

¿Existen barreras en el acceso a consultas y participación? Las trayectorias de las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires

Cecilia Palermo

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Estefanía Cirino

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Liliana Findling

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Fecha de recepción: 7-10-2020

Fecha de aceptación: 18-11-2020

Resumen

El artículo analiza los aspectos que inciden en el acceso diferencial a consultas médicas y las desigualdades en el uso de los servicios de salud de la población de 60 años y más que reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El abordaje metodológico consistió en dos fases de trabajo. En la cuantitativa, se analizaron los resultados de la Encuesta Anual de Hogares de 2018 vinculados a la temática de salud. En la cualitativa, se realizaron entrevistas a profesionales del sistema de salud especializados en la atención de dicha población, y grupos focales con personas que participan en los Centros de Día. En base a una clasificación de barreras en el acceso a la salud -geográficas, económicas, culturales e institucionales-, se describen las dificultades que atraviesa dicha población en sus trayectorias y se da cuenta del carácter multidimensional de las desigualdades. Se identifica el peso de las barreras institucionales y, en base a ello, se pregunta por el modo en que las decisiones en el contexto actual de pandemia por Covid-19 impactarán en nuevas desigualdades o en la profundización de las existentes; y se insta a que las políticas públicas operen en base a un reconocimiento del envejecimiento diferencial.

Palabras clave: personas mayores y envejecimiento; acceso a servicios de salud; desigualdades; barreras.

Abstract

This article analyses the aspects that influence the differential access to medical consultations and unequal use of health care services by people over 60 years that live in the city of Buenos Aires. The methodological approach consisted in a two-phase work. In the quantitative phase, the results of the 2018 Annual Household Survey related to health care were analysed. In the qualitative phase, professionals who work in the health-care system and are specialized in older adults were interviewed; and focal groups were held with people who participate in Day Care Centres. Based on a classification of barriers in access to health -geographic, economic, cultural and institutional-, the difficulties of older populations in their trajectories are described, and the multidimensional character of inequalities is revealed. Finally, it identifies the overpoise of institutional barriers and, in account to that, it interrogates the way in which decisions in the

actual pandemic context due to Covid-19 may impact either in new inequalities or in the deepening of the existing ones. Political policies should operate acknowledging differential aging processes.

Keywords: elderly and aging; access to health services; inequalities; barriers to care

Resumo

O artigo analisa os aspectos que afetam o acesso diferenciado às consultas médicas e as desigualdades no uso dos serviços de saúde da população de 60 anos ou mais residente na Cidade Autônoma de Buenos Aires. A abordagem metodológica foi constituída em duas fases de trabalho. No quantitativa, foram analisados os resultados da Pesquisa Anual por Amostra de Domicílios 2018 relacionada à questão da saúde. Na qualitativa, foram realizadas entrevistas com profissionais do sistema de saúde especializados no atendimento a essa população, e grupos focais com pessoas que participam dos Centros de Dia. A partir de uma classificação das barreiras de acesso à saúde -geográfica, econômica, cultural e institucional-, descrevem-se as dificuldades por que essa população passa em suas trajetórias e percebe-se o caráter multidimensional das desigualdades. Identifica-se o peso das barreiras institucionais e, a partir disso, questiona-se sobre a forma como as decisões no contexto atual da pandemia de Covid-19 impactarão as novas desigualdades ou o aprofundamento das existentes; e preconiza-se que as políticas públicas operem a partir do reconhecimento do envelhecimento diferencial.

Palavras-chave: idosos e envelhecimento; acesso aos serviços de saúde; desigualdades; barreiras.

Introducción

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la jurisdicción más envejecida del país, con un 21,2% de población mayor de 60 años, según datos de la Encuesta Anual de Hogares del año 2019. La estructura demográfica de la CABA muestra un envejecimiento de la pirámide de población debido al aumento de la esperanza de vida (82 años para las mujeres y 75 años para los varones) (Indec, 2010).

Si bien los demógrafos se refieren al proceso de envejecimiento cuando el porcentaje de personas de 65 años o más alcanza o supera el 7% del total de la población, el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento de 1982 y la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 2002 adoptan el umbral de los 60 años para definir la categoría de persona mayor (Findling y Cirino, 2017). Dado y teniendo en cuenta que la mayoría de los programas para personas mayores en CABA definen el umbral de ingreso a partir de los 60 años, se tomará este límite inferior para el análisis de los datos.

El proceso de envejecimiento deviene de las transiciones demográfica y epidemiológica y conlleva modificaciones cualitativas. Aparece un nuevo grupo social que no es homogéneo y que adopta diversos nombres: tercera edad, cuarta edad, ancianos, adultos mayores, personas mayores. De Beauvoir (2012) afirmaba en 1970 que la vejez sólo puede ser entendida en su totalidad, no sólo como un hecho biológico sino cultural. La definición de vejez desde un punto de vista cronológico resulta incompleta y excluyente (Bazo, 1992). Para dar cuenta de esta heterogeneidad propia de los hechos culturales, la vejez debe ser entendida como un proceso contextualizado, cambiante y dinámico, por ello se aplica la idea de vejez. Estas comprenden un *continuum* como parte del curso de vida atravesado por diversas condiciones sociales, culturales e históricas que tienen repercusiones sobre los cuerpos individuales y sociales (Tamer, 2008).

En Argentina, el sistema de salud se compone de tres subsectores: público, seguridad social –obras sociales y mutuales–, y privado –medicina prepaga. La lógica de funcionamiento de cada uno de ellos se caracteriza por la fragmentación y desarticulación entre los niveles nacional, provincial y municipal. A ello se suma las diferentes fuentes de financiamiento, tipos de cobertura y órganos de control, que presentan una distribución desigual e insuficiente de recursos.

