

Personas mayores durante la emergencia sanitaria

Las modificaciones en el primer nivel de atención del PAMI durante el ASPO



*Nicolás Seibelt**

Resumen

El presente trabajo de investigación fue realizado en el marco de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. A través de una estrategia cualitativa se buscó explorar de qué manera las transformaciones institucionales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante, PAMI) durante la emergencia sanitaria por el virus COVID-19 modificaron 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 partió 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” (ONU CESR, 2000: 1). Para eso, analizamos la continuidad de las prestaciones médicas y la accesibilidad a las mismas. Entendemos el concepto de accesibilidad en términos de Stolkiner (2007: 202) 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 situamos 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, cómo se ha reconfigurado el primer nivel atención

* Licenciado en Trabajo Social (UBA). Jefe de Agencia de PAMI sede Gral. Pacheco (Buenos Aires)

desde su perspectiva. Toma especial relevancia la recuperación de la palabra de los sujetos en un contexto de fuertes restricciones a la circulación debido al aislamiento social, preventivo y obligatorio.

Palabras clave

salud - personas mayores - accesibilidad

Objetivos de la investigación

Este artículo 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 de 2020 y marzo de 2022.

La inserción en la jefatura de la agencia del Gral. Pacheco de PAMI me 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.

En esta investigación 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 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, Macruz y Burg, 2006: 151) ya que las mismas se pusieron en tensión a partir de los protocolos que las diversas jurisdicciones establecieron para la atención médica, especialmente tratándose de personas mayores que en este contexto fueron consideradas “de riesgo”.¹

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?

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.

¹ Esta denominación se dio hacia las personas que por sus condiciones de salud y/o etarias debían tener una mayor cantidad de cuidados para evitar el contagio debido a sus posibles efectos.

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.

Esta investigación tuvo un carácter exploratorio ya que busca indagar, desde la perspectiva de los sujetos, las configuraciones en el acceso a la salud de las personas mayores durante la pandemia.

Definiciones 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 et al, 2007: 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.

Nos situaremos así mismo, como plantea Wagner (2013), desde una lógica procesual, interactiva e inacabada lo que implica la posibilidad de encuentros y desencuentros entre los sujetos que coparticipan en la producción de prácticas de salud. La autora recupera discusiones en relación con 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 con los procesos burocrático-administrativos implementados por los servicios de salud.

Capacidades estatales

Durante la emergencia sanitaria por el virus COVID-19 ha tomado relevancia la discusión en relación con 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: 6).

Se ha planteado que las capacidades estatales pueden ser desagregadas entre las administrativas, políticas y relacionales (Completa, 2016), 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 en relación con exigencias administrativas que desarrollaremos más adelante.

Definiciones metodológicas

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, Dalle, Boniolo y Elbert, 2005). Se tuvo especial cuidado en que los motivos por los que se presentaron en la sede fueran aleatorios ya que realizar entrevistas a personas que se acercaran para presentar quejas o reclamos únicamente hubiera viciado la muestra.

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: 74).

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.

Al momento de recolectar la información se realizaron entrevistas semiestructuradas con el objetivo de dar cuenta de la perspectiva de los actores en relación con 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.

Las respuestas fueron luego agrupadas en dimensiones teniendo en cuenta su repetición y serán expuestas a continuación y 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 quince personas afiliadas a la obra social PAMI.

Caracterización del PAMI

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. Con 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”.

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 N° 19032. 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 (Argentina, 1971: 1).

El período 2003-2015 vino acompañado, según Manes (2021), de un cambio discursivo en los principios rectores del PAMI. 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.

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 toda 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 Social,² beneficiarios de pensiones derivadas nacionales,³ pensiones no contributivas previas al año 1993,⁴ veteranos de la Guerra de Malvinas y sus grupos familiares.⁵

