

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Manuela Soledad Salas

manuelasalas@yahoo.com.ar

Representaciones sociales sobre acceso a las prestaciones del INSSJP-PAMI en el período 2013-2014 de los afiliados del barrio Bajo Rondeau

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Anahí Sy

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.173706>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Salas, M. (2015). *Representaciones sociales sobre acceso a las prestaciones del INSSJP-PAMI en el período 2013-2014 de los afiliados del barrio Bajo Rondeau* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Salas_M_Representaciones_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar

www.repositoriojmr.unla.edu.ar

repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
12ª Cohorte (2009-2011)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TITULO

**Representaciones Sociales sobre Acceso a las prestaciones del INSSJP-PAMI en el
periodo 2013-2014 de los afiliados del barrio Bajo Rondeau**

MAESTRANDA:

Méd. Manuela Soledad Salas

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Anahí Sy

FECHA DE ENTREGA

Marzo 2015

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
12ª Cohorte (2009-2011)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TITULO

**Representaciones Sociales sobre Acceso a las prestaciones del INSSJP-PAMI en el
periodo 2013-2014 de los afiliados del barrio Bajo Rondeau**

MAESTRANDA:

Méd. Manuela Soledad Salas

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Anahí Sy

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Guido Giorgi

Mgr. Silvia Ester Molina

Mgr. Fernando Daniel Vallone

FECHA DE APROBACION

18/12/2015

CALIFICACION

9 puntos. Distinguido

RESUMEN

El PAMI (Por una Argentina con Mayores Integrados) cuenta con Programas de Asistencia para una población objetivo de personas mayores -aquellas que tienen 60 años o más- que define como "vulnerables", principalmente por su edad e ingresos. El objetivo de este trabajo es describir e interpretar las representaciones sociales en torno al acceso a las prestaciones médicas y sociales de PAMI de los afiliados del barrio Bajo Rondeau - Bahía Blanca, en el año 2013-2014. Se parte de la hipótesis que un segmento de la población objetivo de dichos programas actualmente no accede a esos beneficios. Esto se encuentra relacionado por un lado con las representaciones de los sujetos que actúan como obstáculos y/o facilitadores y por otro, con características propias del PAMI y con el tipo de jubilación que poseen en relación al programa de Inclusión Previsional. Se realizó un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas, procesadas mediante análisis de contenido. Los resultados muestran que en cuanto a los facilitadores aparecen como relevantes los aspectos vinculares: la ayuda que los mayores reciben de sus hijos, el tener alguna persona conocida que trabaje en los servicios a los que concurren y el centro de jubilados que cumple la función de facilitador de tres maneras: por la creación de vínculos entre las autoridades del centro de jubilados y los trabajadores de PAMI, por los vínculos generados entre los jubilados socios del Centro y por actuar como fuente de información para los jubilados. Sobre las barreras coinciden con las dimensiones de la accesibilidad descritas en la bibliografía. El principal obstáculo manifestado es la demora para conseguir turno. Prevalece la idea de que la atención particular es mejor a la atención por PAMI. Como se planteaba en la hipótesis, las representaciones sociales de los sujetos pueden influir en el acceso.

PALABRAS CLAVES: Servicios Sociales - Servicios de Salud para ancianos - Accesibilidad a los servicios de salud - Vulnerabilidad social

LISTADO DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Espacio de trabajo | 14 |
| Figura 2. Facilitadores del acceso..... | 59 |

LISTADO DE ABREVIATURAS

INDEC - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

INSSJP - Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PAMI - Programa de Atención Médica Integral. Redefinido como Por una Argentina con Mayores Integrados

CONTENIDO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | PROPÓSITO | 8 |
| 2. | PROBLEMA | 9 |
| 3. | PREGUNTA | 10 |
| 4. | HIPÓTESIS DE TRABAJO | 11 |
| 5. | JUSTIFICACIÓN | 12 |
| 6. | ESPACIO DE TRABAJO | 13 |
| 7. | MARCO CONCEPTUAL | 16 |
| | <i>7.1 Acceso y Accesibilidad</i> | 16 |
| | <i>7.2 Representaciones sociales</i> | 27 |
| | 7.2.1 Representaciones sociales de salud-enfermedad | 31 |
| 8. | ESTADO DEL ARTE | 33 |
| | <i>8.1 Acceso y Accesibilidad</i> | 33 |
| | <i>8.2 Personas mayores: vulnerabilidad y accesibilidad</i> | 39 |
| | <i>8.3 Metodologías cualitativas para el estudio de la accesibilidad</i> | 42 |
| 9. | OBJETIVOS | 45 |
| | <i>9.1 Objetivos Específicos</i> | 45 |
| 10. | METODOLOGIA | 46 |
| | <i>10.1 Tipo de Muestreo</i> | 47 |
| | <i>10.2 Espacio de la investigación</i> | 49 |
| | <i>10.3 Estrategia de entrada al campo</i> | 50 |
| | <i>10.4 Organización y Análisis de los datos</i> | 50 |
| | <i>10.5 Aspectos Éticos</i> | 53 |
| 11. | RESULTADOS | 55 |
| | <i>11.1 Representaciones acerca de la salud y de necesidades en salud</i> | 55 |
| | <i>11.2 Representaciones sobre el derecho a la salud</i> | 57 |
| | <i>11.3 Representaciones sobre Acceso</i> | 58 |
| | 11.3.1 Facilitadores | 58 |
| | 11.3.2 Obstáculos | 63 |

| | |
|--|-----|
| <i>11.4 Calidad de atención, representaciones sobre el Pami y sobre los médicos</i> | 65 |
| 12. DISCUSION | 70 |
| <i>12.1 Acerca de la salud, derecho a la salud y necesidades en salud</i> | 70 |
| <i>12.2 Acerca de las barreras en el acceso</i> | 76 |
| <i>12.3 Acerca de los facilitadores del acceso: las redes de pares y vínculos sociales</i> | 79 |
| <i>12.4 Sobre las experiencias de acceso de quienes han utilizado la Obra Social</i> | 84 |
| 13. CONCLUSIONES | 86 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 89 |
| APÉNDICES | 100 |
| ANEXOS | 105 |

1. PROPÓSITO

Con este trabajo se procura contribuir al conocimiento sobre las características que facilitan u obstaculizan el acceso de las personas mayores afiliadas a la Obra Social, que residen en el barrio Bajo Rondeau de la ciudad de Bahía Blanca, a las prestaciones médicas y sociales que ofrece el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP – PAMI) .

Se considera relevante producir información útil a nivel local, en nuestros ámbitos de trabajo y de gestión, para poder pensar modelos de gestión y de atención, que tengan como eje la reducción de las desigualdades.

En adelante, para este trabajo, utilizaremos la denominación PAMI, por considerar que es el nombre más difundido y conocido por la sociedad y los usuarios de la Obra Social. Desde la creación del Instituto esta sigla que identificaba al programa de cobertura como Plan de Atención Médica Integral, se constituyó en la identidad de la Obra Social. En el año 2009 y en el marco de un proceso de transformación de la Institución, la sigla PAMI modificó su significado y se adoptó el eslogan Por una Argentina con Mayores Integrados, evidenciando que más allá de la asistencia médica es indispensable la integración de las personas mayores a la sociedad.

2. PROBLEMA

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI), cuenta con diversos Programas de Asistencia Social que tienen una población objetivo de personas mayores, que PAMI define como "vulnerables", principalmente en términos de edad del afiliado y del haber mensual, considerando además las características de la vivienda en que habitan, la posibilidad de afrontar los gastos de impuestos y servicios de las mismas, el grado de dependencia funcional, la continencia familiar y la presencia de enfermedades crónicas o complejas (INSSJP, 2008). Además cuenta con Programas de Asistencia Médica, campo de acción primordial de PAMI, que a diferencia de los programas sociales son universales, es decir que están destinados al total de los afiliados a la Obra Social independientemente de su situación socio-económica y familiar.

Los afiliados al PAMI se caracterizan por una alta incidencia de jubilados y pensionados con ingresos cercanos al mínimo y una mayoritaria composición de personas mayores de 65 años con familiares a cargo, o bien mayores de 80 años, con alta probabilidad de fragilización por avance del proceso de envejecimiento. Actualmente existe un alto porcentaje de estos afiliados, que si bien presentan situaciones críticas, no acceden a las prestaciones sociales manteniéndose en su estado de pobreza (INSSJP, 2008).

3. PREGUNTAS PRELIMINARES

1. ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre el acceso a las prestaciones del PAMI de las personas mayores afiliadas al mismo?
2. ¿Cuáles son las Representaciones Sociales de quienes se jubilaron a través del Programa de Inclusión Previsional respecto al derecho de acceder a los servicios de PAMI?
3. ¿Cuáles son las interpretaciones de los afiliados en torno a las experiencias de acceso a las prestaciones de la Obra Social?
4. ¿Cuáles son las representaciones en torno al rol del centro de jubilados/redes sociales del barrio en el acceso de los personas mayores a los servicios de la Obra Social?

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Gran parte de las personas mayores que por definición institucional constituyen la población objetivo de los programas de asistencia social del PAMI (aquellos afiliados definidos como vulnerables) actualmente no acceden a esas prestaciones y esto se encuentra relacionado con las representaciones de los sujetos que actúan como obstáculos y/o como facilitadores vinculados a experiencias previas en el servicio de salud, la historia laboral y de cobertura social previa, el nivel de ingresos y su representación social del derecho a la salud.

También se ve influenciado por aspectos del sistema, es decir, características propias del PAMI, como la ubicación de la sede de la Obra Social, el trato brindado por los empleados y cuestiones administrativas y burocráticas entre otras. Un aspecto que se considera relevante en la utilización de los servicios que la Obra Social les brinda, es el tipo de jubilación que poseen, en relación al programa de Inclusión Previsional, es decir que aquellos jubilados que accedieron a una jubilación gracias a este programa, pero históricamente no han tenido Obra Social, son más reticentes a la hora de utilizarla. Esto puede estar relacionado con la falta de experiencia en la utilización de cualquier Obra Social, con el vínculo generado previamente con el sistema público de salud y también con la no percepción de la utilización de la Obra social como un derecho adquirido.

Al mismo tiempo, otros afiliados en aparente igualdad de condiciones, logran acceder a las prestaciones, por lo que además de los aspectos previamente enumerados, también deben influir otras cuestiones individuales en la búsqueda y utilización de los servicios sociales que brinda el Instituto.

Por otra parte, el centro de jubilados que en este caso funciona en el barrio a partir de su creación en el año 2008, muchas veces puede constituirse como un facilitador del acceso a la Obra Social, ya que genera un vínculo entre algunos miembros del centro y trabajadores del PAMI.

5. JUSTIFICACION

Como se desprende de la revisión realizada por Travassos y Martins (2004), los conceptos de accesibilidad y equidad en salud han sido ampliamente desarrollados por diferentes autores. Habitualmente se extrapola información al respecto producida en otros países con realidades diferentes a la local, aplicándolo de manera descontextualizada.

El PAMI tiene planteado como objetivo de sus políticas sociales mejorar la accesibilidad a sus prestaciones fundamentalmente para sus afiliados "más viejos" y más pobres. Más allá de lo declarativo, es probable que no haya logrado disminuir las desigualdades en el acceso, y muchas veces quienes más acceden a las prestaciones son aquellos afiliados que más recursos tienen, no sólo en términos económicos, sino todos aquellos recursos necesarios para el ejercicio de su ciudadanía y el reclamo por sus derechos. Así como también los afiliados tienen más acceso cuando poseen más tácticas para sortear las trabas administrativas que los diferentes sistemas imponen.

En el trabajo cotidiano con la comunidad y con las poblaciones más vulnerables puede percibirse esta realidad, observando que aquellos que más necesidades tienen, no obtienen respuesta a las mismas por no conocer sus derechos o por no sentirlos como derechos propios y en consecuencia no atreverse a reclamar por los mismos o no saber de que manera canalizar dichos reclamos. Pero esto queda habitualmente en el plano de las percepciones, sin ser expresado por quienes lo vivencian o quienes lo observan.

Este trabajo pretende contribuir a modo de un análisis de situación que incluya las miradas de los sujetos implicados y no solamente la institucional. Cada actor social percibe la realidad de una manera diferente, explicar la realidad en que se habita supone tener en cuenta las miradas y explicaciones de los otros actores. El concepto de situación, implica además, que no se está fuera, sino que se forma parte de ella y que por lo tanto, es imposible tener un conocimiento objetivo sobre la misma (Matus, 1992).

Este análisis servirá para reflejar aquella realidad que perciben los involucrados en la situación en estudio, y de esta manera permitir reflexionar estrategias de intervención conjuntamente, así como brindar respuestas más acordes a sus expectativas.

6. ESPACIO DE TRABAJO: BARRIO BAJO RONDEAU

La ciudad de Bahía Blanca se encuentra ubicada en el sudoeste de la Provincia de Buenos Aires. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda realizado en el año 2010, la ciudad cuenta con 301.572 habitantes, de los cuales 53.613 (17,8%) son mayores de 60 años (INDEC, 2011). Presenta en los últimos años un envejecimiento acelerado, que se encuentra por encima del 12%, en comparación con el incremento general de la ciudad que aumentó un 4,6% (Pizarro, 2006).

Bahía Blanca es la ciudad de mayor importancia a nivel regional posicionándolo como centro comercial y de servicios. Su localización así como la disponibilidad de materias primas y servicios (centros educativos en todos los niveles, centros de investigación, núcleos comerciales, centros asistenciales especializados y actividades profesionales) han posibilitado su crecimiento económico. El Puerto de Bahía Blanca constituye el principal punto de salida de las producciones agropecuarias de toda la región, lo que le brinda a la ciudad la posibilidad de vincularse con los mercados internacionales. El puerto exporta también petróleo y sus derivados. Esto ha generado la instalación de grandes empresas vinculadas a la actividad petroquímica, agroindustrial y de refinerías de petróleo, configurando el Polo Petroquímico Bahía Blanca, que constituye el principal núcleo industrial de la región (Schroeder, 2010; Municipalidad de Bahía Blanca, 2010).

El barrio Bajo Rondeau está ubicado en la Delegación Noroeste, situada en el sudoeste de la ciudad. En cuanto a su delimitación se presenta un problema, ya que no tiene un reconocimiento oficial como barrio organizado, es por ello que no se lo puede identificar a nivel catastral. Inicialmente se lo identifica con un asentamiento, que luego fue incorporado al Programa Arraigo en los años '90, a partir de la aplicación de la Ley 24.146 (Formiga y Marengo, 2000).

Inicialmente se seleccionó para trabajar un sector de dicho barrio limitado por las calles Ricchieri, Pampa Central, Avenida Colón y Charlone, considerado el sector de influencia del Centro de Jubilados (Figura 1). Luego el centro de jubilados se mudó en dos

ocasiones, desplazando el área de referencia del mismo. Esto se vio reflejado en las entrevistas, ya que los entrevistados indicaban vecinos de un área mayor a la seleccionada inicialmente. Se seleccionó este sector por haber sido partícipes en la conformación del centro de jubilados que funciona en el mismo, esto implicó la generación de un vínculo con algunos de los jubilados del barrio que podría facilitar la entrada al campo. Por otro lado, al tratarse de un centro de jubilados de reciente creación podría permitir evaluar mejor el rol del mismo en el acceso a las prestaciones del PAMI, aspecto planteado en la hipótesis de trabajo, dado que permitiría observar las posibles diferencias entre la situación previa y la posterior a su creación.

Figura 1: Espacio de trabajo, sector del Barrio Bajo Rondeau, Bahía Blanca. Año 2013



Fuente: Elaboración propia

Según el censo de 2010, en este sector habitan en total 6.913 personas, de las cuales el 10,2% (706 habitantes) corresponde a personas mayores de 60 años. En este grupo etario la distribución por sexo es relativamente homogénea, está constituida por mujeres en un 52,9% (INDEC, 2010).

Este bajo porcentaje de personas mayores en el barrio en relación con el de la ciudad, responde a una distribución espacial que se corresponde a un patrón típico urbano, donde la mayor concentración de personas mayores se encuentra en las áreas centrales y disminuye progresivamente a medida que se analiza del centro a la periferia. Por lo general en la periferia predominan los barrios y asentamientos carenciados donde habitan fundamentalmente parejas jóvenes y niños (Prieto y Formiga, 2009)

En cuanto a la situación laboral, en el 2010 un total de 3345 personas se encontraban trabajando, lo que constituye un 48,4% del total de la población del sector. (INDEC, 2010).

Dentro de la categoría de trabajador por cuenta propia, una forma de empleo frecuente en el barrio, es el de recolectores informales de residuos. Esto le imprime al barrio una imagen particular que lo caracteriza y lo distingue de los demás barrios, ya que el material de trabajo es acumulado y separado en los patios de las casas y luego eliminados en los terrenos desocupados. Además es fuente de conflictos entre los vecinos, ya que quienes no se dedican a esto, se quejan de la falta de higiene que esta actividad causa en el barrio (Departamento de Geografía UNS, comunicación personal, 16 agosto de 2010).

7. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

7.1 Acceso y Accesibilidad

El concepto de accesibilidad comienza a ser utilizado por quienes investigaban sobre los servicios de salud por los años 1960, en pleno desarrollo de la Salud Pública, en el auge de la Planificación como herramienta para el diseño de sistemas de salud. Es un momento histórico donde se da un lugar preponderante al desarrollo de instrumentos técnicos dentro la Salud Pública (Comes, 2003). En consistencia con esto, Hamilton refiere que la generación de planificadores de la década del 60 creyó poder transformar la salud y la realidad a través de métodos. Agrega Testa, en su autocrítica, que la línea teórica desarrollada por entonces era la aplicación de modelos matemáticos para la planificación en salud (Testa, 2006). Se define entonces a la planificación desde un punto de vista absolutamente técnico, describiéndola como una característica dada a priori, sin precisar el significado otorgado al concepto de accesibilidad. De esto, puede deducirse dos posibilidades o se encuentra naturalizado o existe un acuerdo básico entre los actores (Solitario et al., 2006; Comes, 2003; Comes et al., 2004). Nuevamente surge el interés por la cuestión del acceso en la última década, caracterizada por crisis económica, encontrando barreras a los usuarios y también estrategias para superar las mismas (Araújo Assis & Abreu de Jesus, 2012).

Andersen plantea que el acceso ha sido parte enunciativa de las políticas de salud, pero que esto no se ha reflejado en ideas operativas. Durante algún tiempo formó parte de manera explícita o implícita de las metas de las políticas de salud, pero pocos esfuerzos se encaminaron a formular un concepto sistemático o una definición empírica de acceso que permita monitorear en la práctica el cumplimiento de dichas metas. Es a partir de la década del '70 cuando empiezan a realizarse esfuerzos por definir a la accesibilidad (Aday & Andersen 1974).

Como se desprende de la revisión realizada por Travassos & Martins (2004), los conceptos de acceso y accesibilidad están ampliamente difundidos en la literatura médica, considerados de gran importancia para la elaboración de las políticas de salud, constituyen

dos de los conceptos más ampliamente utilizados en referencia a los servicios de salud, y debe ser uno de los aspectos evaluados cuando se pretende analizar la relación entre los usuarios y el sistema de salud (Travassos & Martins, 2004; Starfield, 2002).

Mejorar el acceso a los servicios ha sido en la mayoría de los países, una de las metas de las políticas de salud de los últimos años (Andersen et. al., 1983). Las dimensiones de análisis del acceso son múltiples y de carácter social, económico y cultural, por lo que se constituyen como "norteadores" en la construcción de políticas públicas (Araújo Assis & Abreu de Jesus, 2012).

Sin embargo, muchas veces estos términos son utilizados con diferentes significados e incluso de manera ambigua. Así, como se observa en los párrafos previos, algunos autores utilizan preferentemente el término acceso como el acto de ingresar, mientras que otros usan el sustantivo accesibilidad como cualidad de accesible (Travassos & Martins, 2004; Starfield, 2002). También lo encontramos en la literatura relacionado únicamente con las características del individuo y de la población, o solo con las características del sistema de salud, mientras que otros autores consideran que debe evaluarse el acceso mediante indicadores del paso del sujeto a través del sistema, es decir que consideran la relación que se establece entre las características del sujeto y las del sistema (Aday & Andersen, 1974; Andersen et. al., 1983). La multiplicidad de abordajes de análisis sobre el acceso a los servicios de salud son una muestra de la pluralidad y complejidad del tema (Araújo Assis & Abreu de Jesus, 2012).

Luego de la revisión de las propuestas planteadas por los diferentes autores presentados, puede observarse que el concepto de accesibilidad ha sufrido a lo largo de los años, modificaciones en su definición. Así, los primeros desarrollos teóricos tenían un enfoque fragmentado, haciendo hincapié únicamente en características de la demanda o únicamente en características de la oferta, colocando la responsabilidad en lograr el acceso en esas características.

Travassos & Martins (2004) en su revisión citan a Donabedian (1973) quien en sus primeras publicaciones define la accesibilidad como "uno de los aspectos de la oferta de servicios relativo a la capacidad de producir servicios y de responder a las necesidades de salud de una población determinada". Se refiere entonces a las características de los servicios

de salud que actúan favoreciendo o dificultando su uso por los posibles usuarios. Basado en esta definición, este autor considera que la accesibilidad constituye un aspecto de la oferta importante para explicar las diferencias en el uso de los servicios por diferentes grupos poblacionales. Así, identifica dos dimensiones: la socio-organizacional y la geográfica. Dentro de la primera dimensión, este autor incluye las características de la oferta de servicios que pueden influir en la capacidad de uso de los mismos por los usuarios. La dimensión geográfica se refiere a la relación espacial entre los servicios y los individuos (medida en distancia o en tiempo empleado para llegar). A pesar de que no tiene en cuenta las características personales de los sujetos en su definición, como aspectos culturales, psicológicos, económicos, etc., considera que la accesibilidad es una mediadora entre los sujetos y los servicios, por lo que comienza a esbozar el carácter relacional de la misma. Tampoco considera las cuestiones relativas a la percepción de la necesidad y a la búsqueda de atención (Travassos & Martins, 2004). Este autor es uno de los más reconocidos en el desarrollo teórico del tema de la accesibilidad y uno de los más citados en los estudios que evalúan este tema. Sin embargo, su desarrollo es parcial, ya que solo considera dos dimensiones de la accesibilidad y por lo tanto excluye muchos aspectos que influyen en la misma.

Por su parte, Aday & Andersen (1974) definen el acceso como "la disponibilidad de servicios cada vez y donde sea que el paciente lo necesita, y donde la puerta de entrada al sistema está bien definida". En la literatura y los estudios sobre el acceso, una de las propuestas más ampliamente desplegada y utilizada en las investigaciones es la desarrollada por ambos autores. Inicialmente el modelo desarrollado por Andersen en los años 1960, sugiere que los principales determinantes del uso de los servicios son los factores propios del individuo y de la población (su predisposición para usar los servicios, factores que permiten o impiden su uso y la necesidad de cuidados), era el denominado por los autores como "Modelo comportamental". Las principales críticas que recibió este modelo giraban en torno a la poca relevancia que el mismo daba a las redes y a las interacciones sociales, así como también a las creencias en salud de los sujetos. Cuando se ha aplicado este modelo se ha enfatizado sobre la necesidad de cuidado en detrimento de las creencias en salud y la estructura social, por lo que

sugieren que debería incluirse en la evaluación del acceso la manera en que la gente ve su propia salud y estatus funcional, tanto como la forma en que cada individuo experimenta los síntomas de enfermedad, el dolor y preocupaciones sobre su salud y si juzgan o no sus problemas como de magnitud e importancia suficiente como para buscar asistencia médica. Luego y en base a las críticas recibidas y a las experiencias de investigación sobre el tema, desarrolla en los años 1970 una segunda fase donde incluyen en el modelo de manera explícita a las características del Sistema de Salud (políticas de salud, recursos disponibles y organización de esos recursos), reconociendo la importancia que las mismas tienen en la determinación del uso de los servicios de salud por la población. Además incorpora un tercer elemento, que es la evaluación explícita de los resultados, fundamentalmente a través de la satisfacción del usuario. Por último, en una tercera etapa del desarrollo del modelo, en los años 1980-1990, se reconoce que teóricamente los servicios de salud tienen implicancia en el mantenimiento o en la mejoría del estado de salud de la población, tanto de la salud percibida como la evaluada. Se incorpora al ambiente externo (físico, político y económico) entre los determinantes, reconoce también que las prácticas personales de salud como los hábitos y las conductas, el autocuidado interactúan con los servicios para influir en los resultados. Este modelo en una cuarta fase reconoce además las múltiples influencias entre estos factores, enfatiza el carácter dinámico de los determinantes y las relaciones de retroalimentación entre ellas, dado que los resultados en ocasiones pueden afectar subsecuentemente los factores predisponentes y la necesidad percibida de atención, tanto como las conductas en salud (Aday & Andersen, 1974; Andersen et. al., 1983; Andersen, 1995). En el desarrollo conceptual propuesto por estos autores, podemos observar los cambios que ha tenido el concepto de accesibilidad a lo largo del tiempo. Se trata de variaciones en un mismo modelo que comienzan con un enfoque centrado fundamentalmente en los sujetos que buscan atención, que podría derivar en una culpabilización de quienes no logran acceder ya que en ese modelo la responsabilidad parece recaer en los usuarios. Al respecto, el autor aclara que el objetivo del modelo fue descubrir las condiciones tanto que faciliten como que impidan la utilización de servicios, fue en la aplicación del mismo en las investigaciones, donde se priorizaron los aspectos del sujeto como determinantes. Luego, reconoce la importancia de la organización de

los servicios en el acceso, dado que no es suficiente conocer si la población tiene o no un servicio de salud disponible, sino que entender la manera en que ese servicio se organiza podría aumentar la capacidad para explicar y predecir el uso. Así fueron agregándose componentes al modelo de manera que cada vez más va reflejando el carácter multidimensional del acceso.