En la CABA, el subsector público cuenta con 35 hospitales y 81 centros de atención primaria –Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) y Centros Médicos Barriales (CMB)–. El subsector privado y de obras sociales, por otra parte, cuenta con servicios heterogéneos a tal punto que la deficiencia en el acceso a alguno de ellos genera que una parte de sus beneficiarios utilicen el subsistema público (Belmartino, 2005).

La distribución geográfica de los efectores en la CABA muestra una alta concentración de efectores privados en la zona norte y centro, mientras que en la zona sur predominan los efectores públicos de atención primaria en detrimento de la cantidad de hospitales¹. En la zona oeste hay menos efectores tanto públicos como privados y allí se concentran tres hospitales de agudos con escasos Centros de Atención Primaria a su alrededor. Teniendo en cuenta esta distribución, las posibilidades de acceso a la red de efectores y los patrones de uso de los servicios que se ofrecen no resultan equitativos para algunas personas mayores que residen en distintas zonas de la CABA.

1 La distribución en zonas por comunas está organizada de la siguiente forma: zona sur (comunas 4, 8, 9 y 10), zona centro (comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 15) y zona norte (comunas 2, 13 y 14).

Gráfico N° 1 - Distribución de los servicios de salud CABA



Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/establecimientos>

En este artículo se pretende analizar las barreras de acceso a la salud que tienen las personas mayores en instituciones públicas, de Obras Sociales y privadas de la CABA. Los objetivos específicos son: a) describir el acceso a las consultas médicas de las personas de 60 años y más residentes de CABA con base en la Encuesta Anual de Hogares (2018); b) explorar las opiniones sobre el acceso a la salud de usuarias² que participan en los Centros de Día y de profesionales de la salud que trabajan con personas mayores y se desempeñan en instituciones públicas, de Obras Sociales y privadas de CABA, y c) establecer tipologías de barreras de acuerdo a los principales hallazgos, indagando además el tema del acceso a las consultas en el contexto actual atravesado por la epidemia del Covid-19.

Estos objetivos forman parte de dos proyectos con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani³.

Este trabajo consta de cuatro secciones además de esta introducción, una descripción metodológica, un marco conceptual sobre envejecimiento, acceso y desigualdades, los principales hallazgos y tipologías elaboradas, y por último, algunas conclusiones.

Abordaje metodológico

Fase cuantitativa: la Encuesta Anual de Hogares (EAH)

La Encuesta Anual de Hogares es un relevamiento de la Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC) de la CABA que “...se propone brindar información sobre la situación socioeconómica de la población de la Ciudad, sus hogares y sus viviendas. La recolección de los datos se realiza entre octubre y diciembre de cada año” (Dirección General de Estadística y Censos, 2019). La población en estudio está compuesta por los hogares particulares de la CABA, y se excluye a quienes residen en, hogares colectivos, pasajeros de hoteles turísticos y personas sin residencia fija.

El diseño permite que los resultados del relevamiento sean representativos del total de la Ciudad y de cada una de sus comunas. “La Base Usuaría cuenta con una selección de variables... que surgen directamente de la encuesta y un

² Se recurre al uso del género femenino debido a que la mayoría de las asistentes que han sido sujetos de la investigación son mujeres. Así se evita el desdoblamiento de género en cada nominación.

³ Proyecto Ubacyt 2018/20: Políticas de cuidado de personas mayores en Argentina, Uruguay y España. Percepción de la calidad de vida e itinerarios terapéuticos y perspectivas de los profesionales y Proyecto

Foncyt PICT- 2020/22: “Políticas de cuidado para personas mayores en Argentina. Desigualdades sociales y calidad de vida en Ciudad de Buenos Aires”. Directora: Liliana Findling y Elsa López

conjunto de variables construidas, para simplificar el estudio de temáticas (Dirección General de Estadística y Censos, 2019).

Para este trabajo se seleccionaron 957 unidades primarias de muestreo (UPM) con una población de 3172 personas de 60 y más años. Para el procesamiento de los datos se tuvo en cuenta que cada una de las bases incluyera un factor de expansión construido para ajustar la información a diversos parámetros de población.

Fase cualitativa: sobre usuarias y profesionales

El abordaje metodológico se basó en un diseño exploratorio y cualitativo, aplicando una muestra no probabilística de tipo intencional a dos unidades de análisis: usuarias de Centros de Día y profesionales de la salud.

Para indagar las opiniones sobre el acceso a la salud se implementó la técnica de grupos focales conformados por personas de 60 años o más de ambos sexos, autoválidas, que participan en el Programa Centros de Día de la CABA dependiente de la Secretaría de Integración Social de Personas Mayores de la Ciudad. El trabajo de campo se inició a finales de 2019, y se realizaron dos grupos focales en dos Centros ubicados en la zona Norte y Sur de la CABA. Dado que se tiene previsto ampliar las entrevistas grupales a dos Centros más cuando se retomen las actividades suspendidas por el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio –ASPO–, aquí se presentan algunos resultados parciales sobre el acceso a las consultas médicas.

En cada grupo focal participaron 11 asistentes y el promedio de edad fue de 76 años. La mayoría fueron mujeres (18 sobre 22 personas). 6 de cada 10 participantes cuenta con cobertura de PAMI, 2 de cada 10 tiene otras obras sociales, un porcentaje mínimo posee una pre-paga y muy pocos tienen exclusivamente cobertura pública. Sin embargo, y pese a la tenencia de alguna obra social, acceden con mayor frecuencia a la red de Hospitales o Centros de Salud del GCBA dado que PAMI convenía con una amplia red de efectores públicos. En relación a la situación conyugal, la mayoría de las personas son viudas y es mínima la cantidad de solteras o casadas.