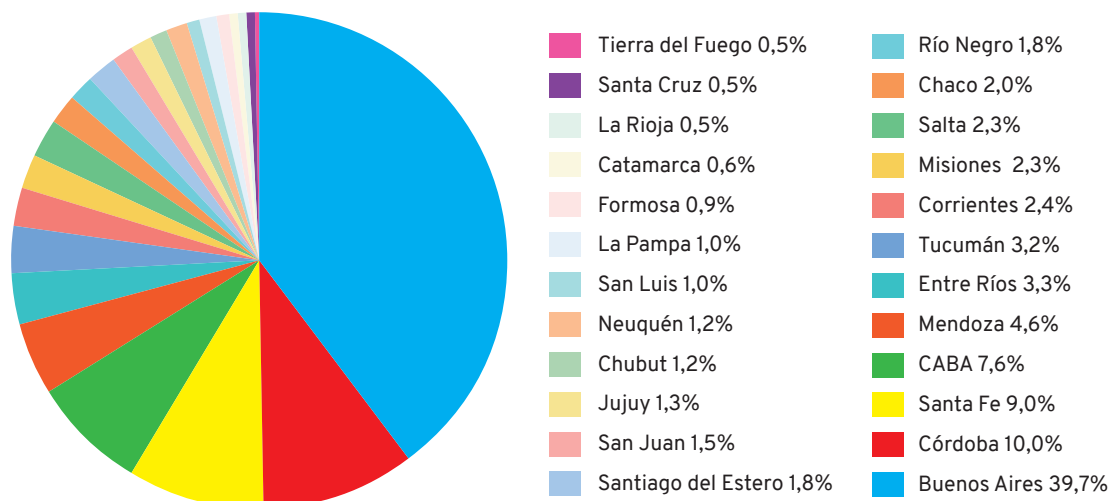
2 En Argentina, las personas deben solicitar su jubilación ante el organismo al que hayan aportado la mayor cantidad de años durante su vida laboral. El mayor porcentaje de la población lo hace a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), existiendo otras cajas previsionales tales como a 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.

3 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.

4 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.

5 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.

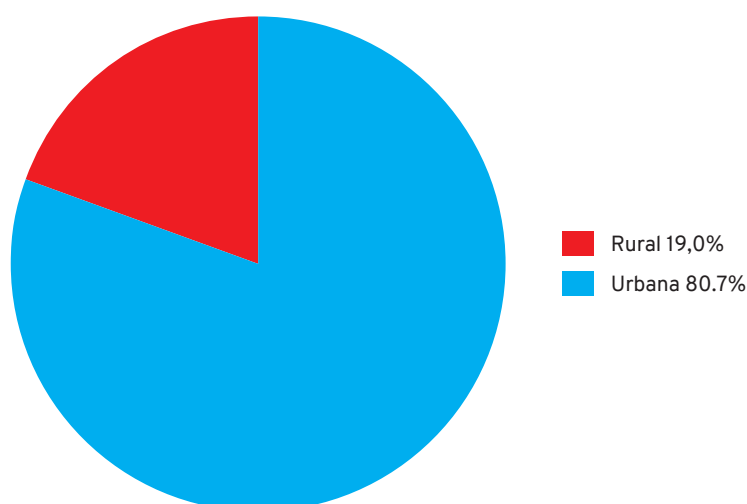
Gráfico 1. Distribución de personas afiliadas del total del país según provincia de residencia en enero de 2022.



Fuente: elaboración propia con datos del INSSJP (2021).

En relación con 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, 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).

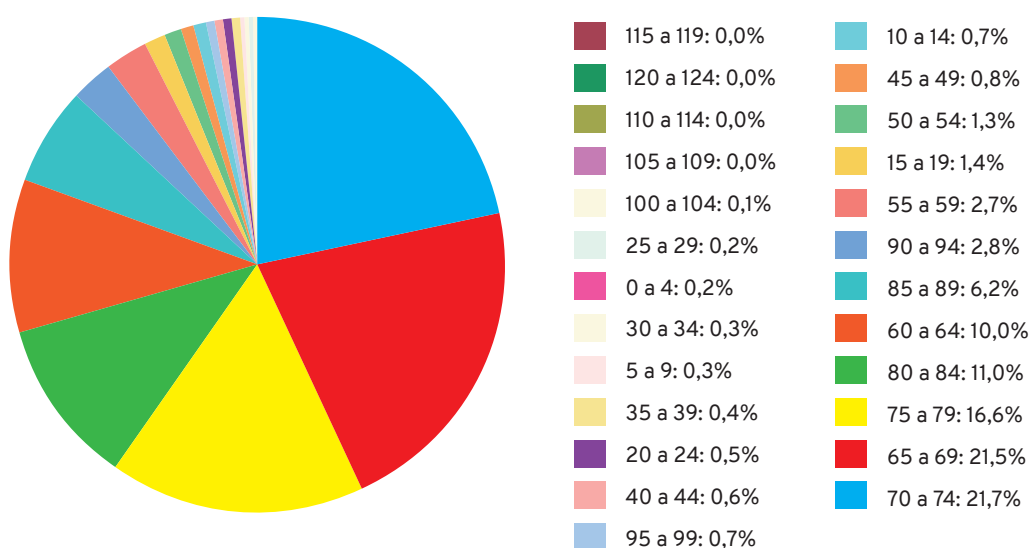
Gráfico 2. Distribución de personas afiliadas del total del país según tipo de zona de residencia en enero de 2022.