Las teorías siguientes, como la propuesta por la OMS en la Conferencia de Alma Ata, los modelos planteados por Giovanelli & Fleury (1995) y Starfield (2001, 2002) comienzan a tener en cuenta ambos aspectos simultáneamente, considerando como determinantes del acceso tanto a las características de la demanda como de la oferta, entendiendo que tanto las características de la demanda como de la oferta interactúan en la construcción de la accesibilidad.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud realizada en Alma Ata en 1978, introduce también la cuestión de la accesibilidad. La finalidad de la Atención Primaria de la Salud es aportar al total de la población la asistencia de salud fundamental. Para ello plantea la accesibilidad como uno de sus principios, y la definen como "suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional" (Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud Alma Ata, pp. 67-68). Agrega además que la asistencia debe ser aceptada por cada población y adecuada en contenido y cantidad. Las categorías de la accesibilidad son definidas de la siguiente manera:

- Accesibilidad geográfica: que la distancia al servicio de salud, el tiempo necesario para llegar y los medios de transporte disponibles sean aceptables para la población.
- Accesibilidad financiera: implica que, independientemente de la forma de pago utilizada, los costos de los servicios estén al alcance económico de la comunidad y el país.
- Accesibilidad cultural: los procedimientos y métodos aplicados deben ser adecuados a las normas culturales de cada comunidad.
- Accesibilidad funcional: significa la prestación permanente de asistencia sanitaria apropiada para quienes la necesiten, en el momento que la necesiten.

La declaración se refiere también a la forma en que se debe evaluar la accesibilidad, detallando que debe medirse tanto el grado de utilización de los servicios por la comunidad como el grado en que esos servicios consiguen resolver los problemas más complicados y brindar atención a las personas que requieran mayor complejidad en todos los niveles de atención. Por último, hace mención a que la definición de accesibilidad estará culturalmente determinada y por ende, las formas de evaluarla también variarán de una sociedad a otra (OMS, 1978).

Frenk (1985), citado por Travassos & Martins (2004), también desarrolla el concepto de accesibilidad a partir de la teoría propuesta por Donabedian con dos aportes: en primer lugar sistematiza el flujo de eventos entre la necesidad percibida por el usuario hasta la obtención de la atención necesaria, y la crítica hacia la limitación del abordaje de la accesibilidad a las etapas de búsqueda y entrada a los servicios, dejando afuera los determinantes de la necesidad, el deseo de obtener o no cuidados y la continuidad de los cuidados una vez lograda la entrada, quedan excluidas del abordaje de la accesibilidad. Frenk define a la accesibilidad como la relación funcional entre la "resistencia" determinada por un conjunto de obstáculos para buscar y conseguir los cuidados y el "poder de utilización" que implica las capacidades de la población para sortear tales obstáculos. La resistencia incluye aspectos financieros, ecológicos y organizacionales. Mientras que el poder de utilización incluye el poder de tiempo o transporte, poder económico y poder de hacer frente a la organización. Lo primordial de esta propuesta teórica es que la accesibilidad está determinada por la relación entre estos dos componentes, y ninguno de ellos podría definir aisladamente el grado de accesibilidad de la población (Travassos y Martins, 2004). Del desarrollo propuesto por este autor, es interesante la inclusión explícita que realiza sobre la percepción de necesidad de asistencia por parte de los sujetos, del deseo de obtener o no cuidados y además considerar no solo el acceso, sino la posibilidad de obtener continuidad en los cuidados luego de haber conseguido la entrada efectiva al sistema.

El acceso es la categoría central para el análisis de la relación entre usuarios y servicios de salud. Giovanelli y Fleury, desarrollan cuatro modelos teóricos para evaluar el acceso a partir de la revisión del conjunto de estudios que categorizan el acceso y analizan las

condiciones de accesibilidad. Dentro de los estudios revisados, las autoras expresan que el desarrollo conceptual planteado por Frenk es de los más utilizados. Adoptan cuatro dimensiones teóricas como abordaje teórico: política, económica, técnica y simbólica. Desde allí desarrollan cuatro modelos teóricos, que brindarían información sobre la selección de las variables de estudio y la articulación entre ellas, como un intento de lograr mayor coherencia entre el marco teórico de referencia y la definición conceptual utilizada (Giovannelli & Fleury, 1995; Araújo Assis, Scatena Villa & Alves do Nascimento, 2003).

- Modelo Economicista: procura evaluar los patrones de consumo de los individuos, estudiando la relación entre oferta y demanda.
- Modelos Sanitarista Planificador: caracteriza al acceso por la posibilidad de consumo garantizada a través de la distribución planificada de recursos de la red de servicios. Este es un modelo tecnicista, que constituye más un objetivo que una realidad a ser evaluada. En él, el acceso depende de la acción del Estado, de su planificación, localización adecuada de los servicios, disponibilidad y articulación de los servicios de manera funcional y acorde a la demanda.
- Modelo Sanitarista Politicista: su concepto clave es la "conciencia sanitaria" a través de la cual los usuarios comprenden a la salud como un derecho. La conciencia sanitaria implica un componente cognitivo que permite que la población entienda los determinantes sociales del proceso salud enfermedad así como de los factores que determinan la organización social de la asistencia. En este caso el acceso es visto no como una entrada a un sistema preexistente si no como la construcción del sistema por la participación ciudadana.
- Modelo de las Representaciones Sociales: la realidad es una construcción simbólica y subjetiva que no existe por fuera de los sujetos colectivos e históricos. De esta manera, se aparta de la visión positivista de atención a la salud, dado que no reconoce la autonomía de aquello que es exterior al registro simbólico, lo real se constituye como real a través de la actividad simbólica, así obtiene significado compartido por la comunidad. Citando a Minayo (1992) las autoras explican que las representaciones sociales expresan la visión del mundo en un determinado momento y cada grupo social

hace de esa visión una representación particular que acarrearán el dinamismo y los intereses propios de ese grupo. El estudio de las representaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad-atención requiere considerar como un todo las representaciones sobre la atención y sobre el sistema de salud.

Por último, se debe considerar que las lógicas que rigen a los planificadores y a los usuarios de los servicios son diferentes, como también son diferentes sus representaciones sobre la accesibilidad. Por esto, muchas veces la planificación y organización de los servicios no responde a las expectativas y necesidades de los usuarios, quienes desconocen los aspectos técnicos priorizados por los planificadores, y evalúan otras características de los servicios no tenidas en cuenta por los mismos (Giovanelli & Fleury, 1995)

Starfield (2001, 2002) es un ejemplo de los autores que utilizan ambos términos accesibilidad y acceso, otorgándoles un significado diferente a cada uno de ellos. De este modo, ella propone las siguientes definiciones:

Accesibilidad: aspectos de la estructura de los servicios de salud o instalaciones de salud que refuerzan la capacidad de las personas de lograr la atención necesaria.

Acceso: percepciones y experiencias de las personas que facilitan el ingreso al sistema, es la forma en que cada persona experimenta esas características del sistema de salud (Starfield, 2002, pp. 226; 2001, pp.452).

La accesibilidad puede ser medida tanto del punto de vista de la población, como del punto de vista de los servicios de salud (Starfield, 2002).

Sánchez & Ciconelli (2012) manifiestan que a lo largo del tiempo el concepto de acceso fue variando, incorporando aspectos cada vez menos tangibles del sistema de salud y de la población. Las principales características del acceso pueden resumirse según las autoras en cuatro dimensiones: disponibilidad, capacidad de pago, información y aceptabilidad. Describiéndolas de la siguiente manera:

- Disponibilidad: representación de la existencia o no de servicios de salud en el lugar adecuado y en el momento en que son necesarios. Esta dimensión engloba aspectos geográficos, de transporte, organizacionales y cuestiones propias de los servicios. Está relacionada principalmente con la entrada al sistema de salud.

- Capacidad de pago: se refiere a la relación los costos de los servicios y la posibilidad de los sujetos de afrontar los mismos. Incluye todos los gastos que puedan desprenderse de una consulta (honorarios, medicamentos, transporte, exámenes complementarios, etc.) y también costos indirectos derivados de la pérdida laboral por ese día de consulta.
- Información: dimensión fundamental para la comprensión de todas las demás dimensiones, la información adecuada resulta de una buena comunicación entre el sistema de salud y los sujetos, y se relaciona con la toma de decisiones. La información puede generar una brecha entre la oportunidad de utilización y la utilización real de los servicios.
- Aceptabilidad: abarca la naturaleza de los servicios prestados y como los sujetos perciben dichos servicios. Forman parte de la aceptabilidad la relación entre las actitudes de los profesionales y de los individuos y la interacción entre las expectativas de los profesionales y las expectativas de los pacientes, el respeto mutuo es un punto clave de la aceptabilidad.

El desarrollo de estas autoras aporta también a la relación entre acceso y representaciones sociales fundamentalmente en la dimensión Aceptabilidad. Por un lado, la percepción individual sobre el proceso salud-enfermedad determinada en parte por su subjetividad y por el contexto en el que viven, influye sobre los criterio de elección en relación a la salud, es decir afectarán sobre sus preferencias individuales a la hora de buscar o no atención. Por otro lado, el concepto de acceso al igual que el de salud, es una construcción cultural, en la aceptabilidad de los servicios influenciarán aspectos culturales, educacionales y comportamentales, por todo esto, no todas las barreras de accesibilidad serán percibidas de igual manera por todos los sujetos, aunque objetivamente sean iguales (Sánchez & Ciconelli, 2012).

El concepto de accesibilidad, ha sido objeto de críticas, surgidas principalmente desde los enfoques filosóficos, sociológicos y geográficos, interesados en la relación entre la tecnología y los comportamientos sociales, específicamente en lo referente a la dimensión espacial de las estructuras sociales (Cerdeira Troncoso & Marmolejo Duarte, 2004). En el campo

de la salud se ha planteado que a pesar de los diversos desarrollos teóricos, en cuanto al concepto de accesibilidad prevalece la idea de que constituye una dimensión de los sistemas de salud, como una condición asociada a la oferta (Travassos & Martins; 2004).

El abordaje territorial intenta constituirse como un concepto superador del de accesibilidad, ya que apunta a comprender los procesos de salud-enfermedad-atención de manera contextualizada y particularizada, sin intentar homogeneizar los comportamientos. Las críticas al concepto de accesibilidad surgen en dos sentidos, en primer lugar por su tendencia a centralizar la mirada en los servicios de salud y en segundo lugar, por intentar analizarlo a través de dimensiones estancas, aplicando siempre las mismas dimensiones independientemente de los contextos y las particularidades locales. De esta manera, se plantea que no logran reflejar la naturaleza compleja, dinámica y multidimensional del acceso y utilización de servicios de salud.

Los territorios constituyen áreas relativamente homogéneas, ocupadas por grupos sociales que también son relativamente homogéneos. Cada territorio tiene además un equipamiento estructural y de servicios que les es común a los habitantes del mismo. Todo esto condiciona los perfiles de salud de la población que allí reside, así como también los modos de atención de sus padecimientos. Es decir que, al observar las prácticas en salud de una determinada población, no podemos perder de vista el territorio en que ocurren, ya que este condicionará dichas prácticas (Blanco Gil & López Arellano, 2007).

En este contexto, en el campo de la geografía, Cerda Troncoso & Marmolejo Duarte (2004) plantean una nueva dimensión de acceso, denominada funcionalidad territorial, la cual se refiere a cómo los habitantes utilizan la ciudad para satisfacer sus necesidades. La funcionalidad del territorio intenta explicar cómo funciona la ciudad en el contexto de relaciones espacialmente localizadas, considerando, a diferencia de las aproximaciones tradicionales del concepto de accesibilidad, la forma en cómo la población desea y está dispuesta a emplear su tiempo de viaje y elegir sus destinos (Cerda Troncoso & Marmolejo Duarte, 2004). Esta nueva conceptualización de la accesibilidad está muy centrada en la geografía, además plantean la funcionalidad territorial como una dimensión más del concepto

de accesibilidad. De todos modos admiten que no ha sido en la práctica superado el paradigma dominante focalizado en lo espacial.

Traemos el concepto de territorio a discusión porque debe existir una relación biunívoca entre salud y territorio. La salud como la educación, son prácticas sociales centrales para entender los objetos y las acciones que constituyen el territorio. Las características del territorio se reflejan en el modo como se produce la salud, por eso debe considerarse también en la evaluación del acceso y de la utilización de los servicios de salud (D'ávila et al., 2008; Silveira, 2008). El abordaje del territorio usado contribuye a los análisis en salud, en especial a la atención básica, para comprender al proceso salud enfermedad de manera contextualizada (Monken et. al., 2008)

Plantean Monken et. al., (2008) que comprender el uso del territorio, con la identificación y localización de los objetos, los usos que la población hace y las acciones que en él ocurren, podrían revelar contextos vulnerables que contribuyan en el proceso de toma de decisiones. El abordaje territorial pareciera implicar un concepto superador del de accesibilidad, entendiendo que permitiría aprehender los procesos que ocurren en una comunidad de manera contextualizada y particularizada, sin intentar homogeneizar los comportamientos. Más allá de esto, no se encuentran en la bibliografía estudios que trabajen con estos conceptos o abordajes de manera relacionada, es decir no se evalúan los procesos de búsqueda y obtención de cuidados de la salud desde la óptica territorial. Por todo esto, parecería que la cuestión del territorio permanece aún en el campo de la teoría, pero sin propuestas operativas para su aplicación.

En este estudio, se utilizará el término acceso en función de lo definido por Starfield, como las percepciones y experiencias de las personas sobre el sistema de salud que facilitan el ingreso al sistema, es decir, es la forma en que cada persona experimenta las características del sistema de salud (Starfield; 2002, 2001).

Se considera al acceso como la relación entre los servicios de salud y los sujetos que necesitan y/o buscan asistencia. Esta relación será abordada desde el punto de vista de los usuarios del sistema. De esta manera se intenta implicar en la definición los discursos, prácticas, significaciones y representaciones de la población afiliada al PAMI que reside en el

espacio de la investigación, para ver cómo los mismos influyen en la "construcción" del acceso.

7.2 Representaciones sociales

Durkheim fue el primero en utilizar el concepto de representación colectiva acorde a como se lo conoce hoy. Entendía a las representaciones colectivas como el conjunto de ideas, saberes y sentimientos procedentes de la estructura social más amplia, que los sujetos absorben, combinan y representan para promover la cooperación. Las representaciones colectivas trascienden a las representaciones individuales. En el esquema planteado por Durkheim los individuos actúan como determinados por las representaciones colectivas, se limitan a incorporar y reproducir percepciones, valores y esquemas de clasificación que provienen de esa realidad social más amplia (Queiroz, 2000).

Moscovici (1961) citado por Farr (2011) fue quien dio mayor difusión a la teoría de las representaciones sociales, en primer lugar distinguiéndolas de la concepción de Durkheim (1898) quien hablaba de representaciones colectivas. Moscovici halla que la teoría de Durkheim era más adecuada para sociedades menos complejas, mientras que su teoría es adecuada para sociedades modernas, caracterizados por el pluralismo y por la rapidez en que ocurren los cambios económicos, políticos y culturales (Farr, 2011).

Al igual que teóricos anteriores, Moscovici plantea que el objeto de estudio cuando se habla de representaciones sociales, están constituidos por el lenguaje, la religión, los mitos, las costumbres y la ciencia, fuente fecunda de representaciones en la actualidad (Farr, 2011). Aún siendo fuertemente influenciado por Durkheim, Moscovici plantea una concepción en la que el sujeto es activo, se constituye en un actor que modifica y crea nuevas reglas y roles sociales. Propone así una perspectiva más dinámica y menos totalitaria (Queiroz, 2000).

Mauss (1979) dice que la sociedad se expresa simbólicamente a través del lenguaje, el arte, la religión, las reglas familiares y de las relaciones económicas y políticas. El objeto de las ciencias sociales son tanto la cosa o el hecho en sí mismo, como la representación de ellos, con el cuidado de no reducir la realidad a la representación de la misma (Minayo, 2011).

Schutz (1982) desde la fenomenología, propone una realidad construida en la percepción consciente de cada individuo, dichas percepciones son generadas con base en la estructura social compartida, es decir como un producto de la sociedad y de la cultura (Queiroz, 2000). Se refiere al sentido común para hablar de las representaciones sociales, los conocimientos del sentido común provienen de la interpretación de los hechos cotidianos, de tal manera la existencia cotidiana está dotada de significados que constituyen el objeto de las ciencias sociales. Busca comprender los presupuestos de las estructuras significativas de la cotidianidad, para él la comprensión del mundo se da a través de un stock de conocimientos personales y de los otros que interpreta como parte del sentido común. Distingue los términos de experiencia y vivencia (Minayo, 2011). En este abordaje se considera al actor social como un agente que interpreta el mundo con actitud e intenciones, por lo tanto que tiene un proyecto de acción. El mundo social se concibe como en permanente construcción, que solo posee existencia en la consciencia de los individuos (Queiroz, 2000).

Según Gramsci (1981) el sentido común es materia prima de las representaciones sociales, critica la idea racionalista que lo asocia a la ignorancia de las masas y le atribuye un potencial transformador (Minayo, 2011).

Tanto en su origen como en sus funciones, las representaciones sociales pueden abordarse desde tres esferas: la de la subjetividad, la de la intersubjetividad y la de la trans-subjetividad. La esfera de la subjetividad hace referencia a procesos propios del individuo, a través de los cuales se apropia de y crea representaciones. Esos procesos pueden ser cognitivos y emocionales, y pueden depender de las experiencias. Abordar el nivel individual permite conocer los significados que los sujetos dan a un determinado objeto. La esfera de la intersubjetividad se refiere a las representaciones elaboradas en la interacción entre sujetos, fundamentalmente a través de la comunicación verbal directa. La esfera de la trans-subjetividad contiene elementos que atraviesan el nivel subjetivo y el intersubjetivo, incluye todo lo que es común para los miembros de un colectivo, se refiere al espacio social y público (Jodelet, 2008). La esfera pública es el espacio de alteridad, donde los actores conviven con otros actores e interactúan entre ellos fundamentalmente a través del diálogo y de la acción, a

través de las acciones de los sujetos en el espacio público, la comunidad desarrolla saberes sobre sí misma, es decir representaciones sociales (Jovchelovitch, 2011).

El análisis de las representaciones sociales debe pasar del nivel individual a analizar la sociedad como un todo, que es más que la suma de individualidades. Debe centrarse en procesos de comunicación y vida, que las generan y les dan una estructura particular. Esos procesos son denominados por la autora como Procesos de mediación social, procesos que buscan el sentido y el significado de la existencia humana. Por ejemplo: la comunicación es una mediación social entre un mundo de perspectivas diferentes, el trabajo es una mediación social entre las necesidades y los aspectos materiales, etc. Las mediaciones sociales generan representaciones sociales y éstas también se convierten en mediaciones sociales, de esta manera expresan el espacio del sujeto en su relación con los otros, su lucha para interpretar y construir el mundo. En tanto mediaciones, las representaciones pueden constituir una herramienta que desarrollan los actores sociales para enfrentar la diversidad y los movimientos del mundo. Son así, un espacio de fabricación común, donde cada sujeto va más allá de la propia individualidad para pasar al espacio de la esfera pública, el espacio de la vida en común. Esto se relaciona con la idea de Moscovici, de la teoría de las representaciones sociales en un mundo moderno y cambiante (Jovchelovitch, 2011).

El anclaje y la objetivación son formas en que las representaciones sociales establecen mediaciones (Jovchelovitch, 2011). El proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas (es una concretización de lo abstracto). Por medio de este proceso, lo invisible se convierte en perceptible, opera a través de una transformación simbólica e imaginaria que permite reducir la incertidumbre ante los objetos desconocidos. El proceso de anclaje permite transformar lo que es extraño en familiar, permite incorporar lo desconocido en una red de categorías y significaciones por medio de dos modalidades: a través de la inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente o a través de la instrumentalización social del objeto representado o sea la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión (Araya Umaña, 2002).

Las representaciones sociales se exteriorizan a través de hablas, actitudes y conductas que se institucionalizan y se convierten en rutinarias, por eso se constituye como un aspecto central en las investigaciones cualitativas. No siempre son conscientes, ya que constituyen la naturalización de modos de hacer, de pensar y de sentir habituales, que se reproducen y se modifican a partir de las relaciones colectivas y de grupo. Cada grupo social elabora sus representaciones a partir de su posición en la sociedad (Minayo, 2009).

Las representaciones sociales, según Jodelet (2008) constituyen modos de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. Del mismo modo, Minayo refiere que las representaciones sociales constituyen una expresión filosófica que significa la "reproducción de una percepción anterior de la realidad retenida en la memoria o del contenido del pensamiento" (Minayo, 2009, pp. 182). Son categorías de pensamiento, de acción y de sentimiento que expresan la realidad, sirven para explicarla, justificarla o incluso cuestionarla. Dichas percepciones son al mismo tiempo, parte de la construcción de la realidad (Minayo, 2009; Minayo, 2011).

La forma en que se expresan las Representaciones Sociales es a través del lenguaje del sentido común constituye la mejor manera para comprenderlas. El sentido común traduce un pensamiento fragmentario, limitados a algunos aspectos de la experiencia y muchas veces contradictoria, asimismo posee cierta claridad y nitidez en relación con la realidad. El sentido común es producto de las vivencias de las contradicciones que atraviesan diariamente a las clases sociales, su expresión permite el entendimiento entre pares, entre opuestos y con las instituciones. Es con el sentido común que los actores sociales se mueven, construyen su vida, explican la realidad a partir de sus conocimientos. El sentido común es un sistema empírico de representaciones sociales observables, a través de las cuales se deja ver la naturaleza contradictoria de la organización donde los actores sociales viven y se expresan (Minayo, 2009).

7.2.1 Representaciones sociales de salud-enfermedad

En cuanto a la salud, la enfermedad y la muerte, más allá de su aspecto biológico y objetivo, también constituyen una realidad construida por los sujetos. Su vivencia por parte de los sujetos y los grupos sociales está ligada a las características de la sociedad. Cada sociedad construye un discurso sobre la salud y la enfermedad que tiene que ver con su visión del mundo y su organización social, de esta manera crean sus explicaciones particulares sobre el proceso salud, enfermedad y muerte. La enfermedad puede ser definida en términos sociales de varias maneras, en primer lugar porque cada sociedad reconoce enfermedades específicas, en segundo lugar porque la enfermedad constituye un estado con muchas implicancias sociales, es decir estar sano o estar enfermo son condiciones socialmente muy distintas. En todas partes la enfermedad es indeseable, y al declarar a alguien sano o enfermo implican un juicio de valor (Minayo, 2009; Adam & Herzlich, 2001).