Por otra parte, se realizaron entrevistas en profundidad a 15 profesionales especializados en la atención integral de las personas mayores en el ámbito de la CABA, indagando, entre otras dimensiones, sobre trayectorias laborales y barreras al acceso a los servicios de salud. Las entrevistas, debido al ASPO, se llevaron a cabo a través de plataformas virtuales desde abril a julio de 2020. Fueron grabadas y desgrabadas y el Consentimiento Informado se envió vía mail. La mayor parte de la muestra estuvo conformada por mujeres (10). Casi todos demuestran amplia experiencia en la atención a personas mayores (13) y la edad promedio es de 45 años. Los y las profesionales provienen de diversas disciplinas (Psicología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Enfermería, Nutrición, Fonoaudiología, Comunicación social, Filosofía, Trabajo Social y Medicina, entre otras). Algunos se dedican a atender cuidados de larga duración (en servicios de salud públicos, privados o de obras sociales) y otros llevan a cabo actividades que fomentan el envejecimiento activo y saludable a través del desarrollo de talleres y encaran programas en distintos organismos públicos y de Obras Sociales, dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y de PAMI (en Centros de Jubilados o en sus servicios). Para preservar el anonimato y la confidencialidad de las opiniones de los entrevistados, sólo se revelan características generales (sexo, profesión y ámbito de trabajo de los profesionales).

Marco conceptual

Vejez, desigualdades y barreras de acceso a la salud

La vejez es un fenómeno que cada sociedad construye de manera diferencial y depende de valores y creencias diversas. Desde una perspectiva cualitativa se caracteriza a la vejez como plural y heterogénea, en contraposición a una visión homogeneizadora, por eso se utilizará el concepto de vejezes para evidenciar, de alguna manera, esas diferencias. Asimismo, no puede entenderse separada de las maneras en que se la define desde otras etapas de la vida y la forma en que se construye. Retomando a Bourdieu (2002), quien indica que la edad es un dato biológico socialmente manipulada y manipulable, se considera a la edad como una construcción social, basada en la comprensión de sociedades postindustriales, en las que predomina una lógica productiva que separa a la población en activa e inactiva según edad o capacidad para el trabajo.

Para poder identificar los aspectos que inciden en las diferencias en el acceso a la salud, es necesario caracterizar los conceptos de desigualdad y de barreras de acceso. Si bien presentan cierta afinidad y proveen un marco para dar cuenta de los condicionantes de tales diferencias, es preciso realizar una distinción analítica entre ellos.

Las desigualdades se originan en diferencias en las condiciones de vida que inciden en el acceso a recursos (Borrell y Benach, 2003). Barbosa da Silva y Berti Azevedo (2002) proponen distinguir entre desigualdades naturales y sociales. Las primeras aluden a diferencias entre individuos en cuestiones tales como la edad, el sexo y el grupo étnico; y las segundas implican posiciones diferenciales en la estructura social, la organización del proceso de producción y el acceso a bienes y servicios. Las desigualdades naturales se convierten en sociales cuando son utilizadas como base para la asignación diferencial de roles sociales.

Whitehead (1992) alude al uso de los servicios de salud, y propone que los estudios de desigualdades deben describir la incidencia de factores tales como el estatus socioeconómico, género, grupo étnico y lugar de residencia en el acceso a la salud. Según Aday y Andersen (1974), el acceso a la atención depende de aspectos tales como políticas de salud adecuadas, características inherentes a cada sistema sanitario y de la población de riesgo y, finalmente, el uso que la población hace del sistema y sus servicios. Los factores que inciden en su utilización son previos al surgimiento de un problema de salud y refieren a la predisposición al uso de servicios –tales como las creencias de salud o aspectos de estructura social–; los medios disponibles para obtener la atención de salud requerida y las necesidades de salud de cada persona (Aday y Andersen, 1974). En este sentido, las barreras de acceso refieren a cuestiones que dan cuenta de aspectos socio-organizacionales y geográficos (Aday et al., 2013) e interacciones entre proveedores de salud y usuarios (Castro y López, 2010; Agudelo, 2013) que obstaculizan un acceso efectivo a los servicios de salud.

Dentro de las posibles barreras de acceso, Uribe Gomez (2013) y Nigenda (2009) identifican barreras geográficas que aluden a la distancia y ubicación de los servicios de salud; culturales que refieren, entre otras, a miedos o tabúes sobre intervenciones y prácticas médicas; económicas ligadas al costo del desplazamiento, consultas, medicamentos o prácticas; e institucionales, que aluden a la organización de los servicios de salud e involucran a la infraestructura, equipamiento, recurso humano, organización de la atención y a aspectos puntuales tales como las concepciones de los proveedores; la falta de canales eficaces de comunicación y difusión de la información; las relaciones desiguales de poder; los requisitos administrativos para la atención; los horarios y tiempos de espera para la obtención de servicios; la disponibilidad de medicamentos y servicios. Hirmas Aday et. al (2013) mencionan que las barreras más frecuentes son el costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; el temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud; la desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito y las creencias y mitos. Como contraparte, los elementos facilitadores que han identificado fueron las redes de apoyo social; el valor asignado a la atención de salud en la reducción de riesgos y complicaciones, y la adaptación de los servicios de acuerdo a necesidades específicas de las usuarias.

A esta clasificación pueden agregarse aspectos socioculturales tales como la falta de autonomía para la toma de decisiones, la violencia intrafamiliar, los roles de género, las brechas generacionales y el nivel educativo (Nigenda et al., 2009).

En este sentido se puede comprender al género como un concepto analítico que muestra la naturalización de los modelos de feminidad y masculinidad propios de las sociedades capitalistas modernas. El género conforma identidades, implica un ordenamiento de la cultura y de las políticas públicas. Produce consecuencias en tres dimensiones: en los individuos, en la interacción entre hombres y mujeres y en las instituciones (Aguirre Cuns y Scavino Solari, 2018). Este tipo de relaciones de poder, con un orden social y simbólico dominado por lo masculino, generan desigualdades que se exacerban en la vejez. El cuidado implica organizar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la salud, así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales de las personas que requieren asistencia (Findling y López, 2015). Además, el cuidado, permite reconocer la interdependencia entre los seres humanos.