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% 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 veinticuatro 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).

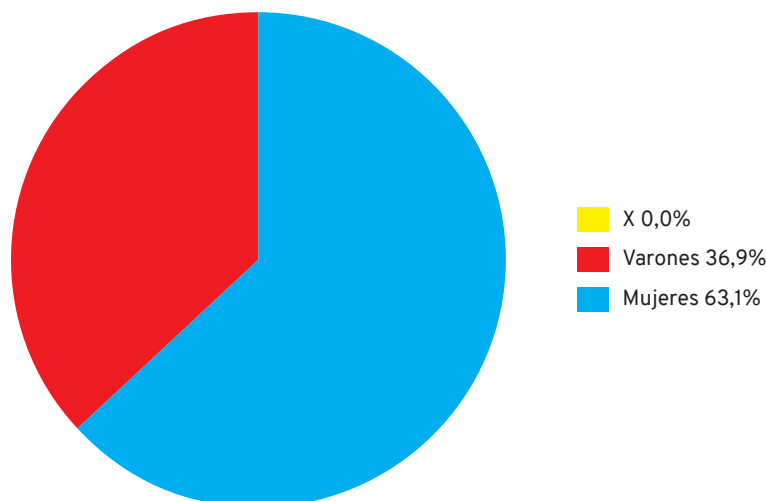
Gráfico 3. Distribución de personas afiliadas del total del país según franja etaria en enero de 2022.



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).

Gráfico 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. Al respecto, podemos observar en la figura 4 que el 63,1% de las personas afiliadas son mujeres, mientras que el 36,9% restante son varones. Catorce personas en el país han elegido al momento de afiliarse la opción de género no binario, que se encuentra representado en el gráfico con la letra “X”. Según el Decreto presidencial N° 476 del año 2021, esta nomenclatura hace referencia a todas las personas que se autoperciban con un sexo “no binaria, indeterminada, no especificada, indefinida, no informada, autopercebida, no consignada; u otra acepción con la que pudiera identificarse la persona que no se sienta comprendida en el binomio masculino/femenino” (Argentina, 2021: 1).

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.

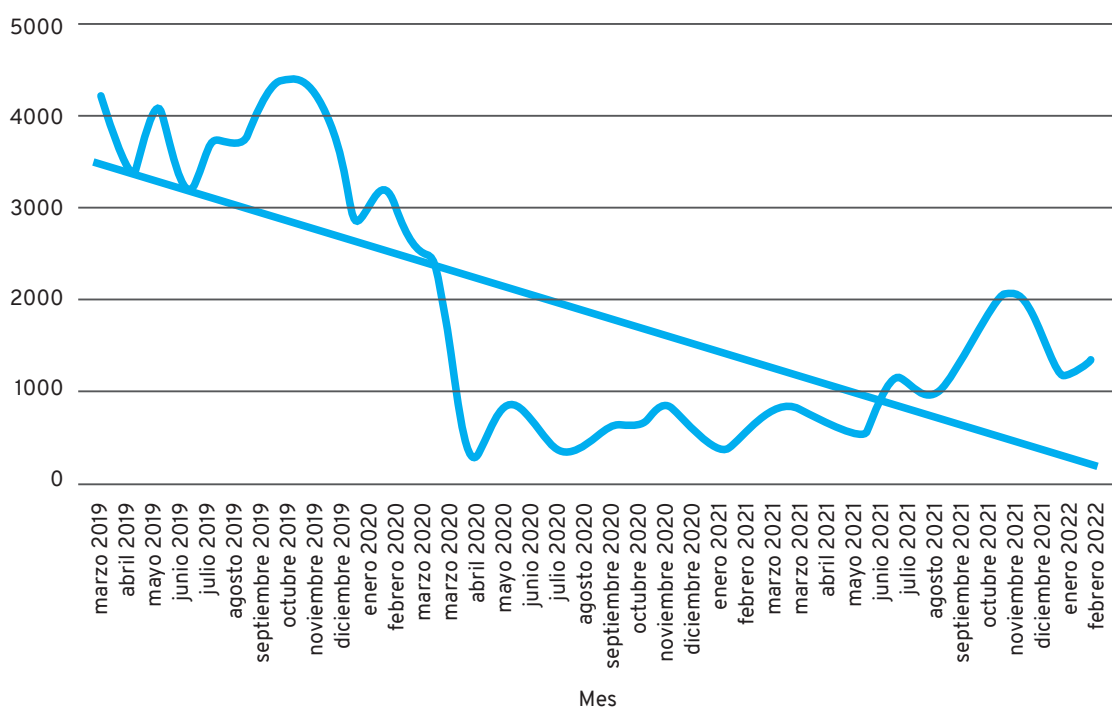
En el año 1998 la institución creó el programa “PAMI Escucha y Responde”, que tuvo como objetivo centralizar la atención telefónica a los afiliados y afiliadas en un dispositivo que pudiera canalizar todo tipo de reclamos y solicitudes y desde allí derivarlos a las Unidades de Gestión Local para ser 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.