Al mismo tiempo, la categoría salud-enfermedad es una suerte de ventana a través de la cual se puede comprender las acciones humanas, las relaciones entre los individuos y sociedad, las instituciones y sus mecanismos de dirección y control. La interpretación colectiva de la enfermedad se expresa en términos que envuelven a la sociedad, con sus reglas y la visión que se tiene de la sociedad, es decir que la concepción de la dolencia manifiesta la relación con el orden social. A través de las representaciones se revela la concepción que tienen del mundo. A partir de la experiencia de vivir, de enfermar y de morir, los sujetos hablan de sí mismos, de lo que los rodea, de lo que los afecta, los amenaza, de sus condiciones de vida, también revelan sus formas de pensar las instituciones, la organización social, de las estructuras políticas, culturales y económicas (Minayo, 2009; Adam & Herzlich, 2001).

Trabajar con representaciones sociales sobre salud y enfermedad, permite al investigador, entender el sentido que los sujetos de investigación dan a estar sano o estar enfermo, comprender los modelos sociales de salud enfermedad de esos actores, a partir de la relación de sus dichos con el contexto de tiempo y espacio en donde son producidos es decir, dotándolos de historicidad y reconstruir la lógica por la cual esas representaciones sociales

fueron construidas y socializadas a lo largo del tiempo (Cardoso & Gomes, 2000). Por otra parte, trabajar en la actualidad sobre representaciones sociales en el campo de la salud-enfermedad requiere también incluir las representaciones sobre la atención médica y el sistema como un todo, porque esto influirá muchas veces en la decisión de consultar a los servicios de atención médica, o formas alternativas de atención o en la decisión de no consultar (Giovanelli & Fleury, 1995).

El lenguaje utilizado para expresarse respecto de la salud y la enfermedad, tanto para interpretar las causas, sus manifestaciones y consecuencias, no es un lenguaje del cuerpo sino que es un lenguaje del individuo en relación con la sociedad. La dolencia muestra una relación conflictiva con lo social. De esta manera, las personas elaboran una teoría causal y van constituyendo Modelos Explicativos de la enfermedad (Adam & Herzlich, 2001). Esos modelos explicativos, si bien son manifestados por el sujeto, a nivel individual, están enraizados en la cultura (Cardoso & Gomes, 2000).

8. ESTADO DEL ARTE

8.1 Acceso y Accesibilidad

En la revisión sobre los conceptos de acceso y utilización de los servicios, llevada a cabo por Travassos y Martins (2004) citan también a Penchansky & Thomas (1981), quienes utilizan el término acceso con foco en el grado de ajuste entre los usuarios y los servicios. Se basan en la teoría de Donabedian pero amplían su definición incorporando la relación entre la oferta de servicios y los individuos. Distinguen como componentes del acceso las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, acogimiento, capacidad de compra y aceptabilidad (Travassos & Martins, 2004).

Existen en la literatura científica múltiples estudios realizados sobre accesibilidad y acceso. En la revisión bibliográfica realizada, la mayoría de los trabajos encontrados utilizan metodología cuantitativa para evaluar las dimensiones del acceso. Según una revisión realizada por Ruiz-Rodríguez & Valdez Santiago (2008) sobre los estudios publicados entre 1996 y 2006 sobre utilización de servicios de salud, encontraron que solo 3 estudios utilizan metodología cualitativa para aproximarse al objeto de estudio, mientras que el 91,2% de los estudios lo abordaron con metodología cuantitativa. Las variables encontradas en los estudios cuantitativos pueden dividirse en tres grupos: las del individuo (sexo, educación, estado de salud, etc.), las del sistema de salud (disponibilidad de recursos, tiempo de espera para obtener turno, tiempo de espera en consultorio, etc.) y las del contexto (familia, políticas, dinámica de mercados, normas de la sociedad, entre otras). Mientras que en los estudios cualitativos las categorías identificadas surgen directamente del análisis del relato de los sujetos de investigación (Ruiz-Rodríguez & Valdez Santiago, 2008).

En la revisión bibliográfica que presentamos se seleccionaron aquellos estudios que utilizan metodología cualitativa, por ser acorde a la metodología propuesta en este estudio.

Garro & Young (1983) utilizan las investigaciones antropológicas como marco de referencia para evaluar la accesibilidad en minorías étnicas y poblaciones indígenas rurales, partiendo del cuestionamiento sobre en qué medida las diferencias culturales y de valores,

determinan una menor utilización de servicios de atención. Plantean como respuestas dos posturas: una referente a las barreras culturales, que atribuye la mayor responsabilidad a la población y una segunda perspectiva la de marginalidad, que atribuye la responsabilidad principal a los servicios de salud. La primera postura implica la necesidad de la modificación de las creencias de las personas como requisito para modificar sus conductas, mientras que la segunda postura implica que la creación de oportunidades para la población permitirá modificar sus conductas y aumentar el acceso a los servicios. En sus estudios, realizados en poblaciones rurales y minorías étnicas, encuentran que no fueron sus características culturales y étnicas las que determinan los bajos índices de utilización, sino fundamentalmente su percepción de inaccesibilidad a los servicios. Es decir, que las creencias no constituyen un obstáculo para la utilización de la medicina moderna cuando ésta es accesible desde el punto de vista geográfico y económico (Garro & Young, 1983).

Por su parte Fekete (1996) refiere que la accesibilidad permite comprender la relación existente entre las necesidades y aspiraciones de la población, en términos de acciones de salud, y la oferta de recursos para satisfacerlas. En otros términos, la define como el grado de ajuste entre las características de los servicios de salud y las de la población en el proceso de búsqueda y obtención de asistencia de salud, en ese ajuste destaca que se encuentran factores que obstaculizan o facilitan dicho proceso. En este enfoque, la autora identifica diferentes dimensiones de la accesibilidad: geográfica, organizacional, socio-cultural y económica.

En un estudio sobre la utilización de los servicios de salud realizado en la ciudad de Rosario (Argentina), plantean algunos aspectos de los servicios de salud y su organización que pueden dificultar el acceso de la población a los mismos. Por ejemplo mencionan la homogeneidad de las instituciones de salud en cuanto al modo de producir servicios que fuerza a la comunidad a adaptarse a los mismos. Otra cuestión que plantean es la centralidad colocada siempre en los servicios, proponiendo que debe ser colocada en el centro de la comunidad para poder aprehender la complejidad del proceso salud enfermedad. Dentro de los objetivos específicos de su investigación se proponen investigar los obstáculos y facilitadores en el proceso de búsqueda y obtención de la atención. Se utilizó metodología cualitativa, los ejes temáticos que utilizaron en las entrevistas semiestructuradas fueron:

- Modalidades de identificación de las necesidades de atención para el grupo familiar,
- Experiencias previas de atención y prácticas de autoatención
- Proceso de toma de decisiones y participación en el proceso de tomas de decisiones (redes) respecto al proceso de atención
- Comportamientos de búsqueda de atención
- Obstáculos para la búsqueda de ayuda
- Percepción de satisfacción

Dentro de los obstáculos en la accesibilidad encontraron cuestiones relativas a la utilización del tiempo, también plantean una distancia entre la propuesta organizativa del centro de salud y la organización de la vida cotidiana de los usuarios. Otra de las barreras descritas es la inseguridad, en relación a tener que acudir al centro de madrugada para conseguir turnos y mencionan también las cuestiones climáticas (Díaz et al., 2000).

En cuanto a la percepción de satisfacción mencionan algunos aspectos relevantes como la gratuidad de los servicios y el acceso libre a algunos insumos como medicamentos, leche, etc. También aspectos relacionados a las esperas y los horarios. Por último, las experiencias previas en los servicios de salud también influyen en la satisfacción de los usuarios al influir en las expectativas (Díaz et al., 2000).

Una cuestión que encontraron relevante en este estudio es la valoración positiva que tienen de la familiaridad en el vínculo con el equipo del centro de salud, mientras que por el contrario registran una "lejanía" con el hospital, entendida en un doble sentido, tanto geográfico como una lejanía en términos de distancia vincular con los profesionales del mismo, remarcando la despersonalización en el trato (Díaz et al., 2000).

Como conclusión los autores resaltan la necesidad de profundizar en la complejidad del concepto de accesibilidad, sobre la interrelación entre las tres dimensiones consideradas con mayor frecuencia (económica, geográfica y cultural) y acerca de otros obstáculos que habitualmente no son considerados. Por ejemplo, la diferente concepción y organización del tiempo por las familias y los servicios, las diferencias en el modo de establecer las prioridades y el desconocimiento por parte de los equipos de salud de las características de la población destinataria de los servicios. Por último, como ya se explicitara, un obstáculo que en este

estudio se expresa, y que no es habitualmente considerado, es el aspecto relacionado con la seguridad/inseguridad (Díaz et al., 2000).

Autores como Comes et. al. (2006), en su estudio sobre la perspectiva relacional del concepto de accesibilidad, definen a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Vínculo que surge de una combinación entre las condiciones y los discursos de los servicios y las condiciones y las representaciones de los sujetos, y se manifiesta en el modo particular que adquiere la utilización de los servicios. Esta definición intenta brindar un punto de vista más integral que aquellos que focalizan solo en la oferta o solo en la demanda, además de enfatizar que la accesibilidad se construye (Garbus, Solitario & Stolkiner, 2007; Comes et al., 2006). Reconocen también cuatro tipos de barreras: geográficas, económicas, administrativas y culturales, resaltando la importancia que esta última dimensión adquiere en el análisis del acceso. Comes et. al. (2006) redefinen la barrera cultural como barrera simbólica, ya que consideran que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse como barreras. Además definen a la cultura como "el universo simbólico del sujeto". La manera de pensar, las creencias, lo que sabe o se representa una persona sobre el sistema de salud y el acceso a los servicios seguramente determinará su manera de actuar, sus hábitos, sus prácticas y conductas frente al sistema de salud y frente al proceso salud-enfermedad (Comes, 2003). De esta manera, al considerar en el análisis de la accesibilidad el vínculo entre los sujetos y los servicios, se enfatiza la posibilidad o imposibilidad de encuentro entre ambos, y de esta manera de acceder a los servicios requeridos. El estudio de la accesibilidad permitiría conocer también la manera en que las personas se relacionan con los servicios de salud (Garbus, 2012).

Así, este equipo de investigación propone otro modo de abordaje, ya que en el estudio de la accesibilidad intentan poner el foco fundamentalmente en el aspecto vincular implicado entre los sujetos que buscan atención y los servicios de salud. Ya Donabedian esbozaba el carácter relacional de la accesibilidad al considerarla mediadora entre los sujetos y los servicios, aunque no lo incluyó de manera explícita en su definición. Es decir, como cada vez que dos actores interactúan, se establece entre ellos un vínculo que influirá en el comportamiento posterior adoptado por cada uno de ellos dentro de esa relación. En este

vínculo están implicadas las características de ambos actores: sus aspectos culturales, sus prácticas y experiencias, sus cuestiones ideológicas, sus representaciones, etc.

Siguiendo esta propuesta, este equipo de investigación realizó una pesquisa con personas mayores de 60 años, que no tuvieran obra social o que teniéndola no hagan uso de la misma, en una población determinada de la ciudad autónoma de Buenos Aires. El objetivo era indagar sobre las cuatro dimensiones de la accesibilidad: económica, geográfica, organizacional y simbólica. Los resultados hallados muestran que esta población no se encuentra en una situación de exclusión al sistema de salud como se planteaban como hipótesis. La mayoría de los encuestados no refirieron barreras geográficas, económicas ni simbólicas. Si referían la influencia de la dimensión organizativa sobre todo al momento de solicitar turnos, refieren que conseguir un turno en el hospital es muy difícil y para algunos el tiempo entre que sacan el turno y se produce la consulta es excesivo (Solitario et al., 2006).

En otro estudio realizado por el mismo equipo, sobre mujeres pobres usuarios de los servicios de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires, indagan fundamentalmente sobre la accesibilidad simbólica mediante entrevistas semiestructuradas. En este estudio resaltan que la mayoría de las entrevistadas coinciden en una frase que podría resumirse como "Si pudiera pagaría", el condicional lo interpretan ligado a que todas las entrevistadas se encontraban por debajo de la línea de pobreza. Esta respuesta no estaba relacionada con la obligatoriedad del pago sino con la idea de colaborar con el hospital, como de beneficencia. Las autoras interpretan que esto podría constituirse como una barrera simbólica y podría asociarse con la ausencia de ejercicio de la salud como derecho (Comes et al., 2004).

En un estudio sobre acceso y uso de los servicios de salud, Barata (2008) también reconoce que tanto el acceso como la utilización de los servicios dependen de un conjunto de factores, que clasifica como determinantes de la oferta y determinantes de la demanda. Por el lado de la oferta la primera condición necesaria es la existencia de servicios y luego de esto, basada también en la revisión de Travassos & Martins (2004), detalla que influyen la accesibilidad geográfica, cultural, económica y organizativa. Por el lado de la demanda, el principal determinante según la autora es el estado o la necesidad de salud, característica que suele prevalecer sobre las demás, entre las que se encuentran las características demográficas.

A su vez dentro de estas, considera la edad como la característica más importante a la hora de buscar asistencia sanitaria, y luego podemos mencionar el género, la etnia, la escolaridad alcanzada, los ingresos y la clase social. Todos estos aspectos confluyen para determinar el modo y la cantidad de consumo de servicios de salud.

Carreira y Partesani Rodrigues (2010) realizaron una investigación sobre dificultades que encuentran las familias de personas mayores con enfermedades crónicas para acceder al Servicio de Salud de primer nivel, utilizando como estrategia metodológica la Teoría Fundamentada en los Datos. Entre los resultados describen que las personas mayores encuentran como obstáculo al acceso a la asistencia sanitaria los cambios de políticas públicas y administrativos, principalmente relacionados con los cambios de gobierno. Ya que esto trae aparejado cambio del personal de salud que los atiende con la consiguiente afectación del vínculo terapéutico, interrupción en los tratamientos recibidos tanto medicamentosos como complementarios (como los grupos terapéuticos). En cuanto a la accesibilidad geográfica, si bien cuentan con transportes públicos, las personas mayores perciben que los mismos no están adaptados a sus deficiencias físicas. Por otra parte, la estrategia de Salud Familiar del Sistema Único de Salud está estrechamente relacionada con el concepto de territorialización. Los equipos multiprofesionales son responsables por una población adscripta, es decir tienen a su cargo las familias pertenecientes a un determinado territorio. Muchas veces, en base al relato de las familias, la manera como es delimitada esa área geográfica, impone nuevas barreras geográficas para conseguir la asistencia necesaria, ya que a veces el equipo al que es asignada la familia no siempre es el más cercano a su domicilio. Por último, mencionan que el estado de los edificios de las unidades Básicas de Salud y la capacitación de los profesionales, muchas veces evaluados como deficientes, actúan como barrera alejando a las personas mayores del centro de salud (Carreira & Rodrigues, 2010).

Una revisión sistemática cualitativa sobre barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud realizada en el año 2013 en Chile, encontró que la mayoría de los estudios cuyo objetivo era identificar barreras y elementos facilitadores de acceso, fueron llevados a cabo con mayor frecuencia, con sujetos usuarios de los sistemas de salud. Entienden que esto puede suponer un sesgo en las respuestas de los mismos, dado que no harán tanto hincapié en

la disponibilidad de servicios ya que ellos han logrado usarlos. En cambio, en los estudios efectuados con integrantes de los equipos de salud, éstos si identifican la disponibilidad como una barrera, tal vez porque tienen percepción de la franja de la población que no logra llegar a utilizar los servicios. En cuanto a las barreras identificadas con mayor frecuencia en los estudios revisados fueron: el costo de los medicamentos, de las consultas médicas y de los exámenes, temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud, desconfianza en los equipos de salud y los tratamientos prescritos por los mismos, y estigma social, creencias y mitos. Mientras que los facilitadores reportados más frecuentemente fueron: contar con redes de apoyo social, el valor dado a la atención de la salud para evitar riesgos o complicaciones, y la adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad (Hirmas Aday et al, 2013).

8.2 Personas mayores: vulnerabilidad y accesibilidad

La vejez puede conceptualizarse a partir de tres sentidos diferentes: La edad cronológica concepción fundamentalmente biológica que se refiere a la edad en años. Según este criterio la vejez se define a partir de los 60 o 65 años de edad y generalmente es fijada por ley. La edad fisiológica se relaciona al proceso de envejecimiento físico, con las pérdidas de las capacidades funcionales de la persona, que si bien está estrechamente vinculado con la edad cronológica no se limita solamente a la edad expresada en años. Y por último, la edad social que se refiere a las actitudes y conductas que cada cultura considera apropiado para una determinada edad cronológica. Esto implica que la vejez es una construcción social e histórica, así cada sociedad, cada modelo cultural otorga sus propios significados a los procesos biológicos propios de la vejez (Huenchuan, 2011).

La accesibilidad a los servicios de salud, suelen reflejar los niveles de desigualdades que existen en la sociedad. De este modo, las condiciones del acceso pueden ser pensadas como parte de los componentes de la vulnerabilidad (Barata, 2008).

En el caso de los servicios de PAMI, al considerar el acceso tanto a la atención de la salud como a los servicios sociales y de promoción de la salud, se debe tener en cuenta que gran parte de la población afiliada a la obra social, se encuentra en situación de

vulnerabilidad, y es ese grupo poblacional el destinatario de los programas y servicios de dicha Obra Social.

El acceso a la seguridad social especialmente a los sistemas de jubilaciones y pensiones impacta en las condiciones de vida de las personas mayores, sobre todo en lo que hace a la dependencia económica con otros miembros de su familia, al acceso a bienes y servicios y a la posibilidad de contar con obra social. Argentina es uno de los países con mayor cobertura de la seguridad social alcanzando un 95%. Cuando los mayores no reciben jubilación ni pensión tienden a permanecer más tiempo en el mercado laboral, muchas veces realizando tareas que afectan su bienestar y su salud física (Oddone, 2014).

Las personas mayores constituyen una población que posee ciertas condiciones sociales y de salud que pueden verse implicadas en una situación de vulnerabilidad en salud durante el envejecimiento. Entre esas condiciones podemos considerar la capacidad funcional de la persona mayor, las enfermedades crónicas degenerativas, la posición social que ocupa, los recursos sociales que tiene disponibles, los programas y servicios dirigidos a la atención de las personas mayores, entre otros (Silva, Lima & Galhaedibu, 2010).

En las normativas del PAMI, podemos encontrar a la vulnerabilidad definida como "un proceso multidimensional en el que confluye el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado y la insuficiencia o falta de recursos adecuados para afrontar tales riesgos" (INSSJP, 2008, pp. 2). Las personas mayores, junto con los niños, constituyen la franja etaria más vulnerable de la sociedad, encontrándose expuestos a mayores riesgos y presentando una menor capacidad de respuesta ante una crisis.

El concepto de vulnerabilidad emerge en el ámbito de la salud pública a partir de la pandemia de HIV/SIDA, como intento por superar el enfoque individualista del concepto de riesgo para incluir aspectos colectivos y contextuales que influyen en la susceptibilidad de una persona o grupo de sufrir un determinado evento (Ayres et. al., 2006; Ayres, 2009).

El término vulnerabilidad es comúnmente empleado para designar la susceptibilidad de las personas a problemas y daños de salud. La perspectiva de vulnerabilidad considera que la exposición a agravios de salud es el resultado de aspectos individuales y de contextos o condiciones colectivas que producen mayor susceptibilidad a la enfermedad, y

simultáneamente a la posibilidad y a los recursos para hacerles frente. Es decir que no solo tiene en cuenta los aspectos que aumentan la susceptibilidad, si no que considera también los recursos de que disponen para protegerse (Bertolozzi et al., 2009; Ayres et al., 2006).

Según Barata (2008), la vulnerabilidad de individuos, grupos sociales y poblaciones a los diferentes problemas de salud, puede ser analizada en tres dimensiones complementarias, determinantes para el proceso Salud/Enfermedad en su dimensión colectiva: vulnerabilidad individual relacionada con las características demográficas, sociales y biológicas de los individuos; la vulnerabilidad social que tiene que ver con la inserción social de los individuos y grupos en el proceso de producción y reproducción de la sociedad; y la vulnerabilidad programática que incluye las políticas públicas y las respuestas sociales a los problemas de salud. Esto coincide con los tres ejes que proponen Ayres et al. (2006) cuando plantea el análisis de la vulnerabilidad.

Luego del desarrollo de los conceptos de accesibilidad y vulnerabilidad, puede observarse que ambos están relacionados. Según las dimensiones de análisis de la vulnerabilidad planteadas previamente, la denominada vulnerabilidad programática puede correlacionarse con la accesibilidad organizacional. Mientras que la vulnerabilidad individual y social pueden corresponderse con las otras dimensiones de la accesibilidad, ya que se refieren a las características demográficas, sociales y económicas de los sujetos y grupos.

La vulnerabilidad puede ser definida como una síntesis comprensiva de las dimensiones comportamentales, sociales y político-institucionales implicadas en las diferentes susceptibilidades de individuos y grupos poblacionales a un daño a la salud y sus consecuencias indeseables (sufrimiento, limitación y muerte). (Almeida Filho N y et. al., 2009, pp. 338).

Esta síntesis comprensiva, busca ser una síntesis pragmática de saberes, que esté vinculada a la acción sociosanitaria. Los diagnósticos de vulnerabilidad implican dos presupuestos: el de intersubjetividad y el de construccionismo (Almeida Filho, Castiel & Ayres, 2009).

El supuesto de intersubjetividad se refiere a que toda práctica relacionada con el proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado es de carácter interactivo. Las personas se encuentran en situación de vulnerabilidad como consecuencia de interacciones, de relaciones

que deben ser identificadas, problematizadas y transformadas. El de construccionismo implica que la forma de superar la situación de vulnerabilidad debe ser con la participación de los sujetos involucrados, no puede encontrarse la solución de manera unilateral por parte de los profesionales.

8.3 Metodologías cualitativas para el estudio de la accesibilidad

La accesibilidad es un proceso dinámico y complejo, dado que en él confluyen aspectos propios de los sujetos, aspectos propios de los servicios y cuestiones relacionadas con el vínculo que entre ellos se construya. Es decir, que existen múltiples características que influyen y determinan el modo en que cada sujeto y cada colectivo accedan o no a los servicios.

Estas cualidades de la accesibilidad, son las que justifican un abordaje cualitativo. La evaluación de la accesibilidad no puede reducirse al cumplimiento de metas, sino que debe abordar el cómo y los porqué del proceso (Fantini Nogueira-Martins & Bógus, 2004). Sin embargo, cuando el objeto de estudio es un fenómeno complejo, puede ser difícil diferenciar entre las causas generales y aquellas causas aisladas y exclusivas para el interlocutor. Las reconstrucciones que se hacen de estos procesos complejos, son siempre parciales, dependiendo de los documentos y observaciones realizadas, así como de lo que habla el entrevistado (Souza Martins, 2004). Sobre la investigación cualitativa, Souza Minayo (2009, pp 20) describe:

Las metodologías cualitativas son aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas (Souza Minayo, 2009, pp 20).

El abordaje cualitativo contempla estudios de significados, significaciones, resignificaciones, simbolizaciones, representaciones sociales, representaciones psíquicas, etc. (Fantini Nogueira-Martins & Bogús, 2004). La investigación cualitativa tiene especial

preocupación por acceder a las experiencias e interacciones en el contexto natural donde son producidos, intentando captar las particularidades propias de los mismos (Gibbs, 2008). Las metodologías cualitativas privilegian el análisis de microprocesos, a través del estudio de las acciones y discursos individuales y grupales, tratan a las unidades estudiadas como totalidades. Aquí, el investigador debe procurar una aproximación estrecha con los datos, con el fin de obtener la información más completa posible, abriéndose a la realidad social para poder aprenderla y comprenderla mejor (Souza Martins, 2004). En este sentido, Turato (2005) afirma que no se busca estudiar el fenómeno en sí mismo, sino el significado individual y colectivo que ese fenómeno adquiere para las personas. El significado tiene una función estructurante para las personas, es decir, en función de lo que las cosas significan, las personas organizan de algún modo sus vidas, incluyendo los cuidados de la salud.

Los servicios son pensados como un campo de prácticas técnicas, sociales y políticas. La dirección que siguen y la agenda de prioridades son realizadas en un campo de luchas políticas entre diversos grupos, con racionalidades diferentes (Deslandes, 1997).

Este trabajo se propone conocer las características que influyen en el acceso de los afiliados a los servicios sociales y médicos del PAMI, a partir de las percepciones, representaciones y significados de los fenómenos construidos por los sujetos implicados. Por eso se considera que la metodología cualitativa es la que mejor permite acercarse a las mismas.

