecho a la salud en un contexto inédito.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich V. y Courtis C. (2006). El umbral de la ciudadanía. El significado de los derechos sociales en el estado social constitucional. Ed. Del Puerto Buenos Aires. <http://ijdh.unla.edu.ar/advf/documentos/2017/04/5902103c77b49.pdf>

ANSES (2011). Análisis de la cobertura previsional del SIPA. Protección, Inclusión e Igualdad. Buenos Aires. <http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/documentos/An%C3%A1lisis%20de%20la%20Cobertura%20del%20SIPA.pdf>

Bourdieu P. (1973). El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos. Editorial Siglo XXI

Breihl J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

Campos, V. (1992). Controle de qualidade total. Belo Horizonte. Fundação Christiano Ottoni/Universidade Federal de Minas Gerais.

Carballeda A. (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. Revista Margen n° 82. <https://www.margen.org/suscri/margen82/carballeda82.pdf>

Carballeda A. (2019). La accesibilidad a las políticas públicas como campo de disputa. Editorial Espacio.

CEPA (2020). Informe sobre la situación de las personas mayores: el impacto inflacionario en los medicamentos - Enero de 2020. <https://centrocepa.com.ar/informes/243-informe-sobre-la-situacion-de-las-personas-mayores-el-impacto-inflacionario-en-los-medicamentos-enero-2020.html>

Cetrángolo O & Goldschmitt A. 6 de junio de 2020. El sistema de salud argentino, antes, durante y después de la pandemia COVID-19. <https://alquimiaseconomicas.com/2020/06/05/el-sistema-de-salud-argentino-antes-durante-y-despues-de-la-pandemia-covid-19/>

Chiara, M. (comp.) (2015). Gestión territorial integrada por el sector salud. Cuadernos de trabajo. Universidad Nacional de General Sarmiento. Disponible en https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/654_Gestion-territorial-integrada-para-el-sector-salud-WEB-1.pdf

Chiara, M.; Crojethovic, M.; Ariovich, A. (2017). El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macro institucional. *Revista Salud Colectiva* nro 13. 2017. Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1312/1258>

Clemente, A. (2018). La accesibilidad como problema de las políticas sociales. Un universo

Clemente, A., Gamardo, M., Garcia Godoy, B., Ierullo, M. y Engelmann A. (2021). Esencialidad y COVID19. Hacia una definición conceptual y operativa en el campo social. <https://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/iieal/03267857/v94n1/s11.pdf?expires=1648241200&id=0000&titleid=10832&checksum=F5EA49388F1869E531E6FE3B2994D4B7>

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Universidad de Buenos Aires. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf> de encuentros y desvinculaciones. Editorial Espacio.

Completa E. (2016) CAPACIDAD ESTATAL, BRECHAS DE CAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL. Análisis político n° 87. <http://www.scielo.org.co/pdf/anpol/v29n87/v29n87a03.pdf>

Decreto 476. Registro Nacional de las Personas. 21 de julio de 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/247092/20210721>

Decreto DNU N° 297/2020. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. 19 de marzo de 2020. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335741>

Disposición 7/2020-INSSJP. Aprueba las recomendaciones para médicos de cabecera. 20 de mayo de 2020. http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/DI-2020-7-INSSJP-SGTM-INSSJP.pdf

Disposición 8/2020-INSSJP. Reglamentación Programa de Telemedicina PAMI. 27 de mayo de 2020. http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/DI-2020-8-INSSJP-SGTM-INSSJP.pdf

Elias F. (1999). ¿Salud para todos en el año 2000?. Posibilidades y desafíos para la intervención del Trabajador Social. ANALES 1 JORNADAS SOBRE SALUD Y TRABAJO SOCIAL. https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/elias__felicitas__ddhh__salud_y_trabajo__social__1999_rtf.%201999.rtf

Eslava Castañeda J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. Universidad Nacional de Córdoba. *Revista de Salud Pública*. Volumen 19 número 3. <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/68467>

Fleury, S. (2012) Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contra derecho a la salud en Brasil. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n1/11-25/es>

Fundación Soberanía Sanitaria (2020). Vademécum de medicamentos gratuitos en PAMI: una medida esencial hacia una política nacional de medicamentos. <https://soberaniasanitaria.org.ar/vademecum-de-medicamentos-gratuitos-en-pami-una-medida-esencial-hacia-una-politica-nacional-de-medicamentos/>

Gamallo, G. (2015). Aproximación al concepto de brecha de bienestar. <https://pps.secyt.unpa.edu.ar/wp-content/uploads/2020/07/Gamallo-Brechas.pdf>

