

MODELOS DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA. EL CASO PAMI

Relación Actores-Institución

Nancy Edith Etchart²

Fecha de recepción: 15/08/2022

Fecha de aprobación: 12/09/2022

Resumen

La presente publicación se realiza en el marco del proyecto de investigación “Análisis de Políticas Públicas” PROICO 15-1018 de la Universidad Nacional de San Luis. Se trata de elucidar, desde el enfoque institucionalista y a partir de la relación institución-actores, a qué características de Estado de Bienestar responde el modelo de prestación que utiliza el INSSJP en su Programa de Atención Médica Integral.

Debido a limitaciones en la extensión del presente artículo, sólo se presentan los resultados referidos al análisis de la relación actores-institución con respecto al modelo de prestación.

Se trabaja a partir de un abordaje metodológico cualitativo desde la perspectiva de estudio de caso (Agencia de PAMI en Villa Mercedes San Luis), que permita visualizar las problemáticas institucionales vinculadas a la prestación de servicios de salud para adultos mayores.

Se puede concluir que el modelo de prestación de PAMI, responde a un Estado Benefactor caracterizado por el predominio del mercado, alto componente contributivo y focalización en servicios básicos.

Quedan al descubierto algunas fallas o intersticios de la institución a raíz de las cuales pareciera ser que el Estado delega en el sector privado la ejecución de las prestaciones medico asistenciales para adultos mayores, sin realizar una evaluación de los beneficios esperados y reales con respecto a los sujetos destinatarios de la política. Este escenario origina cargas compartidas entre el sector privado y el INSSJP en las cuales se producen desentendimientos

² Licenciada en Administración. Especialista en Estudios Socioeconómicos Latinoamericanos. Magister en Sociedad e Instituciones. Profesora Asociada, Investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de San Luis. Argentina. nanetchart@gmail.com

de responsabilidades, burocratización de procedimientos, lentitud para resolución de problemas no previstos, problemas de comunicación, entre otros.

Palabras claves: Atención médica; PAMI

HEALTHCARE DELIVERY MODELS. THE CASE PAMI

Actors-Institution Relationship

Abstract

This publication is carried out within the framework of the research project "Analysis of Public Policies" PROICO 15-1018 of the National University of San Luis. It is about elucidating, from the institutionalist approach and from the institution-actors relationship, to what characteristics of the Welfare State responds the service model used by the INSSJP in its Comprehensive Medical Care Program.

Due to limitations in the length of this article, only the results referring to the analysis of the actor-institution relationship with respect to the service model are presented.

We work from a qualitative methodological approach from the perspective of a case study (PAMI Agency in Villa Mercedes San Luis), which allows us to visualize the institutional problems linked to the provision of health services for older adults.

It can be concluded that the PAMI provision model responds to a Welfare State characterized by the predominance of the market, a high contributory component and a focus on basic services.

Some flaws or interstices of the institution are exposed as a result of which it seems that the State delegates in the private sector the execution of medical assistance benefits for older adults, without carrying out an evaluation of the expected and real benefits with respect to the recipients of the policy. This scenario gives rise to shared burdens between the private sector and the INSSJP in which there are misunderstandings of responsibilities, bureaucratization of procedures, slow resolution of unforeseen problems, communication problems, among others.

Keywords: Medical care; PAMI

Introducción

La presente publicación se realiza en el marco del proyecto de investigación "Análisis de Políticas Públicas" PROICO 15-1018 de la Universidad Nacional de San Luis, provincia de San Luis República Argentina y de la Tesis presentada y aprobada para obtener el título de Magister en Sociedad e Instituciones de la misma universidad.

En el trabajo de tesis se pretende dar respuesta, desde el enfoque institucionalista del Estado de Bienestar, específicamente analizando la relación institución-actores, al siguiente interrogante ¿a qué características de Estado de Bienestar responde el modelo de prestación que en la actualidad utiliza el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en su Programa de Atención Médica Integral?

Desde esta perspectiva se propone como objetivo general, analizar a través de la relación actores-institución, a qué tipo de Estado de Bienestar responde el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El caso PAMI en la provincia de San Luis y su modelo de prestación en el periodo 2016-2019.

Asimismo, como objetivos específicos, describir el desarrollo del Estado de Bienestar en Argentina y las políticas de salud para la tercera edad, sus modelos de atención médica y de prestación; analizar la implementación del Programa de Atención Médica Integral y el modelo de prestación de salud adoptado entre los años 2016 y 2019; indagar la relación actores-institución con respecto al modelo de prestación adoptado por el Programa de Atención Médica Integral en adelante PAMI, a través de la Agencia Villa Mercedes San Luis.

Debido a limitaciones en la extensión del presente artículo, sólo se presentan los resultados referidos al análisis de la relación actores-institución con respecto al modelo de prestación, lo cual se corresponde con el tercer objetivo específico.

El Programa de Atención Médica Integral como programa de atención médica nacional de los adultos mayores se instrumenta a nivel territorial en el país a través de Unidades de Gestión Local, ubicadas en cada provincia. La investigación se realiza en la ciudad de Villa Mercedes, provincia de San Luis, en la Agencia local del Programa de Atención Médica Integral, que corresponde a la Unidad de Gestión Local de la provincia de San Luis.

Metodología

En esta indagación se trabaja con dos variables interdependientes: la institución y los actores, analizando la relación actores-institución. Las que confluyen en el análisis de la Política Pública en forma integral, planteado por Oszlak y O'Donnell (1981) en su protomodelo, el cual propone una estrategia abierta de investigación, situando la política pública en su contexto. Como se muestra en el Cuadro 1 (ver Anexo).

Se plantea una investigación flexible y abierta, descriptiva y de campo, que posibilite referir el modelo de prestación llevado adelante por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en adelante INSSJP, analizando específicamente la relación actores-institución, y la contribución de la política a mejorar la calidad de vida de los afiliados.

De tal manera se trata de arribar a una conclusión relativa al momento de cierre de la investigación, relacionando los aspectos teóricos en concordancia con una técnica cualitativa de carácter histórico y abierto.

Se propone un abordaje metodológico cualitativo desde la perspectiva de estudio de caso, con muestra teórica y saturación teórica, que permita visualizar las problemáticas institucionales vinculadas a la prestación de servicios de salud por el INSSJP-PAMI.

El estudio posee una fase de observación y familiarización con el medio, con el fin de lograr un aprendizaje del mismo. Paso seguido, se utiliza una combinación de técnicas como observación directa no participante, con sus registros y luego entrevistas semi-estructuradas, realizando análisis de sus contenidos. Por otra parte, se cumple con el estudio de datos secundarios, documentos y legislación.

En cuanto al muestreo teórico, las entrevistas son efectuadas a personas seleccionadas especialmente por su conocimiento y experiencia en el tema de interés, son profesionales médicos con cierta trayectoria como prestadores del Plan de Atención Médica Integral, afiliados integrantes de centros de jubilados que trabajan activamente con el PAMI, afiliados ex empleados de clínicas y sanatorios donde se atienden beneficiarios del INSSJP cuya experiencia es digna de tener en cuenta, y personas con más de cinco años de afiliados, lo que les otorga cierta trayectoria en su relación con la Institución.

Por medio del análisis de dimensiones³ de las variables se pretende poner a la luz procesos formales e informales, relacionados con los modelos de prestación de atención médica, que afectan la relación actores-institución. A esos efectos se construye el Cuadro 2 (ver Anexo) donde se presentan las relaciones entre dimensiones, técnicas de obtención de datos e instrumentos de análisis, para estudiar la institución y su relación con los actores.

Para el estudio comparativo de la información obtenida se sigue el esquema propuesto por Glaser y Strauss citados en Soneira (2006:163). Con respecto a la comparación constante, la misma se ejecuta entre cada entrevista al momento de ser realizadas, a los efectos de identificar necesidades de ajustes a la propuesta inicial. Se considera que se produce la saturación teórica en un total de veinte (20) entrevistas, lo que se origina en la reiteración de información, por lo que se entiende que agregar nuevos casos no representa información adicional sobre el tema. El análisis se complementa con la observación de asunción de roles de cada uno de los entrevistados y de la manera de presentarse en su vida cotidiana ante los demás de acuerdo a la propuesta de Goffman (2001).

Así es como en un primer momento se procede a maximizar las similitudes y minimizar las diferencias, para luego enfatizar las diferencias entre las entrevistas analizadas. Para ello se acude primero a reordenar las entrevistas según las dimensiones, en un segundo momento se reúne la información similar de las entrevistas respecto a cada dimensión y coincidencias (agrupación por dimensiones y coincidencias), con el objeto de maximizar similitudes y enfatizar diferencias (agrupación por dimensiones y diferencias) entre lo expresado en cada entrevista. El

³ Dimensión: componente significativo de una variable.

análisis se complementa con la observación de asunción de roles de cada uno de los entrevistados. Se procede de igual manera para el análisis de la relación Actores beneficiarios-Institución y de la relación Actores prestadores-Institución.