La investigación cualitativa está dirigida a comprender las lógicas internas de los grupos, instituciones y actores en cuanto a sus valores y sus representaciones. Busca entender las relaciones entre los individuos, instituciones y movimientos sociales; los procesos históricos, sociales y de implementación de políticas públicas y sociales (Souza Minayo, 2009). La accesibilidad es interpretada en esta investigación como un vínculo, como una relación entre los sujetos e instituciones involucradas, en la que están implicados los valores y representaciones de cada uno de ellos, sus historias, influidas por el contexto. Por esto, en esta investigación se considera que la metodología cualitativa es apropiada para estudiar las dimensiones planteadas en el estado del arte.

En toda investigación cualitativa, debe reconocerse la influencia de la posición, de la historia, de los intereses y preconceptos del investigador. Es decir que, en la investigación cualitativa es imposible la neutralidad y la objetividad es siempre relativa (Souza Martins, 2004). Al respecto, Paulon (2005), en su texto en referencia a la investigación acción, cita a Lourau (2004) quien expone que aceptar el análisis de que el investigador está implicado, es admitir que el investigador es objetivado por aquello que pretende objetivar.

9. OBJETIVO GENERAL

Describir e interpretar las representaciones sociales en torno al acceso a las prestaciones médicas y sociales de PAMI de los afiliados a la obra social del barrio Bajo Rondeau de la ciudad de Bahía Blanca, en los años 2013 y 2014.

9.1 Objetivos Específicos

1. Explorar las representaciones sociales sobre el derecho a acceder a las prestaciones de la Obra Social de los afiliados que se jubilaron a través del Programa de Inclusión Previsional en el barrio Bajo Rondeau de la ciudad de Bahía Blanca, en los años 2013 y 2014.
2. Caracterizar las interpretaciones sobre las experiencias de uso de las prestaciones médicas y sociales de PAMI en el barrio Bajo Rondeau de la ciudad de Bahía Blanca, en los años 2013 y 2014.
3. Comprender las representaciones en torno al rol del centro de jubilados/redes sociales del barrio en el acceso de las personas mayores a las prestaciones médicas y sociales de PAMI en el barrio Bajo Rondeau de la ciudad de Bahía Blanca, en los años 2013 y 2014.
4. Identificar las características propias de la franja etaria y el contexto socio cultural que pueden actuar como facilitadores o barreras en el acceso de las personas mayores a las prestaciones médicas y sociales de PAMI en el barrio Bajo Rondeau de la ciudad de Bahía Blanca, en los años 2013 y 2014.

10. METODOLOGÍA

Esta investigación es un estudio descriptivo, de carácter cualitativo.

La población con la que trabajamos está constituida por las personas de ambos sexos, mayores de 60 años, jubilados y/o pensionados, que tienen PAMI como obra social y residen en el sector del barrio seleccionado como espacio para esta investigación.

Dentro de esta población se dividió según el modo en que accedieron a la jubilación, diferenciando aquellos que lo hayan hecho a través del Programa de Inclusión Previsional (Apéndice 1).

Se tomó como unidad de análisis aquellas personas mayores de ambos sexos, mujeres y hombres mayores de 60 años, afiliados a PAMI que residen en el área de estudio establecida. En este estudio se define persona mayor como aquellas que tienen 60 años o más, en base al criterio cronológico que es el que se utiliza en la mayoría de los países de la región en sus respectivas legislaciones. Se utiliza este criterio que es fundamentalmente normativo, conscientes que es difícil establecer con precisión a partir de qué edad una persona se considera mayor.

Como técnica de construcción de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas.

Se decidió utilizar las entrevistas semiestructuradas, dado que las mismas se utilizan cuando el investigador procura un tipo de información específica. La entrevista, señala Minayo (2009) supone una conversación entre dos que persigue propósitos bien definidos, permitiendo acceder a aspectos subjetivos relacionados con los valores, actitudes y opiniones de los sujetos, los que no pueden ser obtenidos por metodologías cuantitativas. Las entrevistas semiestructuradas le permiten al investigador introducir los temas que considera relevantes para la investigación y guiar la discusión para preguntar los aspectos específicos, de manera que no escape ninguna información que el investigador considere importante. Al mismo tiempo le da libertad al entrevistado para responder, explayarse e ilustrar las respuestas (Turato, 2003; Minayo, 2004).

Las entrevistas fueron organizadas mediante una Guía de Entrevista (Apéndice 2). La misma se utilizó para orientar la conversación hacia la consecución de los objetivos, con el fin

de ampliar la comunicación y asegurar que todas las preguntas sean abarcadas en la misma. Esta guía fue modificada en el transcurso de la investigación, dado que se percibió que algunas preguntas eran muy abstractas y no brindaban la información esperada, así mismo en cada entrevista se incorporaron temas no previstos que fueron planteados por los entrevistados. Este es un aspecto importante de las entrevistas semiestructuradas como metodología, las entrevistas parten de preguntas generadas a partir de hipótesis y teorías propuestas por el investigador en función de lo que considera importante, pero en el transcurso de la investigación los entrevistados dan lugar a nuevas hipótesis a través de sus respuestas. De esta manera el entrevistado comienza a participar en la elaboración del contenido de la investigación (Turato, 2003).

Una de las grandes ventajas de la entrevista, entre otras técnicas, es que ella permite captar de manera inmediata la información que se pretende, independientemente del tema abordado. Además admite correcciones, esclarecimientos y adaptaciones con el fin de que la obtención de la información sea más eficiente (Fantini Nogueira-Martins & Bogús, 2004).

10.1 Tipo de Muestreo

Por tratarse de un estudio cualitativo se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo nominal, utilizando la técnica de "Bola de nieve". En la misma el investigador selecciona a los sujetos que formarán la muestra a partir de las indicaciones de las personas del campo. Es un tipo de muestreo denominado intencional o deliberado, que se refiere a una elección deliberada de respondientes. Es un muestreo disímil al estadístico, preocupado de manera fundamental en la representatividad de la muestra en relación a la población en general (Turato, 2003). Al respecto, Martínez Salgado (2012) propone denominarlo "invitación a participar" en lugar de muestreo, intentado resaltar que en metodología cualitativa, la aceptación de los informantes es un elemento indispensable desde lo conceptual y éticamente intrínseco.

Se comenzó realizando una entrevista a un referente del sector seleccionado del barrio con características de líder y conocimiento del territorio. Esta afiliada es integrante del centro

de jubilados y miembro fundador del mismo, pero no ha sido hasta el momento parte de las autoridades del mismo (presidente o secretaria). Esta particularidad fue intencional, por considerar que las autoridades pueden tener cierto grado de influencia sobre los demás afiliados y podrían condicionar las respuestas. Luego de realizar la entrevista, se le solicitó que nos indique y nos presente dos personas mayores del barrio afiliados a PAMI que podamos entrevistar, uno de ellos que utilice los servicios de la Obra Social y otro que no lo haga.

Contrariamente a lo planificado, no todos los entrevistados pudieron referir dos nuevos jubilados para entrevista, sin embargo esto no dificultó el progreso de la investigación, dado que todos referían al menos un vecino para continuar.

Los primeros entrevistados no concurrían al centro de jubilados y relataban que no conocían a muchos jubilados del barrio, por eso se recurrió a la secretaria quien a partir de su participación en el centro de jubilados y a pesar de no ser ella una persona mayor, ha creado un fuerte vínculo con los jubilados que concurren al mismo y también con otros que no concurren. Más allá de saber que no cumplía con los criterios de inclusión se creyó conveniente realizarle la entrevista, dado que mostraba curiosidad y suponiendo que eso motivaría su colaboración, de esta forma actuó como nueva puerta de entrada. No obstante esta entrevista no fue incluida en el análisis dado que no cumple la edad establecida como criterio de inclusión y a posibles sesgos asociados a su lugar en el centro, como se señaló previamente.

El Centro de Jubilados fue parte de la estrategia utilizada para facilitar la entrada al campo, más allá de eso se realizaron entrevistas a jubilados del barrio independientemente que sean o no socios del mismo.

Un primer aspecto a destacar es que en el muestreo mediante la técnica "Bola de Nieve", la mayoría de los entrevistados decían no conocer afiliados que no utilicen la Obra Social y cuando referían otra persona para entrevistar, siempre eran mujeres. Incluso, cuando al visitar un hogar para entrevistar a la mujer, ésta se encontraba junto a su marido, la mayoría de las veces era la mujer quién respondía a las preguntas y el hombre, también afiliado a la Obra Social, quedaba al margen, participando solo ocasionalmente o cuando la mujer le

solicitaba su opinión. Esto puede estar relacionado con lo descrito más adelante en relación a los procesos de autoatención de la salud y el rol de las mujeres en dichos procesos.

No ha ocurrido que un entrevistado nos dirija a otro que ya haya sido entrevistado, en ocasiones preguntaban a quiénes había ya entrevistado, para pensar en otra persona y evitar así repeticiones. En todos los casos, el entrevistado hizo contacto con el nuevo jubilado propuesto para entrevistar, para contarle de la investigación y preguntar si aceptaban participar. Luego de la respuesta afirmativa, yo me contactaba telefónicamente para acordar la fecha, horario y lugar del encuentro.

De esta manera, se realizaron entrevistas a afiliados que están recibiendo los servicios sociales del Instituto (Apéndice 3) y también a quienes no los están recibiendo, para evaluar los aspectos condicionantes en ambos casos. Con esta estrategia de selección de la muestra se pretendió abarcar la heterogeneidad del campo.

Se realizaron tantas entrevistas como fueron necesarias para alcanzar la reincidencia y complementariedad de las informaciones y conseguir la saturación del discurso. En todos los casos, las entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio de la persona participante. Todas las entrevistas fueron grabadas en su totalidad, luego de la firma del consentimiento informado. Excepto la primera entrevista que por problemas técnicos no se ha grabado adecuadamente.

10.2 Espacio de la investigación

El lugar de realización fue un sector del Barrio Bajo Rondeau, limitado por las calles Ricchieri, Pampa Central, Avenida Colón y Charlone. Dicho sector fue seleccionado por entender que se correspondía con la zona de influencia del Centro de Jubilados que nos permite el ingreso al barrio a través del contacto con informantes clave pertenecientes a dicho espacio. Sin embargo, al comenzar con el trabajo de campo, los entrevistados refieren para entrevistar otros vecinos que corresponden a un sector del espacio de investigación seleccionado, dejando una porción del mismo en donde prácticamente dicen no conocer jubilados -si los hubiere-, y al mismo tiempo refieren jubilados de un sector más amplio al seleccionado inicialmente. Esto puede ser relacionado con que en el transcurso de la

investigación el centro de jubilados se mudó en dos ocasiones, hacia el lado en donde surgían los nuevos jubilados para entrevistar.

Decidimos entonces realizar las entrevistas en este espacio geográfico delimitado inicialmente, agregando dos cuabras según los entrevistados referenciaban nuevos jubilados por entrevistar.

Otro inconveniente que surge es que los entrevistados denominan al barrio de distinta manera. Algunos dicen "esto no es Bajo Rondeau, esto es Pampa Central" mientras que otros dicen que el barrio es llamado "Noroeste".

10.3 Estrategia de entrada al campo

Esta etapa es fundamental para garantizar la viabilidad de la investigación. Se trata de establecer una situación de intercambio y de diálogo entre el investigador y los entrevistados, entre quienes debe establecerse una relación de cooperación (Minayo, 2004).

Al iniciar cada entrevista se realizó la presentación del entrevistador y de la propuesta de investigación. Se describió brevemente el objetivo y la justificación de la investigación. Se explicó la importancia de contar con la participación de cada entrevistado para lograr los objetivos de la misma. Se dio garantía de confidencialidad de toda la información que nos brindaron así como de anonimato. A continuación de estas explicaciones, se les leyó el Consentimiento Informado (Apéndice 4) y se les solicitó su firma. Todas las entrevistas fueron grabadas en su totalidad, solicitando previamente autorización al entrevistado.

10.4 Organización y Análisis de los datos

En primer lugar se procedió a la transcripción de todas las grabaciones obtenidas y a la lectura de la totalidad del material. Se realizaron en total 12 entrevistas que suman 7 horas y 52 minutos de grabación. De estas 12 entrevistas la primera no pudo ser grabada por problemas técnicos pero si fue incluida en el análisis basado en las notas de campo y una entrevista grabada no fue incluida en el análisis como se detalla previamente, debido a que no

cumple la edad establecida como criterio de inclusión y a posibles sesgos asociados a su rol en el centro de jubilados, sin embargo más allá de saber esto se creyó conveniente realizarle la entrevista, dado que mostraba curiosidad y suponiendo que eso motivaría su colaboración para actuar como nueva puerta de entrada.

En la etapa de clasificación de los datos se trabajó con categorías analíticas, establecidas teóricamente previamente a la entrada a campo en base a la bibliografía revisada y a la definición operacional seleccionada para la investigación y con categorías empíricas construidas en la etapa de análisis, a partir del material obtenido de las entrevistas. Las categorías y subcategorías de análisis con las que se trabajó, fueron definidas de la siguiente manera:

Representaciones acerca de la salud y de necesidades en salud: ideas, saberes, sentimientos y vivencias de los entrevistados sobre el proceso salud enfermedad, la salud autopercebida y las necesidades en salud de las personas mayores. Sentido que los entrevistados dan a estar sano o estar enfermo en esta etapa de la vida. Incluye las asistencias que han solicitado y han recibido o no, por parte de la Obra Social. Implica también la apreciación por parte de los sujetos de los fenómenos que determinan la búsqueda de atención, como son la percepción sobre el propio cuerpo, la dolencia y la gravedad de la misma.

Representaciones sobre el derecho a la salud: ideas, saberes, sentimientos y vivencias de los entrevistados sobre el significado y la concepción de la salud como algo que el Estado debe garantizarle a todas las ciudadanas y los ciudadanos.

Representaciones acerca de las necesidades atendidas: ideas, saberes, sentimientos y vivencias de los entrevistados sobre los aspectos sociales y sanitarios que las personas mayores creen o sienten que la Obra Social les brinda respuesta.

Representaciones sobre acceso: ideas, saberes, sentimientos y vivencias de los entrevistados acerca de las circunstancias y aspectos que pueden facilitar u obstaculizar la entrada y la utilización por parte de las personas mayores afiliados a la Obra Social a los servicios que la misma les ofrece.

Facilitadores: aquellas circunstancias y aspectos que pueden favorecer el acceso y la utilización por parte de las personas mayores afiliadas a la Obra Social a los servicios que la misma les ofrece. Incluye las dimensiones geográficas, organizacionales, socio-cultural y económicas del acceso.

Obstáculos: aquellas circunstancias y aspectos que pueden dificultar el acceso y la utilización por parte de las personas mayores afiliados a la Obra Social a los servicios que la misma les ofrece. Incluye las dimensiones geográficas, organizacionales, socio-cultural y económicas del acceso.

Representaciones sobre la calidad de atención: Valoración de los entrevistados sobre las características y condiciones de la asistencia socio-sanitaria recibida por los afiliados.

- **Esperada:** características y condiciones de la asistencia socio-sanitaria que los entrevistados consideran adecuada para la atención de los afiliados. Expectativas que las personas mayores afiliadas tienen con respecto a la atención que proveen los trabajadores y los servicios del Pami.

- **Recibida:** ideas, saberes, sentimientos y vivencias de los entrevistados sobre las características y condiciones de la asistencia socio-sanitaria y el trato que reciben las personas mayores al utilizar la obra social.

Representaciones sobre las formas de atención a la salud: creencias y saberes de los entrevistados acerca de las diferentes maneras de atender los problemas de salud de las personas mayores del barrio.

Representaciones sobre el rol del Centro de jubilados: ideas, saberes, sentimientos y vivencias sobre las funciones que cumplen los Centros de Jubilados en relación a la salud y el bienestar de las personas mayores. Incluye el rol que cumple el centro para el acceso a los servicios del Pami.

Representaciones sobre la obra social Pami: ideas, saberes, sentimientos y vivencias sobre el funcionamiento de la Obra Social. Incluye la valoración social del Pami y las implicancias de tener Pami para la salud de las personas mayores según su propia visión y experiencias.

Representaciones sobre los médicos: ideas, saberes, sentimientos y vivencias de los entrevistados sobre los médicos que los asisten por medio de la Obra Social. Incluye la credibilidad en el sistema de salud y las diferencias socioculturales entre los profesionales y los usuarios. También incluye la comparación de experiencias previas con las experiencias actuales como afiliados a la Obra Social.

Se realizó una primera lectura exhaustiva y repetida del material, en la que se fueron realizando anotaciones al margen que permitieron luego la construcción de las categorías empíricas. Luego en una lectura transversal las entrevistas fueron recortadas en "unidades de sentido" en base las categorías analíticas y empíricas que se utilizaron como criterios de clasificación. Estas unidades de sentido se ordenaron luego agrupando por semejanza y buscando las relaciones y conexiones entre ellas (Minayo, 2009).

La mayoría de los autores coinciden en señalar cuatro dimensiones del acceso, la geográfica, la organizacional, la económica y la cultural. Estas definiciones acerca de las dimensiones fueron desarrolladas inicialmente en la década del '70. El sistema de salud y sus aspectos organizacionales, así como las comunidades han variado desde entonces con el transcurso de las décadas. Aunque algunas dimensiones fueron resignificadas o redefinidas a lo largo del tiempo, es importante estar abiertos a la obtención de respuestas que no se ajusten exactamente a las definiciones, y que impliquen la necesidad de crear nuevas dimensiones o modificar las existentes.

Por último, en el momento del análisis final, se buscó establecer la articulación de los datos obtenidos con el marco teórico referencial, promoviendo las relaciones entre lo concreto y lo abstracto, la teoría y la práctica (Minayo, 2004).

10.5 Aspectos Éticos

Se garantizó a todos los participantes el anonimato y la confidencialidad de toda la información que ellos brinden, asimismo se respetó la autonomía de cada informante, aclarando previamente a cada entrevistado, la posibilidad de interrumpir la misma cuando ellos lo desearan (Robles-Silva, 2012).

En cuanto a la confidencialidad, se respetó el secreto estadístico establecido en el artículo 10 de 17.622 del año 1968. Dicha ley constituye el instrumento jurídico que regula el funcionamiento del Sistema Estadístico Nacional. El artículo mencionado establece que las informaciones brindadas a los organismos que forman parte del Sistema Estadístico Nacional serán estrictamente secretas. Si los datos son provistos y publicados, debe hacerse siempre y exclusivamente en recopilaciones de conjunto, de modo que no pueda ser violado el secreto ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieran (INDEC, 2006).

En el caso de las investigaciones cualitativas, los datos no pueden ocultados en estadísticas agregadas y el uso de citas textuales es común en la presentación de los resultados. De manera que se tomaron los recaudos necesarios para evitar la exposición de los sujetos participantes y respetar su anonimato, utilizando seudónimos cuando se realizaron citas textuales (Gibbs, 2009).

Todos los afiliados que aceptaron participar, firmaron una copia del consentimiento informado, en el que se detallan los objetivos de la investigación, la utilización que se dará los datos, la absoluta confidencialidad de toda la información brindada y la posibilidad de retirarse de la investigación si así lo desearan.

Por último, los datos obtenidos al finalizar la investigación, serán devueltos a la comunidad participante (Robles-Silva, 2012).

11. RESULTADOS

11.1 Representaciones acerca de la salud y de necesidades en salud

Predomina en los entrevistados una auto percepción positiva de la salud, aún cuando muchos de ellos hacen referencia a que padecen de algún malestar o enfermedad crónica, prevalece la idea de buena salud en términos de la funcionalidad, de la posibilidad de continuar con sus actividades y realizar diferentes tareas, como actividades recreativas, los quehaceres del hogar, etc. Definen a la salud no desde la enfermedad, sino desde aspectos positivos de la misma, resaltando la importancia de mantener la movilidad por sus propios medios.

"yo [mi salud] muy buena, sacando la diabetes que es lo único que tengo... porque ando todo el día para arriba y para abajo, camino, ando en bicicleta, no tengo drama" (Paulina, 61 años, 07/01/2014).

"la mía [salud] perfecta, no te rías. A mi lo único que me molesta es esta mano... [Perfecta] porque yo camino, ando de acá para allá. No me quedo. Si vos me decís andá a tal lado, a hacer tal cosa, se hacer trámites, no me duelen los pies, no me duele nada, Lo único que me duele esta mano" (Isabel, 62 años, 27/02/2014).

"y yo... hago todo el esfuerzo pero estoy destrozado... pero al margen de todo yo me siento bien, porque sigo trabajando, camino, voy, vengo" (Isidoro, 67 años, 27/02/2014).

Esta evaluación de buena salud en muchos de ellos se asocia con la idea de menor necesidad de asistencia médica, por ende un menor uso de las prestaciones médicas que la Obra Social ofrece, mientras que si asocian a una mejor salud aspectos relacionados con una concepción más integral de la misma.

"[no usan Pami porque] no lo necesitan como yo. Puede ser eso, no se qué otra cosa... [Yo no lo necesito] porque no estoy enfermo que tengo que ir permanente. Alguna enfermedad que me siento, bueno voy al doctor... la única ayuda que yo necesito es para la casa, que me den material, pero no creo que me vaya a dar material el Pami. Nada más" (Carlos, 68 años, 20/03/2014).

Cuando se habla de necesidades en salud, la mayoría de los entrevistados hace alusión a aspectos relacionados con la asistencia médica, fundamentalmente se refieren al acceso a la

medicación crónica gratuita a través de un subsidio social del Pami (Ver Apéndice 3). También mencionan la demanda y uso de los servicios médicos, tanto la atención en consultorio por el médico de cabecera como especialistas y hospitalizaciones. En general no se mencionan las otras prestaciones que brinda el Pami como pueden ser las actividades de promoción y recreación, o las asistencias sociales.

"Hago recetas y no no, otras cosas todavía no he necesitado... al 100. Nunca tuve problema. Tanto los de él como los míos cada vez que he ido" (Isabel, 62 años, 27/02/2014).

"[Al Pami] lo uso para remedios, desde el año pasado gracias al Pami, que tuve un percance en el corazón y el Pami siempre me saca las papas del fuego, porque si no los remedios son muy caros" (Irma, 80 años, 08/01/2014).

"Los remedios, me los dan al 100%" (Josefa, 77 años, 26/10/2013).

Que al hablar de sus necesidades en salud y la respuesta que el Pami ha dado a las mismas, surja siempre en primer lugar cuestiones relacionadas a la asistencia médica puede estar relacionado con la idea prevalente de salud asociada a lo biológico y a la atención de las enfermedades mediante el uso de medicamentos. Sin embargo, al continuar conversando aparecen otras concepciones de la salud y otras prestaciones de la Obra Social no relacionadas a lo biomédico.

De las prestaciones sociales, son dos las que aparecen como las que más conocen y han utilizado, o desean hacerlo. Se trata por un lado de los viajes de Turismo social, que consisten en un viaje de una semana con todos los gastos pagos por la Obra Social a través de un convenio con el Ministerio de Turismo de la nación y por otro lado del Bolsón de alimentos, correspondiente al Programa de Asistencia Alimentaria ProBienestar, que consiste en la entrega mensual de un bolsón de alimentos al afiliado, cuya inclusión en el programa es determinada por las trabajadoras sociales del Pami, en función de la evaluación socio económica de cada afiliado que lo solicita (Ver Apéndice 3).

"si, una vez [viajamos]. Hace 3 años. Justo habíamos entrado al centro de jubilados, nos habíamos anotado ponele en Marzo y en Agosto nos tocó el viaje... A Rio Tercero. ¡Qué lindo lo pasamos! ¡Buenísimo! Y ya van a hacer tres años con este, así que por ahí este año nos toque" (Paulina, 61 años, 07/01/2014)

"[recurrí al Pami] Y varias veces... el bolsón que nunca me lo dieron, cuánto hace?... vivía con mi marido todavía... [El Pami] nunca me ayudó, solo quise el bolsón pero nunca me lo dieron" (María, 66 años, 10/08/2013).

Es frecuente que los entrevistados expresen reclamos por no conseguir el bolsón de alimentos, manifestando desacuerdo con los criterios que usan las trabajadoras sociales para otorgarlo, consideran que en ocasiones la entrega no es transparente o suponen que existen otros motivos que influyen para otorgarlo o negarlo por ejemplo que el afiliado pertenezca a la comisión del centro o sea amigo de alguien, etc.