Principales hallazgos

Encuesta Anual de Hogares (2018)

La población de 60 años o más que reside en las tres zonas en las que se clasificó a la CABA: Norte, Centro y Sur) presenta características que las distinguen entre sí en lo que respecta a su composición por sexo y por edad.

El 23% del total de la población tiene de 60 a 64 años, un 20% entre 65 a 69 años, el 35% tiene de 70 a 79 años y el 21% restante supera los 80, apreciándose en este último grupo una diferencia importante entre mujeres y varones, situación que se repite en las tres zonas y que se debe a la mayor sobremortalidad masculina.

Los niveles educativos de las personas mayores aumentan a medida que disminuye la edad (un tercio alcanzó un nivel bajo, un 34% un nivel medio y el 33% tiene elevado grado educativo). La instrucción alcanzada en las tres zonas muestra amplias divergencias que se podrían atribuir a los niveles socioeconómicos de sus habitantes.

Un tercio de la población adulta mayor vive sola: 4 de cada 10 personas residen en hogares de dos miembros (sobre todo los varones) y el resto convive en hogares con tres o más integrantes. Son mujeres las que viven mayormente solas (40%), y esta tendencia crece con la edad. dato a tener en cuenta para la planificación de políticas para este grupo de población.

En 2018 más de la mitad de la muestra son beneficiarios exclusivos del sistema de Obras Sociales (55%), que registra el 70% de las afiliaciones de la zona Sur, cifra que desciende al 35% en zona Norte. Es muy probable que muchos afiliados a Obras Sociales cuenten con la cobertura de PAMI. Le siguen, en orden (19%) otras coberturas (sólo mutual o sistemas de emergencia o dos o más sistemas). En tercer lugar aparece la contratación voluntaria a empresas privadas (14%) (más indicadas por los residentes de zona Norte). Con menores menciones se indica la afiliación a prepagas por Obra Social (7%) y la tenencia exclusiva del sistema público de salud (4%) que es algo más pronunciada en las zonas Centro y Sur de la Ciudad.

Al indagar sobre la situación previsional se observa que una amplia de la población está jubilada o pensionada (82,5%). Esta cifra crece entre las mujeres y entre los de mayor edad. Hay que advertir que la edad de otorgamiento del beneficio es diferencial por sexo por lo que los varones más jóvenes aún están activos.

Argentina posee una elevada cobertura previsional cercana al 95%, producto de la implementación de las moratorias previsionales de 2005 y 2014. Casi dos tercios de los beneficiarios de ANSES del país (63%) perciben el haber mínimo. Y en la CABA también se reflejan notorias desigualdades por zona: los residentes del Sur son los que reciben menores ingresos por jubilación/pensión en comparación a las demás zonas.

Al analizar las variables sobre la salud de la EAH en relación al tiempo de la última consulta en el último año, una amplia mayoría ha consultado (83,8%) en los últimos 6 meses o menos. Son las mujeres, las personas de más de 70 años, los que viven en las zonas Centro y Norte de la Ciudad que más consultan.

Otro indicador que indaga la EAH es el tiempo de consultas más próximas. El porcentaje de consultas en los últimos 30 días es menor si se lo coteja con el de los últimos seis meses: 6 de cada 10 personas mayores expresan que efectuaron consultas médicas en el último mes (en comparación con el 80% de los últimos 6 meses). Y se detectan similares comportamientos según variables sociodemográficas: las mujeres, las personas de 70 años o más y los que viven en la zona Norte de la Ciudad. Se advierte que el resto de la población estudiada (casi un 40% de las personas mayores) no ha efectuado consultas en el último mes y son especialmente los varones y los de menor edad (60 a 64 años).

Cuadro N° 1 - Consultas en los últimos 30 días con un médico clínico o especialista según sexo, edad, zona y residencia. CABA. 2018. En absolutos y porcentajes

	Total	SEXO		EDAD				ZONA			INSTRUCCION		
		Varón	Mujer	60 a 64	65 a 69	70 a 79	80 o +	Norte	Centro	Sur	Baja	Media	Alta
Absoluto	3172	1270	1902	745	638	1123	667	741	1734	698	1038	1097	1037
% Fila	100,0	40,0	60,0	23,5	20,1	35,4	21,0	23,3	54,7	22,0	32,7	34,6	32,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	61,1	56,5	64,1	52,4	60,3	66,4	62,6	64,3	60,4	59,5	60,7	62,7	59,8
No	38,9	43,5	35,8	47,4	39,7	33,6	37,4	35,6	39,6	40,5	39,1	37,3	40,2
Ns/Nc	0,0		0,1	0,2				0,2			0,1		

FUENTE: EAH CABA 2018 - Base: Población de 60 años o más

El lugar de la última consulta muestra que casi un tercio la ha realizado en un establecimiento de Obra social. ¿Quiénes lo hicieron con mayor frecuencia? Se trata de los más grandes (80 y más) y los que residen en las zonas Sur y Centro de la CABA. No se observan diferencias según sexo. Una proporción similar (35%) ha consultado en establecimientos privados (son los más jóvenes) y un 19% lo hizo en consultorios particulares (sobre todo los que viven en la zona Norte de la CABA). El 12% restante asistió a hospitales públicos o guardias o centros de salud. Los que se han atendido en el ámbito público son los más jóvenes y sobre todo los que residen en la zona Sur de la Ciudad. Esta distribución estaría mostrando la escasa cantidad de efectores de salud de sus respectivas Obras Sociales en dicha zona.

Opiniones de concurrentes de Centros de Día sobre el sistema de salud

Los discursos de las usuarias a partir de los grupos focales revelan cómo se desarrollan sus trayectorias en el sistema de salud para lograr una adecuada atención. Además de analizar orientaciones individuales, se hace necesario problematizar el rol de las instituciones formales de salud y de previsión social al que las personas acuden en búsqueda de cuidados.