Con respecto al caso de estudio, se especifica que por medio del Decreto-Ley Nº 19032, (13/05/1971) durante el gobierno de facto de Alejandro Agustín Lanusse, se crea el INSSJP, es una institución del Estado creada para la implementación de una política pública de salud con alcance nacional. Su objetivo es brindar, por sí o por terceros, prestaciones sanitarias, sociales y asistenciales a los integrantes del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y su grupo familiar primario. Organizada por un modelo prestacional basado en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, se crea el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), con el propósito de brindar asistencia médica y social a los adultos mayores, dado que sus obras sociales de origen no brindan servicios para la tercera edad. El Instituto y su Programa persisten hasta la actualidad, si bien han sufrido diversas modificaciones según las características del gobierno de turno, el programa conserva su base fundacional que es la asistencia médica a jubilados y pensionados. El PAMI es financiado por el aporte de los trabajadores, de los patrones y de los pasivos, más contribuciones del tesoro nacional, es la mayor obra social del país (Lo Vuolo R., Barbeito A., Rodríguez Enríquez C. 2002, Giovanella, L. Ruíz, G. Feo, O. Tobar, S. y Faria, M. 2012, Repetto y Potenza Dal Masetto, 2012).

El alcance nacional, está representado en todas las provincias por medio de las Unidades de Gestión Local, en adelante UGL, las cuales coordinan las distintas Agencias u oficinas de PAMI de una determinada región. La UGL de la provincia de San Luis cuenta con trece (13) Agencias. Este trabajo se enfoca en la Agencia Villa Mercedes, la segunda en importancia de la provincia por la cantidad de afiliados. Las Agencias de atención son las oficinas de PAMI donde se realizan todos los trámites y solicitudes que necesitan los afiliados y cuentan con personal capacitado para atención personalizada, lo que se denomina Mesa de Atención Personalizada (MAP). En todo el país existen treinta (30) UGL y más de seiscientos cincuenta (650) agencias⁴.

El Establecimiento (Agencia de Villa Mercedes) al momento del estudio, está conformado solamente por el cuerpo de personal administrativo, dado que se encuentran vacantes los puestos de Jefe o Responsable de Agencia, el de médico auditor y el de trabajador social, presta atención a veinte mil (20.000) afiliados.

Investigación

El objetivo del presente trabajo es describir las relaciones entre actores beneficiarios-institución y actores prestadores-institución, que se construyen en relación a los modelos de

⁴ Información obtenida de: <https://www.pami.org.ar/>

prestación de PAMI. Se entiende por beneficiarios a las personas adultas mayores de 60 años afiliadas al PAMI, que figuran en el padrón de afiliados correspondiente a la Agencia de la ciudad de Villa Mercedes y requieren prestaciones médico asistenciales. Por prestadores, se entiende, a los profesionales médicos-paramédicos y clínicas, que figuran en el padrón de prestadores correspondiente a la Agencia de la ciudad de Villa Mercedes y realizan las prestaciones médico asistenciales requeridas por los pacientes.

En cuanto al modelo de prestación de servicios de salud el INSSJP desde sus comienzos se rige por la facturación por prestaciones o acto médico, hasta la reforma de los '90 en que se produce un cambio en su administración y se pasa al sistema de prestación por cápita. El cual consiste en abonar una suma fija al prestador, por cada afiliado que figure en el padrón de la obra social, reciba o no prestación médica. La misma surge de multiplicar el valor (en pesos) per cápita, asignado por la obra social, por la cantidad de afiliados en una zona geográfica determinada. En este modelo las obras sociales delegan en los prestadores privados la gestión administrativa de las prestaciones correspondientes a sus afiliados.

Durante los años '90 y a partir del surgimiento de la modalidad por cápita, surgen las gerencadoras o intermediarias entre el PAMI y los prestadores médicos, dichas organizaciones (privadas) son las responsables de administrar grandes cantidades de dinero correspondientes a las c pitas provinciales, convirtiéndose así en intermediadoras entre el Instituto y los prestadores de salud. Surge de esta manera un eslabón más en la cadena de pagos de las prestaciones, por medio de las cuales se producen operaciones lucrativas para sectores cuyo interés es el beneficio económico. Esta situación se modifica en el año 2002, por medio del Art. 1 de la Ley N  25.615, donde declara al INSSJP "persona jurídica de derecho público no estatal con individualidad financiera", su acción queda sometida al contralor de la Sindicatura del INSSJP, organismo que se crea en el Art. 10. Se constituye así su auditoría externa a cargo de la Auditoria General de la Nación. En el Art. N  2, se expresa que "no se podrá ceder, delegar, o transferir a terceros las funciones de conducción, control y administración que la ley le asigna". De esta manera se evita la posibilidad de provincialización o privatización de la obra social, se elimina toda intermediación y con ella las gerencadoras, el Programa de Atención Médica Integral pasa a contratar servicios de salud y sociales de forma directa (Pinilla 2004).

Desde el año 2013, según Resolución N  0687 del INSSJP, se aprueba la nueva modalidad contractual denominada "pago por prestación con cartera asignada". La que consiste en una modalidad mixta de retribución por prestación y por cápita, asignando al prestador una cartera nominal de afiliados correspondiente a la cápita más un adelanto financiero, similar al sistema capitado, pero con particularidades de techo presupuestario inicial, según desempeño del prestador en cuanto a cantidad de atención de pacientes, recetas médicas electrónicas realizadas, cantidad de estudios realizados, entre otros, modalidad que continúa hasta el momento en que se realiza la investigación.

En tanto la relación actores-institución para el presente trabajo, se presenta a continuación el análisis de dicha relación, el cual se acompaña con párrafos textuales de las entrevistas por considerar que enriquecen el trabajo. A tal fin, se ordenan los instrumentos como se muestra en el Cuadro 3 (ver Anexo).

- Para iniciar en primer lugar con el estudio con la relación Actores beneficiarios- Institución. En análisis se enfoca en la dimensión “Relación formal y relación fantaseada: Historia personal y su relación con PAMI, conocimiento de la modalidad de prestación y sentimiento de estar incluido”. Todos los actores beneficiarios, coinciden en que tienen sólo PAMI como obra social, dado que sus ingresos no les permiten acceder a una prepaga, lo que los transforma en actores “cautivos” de la Institución. En el sistema nacional de obras sociales es el PAMI quien se encarga de brindar prestaciones médico-asistenciales a los beneficiarios del sistema nacional de jubilaciones y pensiones, el resto de las obras sociales incluidas en el sistema nacional brindan atención a trabajadores activos.

En lo referente al rol asignado y la relación formal de los entrevistados y el INSSJP, se trata de una situación particular debido a que los actores beneficiarios o personas afiliadas a PAMI, a la vez que son los destinatarios de la política pública, poseen una relación económica con la Institución, dado que ellos sostienen con su aporte como trabajadores activos en un primer momento y como trabajadores pasivos a partir de su jubilación, a la obra social. El rol asignado por el INSSJP es el de destinatarios o beneficiarios de las acciones que emprende el Instituto según lo determina el Decreto-Ley N  19.032, esta relación va más allá de la decisión personal de cada uno de pertenecer o no a la Institución ya que los aportes y afiliaciones son determinados legalmente, a la vez que son parte, o receptores de los procesos de creación de sentido de la Institución. Con respecto al rol que asumen en general, en ningún caso, de los entrevistados, se encuentran referencias a la situación de aportantes a la obra social, parecen no tenerlo en cuenta o ignorarlo, quizás este sea un indicador de la falta de sentido de pertenencia, si bien se hallan características particulares en algunos de ellos, también se evidencia la falta de percepción del derecho a recibir servicios de salud de calidad (OMS, 2018), del derecho de calidad de vida, del derecho al cuidado y protección de la salud (Pautassi y Zibecchi, 2013; Grossman, 2013; OPS; 2014).

En el relato de la persona que cumple una función directiva en un Centro de Jubilados relacionado con PAMI (Cuadro 3 (a)), se advierte que el rol que asume está determinado por el lugar que ocupa en el mismo, el cual otorga poder a su accionar:

“...a mí me atienden bien porque estoy acá en el centro...desde aquí repartimos el Pro Bienestar de PAMI...además los cursos y talleres que dictamos son financiados por

PAMI...”,

Su hacer es el de una persona conocedora de las problemáticas del modelo de atención y capaz de solucionar problemas a otros afiliados:

“...hace años que estamos con el sistema de cápita...ayudamos a los afiliados cuando tienen problemas con PAMI...atendemos bastante gente con problemas, llamamos directamente a San Luis y solucionamos las cosas...no debería ser así...”