"o se están guardando las cosas que están trabajando en el centro de jubilados. Porque yo he visto muchas personas que no corresponde a los jubilados que han salido con bolsas de ahí de ese centro. Y me he quedado callado porque no tengo nada que ver con el Pami. Pero ahora que estamos hablando con Ud. si... El Pami hace lo mismo. La gente que realmente tiene familia ahí adentro, como ve que no puede, capaz que no cobra o no llega a fin de mes, le guardan las cosas y se las dan a ello. Es así. Clarito. Si la mercadería que venía el año pasado y el ante año pasado, nada que ver a este. Antes era una bolsa de mercadería que les daban a los jubilados que era por lo menos así, ahora es así la bolsa" (Hijo de Carlos).

11.2 Representaciones sobre el derecho a la salud

Sobre el derecho a la salud la mayoría de los entrevistados hace referencia a que significa que deben tener garantizada la atención cuando la necesitan, algunos agregan que además corresponde que reciban una buena atención. Cuando hablan de buena atención detallan que esto se refiere a recibir buen trato, que merecen ciertas consideraciones por su edad y muchos añaden que ellos están pagando por un servicio, dado que les descuentan un porcentaje de su jubilación y por ello deben recibirlo adecuadamente.

"...que nos atiendan como corresponde... o sea que nos den el servicio... a nosotros nos están descontando que nos den como corresponde, como quien dice. (Máximo, 68 años, 31/08/2013).
"el derecho que tenemos de atendernos. Que nos tienen que atender" (Irma, 80 años, 08/01/2014).

Las quejas en cuanto a la falta de respeto o de cumplimiento de este derecho son referidas al trato que reciben del profesional actuante, muchas veces interpretan que está relacionado con la edad. Es decir que se sienten descuidados por el sólo hecho de ser "viejos".

Una entrevistada refirió también haber escuchado discriminación por la nacionalidad del jubilado, aunque ella no fue testigo de una situación así, sino que se la relataron.

"Porque hay mucha gente que no entiende, vamos a ponerle total es un viejito! esto, aquello. No, no es así, tiene que tener una atención buena para que estén bien ellos" (Félix, 72 años, 26/10/2013).

"... que a ti traten a uno como persona, porque hay veces que a ti no te tratan bien, te tratan como si fueras un objeto o hay como discriminación viste"(Celia, 73 años, 20/03/2014).

En ocasiones coinciden en afirmar que la salud es un derecho para las personas mayores, pero pareciera que no pueden dar una definición precisa de lo que esto significaría para ellos.

"... Por eso, tengo que decir es un derecho? Si, es un derecho. Que todo anciano tiene derecho a la salud como el joven tiene derecho a la educación" (Isidoro, 67 años, 27/02/2014).

Otros al hablar del derecho a la salud hablan de la posibilidad de sentirse bien y de cuidarse a uno mismo. Solo una entrevistada hizo referencia de manera explícita a la responsabilidad individual sobre el cuidado de la salud.

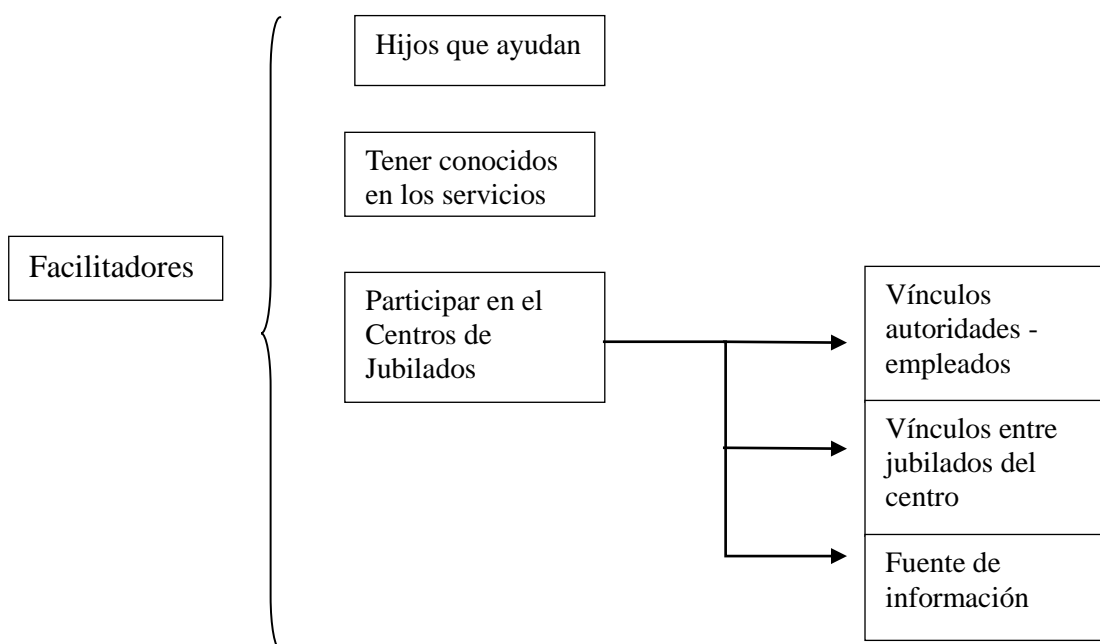
"[no consiguen las cosas] yo digo más por una cuestión de dejadez. Porque van dejando las cosas que vos podés hacerla hoy y no, las dejan para mañana. Y cuando van mañana ya es tarde... Yo pienso que todo eso les pasa por dejadez y por quedarse en el momento" (Jacinta, 73 años, 14/03/2014)

11.3 Representaciones sobre Acceso

11.3.1 Facilitadores

En cuanto a los facilitadores del acceso podemos mencionar tres aspectos, los tres relacionados con los vínculos interpersonales en distintos ámbitos: la ayuda que los mayores reciben de sus hijos, el tener alguna persona conocida que trabaje en los servicios a los que concurren y el centro de jubilados (Figura 2).

Figura 2: Facilitadores del acceso



Fuente: Elaboración propia

Constituye un facilitador del acceso a los servicios de la Obra Social el poder contar con la ayuda de los hijos en la realización de los trámites que implica la utilización de la Obra Social. Las ayudas que los entrevistados refieren de sus hijos son diversas, por ejemplo acompañarlos en la consulta médica, el transportarlos hacia el lugar de atención, la gestión de los turnos, entre otras. En las entrevistas en que los hijos participaron, coincidieron con sus padres en este aspecto, que ellos facilitaban a sus padres el uso de los servicios del Pami.

"Si, no se por qué la mayoría va a la salita, no van a los médicos de cabecera. Capaz porque a ella le hacemos todo nosotras... Sino capaz tampoco iría" (Hija de María, 66 años, 10/08/2013).

"Yo no tengo ni un problema, ni para cobrar siquiera. Ni para cobrar tengo ni un problema... porque va mi hija. La tengo de mula" (Jacinta, 73 años, 14/03/2014).

"No tengo nada nada nada que decir. Porque mi hijo es el que me ha ido a hacer todos los trámites y dice que lo han atendido una barbaridad" (Celia, 73 años, 20/03/2014).

Por otro lado, el tener alguna persona conocida entre los trabajadores de los Servicios de Salud (hospitales, consultorios, etc.) o de la sede del Pami se constituye como un facilitador del acceso. Estos vínculos entre usuarios y servicios fueron generados sin relación al centro de jubilados, muchas veces está asociado a relaciones familiares, en ocasiones el vínculo fue construido durante la vida laboral antes de jubilarse y en otras fue iniciado a través de la utilización previa de la Obra Social. Facilita el acceso porque permite a los afiliados al Pami dirigirse directamente a esas personas conocidas para conseguir lo que necesitan, o mejorando el trato que reciben.

"fui... donde Marta (se ríe). Marta que anduvo con nosotros cuando fuimos a Chapadmalal... Claro, la conozco, amorosa" (Herminia, 76 años, 08/03/2014) Hace referencia a una trabajadora del Pami, que viajó como coordinadora de un contingente de Turismo Social junto a la entrevistada y desde allí se conocen.

"... me atendieron las enfermeras una barbaridad, bueno que tengo una sobrina ahí" (Celia, 73 años, 20/03/2014)

"La mayoría te atienden de 10, los análisis te los hacen al toque, las radiografías que yo me hice ahí de tórax todo, a veces en el mismo día me las han hecho. Está bien que yo tengo en la conciencia que yo a la doctora la conozco porque yo pinté todo el hospital ahí, viste? Por eso me conocen" (Isidoro, 67 años, 27/02/2014). El entrevistado es pintor, y cuenta que él fue el encargado de pintar el hospital.

Por último, se reconoce en el discurso de los entrevistados que el Centro de Jubilados representa un facilitador al acceso, función que puede desempeñar de tres diferentes maneras: por la creación de vínculos entre las autoridades del centro de jubilados y los trabajadores empleados de Pami, a través de los vínculos generados por los jubilados socios del Centro de Jubilados entre ellos y por actuar como fuente de información para los jubilados.

La construcción de vínculos entre las autoridades de la comisión del Centro de Jubilados y los trabajadores del Pami a partir de un contacto más frecuente motivado por las tareas del propio centro de Jubilados. Esto hace que al momento de requerir los servicios de Pami no cumplan con el camino habitual, sino que concurran las autoridades del centro directamente con los conocidos para que ellos faciliten el recorrido institucional.

"... y bueno, sacá otro numerito y esperá de nuevo. Si voy con Maira no, viste, ya entra allá conoce a todos, sabe dónde meterse y ya está" (Paulina, 61 años, 07/01/2014) (Maira es una señora de 53 años, que es afiliada al Pami por estar a

cargo de su marido y es además la secretaria del Centro de Jubilados desde su creación).

Esto es comparable con la definición que hacen algunos autores quienes abordan el concepto de accesibilidad desde una perspectiva relacional y la definen como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios.

También se constituye como un facilitador del acceso a través de los vínculos generados entre los mismos jubilados miembros del Centro de Jubilados. Los afiliados al Pami que concurren al centro de jubilados crean nuevas relaciones con otros jubilados del mismo barrio, que muchas veces colaboran para la utilización de los servicios del Pami.

"Cuando necesito remedios que no está la doctora va Maira [a Pami], no se quien se lo hace, si vos o la otra doctora, pero a mi me salva la situación. Siempre digo, voy a estar agradecida siempre...Es mi ángel, hasta los remedios me trae, ella va a la farmacia" (Irma, 80 años, 08/01/2014).

"... una de las abuelas sin decirle nada, me dijo: Celia yo te puedo emprestar el bastón que tiene 4 patitas, me lo mandó con una de las vecinas" (Celia, 73 años, 20/03/2014)

"Va con la pila de recetas para la farmacia, esto es para acá esto es para allá, entonces que te vas a molestar si Maira te las lleva todas" (Paulina, 61 años, 07/01/2014)

Otra forma en que el Centro de Jubilados se convierte en un facilitador del acceso, es al actuar como fuente de información. Muchos afiliados a Pami conocen las prestaciones que la Obra Social puede brindarles, a través de conversaciones con otros jubilados durante las actividades que se realizan en el centro.

"... el primer tiempo tenía el descuento del 50 del 80, no se como es. Y después cuando, iba escuchando: ¿por qué no los sacas al 100? ¿Cómo es? Y ahí hice todos los trámites. Lo mismo con lo de la bolsa hablaban acá en el centro de jubilados ¿fueron a buscar la bolsa?, ¿fueron a buscar la bolsa? ¿Qué es eso? Y bueno me dijeron andá a tal lado Y hace ya 2 años, para el 2º año que le dan la bolsa a él" (Paulina, 61 años, 07/01/2014). Hace referencia a los descuentos por los medicamentos (50% y 80% de descuento respectivamente) y a la obtención gratuita de los mismos mediante subsidio social por Pami. Cuando hablan de la bolsa se refiere a la entrega de un bolsón de alimentos mencionado previamente.

En cuanto a las representaciones sobre el rol de los Centros de Jubilados, la mayoría de los entrevistados lo asocian a funciones de recreación y socialización, que permite a los

jubilados evitar la soledad y salir de las rutinas de sus hogares. También se lo considera un lugar donde pueden aprender cosas nuevas. En las entrevistas realizadas a matrimonios, los hombres manifiestan las mismas representaciones, sin embargo expresan que no participan regularmente en las actividades brindadas en el centro.

"... uno pasa un momento lindo, para distraerse un poco no? De la monotonía de la casa" (Josefa, 77 años, 26/10/2013).

"... para distraerme, para hacer amistad. Yo ahora estoy aprendiendo a hacer cosas, que Pami siempre les da, pintura, dibujo, esas cosas" (Irma, 80 años, 08/01/2014).

"... para entretener un poco a la gente, si? Porque así pasan un poco mejor las horas, pienso que es así. Para pasar el tiempo, las horas del día". (Jacinta, 73 años, 14/03/2014).

Relacionan al Centro de Jubilados con el Pami en cuánto que este constituye una de las fuentes de financiación de los mismos, esto es el Pami a través de los Sectores de Promoción Social y de Relación con los Beneficiarios (ambos pertenecientes al Departamento de Prestaciones Sociales) otorga subsidios a los centros de jubilados para que puedan llevar a cabo diferentes actividades de promoción de la salud y recreativas, estos subsidios incluyen el pago de honorarios a los talleristas, los materiales necesarios y un refrigerio. Esta prestación del Pami está asociada a una concepción de la salud de manera integral por parte de la Obra Social, que implica asumir que las actividades de promoción y recreación tienen un impacto positivo en la salud.

Los sentidos atribuidos al Centro de Jubilados reflejan una concepción positiva de la vejez, etapa en la que consideran que aún cuentan con capacidades para continuar aprendiendo, adquirir nuevas habilidades y construir nuevos vínculos. Pero si bien se desprende de lo expresado por los entrevistados que los mismos asocian al centro de jubilados con un envejecimiento saludable, no hacen una relación explícita entre la salud, las prestaciones del Pami y el Centro de Jubilados.

Solo uno de los entrevistados consideró que asistir al Centro de Jubilados implicaba perder el tiempo, sin apreciar ningún beneficio. Fue el único entrevistado de sexo masculino, que además fue referido en el muestreo como un afiliado que no utiliza la Obra Social.

"Es pérdida de tiempo, para mi es pérdida de tiempo. Para quien quiera usarlo, como lo usa la madre de él. Lo usa para hacer gimnasia, pero eso no me va a mi, eso es lo que pasa" (Carlos, 68 años, 20/03/2014).

Es notorio que no surge en las entrevistas el vínculo con el médico de cabecera, ni como facilitador ni como obstáculo.

11.3.2 Obstáculos

Es casi unánime la manifestación sobre las demoras que tienen en conseguir turno, es decir las largas esperas como obstáculo para alcanzar la atención de salud por parte del Pami cuando la necesitan. Principalmente la espera para obtener el turno necesario, aunque también mencionan la espera en el lugar de atención cuando concurren en el turno asignado. En muchos casos puede percibirse que lo dicen incluso con algo de resignación al respecto, como si fuera una realidad inmodificable que deben aceptar. Esta demora la refieren en múltiples ámbitos de atención relacionados con el Pami, como es para conseguir turno con el médico de cabecera, para los especialistas y también en el Pami para obtener las autorizaciones administrativas necesarias para realizar ciertas prácticas. Al respecto de este último tema también expresan como un obstáculo las cuestiones relacionadas con la burocracia administrativa, aspecto contemplado en la dimensión organizativa en la literatura consultada sobre Acceso y Accesibilidad.

La demora excesiva en los turnos, se relaciona de alguna manera también con la dimensión económica de la accesibilidad, dado que quienes disponen de dinero muchas veces optan por pagar una consulta particular en lugar de esperar la atención por Pami, y de esta manera se reduce el plazo para obtener el turno.

"Cuando voy me atienden bien, lo único que hay que esperar, que el turno no es... no es. Hay que esperar mucho. Por ejemplo el doctor de acá cada 15 días te atiende, es mucho. Si estas jodido... te agarra el patatús y te morís" (Irma, 80 años, 08/01/2014).

"los trámites se ponen un poco engorrosos... Se espera mucho, porque uno va por ejemplo (yo gracias a dios casi que no lo uso, muy poco al PAMI) pero las veces que he ido este... tiene que ir al médico de cabecera, el médico de cabecera me da la orden, me da la cosa, tengo que ir al Pami para que me lo registren y ahí me

demora y me dice bueno lo vamos a... véngase... si yo voy el lunes, véngase el jueves o el viernes, y después tengo que sacar el turno allá del hospital y el hospital por ahí no me da tampoco el turno, se me vence el plazo ese y me quedo sin atender (se ríe). (Máximo, 68 años, 31/08/2013).

"voy saco turno, te dan turno sí, pero para largo, pero bue. Si hay que esperar, esperamos. Capaz que tenés un problema que lo querés salir a flote enseguida y no podés porque no te llegan los turnos, nada más que eso. Que son lejos los turnos unos de otros. Pero bueno, todo el mundo tiene que esperar" (Jacinta, 73 años, 14/03/2014)

"Tiene que hacer mucho trámite, para nosotros es mucho. Ella te da la orden. Tenés que ir al Pami a sellarla, o dejarla y a los 4 días ir a buscarla, llevarla al HAM al hospital que nos atendemos, de ahí esperar que te den el turno para 1 mes, 2 meses" (Isidoro, 67 años, 27/02/2014).

Surgen también otras barreras u obstáculos a la atención que no se presentan de manera constante, sino que varían en función del prestador, es decir del médico de cabecera y/o del hospital que tiene asignado cada afiliado. Estas barreras coinciden con las dimensiones de la accesibilidad que se describen habitualmente en la bibliografía consultada. Entre estas podemos mencionar barreras arquitectónicas, barreras organizativas relacionadas por ejemplo con los días y los horarios que los médicos atienden a los afiliados de Pami en el consultorio y también barreras geográficas.

"Con otro médico que había que subir segundo piso por escalera, es un peligro. Le tengo terror a la escalera. Y son escaleras cortas, ir para arriba y llegar y quedar parada uno en la misma escalera. Que veía gente subir que a mí me daba miedo cuando veía señoras estas con esos bastoncitos de 4 ruedas, de 3 patitas que subían para arriba lo mismo" (Herminia, 76 años, 08/03/2014).

"Yo en el Municipal yo siempre voy ahí para cualquier cosa... porque la doctora mía la de Pami está los martes y los jueves nada más" (Amanda, 65 años, 31/08/2013).

"[La doctora] que queda lejos, lejísimos me queda. Salgo, cuando me da turno, salgo temprano, tomo dos colectivos... [Para la receta] ir hasta la doctora, tomar dos colectivos, después a los dos días otra vez hay que ir, no es tan fácil. (Irma, 80 años, 08/01/2014). Al hablar a la receta se refiere a una estrategia implementada habitualmente por los médicos de cabecera, que hacen concurrir a los afiliados un día para que dejen el pedido de la medicación necesaria y nuevamente deben concurrir por lo general en 48 hs. para retirar las recetas confeccionadas.

Cuando se les pregunta sobre los espacios que las personas mayores eligen para atender su salud es notorio que la mayoría de las respuestas se divide entre los hospitales y las Unidades Sanitarias (centros de atención primaria que están ubicados en los barrios y dependen de la Secretaría de Salud del municipio, en las cuales la atención es gratuita). Las

unidades sanitarias son mencionadas como "Salas médicas" o "salitas" dado que esa denominación recibían antiguamente, cuando fueron creadas. Es raro que hagan mención espontánea a la atención por el médico de cabecera.

"[Los viejitos se atienden] en la salita..." (María, 66 años, 10/08/2013).

"No se por qué la mayoría va a la sala y no van a los médicos de cabecera" (hija de María, 10/08/2013).

"acá en el ferroviario. Si, después acá cómo es? San Dionisio... Si, muchos se atienden también allá... en el barrio, Noroeste? No Villa Nocito... En la salita se atienden mucho" (Irma, 80 años, 08/01/2014). El Ferroviario es uno de los hospitales privados de la ciudad, que actúa como prestador de Pami. Antiguamente era el hospital de la Obra Social de los ferroviarios y por eso lo denominan así aunque hoy tenga otro nombre. San Dionisio y Villa Nocito son dos Unidades Sanitarias que están cercanas al barrio.

Esta preferencia por la atención en las unidades sanitarias, podría estar exponiendo barreras de accesibilidad, que pueden tener que ver con la cercanía a las mismas, aspectos contemplados en la dimensión geográfica del acceso. También puede relacionarse con la facilidad con la que se consiguen los turnos en las mismas con respecto a los médicos de cabecera.

11.4 Calidad de atención, representaciones sobre el Pami y sobre los médicos

En cuanto a cómo creen que debería ser la atención de las personas mayores, la idea que prevalece es que deberían disminuir la demora para conseguir los turnos, para ello algunos hacen propuestas como establecer formas de priorizar la atención, que exista asistencia domiciliaria cuando lo requieran y que haya más personal entre otras. Nuevamente, al hablar de la calidad de la atención recibida, surge el tema de las demoras por parte de los médicos, detallado previamente como barrera de accesibilidad

"tener en cuenta a los que van, como te decía a los que van con un problemita más grave, tenerlos en cuenta. Hay muchos, muchos negocios que te ponen: jubilados, discapacidad, embarazadas ¿viste? por otro costado. Eso lo veo perfecto" (Paulina, 61 años, 07/01/2014)

"que cuando vaya sacar a algún doctor que lo atienda en el momento, nada más. Que no lo hagan esperar" (Carlos, 68 años, 20/03/2014)

La mayoría de los entrevistados dicen estar satisfechos con la atención recibida por medio de su Obra Social Pami. Esta satisfacción tiene que ver con el trato recibido tanto por los profesionales de salud como por los empleados de la Obra Social que atienden en su sede y con haber encontrado respuesta o solución al problema que los aquejaba. Pero también tiene que ver con sus experiencias previas en el sistema de salud, dado que la mayoría se atendía previamente en los servicios públicos. Asimismo se relaciona con las expectativas que tienen con respecto a la Obra Social Pami, dado que muchas veces existe en el imaginario una concepción negativa sobre la misma.

"A mi me atienden en el HAM, ahí es otra cosa... yo no preciso ir a las 4 de la mañana" (Máximo, 68 años, 31/08/2013)

"Nosotros no nos podemos quejar hasta el momento, pero poco lo hemos necesitado... La atención, yo nunca me he quejado de que atienden mal en Pami cuando voy, son muy atentos conmigo son, han sido muy atentos" (Josefa, 77 años, 26/10/2013).

No, yo estoy muy conforme [con el hospital]" (Irma, 80 años, 08/01/2014).

Una vez que acceden a la consulta, asocian la calidad de la atención a la realización de examen físico por parte del médico tratante, este es un aspecto recurrente en las entrevistas. Muchos hacen mención a que los médicos no revisan a la persona mayor y esto es visto como un signo de mala atención.

"... me atendía casi ahí nomás, y me decía tenés que tomar este remedio y listo. Pero nunca me examinó a mí..." (Elvira, 80 años, 21/01/2014).

"Yo escucho mucho que dicen que el médico no lo atiende, que no lo revisa, que no es buena atención. Yo no puedo decir eso" (Josefa, 77 años, 26/10/2013).

"... ella no atiende muy bien, porque ella viene y "qué tiene y cuánto tiene" y nada más. No me revisó nunca, ¡nunca! entro ahí adentro un ratito y ya salgo volando... una para encontrarla es medio feo, otra que atiende así por arribita nomás. Listo" (Félix, 72 años, 26/10/2013).

También en cuanto a la calidad de la atención varios entrevistados hacen referencia a la comodidad del espacio de atención, tanto de la sede del Pami como de los servicios de salud propiamente dichos, valorando positivamente la presencia de sillas, espacio para que las

personas mayores estén confortables y la higiene del lugar. En el extremo opuesto, algunos hacen mención a las situaciones que hacen que la espera o la atención sean poco confortables para los mayores, evaluándolo como de mala calidad.