Gráfico 5. Cantidad de personas afiliadas atendidas en la agencia Gral. Pacheco de PAMI según mes entre marzo de 2019 y febrero de 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 3.500 personas mensuales a unas 500. Debe tenerse en cuenta que a partir de marzo de 2020 también se implementó el programa de medicamentos esenciales –programa que se inscribe en la política de medicamentos de PAMI y que desarrollaremos más adelante en profundidad– lo que implicó una reducción en los trámites administrativos necesarios para recibir los fármacos incluidos en un vademecum de 170 drogas. Asimismo, algunos trámites que debían realizarse sistemáticamente como la renovación de

medicamentos para tratamientos especiales⁶ 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.

Modelo prestacional sociocomunitario de atención médica

En relación con 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 (Brasil, 1998).

En relación con el modelo de atención que brinda esta obra social, a partir de la Resolución N° 1895/16 (INSSJP, 2016) se crea el “modelo prestacional sociocomunitario 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.).

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: 2).

Entre las funciones que tienen los médicos y médicas de cabecera están:

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 acorde a los diagnósticos efectuados (INSSJP, 2016: 4).

⁶ 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.

Afirmamos que la figura del médico de cabecera⁷ 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 fisiatría, 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 seis meses en caso de estar disconforme con el tipo de atención que este brinda.

Transformaciones institucionales durante la emergencia sanitaria

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.

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

Principales hallazgos

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 con 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

7 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.

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.

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 (Entrevistado n° 3).

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 tenés suerte (Entrevistado n° 7).

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.

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 (Entrevistado n° 12).

En relación con 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.

Te hacen ir y venir, yo me gasto la jubilación en remis, te dicen “vení mañana” y no entienden que son \$1000 más para mí (Entrevistado n° 14).

Como no tenía las recetas tuve que pedir plata prestada para comprar los remedios en la farmacia (Entrevistado n° 3).

Planteamos la existencia de una nueva forma de barrera que se presentó en este contexto inédito que daremos en llamar “inercial”. Esta da cuenta de procesos en los que las personas afiliadas continuaron demandando la provisión de tratamientos médicos sin ningún tipo de control profesional y que, dada la situación de emergencia y la flexibilización de los procedimientos, se permitió su continuidad sin garantizar un efectivo acceso al primer nivel de atención, propiciando el desarrollo de procesos de autoatención por parte de los sujetos, es decir, el consumo de medicamentos sin control o la utilización de tratamientos decididos de forma autónoma.

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 con su autopercepción al no poder realizarlo por su cuenta.

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, hacía fila y me iba con mi receta en la mano (Entrevistado n° 9).

Yo no sé si los mails los recibe el doctor, la secretaría o quien. Cuando hay un problema no sé con quién quejarme (Entrevistado n° 10).

Puede concluirse que durante la emergencia sanitaria se ha privilegiado sostener los tratamientos médicos farmacológicos, accediendo a la atención médica solo 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.

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 (Entrevistado n° 6).

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.

Reconfiguraciones pospandemia

Finalizados los mayores brotes de COVID-19, la obra social comenzó un proceso de modificación de su modelo prestacional a través del programa “La Libertad de Elegir”, que tuvo como objetivo facilitar el acceso a la atención médica de especialistas, diagnóstico por imágenes y otros estudios quitando el sistema de asignación fija (o “capita”) y permitiendo que las personas afiliadas consulten por un turno en cualquiera de los prestadores conveniados con la obra social.