“El concepto de trayectoria se refiere a una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción” (Elder, 1991 en Blanco, 2011). Configura uno de los conceptos básicos de la perspectiva de curso de vida, y refiere al movimiento a lo largo de la estructura de edad. Las trayectorias, si bien poseen características individuales, aluden a la circulación por una serie de instituciones producto de la socialización y que son interdependientes. No existen trayectorias fijas y se componen por decisiones personales que pueden modificarse (Blanco, 2011).

A partir de los primeros resultados, puede detectarse que la mayoría de las participantes de los Centros de Día está cubierta por PAMI y se atiende en la red de hospitales públicos de la CABA. Realizan consultas frecuentemente pero deben transitar por diferentes servicios de salud hasta solucionar sus problemas. Una concurrente del Centro de Día de la zona Norte de CABA comenta sus peripecias: *tuve trombosis, fui a la guardia del Ramos, pasé por el Centro Gallego*

pero no me internaron ahí, después hice el trámite para pasarme al Fernández. ¿Por qué tenemos que ir a las cuatro de la mañana a hacer cola, no sentadas, para que después a las siete de la mañana te den un número. A veces dan siete números. ¿Por qué nos tratan así? En ese sentido se reflejan claramente los obstáculos y el destrato para efectivizar el proceso de búsqueda de atención y su poder de utilización (Frenk 1985).

Las personas entrevistadas narran innumerables dificultades para el acceso a una consulta médica y expresan quejas sobre las demoras en los turnos y las extensas esperas padecidas en hospitales públicos a través de PAMI para poder ser atendidas: *Bueno, por lo menos en ese Hospital te dan turnos, pero para PAMI tienes que ir a una ventanilla especial, hay que saber bastante, aprender a moverse en los hospitales, porque cualquier problema que tenés es difícil que te atiendan rápido.* Ante estos inconvenientes, y para resolver un problema de salud, terminan acudiendo a las guardias hospitalarias, en las que deben soportar largas esperas logrando resolver situaciones problemáticas: *fuimos con mi marido a las seis de la mañana al Pirovano porque yo estaba enferma pero después me atendieron muy bien, hay que ir a esa hora.*

De todas maneras, se detecta que, si bien existen trabas para el acceso, finalmente la evaluación de la atención médica es positiva: *Yo voy al Clínicas, me dan espaciado el turno, pero gracias a Dios me atienden muy bien.* Otra usuaria con obra social del GCBA decide optar por un Hospital Público tras evaluar una alternativa para mejorar su atención: *en la Obra Social los turnos se dan con mucha demora, entonces hablé, me informé y me fijé qué hospital me corresponde por mi zona y es el Ramos Mejía, es el único que da los turnos a partir de las 12 de la noche, a veces por Internet puedo sacarlo y me va mejor y los médicos son muy buenos,*

Existen pocas evaluaciones positivas sobre el acceso a los servicios: solo dos personas que cuentan con prepagas se sienten conformes con la atención.

Profesionales del sistema de salud

Los profesionales entrevistados identificaron diversas dimensiones en lo que refiere al trabajo con personas mayores. Se observa una distinción entre quienes trabajan con población dependiente -desde una perspectiva clínica-, y no dependiente -desde el formato de taller o grupos de trabajo-.

Generalmente se considera que el cuidado de la salud de las personas mayores resulta esencial y forma parte del imaginario social que este cuidado es, o debería ser, el principal “trabajo” de las personas mayores. La finalidad de una evaluación médica periódica radica en la detección precoz de enfermedades, la evaluación de los factores de riesgo, la prevención, el tratamiento y el consiguiente alcance de niveles de vida satisfactorios.

Pese a resaltar una atención focalizada, algunos profesionales diferencian entre la especialidad geriátrica de la gerontológica: *en la relación médico-paciente la geriatría ve casos más graves y no ves todo lo que es el viejo sano, con ganas. En el ambiente médico a veces, todo lo que es taller, está menospreciado* [Médica Gerontóloga Hospital Público y Obra social]. En general, varios entrevistados mencionan que la relación profesional-paciente está atravesada por la escucha y la empatía: *es importante la relación con el paciente. Conocer su vida. En geriatría, eso forma parte prácticamente de la consulta y de la valoración, porque te pones al tanto de muchas cosas que forman la personalidad actual del paciente* [Kinesióloga, Hospital Público].

La familia y el acompañamiento tienen un lugar fundamental para poder garantizar la continuidad en la asistencia a los talleres y atención de la salud. Así uno de los profesionales médicos entrevistados afirma: *no se puede generalizar, hay familiares que se ocupan mucho y otros que no se ocupan nada, es la realidad, el viejito que está solo termina siendo una víctima de esta situación que se vuelve muy compleja* [Geriatra, consultorio y clínica de Obra Social]; *en la atención no se puede hablar de relación médico paciente, necesariamente debe ser médico-paciente-familia* [Geriatra consultorio privado y Obras Sociales].

Existen otras barreras que tienen que ver con limitaciones institucionales. Algunos profesionales advierten sobre la

escasez de estrategias orientadas a la población mayor: *en una ciudad con una curva de población que es una pirámide invertida, en la que crece el envejecimiento, no se implementó en los últimos años una efectiva política para las personas mayores* [Geriatra de Clínica privada].

Otras deficiencias organizacionales que impiden un adecuado acceso a la salud se relacionan con las notorias barreras que existen en la atención del PAMI o de otras obras sociales: *la organización de PAMI no acompaña, porque a veces pedís cosas y no salen, tardan mucho y te tenés que ocupar personalmente de reclamar, pero todo es muy burocrático* [Médica gerontóloga Obra Social]. También se alude a la falta de recursos y una oferta deficiente en relación a la demanda que dificulta la participación de las personas mayores: *el área organiza múltiples actividades, pero la difusión no es masiva. No da la capacidad para tantas personas mayores* [Abogada, ámbito público].