"Tocamos timbre de vuelta y por ahí salió: "esperen que tengo gente", pero así eh, ¡seco! Le digo Negro ese es tu médico mmm... [Esperamos] en la vereda... nos hizo pasar a un living comedor cualquiera, una casa de familia, de por ahí sacó un recetario y le hizo las recetas, pero nada, te digo que ni camilla, para tomar la presión, nada. Y yo digo ¿y esto?" (Paulina, 61 años, 07/01/2014)

"la limpieza me gusta mucho la limpieza, cuando él estuvo internado mucha limpieza. Yo que soy, viste así como es mi casa, uno ve que se preocupan por la limpieza... y en el mismo Pami son gente limpia, vos podés tomar agua fresca cuando llegas, siempre hay asientos, nunca están sucios los asientos, siempre te podés sentar"(Isabel, 62 años, 27/02/2014)

"uno hace la cola en la calle, la secretaria se había atrasado. Entonces cuando ella llegó, ya la cola llegaba hasta el hospital del otro lado, entonces ya no se podía. Entonces cuando ya la gente empieza a subir toda para arriba, el que llegó primero agarra asiento, y los que vamos llegando después quedamos en la escalera. Entonces eso estaba mal ¿vivo?" (Herminia, 76 años, 03/03/2014)

Solo un par de entrevistados al hablar de la atención esperada, hacen referencia a que deberían recibir una atención diferente ahora que tienen Pami con respecto a sus experiencias previas, en las cuales no contaban con Obra Social y hacían uso del sistema público.

"Pero la atienden como si fuera una persona ambulatoria, tiene que ir a las 4 de la mañana, a las 5 de la mañana... teniendo una obra social no tendría que ser eso. Tendría que tener otro trato diríamos así..." (Máximo, 68 años, 31/08/2013).

La satisfacción que los entrevistados refieren con el Pami puede relacionarse también con las representaciones que tienen sobre la misma. La mayoría refiere que el Pami es una buena obra social, que se constituye en una ayuda cuando lo necesitan, que contribuye incluso económicamente, sobre todo a través de la cobertura al 100% de los medicamentos que de otra manera les implicaría un gran costo mensual.

"... Y si. No tuve que comprar más medicamentos" (Isidoro, 67 años, 27/02/2014).

"... El Pami ya te digo, el Pami es mejor que otras obras sociales que siempre tienen problemas. Nosotros no hemos tenido problema nunca..." (Isabel, 62 años, 27/02/2014).

"... si tuviera que elegir una Obra Social lo elijo al Pami, a mi el Pami me ha dado todo,..." (Isidoro, 67 años, 27/02/2014).

Sin embargo, es casi unánime la idea que siempre es mejor pagar por la consulta, que la atención particular es diferente a la atención por la Obra Social, incluso tratándose del mismo profesional piensan que atienden de manera diferente cuando se paga la consulta, esta diferencia en la atención incluye la realización de examen físico, dado que constituye una queja recurrente en las personas mayores que sus médicos no los revisan.

"... por ahí si se lo hace particular se lo hace bien, pero como a veces los profesionales a Pami lo dejan un poco de costado..." (Máximo, 68 años, 31/08/2013).

"El que tiene poder adquisitivo, tiene guita, le dice el Pami no... Pero si a uno no le queda otro remedio que va a hacer" (David, 67 años, 07/01/2014)

"Un día llego y la señora que yo le voy a limpiar el departamento... Entro, saco mi número y miro así. Usted acá?!! (se ríe). Claro, dije yo... una señora de mucha plata porque tiene o tuvo mucha plata, está ahí. En el médico de nosotros. Y bueno si soy jubilada me dijo, por eso estoy atendiéndome acá me dijo. No, obvio está bien digo yo, pero me causó admiración dije yo, porque Ud. yo creía que Ud. iba a ir a su médico particular...." (Herminia, 76 años, 08/03/2014)

En ese mismo sentido, dos de los entrevistados hacen referencia a que la gente que tiene mayor poder adquisitivo preferiría no utilizar el Pami, manifestando asombro cuando encuentran que eso no es así.

Las citas muestran cómo se construye una imagen del Pami como prestación para quienes poseen menos recursos económicos o cuentan con menos alternativas, por lo tanto deficiente, aun cuando los hechos muestren algo diferente.

Sumada a esta representación de los médicos, surge también aunque con menor frecuencia, la idea de que los médicos descuidan a las personas mayores por razones de edad o simplemente por el hecho de atenderse por Pami.

"Porque hay mucha gente que no entiende, vamos a ponerle: total es un viejito... no, no es así" (Félix, 72 años, 26/10/2013).

"... Mas con nosotros los viejos, ya nos están, nos están dando p'al lado bien seguro, bien bien lejitos. Uno se da cuenta, porque una persona que pague la atienden bien, le hacen todo. Pero una persona por Pami y eso que cobran igual, pero no... Quiere decir que no le toman atención porque no eee... a ellos no les importa lo que la jubilada, yo no era jubilada en ese entonces todavía, lo que la jubilada o la vieja digamos perdonando la palabra, ya no les está importando, si se muere se murió y listo" (Elvira, 80 años, 21/01/2014).

La edad avanzada como causa del descuido o desatención por parte del personal de salud, es asociada también como causa de la no realización de examen físico. Eso da cuenta del valor que adquiere el cuerpo y la evaluación de su estado para estas personas.

12. DISCUSION

12.1 Acerca de la salud, derecho a la salud y necesidades en salud

La salud y la enfermedad, más allá de su aspecto orgánico-biológico, son el resultado de una construcción histórico social sobre "lo normal" y "lo patológico". Cada grupo social construye un discurso sobre la salud y la enfermedad que tiene que ver con su visión del mundo y su organización social, así crean sus explicaciones particulares sobre el proceso salud, enfermedad y muerte. La enfermedad puede ser definida en términos sociales de varias maneras, en primer lugar porque cada sociedad reconoce enfermedades específicas, en segundo lugar porque la enfermedad constituye un estado con muchas implicancias sociales, es decir estar sano o estar enfermo son condiciones socialmente muy distintas. En todas partes la enfermedad es indeseable, y al declarar a alguien sano o enfermo implican un juicio de valor (Minayo, 2009; Adam & Herzlich, 2001). En relación a esto, en las personas mayores entrevistadas predomina una auto percepción positiva de la salud, aún cuando muchos de ellos hacen referencia a que padecen de algún malestar o enfermedad crónica, prevalece la idea de buena salud en términos de la funcionalidad, de la posibilidad de continuar con sus actividades y realizar diferentes tareas, como actividades recreativas, los quehaceres del hogar, etc. De esta manera, definen a la salud no desde la enfermedad, sino desde aspectos positivos de la misma, resaltando fundamentalmente la importancia de mantener la movilidad por sus propios medios. Esta concepción de la salud se asemeja a la definición que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se refiere sobre la salud en la vejez no en términos de pérdidas sino del mantenimiento de la capacidad funcional. Desde el punto de vista funcional, la persona mayor se considera sana cuando puede afrontar y adaptarse al proceso de cambio propio de esta etapa y alcanzar satisfacción personal. Asimismo la OMS plantea como un indicador representativo para la salud de este grupo poblacional el estado de independencia funcional (Sanhueza Parra, Castro Salas & Merino Escobar, 2005). Esta funcionalidad no se limita a cuestiones biológicas sino que incluye también la funcionalidad

social, que se refiere a la integración social y familiar de las personas que envejecen (Zavala, et. al., 2006).

Esta reafirmación de buena salud por parte de las personas mayores puede presentarse como oposición al imaginario social que concibe a la vejez en base a estereotipos negativos que predomina en el resto de la sociedad.

El uso de la edad cronológica como criterio para definir la tercera edad, puede generar estereotipos sobre las personas de edad, muchas veces erróneos. Es decir, se crean representaciones sociales en base a etiquetas. Todas las personas que reciben esa etiqueta se supone que poseen determinados atributos y cuando estos atributos son negativos, se generan estigmas. Muchas veces los criterios que se utilizan para separar esta etapa de la vida en grupos etarios están basados en estereotipos negativos y finalmente asociados a la edad cronológica (Oddone, et. al.; 2004).

En estudios realizados sobre las representaciones sociales de la vejez en distintos grupos etarios, se describe que las personas que no son personas mayores, asocian a la vejez a una etapa de pérdidas de diversa índole (pérdida de amigos, de la fuerza productiva, de la salud y de la belleza), también la asocian a la proximidad de la muerte. Otra idea que aparece casi de manera constante es la identificación de la vejez con la enfermedad. Muchos de estos estudios están hechos mediante entrevistas a familiares de personas mayores institucionalizados, lo que podría influir en la imagen que presentan de la vejez (Cancelo da Cruz & de Assunção Ferreira, 2011). En otro estudio estas representaciones de manera ambivalente coexisten con la idea de mayor experiencia y sabiduría. Mientras que cuando se exploran las representaciones que las personas mayores tienen de la vejez y del ser mayor, aparecen diferenciaciones en función de la actividad que mantienen, así consideran que es viejo quien es pasivo y son personas mayores quienes se mantienen activos. También lo asocian a la idea de espíritu joven. Expresan que estar viejos o no depende de cómo se sienta cada sujeto, de cómo se predispone y como se comporta. Este autor refiere que en los sujetos de su estudio encuentran que independientemente de la franja etaria a la que pertenecen (personas mayores y no personas mayores) piensan la vejez como un binomio: buena o mala. Y asocian la vejez buena a la salud, la actividad, el espíritu joven y la religiosidad, y la vejez

mala a la enfermedad, pérdidas, problemas de relación con los hijos, sufrimiento, inactividad y dependencia (Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo & Biasus, 2009).

Según Le Breton citado por Escalante Ampuero (2005), la vejez es un sentimiento que implica una mezcla de conciencia sobre sí mismo y de la valoración sociocultural que viene de la mirada del otro. Es decir un sentimiento que viene de la interiorización de la mirada del otro, al ser algo subjetivo no depende solamente de la edad cronológica ni de criterios establecidos. Es algo individual que es influenciado por los valores y significados sociales pero que cada sujeto resignifica. Este autor en su estudio con mujeres mayores encuentra que las mismas atribuyen a la vejez variados significados, muchos de ellos relacionados con la vejez activa, con la posibilidad de realizar actividades que no pudieron realizar durante la vida adulta por sus obligaciones. Mientras que otras mujeres asocian a la vejez con el desánimo y el desgano frente a la vida, es decir que no consideran viejos a aquellos que tienen buen ánimo para hacer cosas. Una condición fuertemente asociada al sentimiento individual de vejez es el desgaste del cuerpo que dificulte la realización de actividades relevantes (Escalante Ampuero, 2005).

Galende habla de la existencia de una violentación subjetiva entre una sociedad que culturalmente no respeta valores vinculados a las diferencias generacionales y que impone un modelo hegemónico de juventud, y violentación también del imaginario social que no da lugar a valores y significados positivos ligados a la vejez. Las personas mayores viven en un mundo simbólico que es fundamentalmente joven, y esto produce un impacto en la subjetividad de las personas mayores (Galende, 2004).

Esta evaluación de buena salud en muchos de ellos se asocia con la idea de menor necesidad de asistencia médica, por ende un menor uso de las prestaciones médicas que la Obra Social ofrece, mientras que si asocian a una mejor salud aspectos relacionados con una concepción más integral de la misma. Estudios que evalúan la necesidad en salud como categoría encontraron una asociación significativa con la utilización de los servicios, entre ellos el estudio realizado por Travassos (1999) citado por los autores, demostró que la morbilidad auto-percibida es el factor más importante en los mayores de 60 años en la explicación de la utilización de servicios de salud. En otros estudios se encontró una relación

directa entre los diferentes niveles de necesidad medida por la autopercepción de salud y la utilización de los servicios (Mendoza-Sassi, et. al; 2001).

Este aspecto de la percepción de necesidad de cuidados como determinante de la accesibilidad ha sido una cuestión ampliamente desarrollada en el abordaje del tema. En principio porque los primeros desarrollos teóricos no la incluían en el análisis de la accesibilidad. En el modelo comportamental descrito por Aday & Andersen (1974), primera etapa de su propuesta teórico-metodológica, considera que los principales determinantes del uso de los servicios son cuestiones propias del individuo entre las que incluye la necesidad de cuidado. Cuando se ha aplicado este modelo se ha hecho hincapié en la necesidad de cuidado, en esto se debería incluir la manera en que la gente ve su propia salud y estatus funcional, tanto como la forma en que cada individuo experimenta los síntomas de enfermedad, las preocupaciones sobre su salud y como evalúan la magnitud de su problema para buscar o no asistencia médica (Aday & Andersen, 1974; Andersen et. al., 1983; Andersen, 1995). También Frenk (1985) incorpora de manera explícita la percepción de la necesidad de asistencia por parte de los sujetos y de deseo de obtener o no cuidados, como determinante de la accesibilidad.

La concepción positiva de la vejez contrasta con lo hallado en el estudio sobre las organizaciones de la sociedad civil que describen una representación social de la vejez predominantemente negativa, asociada a la enfermedad, a la improductividad con demandas de asistencia inmediata y no a largo plazo. Además en dicha investigación encontraron que la mayoría de las Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajaban con personas mayores lo hacían fundamentalmente desde una concepción biomédica y asistencialista y prácticamente no existían las actividades de promoción y prevención de la salud. Esto es opuesto a lo que ocurre en el Centro de Jubilados a donde asisten los entrevistados, cuyas funciones se encuentran principalmente orientadas hacia la salud y no hacia la enfermedad (González Vázquez y et. al., 2010).

En cuanto a la imagen positiva de la vejez, Gascón afirma que una de los principales resultados de los movimientos de adultos mayores sobre la sociedad, fue el cambio de concepción desde los estereotipos negativos y la mirada compasiva, que consideraba a las

personas mayores como necesitados de asistencia, por una nueva perspectiva que toma en cuenta el lugar que los mayores ocupan en la sociedad, en términos sociales y políticos, fundamentalmente en las sociedades envejecidas (Gascón, 2006).

Por último, que todos los entrevistados refieran a otras mujeres para ser entrevistadas puede estar relacionado con lo descrito en relación a la autoatención de la salud al interior de los grupos domésticos que se desarrolla sobre todo a través de la mujer, en su rol de esposa y de madre. El término autoatención hace referencia a las representaciones y prácticas que los sujetos y los grupos sociales desarrollan y usan para diagnosticar, aliviar, explicar, atender, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud, sin la participación directa de profesionales de la salud. En el grupo familiar es la mujer quien se ocupa del proceso salud enfermedad atención de sus miembros, desde su rol de madre o esposa. De tal manera que es la mujer quien diagnostica el padecimiento, establece la levedad o gravedad del mismo, y en función de ello será ella quien instaure los primeros tratamientos o decida si es necesario concurrir al sistema de atención que considere más adecuado (Menéndez, 2009).

Sobre el derecho a la salud la mayoría de los entrevistados hace referencia a que significa que deben tener garantizada la atención cuando la necesitan, algunos agregan que además corresponde que reciban una buena atención. Cuando hablan de buena atención detallan que esto se refiere a recibir buen trato, que merecen ciertas consideraciones por su edad y muchos añaden que ellos están pagando por un servicio, dado que les descuentan un porcentaje de su jubilación y por ello deben recibirlo adecuadamente. En esta expresión, demuestran su conciencia sobre el aporte que ellos hacen a la financiación del servicio, aunque las prestaciones luego sean gratuitas. Esto se contrasta con lo hallado en el estudio sobre accesibilidad simbólica de mujeres usuarias pobres, en donde no surge en las entrevistas que los hospitales públicos se sostienen con los impuestos de los ciudadanos, quienes sugieren concepciones de derecho basadas en la beneficencia (Comes & Stolkiner; 2004).

Las quejas en cuanto a la falta de cumplimiento de este derecho son referidas al trato que reciben del profesional actuante, muchas veces interpretan que está relacionado con la edad. Es decir que se sienten descuidados por el sólo hecho de ser "viejos". En ocasiones

coinciden en afirmar que la salud es un derecho para las personas mayores, pero pareciera que no pueden dar una definición precisa de lo que esto significaría para ellos.

Otros al hablar del derecho a la salud refieren a la posibilidad de sentirse bien y de cuidarse a uno mismo. Solo una entrevistada hizo referencia de manera explícita a la responsabilidad individual sobre el cuidado de la salud.

Dos de los entrevistados hacen referencia a que deberían recibir una atención diferente ahora que tienen Pami con respecto a sus experiencias previas, en las cuales no contaban con Obra Social y hacían uso del sistema público. Esto deja ver la concepción del derecho asociado al pago de una Obra Social.

Estas definiciones dadas por los entrevistados parecen algo imprecisas, sin embargo están alineadas con las plasmadas en los documentos internacionales sobre derechos de las personas mayores. Actualmente no contamos aún con una convención o tratado dedicado específicamente a los derechos de las personas mayores, no obstante se encuentran mencionados en otros documentos generales. En cuanto al Derecho a la Salud de las personas mayores, se encuentra explicitado en la Observación General N° 6 sobre los derechos de las personas de edad elaborada en el año 1995, por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la siguiente manera:

Derecho a la Salud física y mental (artículo 12): Supone efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva de ciclo de vida (Rodríguez-Piñeiro y Huenchuan, 2011, pp 5)

Asimismo, el comité en el año 2010 adoptó la Recomendación General N° 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos, que sobre salud especifica:

Los Estados partes deben proporcionar medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y no transmisibles, atención social y de salud de largo plazo, incluyendo el cuidado que permita una vida independiente y aquellos de tipo paliativo, entre otras acciones (Rodríguez-Piñeiro & Huenchuan, 2011, pp 7)

En ambos documentos prima una visión de la salud biologicista y asistencial, haciendo referencia básicamente a la atención necesaria por parte de las personas mayores. Esto coincide en general, con la concepción de los entrevistados sobre el derecho a la salud.

No se encuentran diferencias significativas en cuanto a la idea del derecho a acceder a las prestaciones entre los jubilados que accedieron al Pami a través del programa de inclusión previsional y aquellos que se jubilaron de la manera convencional.

12.2 Acerca de las barreras en el acceso

En cuanto a la pregunta preliminar sobre cuáles son las representaciones sociales sobre el acceso a las prestaciones del PAMI de las personas mayores afiliadas a la Obra Social. Al hablar sobre el acceso lo que surge en primer lugar como obstáculo para la utilización de los servicios de la obra social, son las demoras que tienen en conseguir turno, es decir las largas esperas como obstáculo. Se refieren tanto a la espera para obtener el turno necesario, como en el lugar de atención una vez que concurren con el turno asignado e incluso en el Pami para obtener las autorizaciones administrativas necesarias para realizar ciertas prácticas. En muchos casos puede percibirse que lo dicen incluso con algo de resignación al respecto, como si fuera una realidad inmodificable que deben aceptar. Del mismo modo, en el estudio realizado por Díaz et al. (2000) muchos de los entrevistados describen a las esperas, las colas y los horarios naturalizados como elementos innatos de los servicios de salud y su forma de organización, aunque en algunos casos fueron señalados como causa de insatisfacción (Díaz et al., 2000).

Al respecto de la Obra Social propiamente dicha, también expresan como un obstáculo las cuestiones relacionadas con la burocracia administrativa, aspecto contemplado en la dimensión organizativa en la literatura consultada sobre Acceso y Accesibilidad. Esto coincide con lo encontrado en el estudio realizado con personas mayores de 60 años en la ciudad de Buenos Aires, con la salvedad que era población sin cobertura de Obra social. En dicho estudio no refirieron barreras geográficas, económicas ni simbólicas, pero si se refirieron a la dimensión organizativa en el momento de solicitar turnos, argumentando que es difícil conseguir turnos y que el tiempo entre que piden el turno y se efectiviza la consulta es excesivo (Solitario et al., 2006).

En el estudio realizado por Díaz et al. (2000) se describe el tema de la utilización del tiempo como obstáculo en la accesibilidad, encuentran una distancia entre la forma en que el centro de salud organiza la modalidad de atención y la organización cotidiana de las familias, esta divergencia se enmarca en la diferente organización del uso del tiempo relacionada con el trabajo en las familias, el clima, etc. Y varía según el tipo de familia y la situación laboral de las mismas, de la interrelación entre familia, trabajo y tiempo libre (Díaz et al., 2000).

Otro aspecto que podría constituir un obstáculo al acceso se relaciona con la capacidad de pago. Si bien la atención por Pami es gratuita y tiene una amplia cobertura prestacional, es casi unánime la idea que siempre es mejor pagar por la consulta ya que la atención particular es diferente a la atención por la Obra Social, incluso tratándose del mismo profesional piensan que atienden de manera diferente cuando se paga la consulta, esta diferencia en la atención incluye por ejemplo la realización de examen físico, aspecto que constituye una queja recurrente en las personas mayores: el hecho que sus médicos no los revisan.

Esta representación, que es mejor pagar la consulta que atenderse por la Obra Social, puede constituirse como un mecanismo generador de desigualdades, dado que quienes disponen del dinero recurren a los médicos que eligen por fuera del sistema de Pami, consiguiendo generalmente turnos más próximos que quienes sin opción deben utilizar los servicios a través de la obra social, que además tienen una lista de profesionales más acotada. Incluso muchas veces recurriendo a abonar la consulta antes de probar conseguir la prestación por el Pami.

Sumada a esta representación de los médicos, surge también aunque con menor frecuencia, la idea de que los médicos descuidan a las personas mayores por razones de edad o simplemente por el hecho de atenderse por Pami. La edad avanzada como causa del descuido o desatención por parte del personal de salud, es asociada también como causa de la no realización de examen físico.

Esta concepción coexiste en la mayoría de los entrevistados con la idea de que ellos están pagando por la Obra social a través del descuento que le hacen en su recibo de sueldo, y por tal razón tienen derecho a las prestaciones que la misma brinda. Por eso la idea de calidad asociada al pago de la consulta, podría estar relacionada con las representaciones que tienen

sobre los médicos, más que las representaciones sobre el acceso a la salud. Estas representaciones sobre los médicos reflejan cierta desconfianza. La confianza en el sistema de salud es un elemento para la equidad en el acceso y la desconfianza puede constituirse como una barrera. Los problemas de confianza como la aceptabilidad influyen en la decisión del individuo y suelen afectar sobre todo a los grupos más marginales (Sánchez & Ciconelli, 2012).

En cuanto a los espacios que las personas mayores eligen para atender su salud, se observa que la mayoría de las respuestas se divide entre los hospitales y las Unidades Sanitarias y es poco frecuente que hagan mención espontánea a la atención por el médico de cabecera, que constituye el primer nivel de atención correspondiente a la obra social. Esto puede relacionarse con lo desarrollado por Sánchez & Ciconelli (2012) cuando describen que el análisis de la accesibilidad incluye actualmente aspectos menos tangibles de los servicios de salud como por ejemplo la dimensión que definen como "Disponibilidad" que se refiere a la representación de la existencia o no de servicios de salud en el lugar adecuado y en el momento en que son necesarios. Esta dimensión está relacionada principalmente con la entrada al sistema de salud y puede incluir aspectos geográficos, de transporte, organizacionales y cuestiones propias de los servicios. Es decir, no se refiere solo a la existencia real de servicios sino a la representación que los sujetos tienen sobre los mismos. Esto podría ser lo que ocurre con las personas mayores afiliadas al PAMI, que independientemente de que existan y aparentemente estén disponibles los servicios de médico de cabecera, ellos encuentran más disponibilidad en el primer de atención del sistema público (Sánchez & Ciconelli, 2012). Puede relacionarse con la dimensión de la accesibilidad propuesta desde la geografía, denominada funcionalidad territorial y que tiene que ver con la manera en que los habitantes utilizan la ciudad para satisfacer sus necesidades, en el contexto de relaciones espacialmente localizadas, considerando el modo en cómo la población está dispuesta a emplear su tiempo de viaje y elegir sus destinos (Cerdeira Troncoso & Marmolejo Duarte, 2004).

También podría pensarse que las personas mayores que viven en un barrio periférico prefieren atenderse en la Unidad Sanitaria del barrio porque podrían existir barreras

simbólicas para que concurran a los consultorios médicos del centro de la ciudad, pero esta es una hipótesis que deberá evaluarse en instancias futuras, dado que no ha surgido de las entrevistas. Esto podemos asociarlo al concepto de Aceptabilidad que se refiere al modo en que los sujetos perciben a los servicios de salud. Esta dimensión está definida por la relación entre las actitudes de los trabajadores de la salud y las actitudes de los individuos que asisten al servicio, que a su vez estarán influenciadas por las características individuales (sexo, edad, idiomas, etc.). También se define por la interacción entre las expectativas de los profesionales y las de los sujetos. El concepto central de la aceptabilidad es el respeto mutuo. El abordaje de la aceptabilidad debe hacerse teniendo en cuenta que es un aspecto cultural, educacional y comportamental que influye en el acceso a la salud (Sánchez & Ciconelli, 2012).