Huenchuan S. (2010). Panorama regional del envejecimiento, género y políticas públicas. En: Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos. https://www.algec.org/biblioteca/envejecimiento_genero_y_politicas_publicas%20uruguay.pdf

INSSJP. (2018). ¿Qué hicimos en PAMI en 2018? Informe de Gestión. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/pdf/memoria-pami-2018.pdf>

Lavell A. (2002). Sobre la Gestión del Riesgo: Apuntes hacia una Definición. <http://cidbimena.desastres.hn/pdf/spa/doc15036/doc15036-contenido.pdf>

Ley 23.313. APRUEBA PACTOS INTERNACIONALES DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, DE DERECHOS CIVILES Y RECONOCE LA COMPETENCIA DEL COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS ADOPTADO POR RESOLUCIÓN 2200 DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. 19 de abril de 1986. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=23782>

Ley 25.615. Modificación de la Ley N° 19.032 que creará el citado Instituto. 22 de julio de 2002. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/76149/norma.htm>

Ley N° 19.032. INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS. 13 de mayo de 1971. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>

Lucesole M. J. (5 de agosto de 2020) Coronavirus en la Argentina: Alberto Fernández: "Los adultos mayores no tienen lugar donde atenderse en la Ciudad". La Nación. Buenos Aires. <https://www.lanacion.com.ar/politica/coronavirus-argentina-alberto-fernandez-los-adultos-mayores-nid2413210>

Luzuriaga, Zunino y Cordova (2020). Sistema de salud argentino: dificultades para sintetizar una respuesta. Revista Soberanía Sanitaria. Dossier.

<http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/sistema-de-salud-argentino-dificultades-para-sintetizar-una-respuesta/>

Manes R. (2021). Modelos de Intervención con Personas Mayores. Aportes del pensamiento nacional a la gerontología social. Buenos Aires. <https://www.teseopress.com/modelosdeintervencion/front-matter/agradecimientos/>

Manes, R. (2012) “La participación social de las personas mayores en el campo de la educación pública universitaria”. Revista Debate Público nro 3. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/9_manes.pdf

Menéndez E. (1978). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_r_ol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Menéndez E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. Alteridades, vol. 4, núm. 7. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>

Menéndez E. (2002). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?format=pdf&lang=es>

Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (2016). Proyecciones de población por Municipio provincia de Buenos Aires 2010-2025. http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Proyecciones_x_municipio__2010-2025.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021). Expansión del sistema público de salud garantizó la atención de toda la población durante la pandemia. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/expansion-del-sistema-publico-de-salud-garantizo-la-atencion-de-toda-la-poblacion-durante>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021). El país incrementó el número de camas de terapia intensiva en un 35%. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-pais-incremento-el-numero-de-camas-de-terapia-intensiva-en-un-35>

Minoldo (2018). La era menemista del PAMI. Una aproximación al pasado reciente de la obra social de los jubilados en Argentina. Buenos Aires. <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/fhn/article/download/3549/3185>

Morales-Borrero, Borde, Eslava-Castañeda y Concha-Sanchez (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública. 15. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>

Navarro M. (2017). La vejez es un fenómeno femenino. <https://latfem.org/la-vejez-es-un-fenomeno-femenino/>

Ocaña G. (2007). Informe ejecutivo PAMI. Buenos Aires.

ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general N° 14 (2000) : El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4. <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

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

Organización Mundial de la Salud (2008). Subsana las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>

Oszlak y O'Donnell (1984). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Disponible en: <http://politicayplanificacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/190/2012/04/Oszlak-O-y-ODonnell-G-1984-Estado-y-Politicas-estatales-en-Amrica-Latina-Hacia-una-estrategia-de-investigacin1.pdf>

Paola, J, Samter N y Manes. R. (2011) "Hacia la formulación de una intervención profesional fundada". Trabajo Social en el campo gerontológico. Espacio Editorial.

Pautassi, L. (2015) "Los derechos en las políticas sociales Desafíos teóricos y opciones estratégicas". Revista Debate Público. Numero 10 http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/07_Pautasi.pdf

Pinilla (2004). Una mirada hacia el interior del PAMI. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://cdsa.academica.org/000-045/668.pdf>

Repetto F. (2004). Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Serie de Documentos de Trabajo I-52. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Capacidad-Estatal-Requisito-para-el-Mejoramiento-de-la-Pol%C3%ADtica-Social-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>

Resolución 12/2020-INSSJP. Vademecum de medicamentos esenciales. 10 de marzo de 2020. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/10-03-20.pdf