Por otro lado, existen dificultades asociadas a desigualdades por género y clase social. Una médica refiere su experiencia en la atención de la salud en barrios vulnerables: *hay gente que accede al sistema de salud de PAMI cuando se jubila por primera vez en su vida. La mayoría de las mujeres se atendieron cuando tuvieron los partos y después nunca más. Entonces, con explicaciones simples, a algunos les hice tramitar el certificado de discapacidad y con eso acceden al 100% de la medicación* [Gerontóloga, ámbito público y Obra Social]. Una profesional comenta el tipo de participantes que asiste a los talleres virtuales del GCBA durante la cuarentena: *[los asistentes] no pertenecen a clases vulnerables. El Gobierno no se está ocupando de habilitar el acceso de esas clases sociales a esta tecnología* [Trabajadora Social y Psicóloga].

Todas las personas entrevistadas indican que la atención está más concentrada en la población femenina, lo que condice con el proceso de feminización de la vejez: *Somos todas mujeres, por eso hablo en femenino, igual, me acuerdo, una frase de (...) que decía: la vejez tiene cara de mujer, eso siempre me quedó y es así, en otros Centros hay más varones, en este momento en mi Centro tengo un solo varón que viene con su esposa* [Psicóloga, ámbito público]. La menor presencia de los hombres en las actividades se relaciona, por una parte, con que hay menos varones a medida que avanza la edad, y por otra parte, con que participan menos en actividades sociales organizadas por diferentes instituciones. Algunos profesionales asocian esta cuestión a los cambios en las estructuras de la distribución genérica: *Hay hombres, son los menos, pero son los que más se adhieren, cuando empiezan después no se van más* [Kinesióloga, ámbito público].

Por último, las medidas encaradas por el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio iniciado el 20 de marzo del corriente año mediante el decreto 297/2020, evidenció desigualdades en el acceso a diversas actividades y a controles médicos, a partir del uso intensivo de las tecnologías digitales. Varias actividades sociales continuaron a través de medios digitales y permitieron sostener de alguna manera las prácticas y vínculos formados en los talleres presenciales. Una kinesióloga relata que comenzó *mandando ejercicios de rehabilitación vestibular, después seguimos mandando ejercicios generales (...) charlas de psicología, de lo que sea, de otros especialistas, sugerencias, actividades de la vida diaria donde pueden seguir sosteniendo las cuestiones que veníamos trabajando, cuidados para evitar la caída, no sé, más desde lo preventivo, también desde lo educacional* [Kinesióloga, ámbito público]. Otra profesional señala una cuestión fundamental en relación a la participación a través de medios digitales: *Yo a las personas mayores que veo son a las que tengo en el zoom, te puedo contar lo que pasó con mi curso, tenía anotadas 82 personas, de las cuales aproximadamente 35 están participando* [Trabajadora Social y Psicóloga, ámbito público]. En la misma línea, otra psicóloga describe las estrategias para continuar con las actividades y talleres: *Mi grupo, rápidamente armó un grupo de whatsapp, muy rápido, creo que el 20 [de marzo] ya empezamos con los talleres por whatsapp, tenemos 9 personas que manejan el zoom directamente ellas y los otros lo hacemos a través de los hijos, les pasamos el ID para que ellas se conecten en algunas actividades* [Psicóloga].

Algunos profesionales advierten sobre los problemas tecnológicos: *Bueno, ahora con la pandemia se nos presentaba un inconveniente que es el poco conocimiento que tienen de las tecnologías. Entonces exploro a ver qué tecnologías conocen mejor, alguno conocía cómo hacer un zoom porque tenía un hijo que lo ayudaba, pero eran los menos, en general las personas mayores lo que mejor manejan es el correo electrónico y el teléfono celular y les propuse hacer*

un taller de radio virtual con el teléfono celular y el mail[Lic. en Comunicación y Producción Audiovisual]; *Es complejo, es difícil. Veo mucha disparidad de situaciones que tiene que ver un poco con la realidad previa a la pandemia de cada paciente, el acompañamiento familiar desde lo afectivo, pero no siempre desde lo presencial, uno puede tener muchos familiares, pero no todos presentes. Desde lo físico funcional, que es lo que me compete, con los pacientes que yo tenía en tratamiento opté por continuar por telerehabilitación porque la mayoría son pacientes de alto riesgo, pero hay que adaptarse...*[Kinesióloga y Fisiatra, ámbito privado, Docente].

Y además se establecen diferencias entre consultas presenciales y virtuales: *Esto se complicó porque atender por videollamada, lo estamos haciendo cuando son pacientes autoválidos. Nosotros tenemos problemas, porque una valoración gerontológica no la puedo hacer en forma virtual. Hay pacientes con casos complejos y con algunas patologías con los que yo no podía hablar a través de una pantalla, tenía que trabajarla en forma presencial. No nos olvidemos que la geriatría tiene un poco de todo, trabajamos mucho con la interdisciplinariedad* [Médico geriatra, obras sociales y privado, profesor universitario].

Interpretación de los hallazgos

Según Aday y Andersen (1974), el acceso a la atención depende de un conjunto de aspectos tales como políticas de salud adecuadas, características inherentes a cada sistema sanitario y de la población de riesgo, y finalmente, el uso que la población usuaria hace del sistema y de sus servicios. Los indicadores propuestos por la EAH y los relatos de las vivencias tanto de usuarias de los Centros de Día que se atienden en servicios de salud como de los profesionales dan cuenta de diferentes barreras y desigualdades en el acceso a la salud. Retomaremos la clasificación propuesta por Uribe Gomez (2013) y Nigenda (2009) para analizar las principales barreras y cómo estas influyen en la conformación de desigualdades naturales y sociales (Barbosa da Silva y Berti Azevedo, 2002).