Se siente capacitada de proponer cambios y mejoras al modelo a la vez que demuestra compromiso y responsabilidad en sus funciones:

“...pondría más empleados para que controlen más...los consejos consultivos están, pero no son tenidos en cuenta...”

Aquí se advierte que se dan situaciones problemáticas que afectan a los afiliados en las cuales desde el Centro de Jubilados se comunican con la UGL de San Luis, para resolverlas, pasando por alto la competencia de la Agencia Villa Mercedes.

Si se recurre al protomodelo de Oszlak y O’Donnell (1981), en cuanto a la “toma de posición de otros actores sociales” se puede reconocer esta función que cumple el Centro de Jubilados, el cual asume la representación de los afiliados ante PAMI (San Luis) para encontrar soluciones a sus problemas.

En tanto, respecto a la relación fantaseada actor-institución, por momentos parece ser que la actora vive a la institución en análisis como propia. No obstante, al momento de surgir en su relato, el centro de jubilados al que representa, no quedan dudas de su sentido de pertenencia al centro lo que se refleja en la siguiente expresión:

“... nuestra función acá, además de los bolsones y los talleres es ayudar a los beneficiarios cuando tienen problemas con PAMI...”

Los bolsones y talleres a los que refiere son aquellos subvencionados por el PAMI y administrados por el Centro de Jubilados. De lo expuesto se puede inferir que existe una falta de sentido de pertenencia al momento que la entrevistada no se siente incluida en la institución y no aprecia que la misma le pertenece.

“...pero no tendría que pasar eso, deberían atender... atendemos bastantes gente con problemas... llamamos inmediatamente a San Luis y se comienza a hacer el trámite para solucionarlo...”

Según lo expresa Ulloa (1969), estamos en presencia de un individuo que toma a la institución (en estudio), como instrumento para desarrollar su propio proyecto, siendo capaz de promover cambios e imprimir a la organización (en análisis) su propia identidad, todo se relaciona con el status (poder) que posee dentro del centro de jubilados y la relación de éste con el PAMI.

Al momento de aplicar las herramientas de Goffman (2001) para analizar el modo de presentación de la entrevistada, se observa que la actora demuestra e imparte confianza en el papel que desempeña de manera convincente. La fachada que ofrece a su alocución se

corresponde con el espacio físico del centro de jubilados con el cual se identifica y alude de manera reiterada durante el encuentro, otorgando consistencia a la realización dramática de su presentación a la vez que mantiene el control expresivo durante toda la entrevista.

Con respecto a los relatos de personas conocedoras del funcionamiento del modelo de prestación (Cuadro 3 (b)), por ser ex trabajadores de la salud privada, y el rol que asumen, en los mismos, se observa su ubicación como afiliados activos, conocedores de la Institución, que son y se sienten capaces de reconocer bondades y falencias del modelo de prestación, tales como:

“...cuando yo estuve realmente enfermo, que necesitaba de una institución como esa, no tuve ningún problema en Villa Mercedes, me atendieron muy bien y no pagué nada...”
“...Cuando te internan, el médico de cabecera ni aparece porque ni siquiera le avisan...tampoco hay una historia clínica del paciente que se pueda consultar...”

A la vez que también proponen cambios:

“...realizará cambios en la atención diaria, para mí hay que pagar consulta por consulta a los médicos y ahí vas a ver que, en lugar de diez, van a atender treinta, estoy segura...”

Lo expresado en este párrafo coincide con lo observado en salas de espera, respecto a que los médicos de cabecera otorgan turnos para atención en consultorio dilatados en el tiempo.

Al aplicar las herramientas de Goffman (2001) para analizar el modo de presentación de los entrevistados, ex trabajadores de la salud, se observa que los personajes demuestran e imparten confianza en el papel que desempeñan de manera convincente, tornando sus relatos sinceros, basados en el conocimiento del tema de la entrevista, al parecer del público (en este caso la entrevistadora). La fachada que ofrecen a su alocución se corresponde con gestos y comentarios que confirmarían la veracidad de sus acotaciones, lo que otorga consistencia a la realización dramática de su presentación a la vez que mantienen el control expresivo durante toda la entrevista. Si bien los encuentros se realizan de manera individual, el conocimiento previo de los personajes y el público proporciona un escenario común a los diálogos compartidos.

En cuanto a los actores entrevistados que no pertenecen a los grupos detallados anteriormente (Cuadro 3 (c)), asumen un rol de afiliados pasivos, instituido, coincidente con el rol formal asignado por la institución, capaces de reconocer bondades y falencias del modelo, pero sin alcanzar a identificar la relación legal de destinatarios-beneficiarios de la política pública, que la misma les asigna. Al momento de expresarse ninguno manifiesta sentirse incluido en la institución y en sus relatos no se advierte una relación fantaseada por medio del sentido de pertenencia, sino que por el contrario viven a la obra social como ajena.

Al retomar las herramientas de Goffman (2001) para analizar el modo de presentación de los personajes (c), se observa que los mismos demuestran sinceridad en el papel que desempeñan de manera convincente, por medio de relatos de sus propias experiencias. A la vez

que acompañan sus dichos con gestos y comentarios que confirmarían la veracidad de sus expresiones, lo que conforma la fachada de los personajes.

Con respecto al “Sentimiento de estar incluido”, no se encuentran diferencias en lo expresado por cada afiliado, se observa en todas las entrevistas un manifiesto sentimiento de no ser tenidos en cuenta por la institución que ellos sostienen con sus aportes durante toda su vida activa y pasiva, la cual fue creada para asistirlos en su etapa de adultos mayores. Las siguientes son algunas de sus manifestaciones:

“...no nos tienen en cuenta, hay oportunidades en que los profesionales cobran un adicional...”

...a nadie le importa nada...

...hay veces que nos atienden bien porque acá nos conocemos todos...

...estamos descuidados totalmente...

...piensan que porque somos viejos tenemos todo el tiempo para esperar, creen que uno no tiene vida...

...lo que interesa es la plata, cobrar la orden y nada más...

...si nos tuvieran en cuenta nos atenderían mejor...

...en algunos lugares como las ópticas, hacen diferencias por ser de PAMI...”

En cuanto a la “Dimensión Demandas de los sujetos: Necesidades satisfechas e insatisfechas por la modalidad de prestación”, del análisis de las entrevistas surgen coincidencias, no se advierten diferencias. Con respecto a la satisfacción de necesidades los entrevistados refieren que:

“...la atención en internación y de los profesionales es buena...”

...la atención en clínicas ante urgencias es buena...

...no se paga nada por las prestaciones tanto ambulatorias como en internación...”

Respecto a las necesidades insatisfechas, las cuales son expresadas como demandas de los afiliados a la institución, sostienen lo siguiente:

“...en las internaciones por urgencias las clínicas no le comunican al médico de cabecera la situación del paciente...”

...los médicos de cabecera tienen turnos disponibles cada 15 o 30 días, deberían tener en cuenta que uno cuando va al médico no va de paseo...

...las salas de esperas son incómodas, sin las condiciones adecuadas para personas con dificultades para moverse...”

Estas expresiones muestran fallas de la institución, en las cuales se debería trabajar para mejorar la calidad de atención.

De la observación y de la información de las personas consultadas surge como algo compartido por todos, la situación de “pacientes” en salas de esperas, donde se confunden los

conceptos de “paciente” como sinónimo de “enfermo”⁵, con el de “paciente” como sinónimo de “tolerante”⁶. Parece ser que su condición de personas adultas mayores jubiladas les hace merecedores de habitar por horas salas de esperas colmadas de personas que “esperan”. Los afiliados acuden con frecuencia a los profesionales de la salud, ya sea para recibir atención médica o para solicitar la confección de las recetas de medicamentos. En la situación de “espera” no se observan quejas o reclamos por el tiempo y las condiciones, parece ser que la sala de espera fuese una “sala de disciplinamiento”, los reclamos surgen en las entrevistas, las cuales se realizan fuera del ámbito de la salud (Auyero 2013).

Del análisis de las entrevistas se obtiene la siguiente información, que conforma las demandas de los actores hacia los profesionales: al solicitar recetas de medicamentos no son atendidos por el profesional, la relación es con la secretaria a quien se le deja la orden de consulta, son atendidos por el médico de cabecera cuando van con algún problema de salud, lo que origina en los entrevistados una visión mercantilista de los profesionales médicos. Quizás esta situación, al igual que otras, se origine en la imposibilidad de los profesionales de brindar atención personalizada a todos los afiliados incluidos en sus c pitas, lo cual demostraría la necesidad de contar con mayor número de profesionales que cubran la función de médicos de cabecera.