Resolución 1689/2020-PAMI. Creó el programa PAMI en el Barrio. 16 de septiembre de 2020. http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/16-09-20.pdf

Resolución 1895/2016-INSSJP. Instauro modelo socio-comunitario. 21 de octubre de 2016. https://prestadores.pami.org.ar/portalmedicosdecabecera/includes/pdf/resolucion_1895-16.pdf

Resolución 2257/2020-INSSJP. Tasa preferencial para la adquisición de computadoras por parte de las médicas y médicos de cabecera. 17 de noviembre de 2020. http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2020-2257-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

Resolución 654/2009-INSSJP. Establece que la marca PAMI expresa la sigla correspondiente a la frase. 8 de mayo de 2009. Argentina. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/08-05-09.zip

Rovere M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. Revista La Esquina del Sur. Mayo, 2004. <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/DeCIDes%20-%20La%20esquina%20del%20sur.pdf>

Sautu R., Dalle P., Boniolo P., Elbert R. (2005). Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D1532.dir/sautu2.pdf>

Serra, L. (2020) Coronavirus: el Gobierno define un decreto para centralizar el manejo de las clínicas privadas. La Nación. Buenos Aires. <https://www.lanacion.com.ar/politica/coronavirus-el-gobierno-define-un-decreto-para-centralizar-el-manejo-de-las-clinicas-privadas-nid2349816>

SIAB (1998). Manual do sistema de informação de atenção básica, p. 6/ Secretariade Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde.

Urtasun, Cañas, Venturini, Prozzi, Dorati, Marín, Trionfetti, Rivadulla, Mordujovich-Buschiazzo y Buschiazzo (2021). Seguridad social y medicamentos: mecanismos de cobertura de dos obras sociales en contexto de inflación, 2011-2019. Revista Argentina de Salud Pública Vol. 13. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/493/417>

Wagner M. (2013) Volviendo sobre el concepto de accesibilidad en diálogo con el territorio. Apuntes de experiencias extensionistas, en clave de investigación. En: Testa Cecilia (Comp) Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones. Espacio Editorial.

ANEXO

Guía de entrevista

- 1) ¿Cómo describiría el vínculo que posee con su médico de cabecera?
- 2) Durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio: ¿cómo describiría las modificaciones en la atención de su médico de cabecera?

Con respecto a la provisión de medicamentos:

- 3) ¿Toma algún medicamento de forma regular?

(En caso afirmativo)

- 4) ¿Cómo ha sido el acceso a las recetas médicas?
- 5) ¿Se le ha presentado alguna barrera para la obtención de la prescripción de las recetas?
- 6) ¿Se ha realizado controles para revisar los medicamentos que consume de forma regular?

En relación a las consultas con su médico de cabecera para el seguimiento de su salud:

- 7) ¿Cómo ha sido la atención médica? ¿Se ha podido atender con la misma frecuencia que lo hacía antes del aislamiento social, preventivo y obligatorio?
- 8) ¿De qué forma ha solicitado turno? ¿Se le han presentado dificultades para solicitarlo?
- 9) ¿Cómo describirían la modalidad de atención en el contexto del ASPO?
- 10) ¿Se le han presentado dificultades económicas para acceder a la consulta médica?
- 11) ¿Se le han presentado dificultades para llegar al consultorio?

Por último, con respecto a las actividades preventivas y la educación para la salud:

- 12) ¿Cómo describiría la información vinculada a la promoción de la salud que ha recibido por parte de la obra social?
- 13) ¿Cómo describiría la información vinculada a la prevención del virus COVID-19 que ha recibido por parte de la obra social?

Consentimiento informado

NOMBRE DEL PROYECTO: “Las modificaciones en el primer nivel de atención de la salud del PAMI durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en Argentina”.

INVESTIGADOR: Nicolás Seibelt

En el marco del Trabajo de Investigación Final de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

¿Entiende que se le ha solicitado estar en un estudio para investigación? SI / NO

¿Entiende los beneficios y los riesgos presentes al tomar parte en este estudio? SI / NO

¿Ha tenido oportunidad para hacer preguntas y discutir el estudio? SI / NO

¿Entiende que es libre para retirarse del estudio en cualquier momento? SI / NO

¿Entiende quién tendrá acceso a sus grabaciones? SI / NO

Estoy de acuerdo en participar en el estudio. SI / NO

Entiendo que mi nombre no será asociado con las grabaciones y que los identificadores serán removidos. SI / NO

Firma del participante

Aclaración

Fecha

Creo que la persona que ha firmado esta forma entiende que está participando en el estudio y voluntariamente expresa su conformidad

Firma del investigador

Aclaración

Fecha