Barreras geográficas

La EAH revela que es escaso el porcentaje de personas de la CABA que no han consultado al sistema de salud en los últimos 6 meses. No obstante, hay diferencias en los grados de acceso de acuerdo al género, edad, y zona de residencia. Los varones y quienes residen en la zona Sur son quienes realizan menos consultas. Cabe recordar que la distribución de efectores a lo largo del territorio de la CABA no es pareja, y que en la zona Sur se encuentra una baja concentración de hospitales y una elevada presencia de CESAC. Esto supone dificultades en los desplazamientos para la atención que implican mayores costos económicos.

Barreras culturales

Quienes acceden con mayor frecuencia a las consultas médicas y a los talleres destinados a personas mayores son mujeres. Este hecho, remarcado por los y las profesionales, demuestra el avance de la feminización de la vejez y el padecimiento de mayores dolencias crónicas, y podría deberse a hábitos adquiridos durante su vida reproductiva.

Los datos de la EAH también revelan que los varones jóvenes realizan menores consultas médicas debido a que aún no alcanzaron la edad jubilatoria, están económicamente activos, no padecen aún enfermedades crónicas aunque efectúan controles de salud por prevención en los últimos meses (Amadasi y Tinoboras, 2017).

Sería interesante indagar, en futuros trabajos, por qué los hombres participan poco en talleres para el desarrollo y mantenimiento físico y cognitivo. Se puede suponer que las estructuras genéricas y los iniciales temores asociados a la salida del mercado de trabajo y al inicio de una nueva etapa inciden en la decisión de no asistir a actividades para personas mayores.

Barreras económicas

Los datos de la EAH indican que el sistema de obras sociales es el más utilizado para las consultas, aunque puede detectarse una diferencia entre el uso de servicios de salud. Son las personas más jóvenes quienes suelen atenderse en establecimientos privados por su permanencia en el mercado de trabajo. Los que poseen obras sociales, y especialmente PAMI, manifiestan múltiples dificultades de acceso al sistema público, dada la escasa red de efectores privados con los que cuenta PAMI y a la compleja organización de la atención.

Del relevamiento de datos secundarios y primarios se desprende que las personas mayores se ocupan del cuidado de su salud. La visita a un profesional médico, sea por control, prevención o tratamiento, es un indicador de cuidado. La finalidad de una evaluación médica periódica se basa en la detección precoz de enfermedades, la prevención, el tratamiento y la obtención de niveles de vida satisfactorios (Amadasi y Tinoboras, 2017). De todas maneras hay desigualdades manifiestas en la forma de cuidarse relacionadas con la zona de residencia. La zona Sur de CABA presenta altos índices de necesidades básicas insatisfechas que se reflejan en el menor acceso a consultas médicas de sus residentes mayores pese a la afiliación a obras sociales. El contraste con la zona Norte es notorio tanto en el tipo de cobertura de salud como en el acceso a consultas.

Existen otras barreras económicas que se vinculan más con obstáculos institucionales.

Barreras institucionales

Las usuarias del sistema de salud evidencian a través de sus trayectorias las múltiples dificultades para la atención tanto en el subsector público como en el de obras sociales. Estas se vinculan, entre otras, a requisitos burocráticos para la asistencia, horarios acotados, extensos tiempos de espera para la obtención de turnos y para las consultas y escasa disponibilidad de recursos humanos. También se alude a los recorridos por diferentes efectores para conseguir una consulta que requiere contar con conocimientos específicos sobre los intrincados circuitos hospitalarios.

Estas dificultades son comprendidas por las usuarias de manera normalizada. Aunque se reconocen nuevas modalidades que facilitan el acceso a turnos -ya sea por vía telefónica o derivación desde el propio efector-, tales alternativas no se implementan en todos los efectores de salud, y se siguen manteniendo las prácticas usuales arraigadas a lo largo del curso de vida.

Otros inconvenientes de carácter institucional residen en la falta de recursos en las instituciones públicas para poder dar respuesta a una creciente demanda de actividades que fomentan el envejecimiento activo. Además no se difunden adecuadamente para una potencial población destinataria que podría mejorar su calidad de vida. Cabe señalar que, de acuerdo a datos de la EAH, es elevado el porcentaje de personas mayores que viven solas y son principalmente mujeres y mayores.

Casi todos los profesionales entrevistados recalcaron la importancia del acompañamiento y el sostenimiento del cuidado de la salud integral (consultas y actividades sociales) como condiciones fundamentales para una mejor calidad de vida de las personas mayores.

Sin embargo, el contexto del ASPO modificó sustancialmente el acceso y la participación lograda anteriormente.. Si bien algunos profesionales indicaron mantener actividades a través de modalidades virtuales, no todas las personas pudieron participar, ya sea por no contar con los recursos tecnológicos necesarios o adecuados, por escaso conocimiento sobre el funcionamiento de los dispositivos y programas o por falta de asesoramiento, acompañamiento para acceder a las plataformas. Aunque este aspecto también atraviesa dimensiones económicas y culturales, los profesionales lo relacionaron con el componente institucional ligado a la participación en espacios de pertenencia. Y algo similar ocurre con el acceso a consultas médicas: el aislamiento provocó una disminución en el acceso a tratamientos y a estudios preventivos que tendrá serias consecuencias en la salud de este segmento poblacional.

Conclusiones

Existe una trama de desigualdades naturales en el acceso a la salud, que luego se ven afianzadas en inequidades sociales. Partir de tipificaciones sobre barreras de acceso permite identificar y analizar los ámbitos en los que operan tales desigualdades.