En cuanto a las demandas hacia la institución, los actores manifiestan insatisfacción por las demoras de PAMI en la entrega de prótesis, lo cual retrasa las cirugías por meses, este aspecto es posible de relacionar con los intersticios o fallas de la organización que a continuación se analizan; falta de historias clínicas digitalizadas, lo que produce desinformación en el médico especialista sobre el estado del paciente que lo consulta; falta de comunicación por parte de PAMI de los cambios que realiza en las condiciones de prestación, además de que no responde al teléfono 138 de reclamos; limitación mensual de cantidad de prestaciones lo que obliga a realizar estudios en diferentes periodos; limitaciones para asistir a la consulta de especialistas que no est n incluidos en los prestadores de las dos clínicas de Villa Mercedes. Todas estas situaciones son posibles de ser solucionadas con ajustes en los procedimientos administrativos que hacen a la implementación de la política y a la mejora en su eficacia.

Con respecto al análisis de los intersticios o espacios libres dejados de lado por la organización “Situaciones o espacios no cubiertos por la modalidad de prestación”, en el análisis de las entrevistas se hallan fallas de la institución. Se reproducen a continuación algunos enunciados de las mismas, por considerar que es mejor transcribirlos textualmente para no

⁵ Enfermo: paciente, doliente, inválido. *Gran Diccionario de Sinónimos y Antónimos*.1984. Buenos Aires. Argentina. Editorial Ruy Díaz.

⁶ Tolerante: paciente, resignado, indulgente. *Gran Diccionario de Sinónimos y Antónimos*. 1984. Buenos Aires. Argentina. Editorial Ruy Díaz.

perder la originalidad de lo expresado. En este sentido, se seleccionan algunos párrafos que representan situaciones comunes en los relatos analizados.

Relatos de diferentes situaciones no cubiertas:

“...Tuve un problema en mi tratamiento de una enfermedad que me diagnosticaron mal... me dijeron...vos tenés que curarte de esto, yo no tengo medios para atenderte, te vas a tener que ir a algún lugar donde te atiendan bien que es Buenos Aires. Allá PAMI, me cubrió todo...”

De lo expresado por el afiliado se puede inferir que se presentan situaciones que originan la derivación de pacientes a centros asistenciales de otras provincias por no contar con una cobertura total de prestaciones en la provincia de San Luis y que además son mejor atendidos que en la ciudad de Villa Mercedes. Lo que se relata deja en evidencia que los derechos de los afiliados a acceder a las prestaciones no son los mismos según el territorio donde habitan.

Otro testimonio, expresa:

“...Hace unos meses fue mi hija a sacar turno para el médico y me dieron para dentro de 3 meses. A los 3 meses fui a la consulta, y después de esperar que el médico atienda a los pacientes de otras obras sociales, cuando tenía que comenzar a atender a los de PAMI, no sé qué urgencia tuvo el médico... se fue y no nos atendió. Cuando vamos a la ventanilla a pedir turno nuevamente nos daban para dentro de 3 meses. Por insistencia de mi hija, ya que no estaba bien... pagué como particular la consulta y los primeros estudios. Pero mi bolsillo no da para estar pagando todo, así que me fui al hospital. Desde ese momento me atienden en el hospital, me han hecho todos los estudios, hasta tomografía, uno va pide turno e inmediatamente se lo hacen si el médico pone urgente. El hospital tiene muy buenos médicos, además la limpieza y orden que uno ve en el hospital no lo ve en ninguna clínica privada”.

En lo indicado más arriba, se puede observar que se dan situaciones cotidianas de desigualdad en la atención de los actores-afiliados que no son advertidas o tenidas en cuenta por la institución. A su vez, estaría mostrando los intersticios del subsector privado en la ciudad de Villa Mercedes, aspecto que debería ser profundizado.

Otra narración en el mismo sentido:

“Lo último que me pasó es que tengo problemas de meniscos, siento mucho dolor, fui al traumatólogo y me dijo que me tenía que operar...hicimos todos los trámites de PAMI para eso...me dijeron que esperara que me avisaban cuando llegaba...esperé y esperé, no sé cuantos meses...la cosa que en esos meses que esperé tuve un problemita en el corazón, estuve internado...cuando llegó la prótesis después de varios meses...la médica de cabecera no me autorizó a operarme por el problemita en el corazón...si la prótesis hubiera estado a tiempo yo me podría haber operado y no tendría este problema que tengo en la rodilla...”

En fallas como la que se presenta en el párrafo precedente, se advierte que la burocracia institucional produce situaciones en las cuales no se llegan a cubrir todas las necesidades de los

afiliados, si bien estas situaciones son pasibles de solución a través de ajustes en la asignación de funciones y responsabilidades. Al ser cargas compartidas entre el sector privado y el Instituto se originan desentendimientos de responsabilidades, que por su importancia merecerían un estudio en particular.

Por otra parte, y según los relatos, se presentan actuaciones de los profesionales que reproducen el modelo médico hegemónico.

“Yo he tenido problemas con algunos médicos, cuando tratas personalmente tu problema con el médico.  l te dice: “yo puedo sacarte el problema que tenés, yo tengo un consultorio all  en frente y te voy a cobrar un arancel”.  Y por qué no me atiendes ahora acá? Porque yo necesitaba hacerme un estudio por un problema de ACV. Y él me decía, “si, yo te puedo atender, pero te tengo que cobrar un arancel aparte, sino no te puedo atender”. Pero, “ y si yo te pago a vos? Bueno si, tendríamos que conversarlo y a lo mejor te lo puedo hacer”.

En el siguiente texto, otro ejemplo del modelo hegemónico:

“Yo me pasó casi todo el año pasado yendo de médico en médico, me sentía mal cada tanto tenía descomposturas... fui al médico de cabecera y me mandó al especialista. El especialista me pidió estudios, le llevaba uno y me pedía otro, y entre cada consulta tenía quince o más días hasta el nuevo turno. Hasta que me dijo que tenía problemas de vesícula pero que no era para operar, que me cuidara en las comidas y que hiciera yoga para estar más tranquila. Fui otra vez al médico de cabecera y me dijo que fuera a otro especialista... tuve que pagar ya que no era por PAMI. Este me dijo que tenía que operarme...no era de urgencia...le tenía que pagar y no me internaba en el sanatorio donde me cubre PAMI...pasaron como seis meses, volv  a ir al especialista por PAMI y me dijo que bueno me iba a operar...dentro de dos o tres meses ya que no tenía lugar había otros pacientes con mayor urgencia”.

Hasta aquí la narración refiere a la situación como actora beneficiaria de PAMI. De aquí en más la afiliada, deja de lado su condición de beneficiaria y pasa a ser una paciente sin obra social que cubra su situación médico-asistencial.

“Tengo una hija que vive en Rio Cuarto, con mi marido fuimos un fin de semana a visitarla y me descompuse, me llevaron a una clínica all  y me dijeron que me tenía que operar y no podía esperar mucho, pedí un presupuesto y no era tanto además de que era por video laparoscopía. Volvimos a Mercedes, pensando en ir al médico de aquí y pedirle que me opere antes de los dos o tres meses que me dijo. Sacamos turno y nos dieron para dentro de quince días. A los pocos días... amanec  muy mal. Mi marido ya cansado de las idas y vueltas le pidió a mi hija de Rio Cuarto que llamara a la clínica de allí. Le contestaron que fuera ese martes y me operaban. El domingo amanec  peor, no me sostenía en pie del dolor y los vómitos, mi marido llamo a Rio Cuarto y le dijeron que me llevara que me operaban. Así que viajamos

urgente...el lunes al medio día ya estaba operada. Tuve que pagar...de todo esto ya hace unos cuatro meses y estoy perfecta, la recuperación fue rapidísima. Traje todo para pedir reintegro, no s  si me lo harán...”.

Situaciones como las que se relatan más arriba dejan en evidencia prácticas del modelo médico, que afectan la relación paciente-institución dejando excluidos a algunos de ellos de la política pública, son fallas en la implementación de la misma, que si bien aparecen como situaciones no cubiertas por la obra social, en realidad son escenarios provocados por los déficits de gestión de la misma, dado que las situaciones relatadas no responden a prestaciones no cubiertas por la obra social, sino a situaciones provocadas por los intereses de los actores privados que conforman la puesta en escena de la ejecución de la política. A la vez, que responden a un modelo médico hegemónico que se caracteriza por el poder del médico y la sumisión del paciente, donde la condición social y la capacidad de pago de las personas son restricciones para acceder a las prestaciones (Schvarstein 2007).