Este nuevo sistema, si bien requeriría llevar adelante una nueva investigación para conocer su recepción en los afiliados, implicó el desarrollo de una cartilla electrónica de prestadores que fue acompañada de una aplicación para celulares en donde se puede consultar, para cada especialidad médica, los lugares que poseen disponibilidad de atención.

Por su parte, los médicos de cabecera continúan llevando adelante su rol de “puerta de acceso” a las prestaciones de la obra social. Esto fue acompañado por una mayor exigencia por parte de PAMI hacia ellos en relación con la confección de historias clínicas en cada una de las consultas que estos profesionales informan que realizaron a la obra social. El retorno a la presencialidad de la consulta médica resultó un desafío en muchos casos en los que los profesionales encontraban a la consulta vía WhatsApp, mail o “cuaderno” una solución para acortar los tiempos en la comunicación con las personas afiliadas.

Uso de tecnología: oportunidades y desafíos para la accesibilidad

El nuevo sistema de libertad de elección de PAMI resultó posible en un contexto de completa digitalización de las órdenes médicas, ya que esto permitió que sea posible realizar auditorías, prácticamente automatizadas, de desvíos según criterios de transparencia por parte de los prestadores médicos de la obra social.

La contracara de esta digitalización son las capacidades existentes en las personas mayores en relación con el uso de la tecnología, ya que esta se torna un prerequisite para acceder a la atención médica o bien para acceder en mejores condiciones a partir de conocer la oferta total de instituciones de atención.

Esta tendencia creciente debe invitarnos a reflexionar acerca de qué dispositivos mediadores debemos construir para garantizar que el acceso a la salud en las personas mayores no sea vedado por nuevas barreras que no supimos visualizar y se estaban construyendo junto a los nuevos circuitos de atención.

Referencias bibliográficas

- Argentina. Decreto N° 476/2021. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/247092/20210721>.
- Ley N° 19032. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>
- Bello, M. (2011). *Sistema de salud de Argentina*. *Revista Salud Pública en México*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/es>
- Bourdieu, P. (1973). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Brasil, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade (1998). *Manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Clemente, A. (2018). *La accesibilidad como problema de las políticas sociales*. Buenos Aires: Universo.
- 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*. Buenos Aires: Espacio.
- Completa, E. (2016). *Capacidad estatal, brechas de capacidad y fortalecimiento institucional. Análisis político nº 87*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anpol/v29n87/v29n87a03.pdf>
- Fleury, S. (2012). *Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contra derecho a la salud en Brasil*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n1/11-25/es>
- INSSJP (2016). Resolución 1895/16. Nuevo modelo de atención de médicos de cabecera. Recuperado de https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/26-10-16.pdf
- INSSJP (2020). Programa “Pami en el Barrio”. Resolución 1689/2020. Recuperado de http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2020-1689-INSSJP-DE-INSSJP.pdf
- INSSJP (2021). Informe de gestión institucional del PAMI. Recuperado de <https://www.pami.org.ar/pdf/informe-gestion-institucional-pami.pdf>
- INSSJP (2022). Informe de gestión institucional del PAMI en 2022. Recuperado de <https://www.pami.org.ar/pdf/informe-institucional-2022.pdf>
- Manes, R. (2021). *Modelos de Intervención con Personas Mayores. Aportes del pensamiento nacional a la gerontología social*. Buenos Aires: Teseo. Recuperado de <https://www.teseopress.com/modelosdeintervencion/front-matter/agradecimientos/>
- Merhy, E. E; Macruz, L. y Burg, R. (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147-160. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04.pdf>
- ONU CESR (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>
- Repetto, F. (2004). *Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina*. Serie de Documentos de trabajo del INDES. Recuperado de <https://cdi.mecon.gob.ar/bases/docolec/indes/dt/i-52.pdf>
- Rovere M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. *Revista La Esquina del Sur*.
- Sautu, R.; Dalle, P.; Boniolo, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsdll/collect/clacso/index/assoc/D1532.dir/sautu2.pdf>
- Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Tobar, F. (2013). Políticas de salud centradas en la familia y la comunidad. En D. Arroyo (organizador), *Prioridad familias: repensando las políticas sociales* (pp. 135-154). Buenos Aires: Fundación Konrad Adenauer.

Vieytes, R. (2009). Campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa. En A. Merlino (coord.), *Investigación cualitativa en ciencias sociales. Temas, problemas y aplicaciones*. Buenos Aires: CENGA-CE.

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