Las fuentes consultadas (EAH, grupos focales a personas mayores, entrevistas a profesionales de la salud) han permitido describir la existencia de obstáculos en la vida cotidiana de las personas mayores en su atención sanitaria: barreras geográficas, culturales, económicas e institucionales que exponen los complejos itinerarios que deben atravesar para el cuidado de su salud, tanto en lo referido a consultas en instituciones de carácter biomédico, como en la participación en talleres y actividades que fomentan el envejecimiento activo.

Sin embargo, independientemente de las dificultades, se rescata el papel de los profesionales de la salud y, una vez que las expectativas fueron solucionadas, crece la satisfacción con la atención obtenida.

Las medidas adoptadas actualmente en relación al ASPO por el Covid-19, han evidenciado el peso de las barreras institucionales. En este contexto, el acceso a las consultas y a las actividades está estrechamente relacionado con la posibilidad de contar con recursos tecnológicos (como internet, computadora, tablet, celulares, conectividad) que permitan realizarlas de manera virtual y que requieren el apoyo de sus redes sociales para llevarlas a cabo.. En este sentido, sería necesario preguntarse si existirán nuevas barreras de acceso a la salud en la etapa post-ASPO, y cómo éstas afectarán las trayectorias de las personas mayores

Si bien el ASPO ha profundizado algunas barreras institucionales, siempre hubo otras preexistentes que se han ido naturalizando. La geolocalización de las instituciones de salud, las notorias desigualdades socioeconómicas de las diferentes zonas de la CABA y las trabas en las prestaciones, denotan serias barreras geográficas y económicas que permean los itinerarios terapéuticos de las personas mayores.

En cuanto a las barreras culturales las experiencias diversas de socialización, muestran que la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente por factores biológicos evidenciados tanto en la salud como en los riesgos de enfermar, y desigual porque existen otros factores atribuidos al género que impactan de un modo disímil en la salud de la población.

Las políticas públicas deberían enmarcarse en reconocer la existencia de un envejecimiento diferencial, identificando aquellas falencias propias del sistema público, las razones de la no consulta a los servicios de salud y las barreras para su acceso. La implementación de políticas públicas debería garantizar el acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios de salud de las personas mayores y promover la capacitación continua de los profesionales dedicados a la atención de las personas mayores.

Argentina ha adherido a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015, sin embargo habría que interrogarse si el espíritu de esas leyes se incorporarán efectivamente como parte del derecho vigente y si contribuirán al diseño e implementación de políticas públicas para la promoción de la calidad de vida y cuidados adecuados de la población adulta y asimismo para los profesionales de la salud que se ocupan de su apoyo y asistencia.

La creación reciente de dos instancias en la agenda pública podrían colaborar para disminuir algunos obstáculos existentes: el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad que tiene como prioridad dar visibilidad a la importancia de las tareas de cuidado en el sistema socioeconómico y trabajar por una redistribución más justa de estas tareas. Asimismo, desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se instituyó la Dirección Nacional de Cuidados Integrales dependiente de la Secretaría de Economía Popular e intenta, entre otros objetivos, profesionalizar y acreditar saberes a partir de la Diplomatura de Cuidados de Personas Mayores y la creación de puestos de trabajo para cuidadores. Son medidas e iniciativas auspiciosas para la formulación de una política integral de cuidados que disminuya las desigualdades.

Bibliografía

- Adaury, L. A. y Andersen, R. A. (1974). Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Service Research*, año 3, N° 9, 208–220.
- Adaury, L., Hirmas, M., Poffald, L., Angulo, I., Sepúlveda, A., Aguilera, X., Sanhueza, I., Delgado, I., Becerra, I. y Vega Morales Barrera, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, año 3, N° 33, 223-229.
- Agudelo, F. (2013). Entre los negocios y los derechos. *Revista Cubana Salud Pública*, 39 (2), 268-284.
- Aguirre Cuns, R. y Scavino Solari, S. (2018). *Vejez de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Doble Click.
- Amadasi, E. y Tinoboras, C. (2017). *Las condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos*. Educa.
- Barbosa da Silva, J. y Berti Azevedo Barros, M. (2002). Epidemiología e Desigualdade: Notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Pública*, año 6, N° 12, 375-383.
- Bazo, M.T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Reis*, CIS, año 92, N° 60, 75-90.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Siglo XXI Editores.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, Vol. 5, N° 8, 5-31.
- Borrell, C. y Benach, J. (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Editorial Mediterrània.
- Bourdieu, P. (2002). La 'juventud' no es más que una palabra. En *Sociología y Cultura*. Grijalbo.
- Castro, R. y López Gómez, A. (2010). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. UNAM, CRIM.
- De Beauvoir, S. (2012). *La vejez*. De Bolsillo.
- Dirección General de Estadística y Censos. (2019). *Encuesta Anual de Hogares. Base de Usuarios Ampliada*.
- Findling, L. y Cirino, E. (agosto de 2017). *Políticas de cuidados hacia adultos mayores en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Acciones y omisiones*. En XIII Congreso Nacional de Ciencia Política. Universidad Torcuato Di Tella.
- Findling, L. y López, E. (2015). *De cuidados y cuidadores: acciones políticas y privadas*. Biblos.
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 5(27), 438-53.
- Hirmas Adaury, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A.M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., y Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panam Salud Pública*, año 3; N° 33, 223–9.
- INDEC. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*.
- Nigenda, G., Caballero, M. y González, L. M. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y Oaxaca. *Salud Pública de México*, Vol. 51, Suplemento 2, 296-304.
- Tamer, N. (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*, año 6, N° 10, 91-110.
- Uribe Gómez, M., Rodríguez Gómez, K. y Agudelo Botero, M. (2013). *Determinantes sociales y acceso a los servicios*

de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: Estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato (México)
- Programa de Becas CLACSO-Asdi de promoción de la investigación social 2013-2016 para investigadores de América Latina y el Caribe. http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D9256.dir/INFORME_CLACSO_20_12_13.pdf

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, Vol. 6, N° 3, 217 – 228.