Según Oszlak y O’Donnell (1981) se puede observar en estas situaciones disímiles definiciones sociales de la situación en las cuales la percepción y valoración del problema social no es la misma para los diferentes actores. Todo esto podrá darse como consecuencia de la elección del tipo de modelo de prestación de la obra social.

En el análisis de las entrevistas se incluye un apartado “Otros” con el propósito de volcar all  los conceptos o situaciones no tenidas en cuenta al momento del diseño pero que surgen de los relatos. Se advierte gran similitud en las entrevistas donde quedan al descubierto las fallas o intersticios de la institución, con respecto al reclamo de falta de control:

*“...falta de médico auditor en la Agencia...
...falta de control de prestaciones por parte de PAMI...
...falta de control de las clínicas y prestadores...
...falta de control a los médicos de cabecera que reciben la orden y no hacen la consulta...
...falta de inspección de las prestaciones...
...falta de control de las salas de espera...
...falta de control de infraestructura...
...más controles para que atiendan bien a la gente...”.*

En cuanto a las similitudes, pareciera ser que el problema está en la falta de controles en la implementación de la política pública, por parte de la Agencia villamercedina en particular, de acuerdo a lo narrado.

En lo que respecta a las diferencias encontradas en el análisis de entrevistas en el apartado “Otros”, si bien las expresiones son distintas se refieren a problemáticas generadas en la falta de control:

“...es necesario tener más profesionales...a los médicos se les deberá pagar por

prestación, no por cápita...

...las clínicas no se preocupan por suplir a los especialistas cuando estos no atienden por algún motivo...

...los consejos consultivos...no cumplen su función...no son tenidos en cuenta...".

Si se examina desde el punto de vista del proceso de formulación de políticas públicas, se puede observar que la etapa de control o evaluación de la política consiste en analizar los rendimientos esperados y reales con respecto a los objetivos fijados en la política, en caso de encontrar desvíos se deben determinar las responsabilidades de los incumplimientos y realizar los ajustes o correcciones necesarias (Aguilar Villanueva, 1993:20 y Cortázar Velarde, 2006:11), esta etapa no estaría cumpliendo su función.

Con respecto al modelo de prestación desde la perspectiva de los actores beneficiarios, se continua con el estudio de las coincidencias y diferencias de los relatos logrados y se obtiene la siguiente información referida al modelo de prestación: la obra social ofrece una cartilla⁷ de prestadores conformada por 21 médicos de cabecera, entre quienes se encuentra distribuido un padrón de 20.000 afiliados, lo que arroja una relación de un médico cada 952 afiliados. Cada afiliado selecciona su médico de confianza, quedando conformadas de esta manera las capitas correspondientes a cada prestador. Es función del médico de cabecera, además de la atención de nivel uno, recomendar al paciente la derivación para ser atendido por un médico especialista. Si el paciente asiste a un médico no prestador de PAMI, el médico de cabecera, transcribe las indicaciones para la obra social, ese trámite demora tres o cuatro días. Para indicación o recetas de medicamentos los afiliados dejan la orden de atención y pedido de medicamentos a la secretaria del médico de cabecera, si desean ser atendidos por el profesional deben solicitar turno.

En cuanto a los médicos especialistas, los afiliados deben recurrir a la cartilla ofrecida por la clínica seleccionada por el afiliado para ser atendido, las mismas que ofrecen el servicio a los afiliados de PAMI son dos para el total de afiliados correspondientes a la Agencia Villa Mercedes. La clínica/sanatorio (seleccionada/o por el afiliado) se encarga de conseguir turno y de autorizar y adjudicar el profesional especialista. Si se trata de una atención de urgencia la realiza la guardia de la clínica/sanatorio.

La relación de los afiliados es directamente con el médico de cabecera y la clínica asignada. A PAMI deben asistir sólo para realizar algún cambio de prestador o pedido de reintegro. Los beneficiarios no abonan ninguna prestación si asisten a los profesionales prestadores de PAMI. No se encuentra instrumentada una historia clínica por paciente, que

⁷ Cartilla de prestadores: la misma se puede obtener a través de la web o solicitarla en la Agencia, consiste en una página con el listado de los médicos de cabecera y sus datos de contacto.

brinde a los diferentes profesionales información sobre la trayectoria clínica de cada uno de los afiliados.

En el Policlínico Regional, perteneciente al gobierno provincial, brindan asistencia a pacientes de PAMI, las cuales son facturadas posteriormente al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

- Con respecto al análisis de la relación Actores prestadores-Institución, en base al estudio de la relación formal y fantaseada, sentido de pertenencia, roles asignados y asumidos; demandas de los sujetos: necesidades básicas no satisfechas, intersticios o espacios libres dejados de lado por la organización, implicación de los actores, organizadores de las relaciones y las acciones como los fines, las tareas, el espacio y los recursos. Se presenta a continuación el análisis de la agrupación por dimensiones y coincidencias y por dimensiones y diferencias, con el objeto de maximizar similitudes y enfatizar diferencias entre lo expresado en cada una de las entrevistas realizadas a los actores prestadores de PAMI.

En cuanto al análisis de la "Dimensión Relación formal y relación fantaseada: Historia personal y su relación con PAMI, rol, cantidad de pacientes por día, conocimiento de la modalidad de prestación de servicios de salud y sentimiento de estar incluido", en lo referente al rol asignado y la relación formal de los entrevistados y el INSSJP, al igual que con los afiliados, se trata de una situación particular dado que los actores prestadores de PAMI, a la vez que son los responsables de brindar los servicios de salud, objeto de la política pública, y poseer una relación económica con la Institución por medio de un contrato de prestación individual, también sostienen con su aporte como trabajadores activos en un primer momento y como trabajadores pasivos al momento de la jubilación, al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Esta relación va más allá de la decisión personal de cada uno de pertenecer o no a la Institución ya que los aportes y afiliaciones son determinados por ley; al igual que con los afiliados, en ningún caso se encuentran en las entrevistas a prestadores referencias a la situación de aportantes a la obra social, si algunos lo hacen con respecto a que en un futuro van a tener PAMI, parecen no tener en cuenta el carácter de aportantes, al igual que los afiliados. Se observa además, falta de conciencia de ser los encargados de llevar adelante la implementación de la política pública, dado que la obra social delega en los prestadores actividades que est n directamente ligadas a esta etapa del proceso de la política, como por ejemplo la derivación y autorización para prácticas especializadas, la solicitud y autorización de prótesis, la derivación y autorización de traslados, la autorización y ejecución de internaciones y prácticas en internación, entre otras, pareciera que no llegan a visualizar que son ellos quienes est n en contacto directo con la comunidad y las decisiones que toman afectan la implementación de una política pública, (no se sienten implicados). Lo cual los convierte en garantes de los derechos de acceso a los

servicios de salud de calidad de los afiliados, del derecho de calidad de vida, del derecho al cuidado y protección de salud de los afiliados, a pesar de ello pareciera que no son conscientes o asumen una posición de indiferencia. En general, se observa un rol formal de prestador médico instituido y asumido como tal por los profesionales médicos, lo cual define la toma de posición de los actores-prestadores con respecto a la política pública.

En los relatos de los prestadores se observan coincidencias en cuanto a la cantidad de años que se atiende por la modalidad de cápita, ya que hasta los años '90 se trabaja por prestación, época en que PAMI no cumple con sus obligaciones de pago y se genera el cobro de adicionales por parte de los prestadores a los afiliados. Los entrevistados manifiestan estar conformes con la modalidad combinada de pago por cápita y pago por prestación con cartera asignada, la encuentran justa.

Lo anterior se puede observar en las siguientes expresiones:

"...el que trabaja más recibe más..." "...desde el 2013 es así y lo van mejorando, nunca han pagado tan bien como ahora..."

En cuanto a la cantidad de pacientes por día, los médicos de atención de primer nivel (Cuadro 3 (d)) en su mayoría, manifiestan, atender un promedio de trescientos (300) afiliados por mes lo que equivale aproximadamente al 30% del padrón de afiliados asignados a cada uno de ellos, lo cual les permite contar con tiempo disponible para atender pacientes de otras obras sociales, pareciera que es posible manejar la cantidad de afiliados en el padrón correspondiente a cada profesional de atención de primer nivel. En este punto se encuentran diferentes opiniones, según la suma de pacientes que conforman el padrón asignado a cada profesional. Algunos de ellos poseen una cápita de 800 afiliados, con una atención de 400 ó 450 afiliados por mes, lo cual no les permite atender afiliados de otras obras sociales, a la vez que marca la diferencia en sus respuestas con respecto a los demás entrevistados, como en el siguiente:

"...trabajo sólo con PAMI, no me queda tiempo para atender otras obras sociales, cuando va un paciente de OSDE y ve todo lo que tiene que esperar, se va..."