Con menor frecuencia surgen también otras barreras u obstáculos a la atención que no se presentan de manera constante, sino que varían en función del prestador, es decir del médico de cabecera y/o del hospital que tiene asignado cada afiliado. Estas barreras coinciden con las dimensiones de la accesibilidad que se describen habitualmente en la bibliografía consultada. Entre estas podemos mencionar barreras arquitectónicas, barreras organizativas relacionadas por ejemplo con los días y los horarios que los médicos atienden a los afiliados de Pami en el consultorio y también barreras geográficas.

12.3 Acerca de los facilitadores del acceso: las redes de pares y vínculos sociales.

En cuanto a los facilitadores del acceso podemos mencionar tres aspectos: la ayuda que reciben de sus hijos, el tener alguna persona conocida en los servicios a los que concurren y el centro de jubilados.

Constituye un facilitador del acceso a los servicios de la Obra Social el poder contar con la ayuda de los hijos en la realización de los trámites que implica la utilización de la Obra Social. Las ayudas que los entrevistados refieren de sus hijos son diversas, por ejemplo acompañarlos en la consulta médica, el transportarlos hacia el lugar de atención, la gestión de los turnos, entre otras. En las entrevistas en que los hijos participaron, coincidieron con sus

padres en este aspecto, que ellos facilitaban a sus padres el uso de los servicios del Pami. Oddone (2014) también refiere que es frecuente que las familias brinden ayuda a las personas mayores en aquellos aspectos donde encuentran dificultades, como es llevarlos en auto, cobrarles la jubilación, acompañarlos al médico, etc. La familia cumple en general una importante función en el cuidado y ayuda a las personas mayores más allá de los problemas de salud que pudieran afectar a las mismas. Las familias comparten recursos económicos, afectivos, expresivos y de apoyo que incluyen protección y acompañamiento. La familia es un lugar de solidaridad (Oddone, 2014).

Por otro lado, el tener alguna persona conocida entre los trabajadores de los Servicios de Salud (hospitales, consultorios, etc.) o de la sede del Pami se constituye como un facilitador del acceso. Estos vínculos entre usuarios y servicios fue generado sin relación al centro de jubilados, muchas veces está asociado a relaciones familiares, en ocasiones el vínculo fue construido durante la vida laboral antes de jubilarse y en otras fue iniciado a través de la utilización previa de la Obra Social. Facilita el acceso porque permite a los afiliados al Pami dirigirse directamente a esas personas conocidas para conseguir lo que necesitan, o mejorando el trato que reciben. Esto es comparable con la definición que hacen algunos autores quienes abordan el concepto de accesibilidad desde una perspectiva relacional. Así autores como Comes et al. (2006), definen a la Accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Dicho vínculo surge del interjuego entre las condiciones y los discursos de los trabajadores de los servicios y las condiciones y las representaciones de los sujetos usuarios, y se manifiesta en el modo particular que adquiere la utilización de los servicios. Proponen otro modo de abordaje que no haga solo foco en la demanda o en la oferta, sino que intentan esté puesto fundamentalmente en el aspecto vincular implicado entre los sujetos que buscan atención y los servicios de salud. En esta investigación se encuentra, que sin ser indagado de manera directa, los aspectos vinculares surgen espontáneamente cuando se interroga sobre qué aspectos hacen más fácil el acceso a los servicios.

Por último, se reconoce en el discurso de los entrevistados que el Centro de Jubilados representa un facilitador al acceso, función que puede desempeñar de tres diferentes maneras:

por la creación de vínculos entre las autoridades del centro de jubilados y los trabajadores empleados de Pami, a través de los vínculos generados por los jubilados socios del miembros del Centro de Jubilados entre ellos y por actuar como fuente de información para los jubilados.

La construcción de vínculos entre las autoridades de la comisión del Centro de Jubilados y los trabajadores del Pami a partir de un contacto más frecuente motivado por las tareas del propio centro de Jubilados. Esto hace que al momento de requerir los servicios de Pami no cumplan con el camino habitual, sino que concurren las autoridades del centro directamente con los conocidos para que ellos faciliten el recorrido institucional. En segundo lugar también se constituye como un facilitador del acceso a través de los vínculos generados entre los mismos jubilados miembros del Centro de Jubilados. Los afiliados al Pami que concurren al centro de jubilados crean nuevas relaciones con otros jubilados del mismo barrio, que muchas veces colaboran para la utilización de los servicios del Pami. Nuevamente al hablar sobre el centro de jubilados se hace hincapié en los aspectos relacionales, en los vínculos como facilitador del acceso.

Otra forma en que el Centro de Jubilados se convierte en un facilitador del acceso, es al actuar como fuente de información. Muchos afiliados a Pami conocen las prestaciones que la Obra Social puede brindarles, a través de conversaciones con otros jubilados durante las actividades que se realizan en el centro. Es decir nuevamente aparecen las relaciones sociales actuando como facilitador del acceso. La información es considerada por Sánchez & Ciconelli (2012) como una dimensión del acceso, que además es fundamental para la comprensión de las otras dimensiones. Para estas autoras, la información debería ser el resultado de un proceso de comunicación entre los individuos y el sistema de salud, relacionan la información con la posibilidad de tomar decisiones con respecto al uso de los servicios de salud (Sánchez & Ciconelli, 2012). Las personas mayores requieren disponer de información que le permita tanto preservar y mejorar su salud, como también acceder a los cuidados de salud que necesitan (Barenblit & Molina, 2004).

La participación comunitaria es de suma importancia para evitar el individualismo, el aislamiento y el miedo. A través de la participación las personas desarrollan capacidades para

afrontar y modificar dichas condiciones. Muchas personas mayores bregan por mantener su lugar en la vida social, así dan testimonio de que la participación no está restringida por edad. Hace años se observa que muchas veces los destinatarios de los programas han sido convocados a participar en algunos aspectos de la gestión de los mismos. Esto ha generado que las organizaciones desarrollen nuevas habilidades de participación y de gestión, superando el mero fin recreativo. Se transforman así en organizaciones que prestan servicios, y consolidan de esta manera un rol solidario intragrupal (Barenblit & Molina, 2004).

Oddone (2014) define a las redes como:

Una práctica cultural y simbólica que incluye el conjunto de relaciones interpersonales de una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto. Sin lugar a dudas cuando se habla de redes sociales, está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la existencia de las mismas (Oddone, 2014, pp 361)

Las redes de apoyo son de gran importancia para los mayores por la ayuda económica e instrumental, pero sobre todo tiene gran impacto el apoyo emocional. Las personas mayores consideran que éste último aspecto es un aspecto fundamental en su calidad de vida (Oddone, 2014).

En un estudio realizado sobre las redes solidarias entre pares y las organizaciones de personas mayores en la ciudad de Buenos Aires en el año 2001, encontraron que solo un 1,5% de las personas mayores recurrían a las organizaciones de personas mayores en caso de necesidad, mientras que la mayoría acudía a la familia. Sin embargo, la autora consideraba que esa tendencia se modificaría en el futuro fundamentalmente debido a los cambios que se producen en las familias, que deben dedicar más tiempo al trabajo fuera del hogar y menos horas al cuidado de los miembros de la familia, por lo que prevé que las organizaciones de personas mayores podrían constituirse como una alternativa mucho mas masiva para que las personas de edad recurran por ayuda (Fassio, 2001). Por su parte, Oddone (2014) expresa que la familia es el lugar de solidaridad por naturaleza, pero que el envejecimiento poblacional genera un cambio en la solidaridad, esto es hay más personas mayores para ser cuidadas y al mismo tiempo hay más personas mayores para cuidar a otros. La primera red de apoyo que

suele aparecer en el relato de las personas mayores es la familia y luego las redes de amigos y vecinos, que componen fuentes de apoyo importantes, muchas veces son quienes informan sobre los planes sociales. Los vínculos de amistad entre pares, se fundan en los intereses comunes y actividades compartidas (Oddone, 2014).

En dicho estudio sobre las redes solidarias, cuando se refieren al área temática principal de las actividades que las organizaciones de personas mayores realizan en pos del cumplimiento de sus objetivos, declaran en primer lugar la problemática social y la integración social, en segundo lugar aparece la recreación. Mientras que en este estudio, la recreación aparece como la función principal de los centros de jubilados, dado que la mayoría de los entrevistados lo asocian de manera explícita con funciones de recreación y socialización, que permite a los jubilados evitar la soledad, salir de la rutina de sus hogares y también se lo considera un lugar donde pueden aprender cosas nuevas. Los hombres manifiestan las mismas representaciones, sin embargo expresan que no participan regularmente en las actividades brindadas en el centro, esto coincide con lo descrito por Fassio, quien refiere que los hombres constituyen una minoría entre los participantes (Fassio, 2001). Se desprende de lo expresado por los entrevistados que asocian al centro de jubilados con un envejecimiento saludable, sin embargo no hacen una relación explícita entre la salud, las prestaciones del Pami y el Centro de Jubilados. Solo relacionan al Centro de Jubilados con el Pami en cuanto que este constituye una de las fuentes de financiación de los mismos, es decir que el Pami a través de los Sectores de Promoción Social y de Relación con los Beneficiarios (ambos pertenecientes al Departamento de Prestaciones Sociales) otorga subsidios a los centros de jubilados para que puedan llevar a cabo diferentes actividades de promoción de la salud y recreativas, estos subsidios incluyen el pago de honorarios a los talleristas, los materiales necesarios y un refrigerio. Esta prestación del Pami está asociada a una concepción de la salud de manera integral por parte de la Obra Social, que implica asumir que las actividades de promoción y recreación tienen un impacto positivo en la salud.

El Pami plantea en su normativa una asistencia basada en el médico de cabecera, se propone en este nuevo esquema el fortalecimiento y optimización del rol del médico de primer nivel de atención, con el fin de asegurar la accesibilidad inmediata a la consulta con

éste y desde él a las especialidades de mayor demanda ambulatoria garantizando que los afiliados accedan a las prestaciones que requieran en función de su patología. El médico de cabecera es el principal referente y por lo tanto, el nexo para la articulación de todos los procesos de atención relacionados con la salud de los afiliados asignados al mismo (INSSJP, 1992). Sin embargo, es notorio que no surge en las entrevistas el vínculo construido con el médico de cabecera, ni como facilitador ni como obstáculo. Mientras que en la bibliografía se describe que muchas veces el tener un médico definido o un lugar de atención definido, se asocia a un mayor uso de los servicios. Además se relaciona a la continuidad de la asistencia por lo que redundaría en una mejor calidad de atención (Mendoza-Sassi & Béria, 2001). En la ciudad de Bahía Blanca, todos los afiliados tienen asignado un médico de cabecera de Pami. En los últimos años debido al gran aumento en la cantidad de afiliados de la Obra Social, muchos médicos de cabecera superan la cantidad máxima de afiliados a cargo que permite la normativa. Esta podría ser una razón para que no se establezca un vínculo entre médicos y pacientes, debido a que encuentran sobrecargada su tarea cotidiana.

12.4 Sobre las experiencias de acceso de quienes han utilizado la Obra Social

La mayoría de los entrevistados dicen estar satisfechos con la atención recibida por medio de su Obra Social Pami.

En algunos estudios que evalúan la satisfacción con la atención, consideran que la misma está compuesta por al menos tres aspectos diferentes: organizativos (referidos al tiempo de espera, el ambiente físico, etc.), la atención recibida y el efecto sobre la salud y por último el trato recibido durante el proceso de atención por parte de los trabajadores de la salud implicados. En las respuestas de los entrevistados podemos encontrar que de manera espontánea han abarcado los tres aspectos del concepto de satisfacción (Gómez Juanola, et. al., 2004).

En cuanto a los aspectos organizativos al hablar de la calidad de la atención recibida surge nuevamente entre los entrevistados el tema de las demoras por parte de los médicos, detallado previamente como barrera de accesibilidad. También hacen referencia a la

comodidad del espacio de atención, tanto de la sede del Pami como de los servicios de salud propiamente dichos, valorando positivamente la presencia de sillas, espacio para que las personas mayores estén confortables y la higiene del lugar. En el extremo opuesto, algunos hacen mención a las situaciones que hacen que la espera o la atención sean poco confortables para los mayores, evaluándolo como de mala calidad. Por ejemplo la existencia de escaleras o cantidad insuficiente de sillas.

En relación a la atención recibida valoran positivamente el haber encontrado respuesta o solución al problema que los aquejaba.

En referencia al trato recibido también manifiestan satisfacción con el trato recibido tanto por los profesionales de salud como por los empleados de la Obra Social que atienden en su sede. Esto también tiene que ver con sus experiencias previas en el sistema de salud, dado que la mayoría se atendía previamente en los servicios públicos. Asimismo se relaciona con las expectativas que tienen con respecto a la Obra Social Pami, dado que muchas veces existe en el imaginario una concepción negativa sobre la misma. Igualmente, si bien son minoritarias existen las quejas en cuanto al trato que reciben del profesional actuante, muchas veces interpretan que está relacionado con la edad, se sienten descuidados por el sólo hecho de ser "viejos".

Los estudios sobre la satisfacción de las personas mayores con la atención, identifican un porcentaje mayoritario de usuarios satisfechos. Quienes manifiestan no estar satisfechos resaltan la relación médico-paciente y dentro de ella el contacto visual, la explicación que otorga el profesional, el vocabulario utilizado y hacen mención a los reprimendas por parte del profesional ante posibles incumplimientos de las indicaciones. Asimismo pretenden una comunicación más efectiva, ser escuchados y comprendidos por los médicos, refieren que son tratados con indiferencia por los médicos y que eso puede influir en el tratamiento. Asimismo describen que en otros estudios similares las personas mayores expresan expectativas de trato amable como calidad de atención (Campos-Navarro, Afganis-Juárez & Torrez, D, 2006).

13. CONCLUSIONES

El hecho de ser trabajadora del PAMI y desarrollar una investigación acerca de la accesibilidad al mismo, plantea la necesidad de reflexionar sobre las dificultades que ello haya podido imprimir al trabajo, como podría ser sentirse condicionados ante la posibilidad de hacer críticas negativas hacia el instituto o sus trabajadores, o que se negaran a realizar la entrevista por temor a las consecuencias ante las críticas negativas. Sin embargo, el ser trabajadora del Pami creemos que se constituyó en un facilitador para lograr las entrevistas y cierto vínculo de confianza.

Respecto a los procedimientos realizados para la obtención de los datos, consideramos que la metodología utilizada en esta investigación se mostró adecuada para alcanzar los objetivos de la misma, dado que las entrevistas semiestructuradas permitieron indagar todos los temas que se consideraron relevantes para cumplir los objetivos propuestos, al mismo tiempo que dio libertad al entrevistado para responder, contar experiencias y ejemplificar con situaciones vividas por ellos o sus allegados. Los entrevistados se mostraron en todo momento predispuestos a participar y se sentían agradecidos porque un trabajador de la Obra Social se acercara a su domicilio para conversar sobre el funcionamiento de la misma.

Respecto a los resultados más destacados, encontramos la importancia que tienen la construcción de vínculos como facilitador del acceso de las personas mayores a los servicios de la Obra Social. Estos vínculos son de distinta naturaleza: en primer lugar vínculos familiares, los vínculos que los mayores tienen con trabajadores de los servicios de salud a los que concurren y en la sede del Pami, y por último los vínculos con el centro de jubilados que representa un facilitador al acceso, función que puede desempeñar de tres diferentes maneras: por la creación de vínculos entre las autoridades del centro de jubilados y los trabajadores empleados de Pami, a través de los vínculos generados por los jubilados socios del miembros del Centro de Jubilados entre ellos y por actuar como fuente de información para los jubilados. De esta manera, como se planteaba inicialmente el centro de jubilados se constituye como un facilitador del acceso a la Obra Social. En cuanto a los vínculos, ya hay autores que reconocen la importancia de los mismos en la accesibilidad, pero no como un facilitador como

surge en esta investigación, sino que lo hacen desde la definición del concepto, ya que definen a la Accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Comes et al., 2006).

Tal como se planteaba en la hipótesis muchas de las representaciones sociales que traen los sujetos actúan como obstáculos para acceder al sistema de salud. Durante el proceso de investigación han surgido algunos sentidos y representaciones que inicialmente no estaban planteado que se exploraran, como por ejemplo las representaciones que tienen de los médicos, y que están relacionados con la dimensión simbólica del acceso. Por lo que puede derivar en nuevas investigaciones. Mientras que, contrariamente a lo formulado en la hipótesis las personas que han accedido a la jubilación a través del Programa de Inclusión Previsional hacen uso de los servicios brindados por la Obra Social, y consideran que la Obra Social y la atención de salud es un derecho de los jubilados, independientemente de la forma en que han accedido a la misma.

Por otro lado, durante la década del '90 el Pami funcionó como una caja de corrupción, brindando mínima cobertura a los afiliados y muchas veces de mala calidad. Las citas de los entrevistados muestran cómo perdura una imagen construida del Pami predominantemente negativa, como prestación para quienes poseen menos recursos económicos o cuentan con menos alternativas y por lo tanto deficiente, aun cuando sus experiencias muestran algo diferente. Esto podría estar relacionado con una representación general que se ha hecho de esta Obra Social a lo largo de la historia y que persiste más allá de los procesos de cambio instituidos en la última década.

El propósito de la investigación estaba orientado a la posibilidad de producir información útil a nivel local, para poder pensar modelos de gestión y de atención que tengan como eje la reducción de las desigualdades. En este sentido, considero que hay que replantearse el rol que vienen ejerciendo los centros de jubilados y pensar la manera como el Pami se vincula con los mismos a partir de ese rol que cumplen actualmente en la comunidad.

Propuestas de acción para el Pami: Desde la creación de los centros de jubilados el Pami ha mantenido un contacto estrecho con los mismos, inicialmente por la implementación del Programa Pro Bienestar (Apéndice 3). Luego a partir del año 2008 comienza a fortalecerse el

vínculo entre la Obra Social y los centros de jubilados fundamentalmente por la implementación de talleres de promoción de la salud y recreación. A partir de lo hallado en esta investigación, se evidencia que los centros de jubilados cumplen un importante rol como facilitador del acceso de las personas a las prestaciones médicas y a los servicios sociales de la obra social. Por lo tanto, sería importante que el Pami busque establecer vínculos con los centros de jubilados en esa dirección, para apoyar y profundizar esta tarea tan importante que hasta el momento desarrollan por voluntad e iniciativa propia, y probablemente de manera heterogénea. Sobre todo teniendo en cuenta que las prestaciones médicas constituyen el pilar de la Obra Social y que sin embargo aún quedan metas pendientes de alcanzar.

Por último, consideramos que el acceso a las prestaciones se debe trabajar desde la perspectiva de los derechos ciudadanos de las personas mayores, fundamentalmente el derecho a la salud. La Obra Social debe garantizar a través de sus normativas, sus modelos de gestión y sus prácticas el cumplimiento de dicho derecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Río de Janeiro: Edusc, Bauru; 2001.
- Aday LA y Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Services Research [Internet]. 1974. [Citado 24 junio 2011]; 9:208-220. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
- Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. Journal of Health and Social Behavior [Internet]. 1995 [Citado 24 Septiembre 2013]; 6:1-10. Disponible en: http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting_Behavioral_Model_and_Access.pdf
- Administración Nacional de la Seguridad Social. Programa de Inclusión provisional. Buenos Aires [Internet]. 2008 [Citado 24 junio 2011]. Disponible en www.anses.gov.ar/jubilados-pensionados/pip.php
- Almeida Filho N, Castiel LD y Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva. 2009; 5(3):323-344.
- Andersen R, McCutcheon A, Aday LA, Chiu G.Y y Bell R. Exploring dimensions of Access to Medical Care. Health Services Research [Internet]. 1983 [Citado 24 junio 2011]; 18(1):49-74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068709>
- Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior [Internet]. 1995 [Citado 24 junio 2011]; 36:1-10. Disponible en: <http://www.mph.ufl.edu/events/seminar/RevisitingBehavioralModel.pdf>
- Andersen R y Newman J. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly [Internet]. 1973 [Citado 24 junio 2011]; 51(1):95-124. Disponible en: <http://www.milbank.org/quarterly/830422andersen.pdf>
- Araújo Assis MM y Abreu de Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(11): 2865-2875.
- Araújo Assis MM, Scatena Villa TC y Alves do Nascimento MA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [Citado 24 junio 2011]; 8(3):815-823. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>

- Araya Umaña S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127 [Internet]. 2002 [Citado 28 Mayo 2013]. Costa Rica: FLACSO. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade [Internet]. 2009 [Citado 26 agosto 2011]; 18(supl.2):11-23. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>
- Ayres JRCM, Junior IF, Junqueira Calazans G, Saletti Filho HC. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C. Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Barata RB. Acceso e uso de serviços de saúde. Considerações sobre os resultados da Pesquisa de condições de vida 2006. Sao Paulo em Perspectiva [Internet]. 2008 [Citado 26 agosto 2011]; 22(2):19-29. Disponible en: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf
- Barenblit V, Molina S. Salud Comunitaria. Aspectos promocionales en la salud del Adulto Mayor. En: Molina Silvia (compiladora). Aspectos psicosociales del Adulto Mayor. Salud Comunitaria, creatividad y derechos humanos. Buenos Aires: Ediciones de la UNLA; 2004.
- Bertolozzi MR, Izumi Nichiatally LY, Ferreira Takahashi R, Itsuki Ciosak S, Hino P, Ferreira Do Val L, et. al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesao na Saúde Coletiva. Rev. Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [Citado 26 agosto 2011]; 42(2):1326-1330. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>
- Blanco Gil J, López Arellano O. Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción. En: Jarillo Soto EC, Guinsberg E. (Editores). Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
- Boletín Oficial de la República Argentina N° 30.565. Ley 25.994 Prestación Previsional Anticipada - Creación. Buenos Aires [Internet]. 2005 [Citado 23 Febrero 2011]. Disponible en: www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/100000-104999/102726/norma.htm
- Boletín Oficial de la República Argentina N° 31.016. Seguridad Social Decreto 1451/2006 Prorrógase la vigencia de la Ley N° 25.994. Buenos Aires [Internet]. 2006 [Citado 23

- Febrero 2011]. Disponible en: www.boletinoficial.gov.ar/BuscadoresPrimeraLog/BusquedaAvanzadaLogDetalle.castle?dest=&idAviso=7294422
- Boletín Oficial de la República Argentina N° 32965. Ley 26970 Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Régimen de regularización. Buenos Aires [Internet]. 2014 [Citado 10 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/234847/norma.htm>
- Campos-Navarro R, Afganis-Juarez N y Torrez D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar [Internet]. 2006 [citada 09 Diciembre 2014]; 8(2):131-136. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50780210.pdf>
- Cancelo da Cruz R, de Assunção Ferreira M. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2011 [citada 25 Noviembre 2014]; 20(1):144-151. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71419103017>
- Cardoso MHCA y Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. Cadernos de Saúde Pública. 2000; 16(2):499-506.
- Carreira L y Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. Revista brasileira de enfermagem. [Internet]. 2010 [Citada 20 Noviembre 2014]; 63(6):933-999. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/10.pdf>
- Cerda Troncoso J y Marmolejo Duarte C. De la accesibilidad a la funcionalidad del territorio: una nueva dimensión para entender la estructura urbano-residencial de las áreas metropolitanas de Santiago (Chile) y Barcelona (España). Revista de Geografía Norte Grande [Internet]. 2004 [Citado 15 Octubre 2011]; 46:5-27. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rgeong/n46/art01.pdf>
- Comes Y. Accesibilidad: Una Revisión Conceptual. [Versión Electrónica]. Doc. Laboris de la Investigación: "Reforma en Salud en la Ciudad de Buenos Aires: modificaciones en las representaciones y prácticas de trabajadores y usuarios NBI del sector". Financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, Proyecto bienal 2001-2003 Categoría B (Equipos constituidos). Sede: Facultad de Psicología de la

- UBA. [Internet]. 2003 [Citado 20 Octubre 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/60297339/Accesibilidad-dOC-Yamila>
- Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vazquez A, et. al. El Concepto de Accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de psicología - UBA/Secretaría de Investigaciones/Anuario de Investigaciones [Internet]. 2006 [Citado 26 junio 2011]; XIV:201-209. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf>
- Comes Y y Stolkiner A. Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Facultad de psicología - UBA/Secretaría de Investigaciones/ XII Anuario de Investigaciones [Internet]. 2004 [Citado el día 4 de Octubre de 2012]; XII:137-143. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a13.pdf>
- D'ávila Viana AL, Ibañez N, Mangeon Elías PE, Días de Lima L, Vercesi Alburqueque M y Lana Iozzi F. Novas Perspectivas para a Regionalizaçao da Saúde. São Paulo em Perspectiva [Internet]. 2008 [Citado 17 Octubre 2011]; 22(1):92-106. Disponible en: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf
- Departamento de Geografía de la Universidad Nacional del Sur. Datos propios, elaborados en base al Censo del 2001. Entrevista personal, 16 de Agosto de 2010.
- Departamento de Geografía de la Universidad Nacional del Sur. Datos propios, elaborados en base al Censo del 2010. Entrevista personal, 29 de Septiembre de 2014.
- Deslandes S. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13(1):103-107.
- Díaz A, Huerta A, Rodríguez A y Telesco C. La dimensión sociocultural y su relación con los patrones de utilización. Acerca de un centro de salud de atención primaria desde la perspectiva de la población. Revista Investigación en Salud [Internet]. 2006 [Citado 14 Septiembre 2012]; 3(1y2): paginas. Disponible en: www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol3n1y2_art7.htm
- Escalante Ampuero P. Declive del cuerpo y sentimiento de vejez en mujeres de edad. Actas Congreso Latinoamericano de Antropología. Rosario Argentina. 2005 [Citado 26 Diciembre 2014].