Se observa cierto cansancio manifiesto en sus expresiones referido al modo de cumplir sus funciones, además utilizan términos como "*vejstorio...viejos...*", que no se encuentran en los relatos de los demás entrevistados.

Se encuentra coincidencia en todas las entrevistas a prestadores y afiliados en lo referido a la atención en consultorio por medio de turnos, si bien los prestadores no hacen referencia al tiempo que transcurre entre que se solicita el turno y se realiza la prestación, sí coinciden en que a los afiliados que asisten enfermos al consultorio se los atiende sin turno, pareciera ser que los profesionales médicos no advierten las situaciones o problemas que expresan los afiliados al momento de concurrir a las consultas y las esperas en sala.

Los galenos reconocen que la confección de la receta electrónica les significa un tiempo adicional, no obstante, esta tarea se ve recompensada en el pago adicional a la cápita.

Con respecto al segundo nivel de atención, identificados en el Cuadro 3 como (e), el padrón asignado es el 50% del total correspondiente a la Agencia Villa Mercedes, la entrevistada manifiesta contar con la infraestructura necesaria para cubrir la demanda, igual situación se da en el tercer nivel identificado como (f) en el Cuadro 3.

Para continuar con el análisis en cuanto al “conocimiento de la modalidad de prestación de servicios de salud” se advierte una manifiesta expresión de conformidad por el modo de trabajar y de cobrar las prestaciones:

“...nunca ha estado mejor el PAMI...desde los comienzos hasta ahora ha ido cambiando para mejor...a mí me va muy bien...por la cantidad de afiliados lo mejor es la cápita... de esta manera no hay diferencias con los pacientes de otras obras sociales...”.

Asimismo, los prestadores realizan estadísticas sobre las prestaciones efectuadas:

“...todos tenemos una persona que nos ayuda con las estadísticas...”

PAMI liquida en base a la información recibida, en el segundo nivel (Cuadro 3 (e)) de prestación se retiene un 7% correspondiente a cubrir las prestaciones que brinda el Hospital Regional Juan Domingo Perón. De acuerdo a lo expresado por algunos pacientes, suelen buscar atención en la salud pública por las demoras en los turnos de los médicos que atienden PAMI. Parece ser que esta situación no reviste importancia para los prestadores, quienes consideran “histórico e insignificante” el descuento en el total del ingreso.

“...el descuento del siete por ciento siempre existió...no es nada en la cantidad que cobramos...”

En la agrupación por diferencias se encuentran algunos relatos que demuestran una actitud de protección hacia sus pacientes:

“...los viejitos son los pacientes más complicados que atiendo... tengo a mi mamá que tiene PAMI...”

Además de asumirse como futuros afiliados, “...a los viejitos los atiendo lo mejor que puedo, yo s  que un día también voy a ser vieja...”

Yo también soy viejo, merecemos que nos atiendan bien...”

Con respecto al “Sentimiento de estar incluido en la institución” se analiza el interjuego institucional y la relación formal y fantaseada entre el individuo y la institución sostenido por Ulloa (1969), la cual está dada por el grado y tipo de pertenencia del sujeto con respecto a la institución. Dicha relación se manifiesta por medio del sentimiento del actor de sentirse incluido por la institución y al mismo tiempo considerar que, de alguna manera la misma le pertenece, las expresiones en la agrupación por similitudes son las siguientes:

“...S , yo creo que sí...te digo que es otra cosa PAMI, yo hablo bien porque me va bien...”

...PAMI ha ido mejorando la situación de los profesionales con el paso del tiempo...

...nos pagan además de la cápita un plus por cantidad de pacientes que atendemos,

por hacer las recetas electrónicas, nosotros tenemos que mandar las estadísticas y en base a eso calculan y viene todo junto en un pago...yo cobro muy bien...

...si tengo que realizar alguna consulta lo hago y me atienden muy bien...yo creo que el sistema de ahora es justo...nosotros cobramos x cantidad fija y un adicional de x de acuerdo al trabajo. El que trabaja más recibe el ajuste y el que trabaja menos, recibe menos, yo creo que es justo..."

Al analizar las expresiones se puede inferir que los profesionales entrevistados se sienten incluidos y tenidos en cuenta por la Institución desde una visión economicista, dado que relacionan su sentimiento de estar incluidos con la modalidad de prestación y pago, no obstante, no demuestran sentir a la misma como propia.

En la agrupación por diferencias se encuentra el relato de la misma entrevistada que marca discrepancias con el resto de los profesionales a lo largo de todo el análisis sus expresiones sobre el sentimiento de estar incluida son:

"No se ve el trabajo del médico de cabecera de transcribir todos los medicamentos. Además, el trabajo depende de la internet que uno tenga, debemos tener un consultorio con acceso a internet y computadora, sin eso no podemos hacer nada. Son todas exigencias sin ninguna comunicación de parte de PAMI, es como un teléfono descompuesto, lo que hacemos un día al otro día ya no. No hay lugar para reclamos".

De lo expresado se podría concluir que las diferencias de las respuestas con el resto del grupo podrían ser originadas por la cantidad de afiliados asignados para su atención lo cual satura su tiempo.

Para continuar con el análisis de la "Dimensión demandas de los sujetos: situaciones, espacios libres no cubiertos por la modalidad de prestación de PAMI" con respecto a los profesionales, los entrevistados coinciden en sus expresiones de no encontrar situaciones problemáticas en relación a su trabajo, las situaciones atípicas que surgen se pueden solucionar por medio de un software de la institución donde encuentran la información necesaria. Los médicos de cabecera (Cuadro 3 (d)) se relacionan con la Agencia de Villa Mercedes para consultas y el resto de los profesionales lo hacen directamente con la Unidad de Gestión Local en San Luis. No ocurre lo mismo con respecto a los afiliados, los prestadores entrevistados del primer nivel de prestación identificados como (d) en el Cuadro 3, coinciden en sus expresiones al manifestar respecto a los afiliados que:

"Los pacientes no son tenidos en cuenta, hay mucha burocracia, el paciente y los familiares van y vienen todo el tiempo realizando tramites y buscando recetas, no es justo",

Los médicos de cabecera refieren que los niveles de atención dos y tres son lentos para resolver los problemas de los afiliados, hay veces que no poseen capacidad de atención, hay pacientes que están solos o no tienen familiares que los puedan acompañar en los trámites que son muy lentos. Lo aquí expresado es coincidente con lo manifestado por los afiliados

entrevistados con respecto a las fallas en la implementación de la política ocasionadas por la burocratización de los procedimientos. Los entrevistados profesionales no refieren a las salas de esperas colmadas de pacientes como situación problemática para los afiliados.

En el apartado "Otros" destinado para incluir aquellos temas que no fueron tenidos en cuenta por la entrevistadora y aparecen en las opiniones analizadas, surgen las fallas de la institución respecto a la lentitud del INSSJP para resolver las situaciones fuera de lo previsto que sufren los pacientes; como así también los problemas de comunicación de cambios en el modo de realizar los trámites, que suelen ser los adecuados pero que no tienen en cuenta la adaptación de los afiliados a ellos, como por ejemplo la implementación de las recetas electrónicas. También surge la necesidad de contar con mayor cantidad de médicos de cabecera y de esta manera poder disminuir la cantidad de pacientes en los padrones de cada prestador. Al confrontar lo expresado en este apartado por los profesionales médicos con lo expresado por los afiliados, se observa la coincidencia en la falta de controles de las prestaciones médicas por parte de PAMI y la falta de profesionales médicos que cumplan el rol de médico de cabecera.

En lo referido a las fallas de la agencia villamercedina, se advierte coincidencia con lo expresado por los afiliados, si bien las miradas son desde distintos lugares, existe un punto de encuentro en las expresiones que refieren a las fallas en la implementación de la política pública, lo cual se corresponde con escenarios provocados por la deficitaria gestión de la obra social, lo que se puede asociar al modelo de prestación adoptado por PAMI.

En la "Dimensión Organizadores del trabajo: percepción sobre la modalidad por cápita en relación a su trabajo como profesional de la salud", se analiza de qué manera los organizadores de las relaciones y las acciones propuestos por Fernández (2001), en relación con: fines, tareas, espacio y recursos, se ven afectados o no por el modelo. En la agrupación por similitudes en relación a los fines, la mayoría de los entrevistados de los tres niveles manifiestan que, el modo de prestación no afecta la atención que brindan a sus pacientes, la cual es la misma que se otorga a los afiliados de otras obras sociales. En la agrupación por diferencias se encuentra una sola opinión que no coincide con las demás lo cual llama a reflexionar sobre cuál es la causa de las diferencias en las respuestas:

"...es más la tarea administrativa que la atención que brindamos..."

Si se tiene en cuenta que la respuesta corresponde a una prestadora con una asignación de 800 pacientes, se podría encontrar que la cantidad de afiliados del padrón correspondiente a la profesional es una de las causas de la problemática. Otra causa podría ser las características burocráticas de un modelo que prioriza los procedimientos administrativos para arribar a una liquidación de prestaciones según lo acordado, por sobre las prestaciones de salud que corresponden reciban los beneficiarios de la obra social.

Con respecto a las similitudes y las tareas como organizadores de las relaciones y acciones los entrevistados expresan, que no se ven afectadas por la modalidad de prestación,

en segundo y tercer nivel (Cuadro 3 (e) y (f)), se relacionan con la UGL de San Luis para tratar sobre autorizaciones y derivaciones, los prestadores de primer nivel (Cuadro 3 (d)) sostienen que se organizan en base a turnos, lo mismo que manifestaron los pacientes. Al igual que en el ordenador anterior se encuentra una respuesta diferente al resto que corresponde a las prestaciones de los médicos de cabecera:

“...Estoy dedicada gran parte del tiempo a la transcripción de medicamentos y estudios...hasta la medicación oncológica cuyo tratamiento se realiza en el policlínico pero los medicamentos los tengo que pedir yo, y hay veces que la comunicación entre profesionales no es buena...se comunican conmigo por teléfono celular, estoy todo el día recibiendo mensajes y transcribiendo recetas...además las debo imprimir en papel y dárselas a los pacientes, no es más manuscrito tiene que ser hecha por el sistema...”.

Lo expresado por la entrevistada coincide con lo mencionado por los afiliados respecto de las recetas de medicamentos, las causas podrían ser las mismas que las expresadas en el párrafo anterior.

En cuanto al espacio como ordenador, los profesionales del segundo y tercer nivel manifiestan que se ordenan por medio de turnos en horarios especiales para los pacientes de PAMI. Con respecto a las internaciones los médicos de cabecera (Cuadro 3 (d)) expresan no tener dificultades para internar sus pacientes en la clínica que le corresponda lo mismo para realizar estudios. La prestadora del segundo nivel (Cuadro 3 (e)) manifiesta contar con la cantidad de camas suficientes para el padrón que le corresponde. Los médicos de cabecera otorgan turnos para la atención en consultorio y por medio de sus secretarias ordenan las solicitudes y entregas de recetas de medicamentos, lo cual se corrobora con lo expresado por los afiliados. Al igual que en los otros ordenadores se encuentra una respuesta en la agrupación de diferencias la cual manifiesta situaciones no expresadas por el resto de los entrevistados:

“...lo mío es primer nivel, las internaciones son segundo nivel, yo puedo ir a la clínica y ver al paciente sólo para que él se sienta tranquilo, pero a mí no se me permite opinar ni cambiar una indicación. Cuando el paciente se va de alta lo largan sin indicación de medicación, y tienen que esperar a verme a mí, para que yo les indique lo necesario...”.

Lo expresado en esta entrevista es coincidente con lo expresado por los pacientes sobre las internaciones y la falta de comunicación con los médicos de cabecera, lo cual corresponde a fallas de la institución como organización e implementación de la política pública, en cuanto a la comunicación y seguimiento de los pacientes.

Con respecto a los recursos, el último ordenador, en la agrupación por similitudes se encuentra las siguientes coincidencias:

“...no tengo ningún problema PAMI ha mejorado mucho los últimos años”.

En la entrevista al profesional del segundo nivel de atención se destaca la siguiente expresión:

“...cada cuatro camas de pacientes de PAMI hay un médico que está disponible, se les paga para que los atiendan inclusive los fines de semana...”.

El relato demuestra la manera de organizar los recursos a la vez que puede explicar lo que se analiza más arriba, respecto a la atención de los afiliados internados, los médicos de cabecera y la atención de los mismos.

En la agrupación de diferencias se encuentran las situaciones que no son relatadas por la mayoría de los entrevistados:

“...Todos tenemos que tener alguna persona que nos ayude con la elaboración de información que tenemos que enviar, no podemos hacer todo nosotros...”

Al momento de aplicar las herramientas de Goffman (2001) y a los fines de un mejor análisis se separan las entrevistas en dos grupos, uno correspondiente a los médicos de cabecera que pertenecen al primer nivel de atención médica (Cuadro 3 (d)) y otro grupo conformado por las entrevistas realizadas a los profesionales del segundo y tercer nivel de atención médica (cuadro 3 (e) y (f)).

En cuanto a la “confianza en el papel que desempeña el individuo” en el primer grupo se encuentran diferencias en los papeles que desempeñan los personajes, por un lado aquellos cuya cápita asignada les permite atender pacientes de otras obras sociales, quienes pretenden que el público crea que la modalidad de prestación de PAMI es la adecuada y la mejor de los últimos años, procuran que su público crea que las cosas son como aparentan serlo, lo presentan por medio de un relato que no coincide con lo expresado por otros personajes, los afiliados. Es diferente el papel que desempeña la entrevistada cuya cápita asignada supera 800 afiliados, lo cual no le deja tiempo disponible para atender pacientes de otras obras sociales, su personaje es disidente en las expresiones con el resto, demuestra mayor sinceridad, a la vez que es capaz de identificar las bondades y falencias del modelo. Con respecto a la “fachada” de los personajes, la entrevistada disidente acompaña su alocución con gestos y expresiones que afirman su relato y acompañan su realización dramática a la vez que demuestra despreocupación por mantener el control expresivo o evitar la tergiversación. El otro grupo de personajes prestadores médicos del primer nivel de atención médica, dejan en evidencia una expresión intencional muy cuidada que destaca su preocupación por su accionar profesional (representación del rol), a la vez que se ocupan de mantener el control expresivo durante toda la entrevista de manera tal de resaltar su conformidad y aprobación con el modelo. Todos los personajes del primer grupo coinciden en sus críticas con los personajes del segundo grupo en relación a la modalidad de trabajo.

Con respecto a los prestadores del segundo y tercer nivel de prestación médica, coinciden en sostener un papel formal de prestadores conformes con el modelo de prestación, el cual les permite desempeñar con confianza su personaje de profesional médico, con algunos rasgos de sinceridad en expresiones como “a mí me va muy bien con PAMI...el que más trabaja más cobra...” y con algunas críticas en las prestaciones de los actores del primer nivel.

Conforman una fachada intencional acompañada por gestos y lenguajes, de manera tal de sostener la presencia de su condición de profesionales médicos (realización dramática). Al momento de responder se toman un tiempo para pensar sus respuestas y mantener así el control expresivo y coherencia en sus libretos, a la vez que tratan de evitar la tergiversación de sus expresiones reiterando afirmaciones antes realizadas.

Algunas conclusiones

Si bien en el presente trabajo se despliega solamente el análisis de la relación Actores-Institución lo cual representa sólo el cumplimiento de uno de los objetivos específicos del trabajo de tesis, en este apartado se tienen en cuenta algunas otras cuestiones a los fines de completar la información.

El Estado Benefactor, según autores como Esping Andersen (1993), Filgueira (2014) y Martínez Franzoni (2007), presenta diferentes tipos o regímenes, el modelo argentino se caracteriza por el predominio del mercado, alto componente contributivo y focalización en servicios básicos como salud y seguridad social, presenta un gran desarrollo a partir de la segunda posguerra y permanece hasta la actualidad. Dentro de este modelo de Estado en 1971 en un gobierno de facto se crea por el Decreto-Ley N  19.032 el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados el cual perdura hasta la fecha y mantiene las características generales de su creación, en particular la financiación de la obra social por medio del aporte de los trabajadores con el objetivo de otorgar a los jubilados y pensionados y a su grupo familiar prestaciones sanitarias y sociales tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. No se puede dejar de lado esta característica particular de la política pública de ser financiada por el aporte de trabajadores activos y pasivos (aportantes-afiliados y aportantes-prestadores) donde las contribuciones del Estado Benefactor no son primordiales, lo que transforma al mismo en un administrador de los recursos propios de los beneficiarios de la obra social. Este criterio de determinación de los sujetos de derecho merecedores de las prestaciones sociales, según Filgueira (2014), se corresponde con los modelos contributivos de Bienestar, donde la justificación yace en las fallas del mercado que originan la participación del Estado. Parece ser que es un modo de mantener una política pública de salud, sin que el Estado deba realizar grandes erogaciones, en el caso de estudio su función se limita a administrar los aportes de los trabajadores y realizar la distribución de los mismos.