- Fantini Nogueira-Martins MC y Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3):44-57.
- Farr RM. Representações sociais: a teoria e sua história. En: P. Guareschi & S. Jovchelovtich, org. *Textos em Representações Sociais*. 12º Edición. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Fassio A. Redes solidarias entre pares. ¿Una alternativa para la inclusión social para las personas de edad? [Internet]. III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de la Sociedad Internacional de Investigación del Tercer Sector; 12-14 sept 2001; [Citado 30 Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/750.pdf>
- Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. [Versión Electrónica]. Projeto GERUS [Internet]. 1996 [Citado 29 junio 2011]; S.I.S.n. Disponible en: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf
- Formiga N y Marengo S. (2000). *La dinámica urbana*. (1º edición). Buenos Aires: EdiUNS.
- Galende E. Representaciones sociales vinculadas a la vejez. En: Molina Silvia (compiladora). *Aspectos psicosociales del Adulto Mayor. Salud Comunitaria, creatividad y derechos humanos*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLA; 2004.
- Garbus P. Accesibilidad a la atención en Salud. La revisión teórica de una categoría tan clásica, como de moda. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*. 2012; 22(1):15-25.
- Garbus P, Solitario R y Stolkiner A. Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: Articulaciones con la Accesibilidad Simbólica a los Servicios. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*. 2007; 17(3):56-59.
- García Calvente MM, Rodríguez MI. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria* [Internet]. 2000 [Citado 26 Febrero 2012]; 25(3):115-22. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/el-grupo-focal-como-tecnica-investigacion-cualitativa-11114-investigacion-cualitativa-2000>
- Garro LY y Young JC. Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas. *Bol Of Sanit Panam* [Internet]. 1983 [Citado 14 Septiembre 2012]; 95(4):333-344. Disponible en: www.hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v95n4p333.pdf

- Gascón S. Los movimientos sociales de adultos mayores. Revista ISalud. [Internet]. 2006 [citado 18 Febrero 2015]; 1(1):18-20. Disponible en: http://www.isalud.edu.ar/revista_isalud/noviembre06/paginas/14.html
- Gibbs G. Análise de dados qualitativos (Col. Pesquisa qualitativa). Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Giovanelli L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acceso como categoría de análise. En: Eibenschutz C, organizador. Política de saúde: o público e o privado. Río de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- González Vázquez TT, Márquez Serrano M, Treviño Siller S, Gómez-Jauregui J, Pelcastre-Villafuerte BE. La capacidad de las Organizaciones de la Sociedad Civil para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores: un estudio cualitativo en zonas empobrecidas de México. Salud Colectiva. 2010; 6(2):181-194.
- Gómez Juanola M, Pérez Carvajal A, Moya Rodríguez M y Reyes Llanes M. Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2004 [Citado 09 Diciembre 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi07304.htm
- Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I y Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa Revista Panamericana Salud Pública [Internet]. 2013 [Citado 9 Febrero 2014]; 33(3):223-229. Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/admin/Mis%20documentos/Downloads/09--Arti--Hirmas--223-229%20\(2\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/admin/Mis%20documentos/Downloads/09--Arti--Hirmas--223-229%20(2).pdf)
- Huenchuan S. Los derechos de las personas mayores. Material de estudio y divulgación. Módulo 1 Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [Internet]. 2011 [Citado 19 Enero 2015]. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. [Internet]. 2011 [Citado 27 Octubre 2011]; Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P2-D_6_56.pdf

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Marco legal de las estadísticas oficiales Ley N° 17.622. [Internet]. 2006 [Citado 29 Febrero 2012]. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/indec/Ley_17622.htm
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Programa de Asistencia a Situaciones de Alto Riesgo Socio sanitario. Boletín del Instituto N° 775bis:1-15. Buenos Aires: INSSJP; 2008.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Sistema de Provisión de medicamentos por vía de excepción, razones sociales y Ley 24.901. Boletín del Instituto 96: 1-19. Buenos Aires: INSSJP; 2005.
- Jodelet D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. Cultura y representaciones sociales [Internet]. 2008 [Citado 13 Agosto 2013]. 3(5):32-63. Disponible en: <http://www.culturayrs.org.mx/revista/num5/Jodelet.pdf>
- Jovchelovitch S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações sociais. En: P. Guareschi & S. Jovchelovtich, organizadores. Textos em Representações Sociais. 12° Edición. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Magnabosco-Martins CR, Vizeu-Camargo B y Biasus F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. Universitas Psychologica [Internet]. 2009 [Citado 25 Noviembre 2014]; 8(3):831-847. Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/627/388>
- Martínez Salgado, C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciencia e Saúde Coletiva. 2012; 17(3):613-619.
- Matus C. Los fundamentos de la planificación situacional. En: Matus C. Política, Planificación y Gobierno. Caracas: Fundación Altadir; 1992.
- Menéndez E. Capítulo 1. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En: Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- Mendoza-Sassi R y Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cadernos Saúde Pública [Internet]. 2001 [Citado 5 Octubre 2014]; 17(4):819-832. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>

- Minayo MCS. La Artesanía de La Investigación Cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- Minayo MCS, organizadora. Investigación Social: Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- Minayo MCS, de Assis SG, de Souza ER (coordinadoras). Evaluación por triangulación de métodos: abordaje de programas sociales. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
- Minayo MCS. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. En: Guareschi P & S. Jovchelovtich, organizadores. Textos em Representações Sociais (12ª Edición). Petrópolis: Vozes; 2011.
- Miralles-Guasch C, Cebollada A. Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad. Documento de trabajo 25. Editorial Fundación Laboratorio de Alternativas Barcelona [Internet]. 2003 [Citado 7 Noviembre 2011]. Disponible en: http://dc148.4shared.com/doc/mVvPRh_4/preview.html
- Molina S. La "promesa incumplida" de la participación comunitaria. En: Molina Silvia, compiladora. Estrategias comunitarias para el trabajo con adultos mayores. Buenos Aires: Ediciones de la UNLA; 2008.
- Monken M, Peiter P, Barcellos C, Iñiguez Rojas L, Navarro M, Gondim G, Gracie R. O Território na Saúde: construindo referencias para análises em saúde e ambiente. En: Miranda Ary, organizadora. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- Municipalidad de Bahía Blanca. Plan de Desarrollo Local Bahía Blanca 2009-2028. Estudio 1 EE 289 /Documento 1. Síntesis, Ajuste e Identificación de la estructura urbana actual. [Internet]. 2008 [Citado el día 28 de Octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.bahiablanca.gov.ar/obras/doc/documento1.pdf>
- Oddone MJ. Ochenta y más: los desafíos de la longevidad. En: Molina S, compiladora. Aspectos psicosociales del Adulto Mayor. Salud Comunitaria, creatividad y derechos humanos. Buenos Aires: Ediciones de la UNLA; 2004.
- Oddone MJ. Ancianas cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales. Cadernos de Pesquisa [Internet]. 2014 [Citado 30 Diciembre 2014]; 44(152):354-377. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/198053142871>

- Oddone MJ. El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América latina. Voces en el Fénix [Internet]. 2014 [Citada 30 Diciembre 2014]; 5(36):82-89. Disponible en: <http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/11Oddone%20Web.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud Alma Ata. Declaración de Alma Ata. URSS. [Internet]. 1978 [Citado 16 Julio 2012]. Disponible en: www.who.int/publications/9243541358.pdf
- Paulon SM. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. Psicologia & Sociedade. 2005; 17(3):18-25.
- Pizarro N. El problema de la mortalidad y la geografía de la ancianidad en Bahía Blanca. Revista Universitaria de Geografía. 2006; 15:213-217.
- Prieto MS y Formiga N. Localización y accesibilidad: incidencia en la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Bahía Blanca. X Jornadas Argentinas de Estudios de Población [Internet]. 2009 [Citado 23 Julio 2012]; Disponible en: www.produccion.fsoc.uba.ar/aepa/Xjornadas/pdf/69.pdf
- Prieto Rodríguez MA y March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Atención Primaria [Internet]. 2002 [Citado 24 Febrero 2012]; 29(6):366-373. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P2-D_6_56.pdf
- Queiroz MS. Representações sociais: Uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. En: R. B. Barata & R. Briceño-León, organizadoras. Doenças Endêmicas: Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
- Robles-Silva L. Dilemas éticos en el trabajo de campo: temas olvidados en la investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Ciencia e Saúde Coletiva. 2012; 17(3):603-612.
- Rodríguez-Piñeiro L y Huenchuan S. Los derechos de las personas mayores. Material de estudio y divulgación. Módulo 2 Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [Internet]. 2011 [Citado 16 Enero 2015]. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/4/43684/Modulo_2.pdf

- Ruiz-Rodríguez M y Valdez-Santiago R. Revisión sobre la Utilización de Servicios de Salud, 1996-2006. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2008 [Citado 11 Octubre 2011]; 10(2):332-342. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a14.pdf>
- Sánchez RM y Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2012 [Citado 26 Abril 2013]; 31(3):260-268. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>
- Sanhueza Parra M, Castro Salas M y Merino Escobar JM. Adultos Mayores Funcionales: un nuevo concepto en salud. [Versión Electrónica]. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2005 [Citado 04 Agosto 2014]; XI(2):17-21. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art04.pdf>
- Silva H, Lima AMM, Galhaedibu R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface - Comunicação saúde educação* [Internet]. 2010 [Consultada el día 26 de agosto de 2011]; 14(35):867-877. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop3510.pdf>
- Silveira ML. Globalización y territorio usado: imperativos y solidaridades. *Cuadernos Del CENDES* [Internet]. 2008 [Citado 26 Octubre 2011]; 25(69):1-19. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/403/40311392002.pdf>
- Schroeder RV. La función de intermediación turístico-recreativa El caso de la ciudad de Bahía Blanca. *NADIR: Rev. Electron. Geogr. Austral* [Internet]. 2010 [Citado 15 Octubre 2011]; 28(2):1-12. Disponible en: <http://revistanadir.yolasite.com/resources/RominaSchroeder.pdf>
- Solitario R, Comes Y, Garbus P, Mauro M y Stolkiner A. Accesibilidad al sistema de salud de una población de adultos mayores: Una experiencia participativa en el proceso de investigación en sistemas y servicios de salud. *Revista científica de la AMBB*. 2006; 16(4):97-102.
- Souza Martins HHT. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*. 2004; 30(2):287-298.
- Spink MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. En: P. Guareschi & S. Jovchelovtich, organizadores. *Textos em Representações Sociais*. 12º Edición. Petrópolis: Vozes; 2011.

- Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". En: Starfield Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- Starfield B. Basics concepts in population health and health care. J Epidemiology Community Health [Internet]. 2001 [Citado 26 agosto 2011]; 55:452-454. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/55/7/452.extract>
- Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Travassos C y Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos Saúde Pública [Internet]. 2004 [Citado 24 Junio 2011]; 20(Suppl.2):S190-S19. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
- Travassos C y Pinheiro RS. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro Cad. Saúde Pública [Internet]. 1999 [citado 5 Octubre 2014]; 15(3): 487-496. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0487.pdf>
- Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Turato ER. Métodos Qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferencias e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(3):507-514.
- Wagner W. Descrição, explicação e método na pesquisa das Representações Sociais. En: P. Guareschi & S. Jovchelovtich, org. Textos em Representações Sociais. 12º Edición. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Zavala MG, Vidal DG, Castro MS, Quiroga P y Klassen GP. Funcionamiento Social del Adulto Mayor. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2006 [Citado 04 Agosto 2014]; XII(2):53-62. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

APÉNDICES

| | |
|---|-----|
| APÉNDICE A - Guía de la Entrevista | 101 |
| APÉNDICE B - Consentimiento informado | 104 |

APÉNDICE A: Guía de la Entrevista

La guía de la entrevista fue pensada como ayuda para evitar la omisión de temas que se consideran relevantes para el presente estudio. La misma constituye solo un esquema orientador de las preguntas, que no pretende ser exhaustivo. Existe además, superposición entre las dimensiones planteadas.

Datos personales:

Nombre y Apellido: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Tipo de jubilación (según modo en que accedió a la misma): _____

Dirección del entrevistado: _____

Continúa trabajando en la actualidad: _____

Cuál es su actividad actual: _____

Cuál era su trabajo antes de jubilarse: _____

GUÍA TEMÁTICA

PREGUNTAS COMUNES A TODOS LOS ENTREVISTADOS

Salud y Necesidades de salud

Derecho a la Salud

Conocimiento sobre PAMI

Acceso al PAMI

PREGUNTAS PARA LOS QUE ACCEDEN AL PAMI

Motivos del acceso

La experiencia en el acceso

Lo que facilita el acceso (relato de una situación de acceso)

Como es la atención (médicos y trabajadores de PAMI)

Como debería ser la atención

PREGUNTAS PARA LOS QUE NO ACCEDEN AL PAMI

Motivos del no acceso

Utilización de otros servicios o alternativas frente a enfermedad o salud

La atención de los personas mayores

Lo que facilita y lo que dificulta el acceso de personas de mayor a servicios sociales y de salud.

GUIA DE PREGUNTAS

En qué situación/es ha buscado atención del PAMI?

Cuáles son los servicios que usa/ha usado?

En esas situaciones (o retomar una situación particular /cada una de las que refiera, reconstruir la trayectoria hasta llegar a la pregunta: pudo solucionar el problema?

¿Qué le pareció la ayuda que le dio el PAMI? ¿Hubiera esperado algo más?

¿Hay cosas que le parece que deberían mejorarse? Cuales?

Antes de tener PAMI cómo se atendía?

Ahora? Qué cambios ve? Hubiera cambiado? Qué le parece mejor? Por qué? Que cosas no le gustan? Cuáles si?

¿Podría contarme que servicios de PAMI conoce?

¿Cuáles cree Ud. que son las razones para que las personas usen los servicios de PAMI?

¿Cómo es para Ud. atenderse por PAMI?

En su opinión ¿cuáles son las cosas que hacen más fácil usar los servicios de PAMI?

¿Cómo evalúa Ud. la atención que recibe por parte del PAMI?

¿Qué sugerencias haría para lograr la atención ideal para las personas mayores?

¿Cuáles cree Ud. que son las razones para que algunas personas no usen los servicios de PAMI?

¿Cómo cree Ud. que las personas mayores del barrio se atienden cuando tienen problemas de salud?

¿Cómo opina Ud. que sería la atención ideal para las personas mayores?

Conoce el centro de jubilados? Qué opina?

Si no conoce: ha asistido alguna vez a algún centro de jubilados? Qué le parece? Para que podrían servir? Que le gustaría que se desarrolle ahí?

¿Cómo evalúa Ud. su salud?

¿Qué cree Ud. que significa "tener derecho a la salud"?

APÉNDICE B: Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación que corresponde a la Universidad Nacional de Lanús. El objetivo de este estudio es conocer los factores que influyen en el acceso a los Servicios Sociales de PAMI de los afiliados del Barrio Bajo Rondeau.

Dejo constancia que he sido informado/a sobre los objetivos de la misma. Me han indicado también que tendré que responder algunas preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente una hora de mi tiempo.

Lo que conversemos durante estas sesiones será grabado. Me aseguraron que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. También me informaron que si alguna de las preguntas durante la entrevista me parecen incómodas, tengo el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Manuela Salas al teléfono 155716695.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante:

Firma del Participante Fecha.....

ANEXOS

| | |
|---|-----|
| ANEXO A - Programa de Inclusión Previsional | 106 |
| ANEXO B - Normativas de PAMI..... | 108 |

ANEXO A - Programa de Inclusión Previsional

El denominado "Programa de Inclusión Jubilatoria" fue planeado para contrarrestar los efectos de casi dos décadas de precariedad laboral, que implicaban en el año en que se implementó, que más de un millón de personas mayores del país no accedan a este beneficio. Esta situación era agravada por las dificultades económicas de las décadas del 70 y 80, la pérdida creciente de puestos de trabajo, el aumento del empleo informal, la desocupación de los 90 y un aumento de los requisitos jubilatorios, que afectaron la protección social de los ciudadanos.

El "Programa de Inclusión Jubilatoria" implementado mediante la puesta en vigencia de la Ley 25.994 y el Decreto del 1454/05, permitió que personas en edad jubilatoria (60 años para las mujeres y 65 años los hombres), que no contaban con los 30 años de aportes que indica la ley, pudieran acceder a un haber jubilatorio mínimo. De este haber, se deduce durante 5 años las cuotas de una moratoria previsional. Cuanto mayor sea la cantidad de años aportados menor es el valor de las cuotas de la moratoria, y por ende mayor la jubilación que queda en el bolsillo (Boletín Oficial de la República Argentina, 2005).

Luego, el Decreto 1454/05 permitió por primera vez a los autónomos que presentaban problemas por deudas de aportes, poder inscribirse en un plan de regularización de deudas anteriores a 1994, de esta manera accedieron también al beneficio previsional (Poder Ejecutivo Nacional, 2006).

Esta estrategia del Estado Argentino permitió así que personas que se encontraban en situación de vulnerabilidad económica y que fueron víctimas de las sucesivas crisis del país, pudieran volver al sistema y ser incluidos como ciudadanos plenos cuyos beneficios previsionales no dependieran de la decisión política de los gobiernos de turno (ANSES, 2008).

Así la tasa de cobertura del sistema de reparto, que durante los últimos años mostraba una tendencia decreciente, pasando de 55,8% de cobertura de la población en edad jubilatoria en 1996 a 47,3% de cobertura en 2005, comienza a mostrar un aumento significativo, pasando a 56,5% en 2006 y 70,5% en 2007 (ANSES, 2008).

La Ley 25.994 y el Decreto del 1454/05 caducaron el 30 de abril de 2007, con 1.400.000 personas beneficiadas por la moratoria. El porcentaje de jubilaciones otorgadas fue del 18% en Diciembre del 2006 y aumentó al 30% a mediados del 2007. Esto refleja la trascendental importancia de este programa en el sistema previsional argentino. En la actualidad y como resultado de esta política, Argentina se encuentra entre los países con mayor cobertura para personas mayores, con tasas de más del 80%, junto con Uruguay y Brasil (ANSES, 2008).

En Agosto de 2014 fue promulgada la ley 26.970 que pone en funcionamiento una nueva moratoria previsional que permite a los trabajadores autónomos y los sujetos adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes que a la fecha o dentro del plazo de dos años cumplan la edad jubilatoria prevista en el artículo 19 de la ley 24.241 -60 años para las mujeres y 65 para los hombres- regularizar sus deudas previsionales para cumplir con los 30 años de aportes que exige la ley (Boletín oficial de la República Argentina, 2014). Se estima que esta norma incorporara a más de 500.000 argentinas y argentinos, en un plan de 60 cuotas que serán descontadas del haber previsional y actualizadas por la Ley de Movilidad.

ANEXO B - Normativas de PAMI

Programa de Promoción del Bienestar de los Mayores - Proyecto Pro Bienestar. (Resolución 1517/92)

Este programa se implementó en el año 1992, con el propósito de elevar la calidad de vida y el bienestar de los afiliados a la Obra Social, fundamentalmente de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad. El programa contempla las siguientes actividades: Proporcionar asistencia alimentaria y vivienda a afiliados en condiciones de pobreza extrema, construir salones con equipamiento y brindar apoyo institucional a los centros de jubilados, organizar actividades recreativas y educativas para propiciar la integración de las personas mayores y promover la valoración social de las personas mayores y discapacitados favoreciendo la participación social. A su vez, la ayuda alimentaria puede tener dos modalidades: una corresponde al comedor/vianda o modalidad bolsón, que consiste en un conjunto de alimentos que se entrega a los afiliados bajo programa una vez por mes en los centros de jubilados efectores del programa. La elaboración del menú de los comedores/viandas, como la composición de los bolsones de alimentos, está supervisada por una nutricionista del Instituto.

Los profesionales del Instituto que offician de técnicos de campo son los trabajadores sociales, quienes de manera conjunta con los representantes de las comisiones de los centros de jubilados, son los responsables de la admisión de los afiliados, de la realización de entrevistas sociales y elaboración de informes sociales. También coordinan el trabajo en comunidad, realizan relevamientos comunitarios, entre otras funciones.

En Bahía Blanca y la región correspondiente a esta sede, se entregan en la actualidad 7253 bolsones, en 68 Centros de Jubilados que se encuentran incluidos en el Programa. Además hay cinco comedores y dos merenderos.

Sistema de Provisión de medicamentos por vía de excepción, razones sociales y Ley 24.901 (Resolución 337/05)

En el año 2005, a través de la Resolución 337, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados establece que la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria por razones sociales subsidiará la adquisición de medicamentos, asumiendo la Obra Social el

porcentaje que de otra manera estaría a cargo del afiliado. De manera que éste pueda recibirlo en forma absolutamente gratuita.

Esta prestación no es universal, si no que para acceder a ella los afiliados deben cumplir una serie de requerimientos.

Los requisitos que establece para acceder a dicho beneficio son los siguientes: 1- Ser afiliado al INSSJP, 2- Presentar al momento de realizar el trámite, las recetas oficiales de PAMI, el recibo de cobro y la fotocopia del documento de identidad. 3- Percibir el haber mensual mínimo o hasta un haber y medio y 4- En el caso que superen dicho monto y el costo de los medicamentos necesarios implique un 5% o más de sus ingresos, su situación será evaluada por un trabajador social perteneciente al área de Prestaciones Sociales.

Programa de Asistencia a Situaciones de Alto Riesgo Socio sanitario (Resolución 1490/08)

Este programa se implementó en el año 2009. El principal objetivo del mismo es incrementar la capacidad económica de los afiliados vulnerables para afrontar situaciones de crisis socio-sanitarias mediante la asignación de un subsidio económico en el marco de un plan de tratamiento social integral. Es decir, que no busca convertirse en la solución del problema del afiliado, si no constituirse como una ayuda más que le brinda el PAMI dentro de una respuesta integrada acorde a su necesidad.

La prestación está destinada a cubrir:

Necesidades alimentarias.

Necesidades habitacionales.

Contratación de agente gerontológico domiciliario

Reinserción social y/o acompañamiento por patología compleja.

Traslados por razones sociales.

Necesidades básicas de afiliados que solicitan inclusión en un grupo familiar no propio (Familia Sustituta).

Tratamiento de adicciones

Catástrofes naturales o siniestros.

En dicha resolución, se definen las Situaciones de Alto riesgo Sociosanitario como aquellas situaciones de crisis que involucran los riesgos concomitantes de la fragilización y

vulnerabilidad social entendida como insuficiencia de ingresos o situación de pobreza, en un contexto de incontinencia familiar o social, ya sea por ausencia de grupo referencial o por falta de capacidad de los mismos para brindar ayuda.

El menú de prestaciones económicas ofrecidas por este programa debe constituirse en un instrumento programático eficaz, equitativo y eficiente, implementado dentro de un Plan de tratamiento integral, que evite la cronicidad y propicie el desarrollo de las potencialidades y los recursos propios de cada sujeto, así como su contención a través de la red sociofamiliar y comunitaria, su participación en los programas preventivos contemplados y ofrecidos a través de otras normativas del Instituto y su interacción con otros agentes intra o extra institucionales que favorezcan la inclusión del beneficiario en redes de contención adecuadas a su problemática.