A partir de los años '90, se produce un cambio en la implementación de la política pública referido al modelo de prestación médica que lleva adelante PAMI, desde este momento con la modalidad por cápita adquiere un papel fundamental el sector privado, el cual se hace cargo de la gestión y prestación de servicios médico asistenciales. Se da una retirada del Estado de su función de velar por la salud de los desprotegidos pasando a una intervención social indirecta, al

reemplazar las prestaciones de salud a los adultos mayores -gerenciadas por el gobierno- por prestaciones de salud de gestión privada, prima el concepto de mercado. Dicho cambio impacta de manera directa en las condiciones de vida de los sujetos beneficiarios "cautivos" de la política. Se considera a los afiliados cautivos de la obra social dado que en primer lugar el aporte al INSSJP es obligatorio por ley y en segundo lugar el nivel de sus ingresos jubilatorios no les permite acceder a un servicio de salud prepago que supla las prestaciones del INSSJP.

Con respecto a la Agencia que se analiza, en la misma se encuentran fallas operativas que afectan directamente las condiciones de vida de los adultos mayores y como consecuencia la relación actores-institución, que se relacionan con las etapas de implementación y evaluación de la política pública, como son el número insuficiente de prestadores de cabecera y especialistas, demoras en la atención primaria, disponibilidad de camas de internación insuficientes, impersonalidad en la atención de internaciones, demoras en la entrega de prótesis, limitación mensual en la cantidad de prestaciones, falta de historias clínicas digitalizadas, falta de cobertura total de prestaciones en la provincia de San Luis, afiliados que recurren por atención médica a la salud pública debido a deficiencias en las prestaciones, fallas en el control de las prestaciones y en la calidad de las mismas. Se identifican también, situaciones problemáticas que son solucionadas por terceros ajenos a la Agencia, en este caso el Centro de Jubilados que se relaciona directamente con la Unidad de Gestión Local, pasando por alto las incumbencias de la Agencia Villa Mercedes. Desde el punto de vista de quien realiza el presente trabajo, las fallas hasta aquí enumeradas responden a problemas en la implementación de la política pública, situación pasible de solucionar por medio de una correcta gestión que aplique controles y trabaje sobre los intersticios para corregir desvíos ocasionados en la delegación de la implementación de la política en el sector privado.

Al aplicar las herramientas que brinda el análisis institucional se advierte que los intersticios en el modelo de prestación afectan de manera directa la protección social de los adultos mayores lo que origina consecuencias en la vida de cada uno de ellos, a la vez que influye en la interpretación que los mismos tienen de la realidad social. Sin embargo, parece ser que esta situación no es advertida por ninguno de los actores entrevistados, afiliados y prestadores, muestra de ello es que no hacen referencia o parecen no tener en cuenta la situación de aportantes al Instituto durante toda su vida de trabajo activo, al que tampoco sienten como propio.

En cuanto a los prestadores, sobre los cuales los afiliados poseen una visión mercantilista (en el caso analizado se trata de prestadores de salud del sector privado), parece ser que en su mayoría no se identifican a sí mismos, como parte de la asistencia de derechos a los adultos mayores. Demuestran falta de conciencia de ser los responsables de tomar decisiones referidas a la implementación de la política (que pueden llegar a modificarla) y por ende garantes del acceso a derechos. Asumen un rol formal de prestador médico instituido de la obra social a la

cual sienten como ajena. Expresan conformidad en cuanto a los organizadores del trabajo y con la modalidad combinada de pago por cápita y pago por prestación con cartera asignada, a la vez que la encuentran justa y se sienten incluidos en la institución desde una visión economicista. Sostienen que la atención que brindan a los beneficiarios de PAMI no es diferente a las que ofrecen a los afiliados de las otras obras sociales.

Sin embargo y según el relato de los afiliados, ocurren prácticas del modelo médico hegemónico que afectan la relación afiliados-institución, provocando exclusión de sujetos destinatarios de la política pública originadas en intereses particularistas de los prestadores donde no se tienen en cuenta los factores socioeconómicos y ambientales que afectan a los pacientes, reproducción del "modelo paciente" (Auyero, 2013). Estas situaciones en las cuales la percepción y valoración del problema social no es la misma para los diferentes actores que participan, podría ser consecuencia del modelo de prestación que lleva adelante la obra social.

Queda al descubierto entre las fallas o intersticios de la institución compartidas entre afiliados y prestadores de la Agencia Villa Mercedes, la falta de control de la implementación de la política pública, pareciera ser que el Estado delega en el sector privado la ejecución de las prestaciones médico asistenciales para adultos mayores, sin realizar una evaluación de los beneficios esperados y reales con respecto a los sujetos destinatarios de la política. Este escenario origina cargas compartidas entre el sector privado y el INSSJP en las cuales se producen descentendimientos de responsabilidades, burocratización de procedimientos, lentitud para resolución de problemas no previstos, problemas de comunicación, entre otros. Características burocráticas de un modelo de prestación inserto en un sistema de salud que responde a un modelo de Estado que delega en el mercado la implementación de la política pública, la cual se torna ineficiente, dado que no se cumple la relación entre los aportes del trabajador y la calidad de las prestaciones, tampoco es igualitaria ya que excluye a los no contribuyentes.

A modo de cierre se puede concluir que el modelo de prestación que utiliza en la actualidad el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en su Programa de Atención Médica Integral, responde a un Estado de Bienestar que se caracteriza por el predominio del mercado, alto componente contributivo y focalización en servicios básicos. En esta política en particular, el criterio de determinación de los sujetos de derecho merecedores de las prestaciones sociales, no es igualitario ya que excluye a los que no contribuyen, tampoco es eficiente ya que no existe correlación entre la calidad de las prestaciones y los aportes de los beneficiarios. Tampoco contribuye al cuidado como derecho de las personas adultas mayores, ya que los mismos no tienen garantizada en el caso en estudio, la satisfacción de sus necesidades y demandas de salud por medio de un adecuado acceso al sistema de salud sin que la capacidad de pago sea un condicionante, lo que debe ser un "derecho/salud", es hoy una

“mercancía/salud”. Se produce una apropiación del poder estatal por parte de los privados, con fines particularistas generando desde el gasto público beneficios privados.

En los primeros 20 años del S XXI, se continúa gobernando con prácticas que fueron oportunas para el siglo pasado. Quizás sea el momento de pensar si se continúa con el Estado de Bienestar, o quizás sea el momento de repensar un nuevo modelo de Estado (innovador, desconocido hasta ahora) que se adapte a las condiciones del S XXI. Particularmente en el tema que nos ocupa, que sea capaz de ser proactivo con respecto a las necesidades de los ciudadanos, que garantice la protección social en salud en todo el territorio con una cobertura universal de salud para los adultos mayores, que brinde infraestructura, recursos, normas y servicios para el cuidado igualitario de todos los ciudadanos. Quizás una señal de intenciones de cambio, al respecto, sea la Resolución 2020- 2383-INSSJP del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados la cual determina un nuevo modelo prestacional de médicos de cabecera, vigente a partir de marzo de 2021. En la misma se determina una reformulación de las obligaciones contenidas en los contratos prestacionales de los médicos de cabecera, se estipula como propósito del INSSJP el establecer un nuevo modelo prestacional de manera tal de lograr un “sistema integrado, holístico y accesible” basado en la atención primaria de la salud, bajo la lógica de cuidados progresivos e integrales. Dicho modelo pretende que el médico de cabecera sea el principal referente y nexo para la articulación de los procesos de atención de la salud de los afiliados, incorporando mayores responsabilidades administrativas, herramientas de gestión online y capacitaciones obligatorias, para los prestadores. Si bien se destaca el propósito de realizar acciones socio-preventivas del “nuevo modelo prestacional”, no se observan grandes cambios en aspectos como la cantidad de pacientes a atender, ya que establece un número óptimo máximo de capitas por prestador en setecientos (700) afiliados. Se deberá aguardar un tiempo para que el nuevo modelo logre su total implementación, específicamente en localidades del interior del país, y se pueda analizar desde la perspectiva de los afiliados y de los prestadores si en realidad se hace cargo y vela por la calidad de vida de los adultos mayores, o solo es una herramienta más para dejar en manos del mercado la implementación de políticas públicas referidas al bienestar de los adultos mayores.

Bibliografía consultada

Aguilar Villanueva, L. (1993). *La Implementación de las políticas*. D.F., México. Miguel  ngel Porrúa Grupo Editorial.

Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. CABA, Argentina. Eudeba.

Cortázar Velarde, J. (2006). *Una Mirada Estratégica y Gerencial de la Implementación de Programas Sociales*. Washington D.C. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Banco Interamericano de Desarrollo.

Esping-Andersen. (1993). *Los Tres Mundos del Estado de Bienestar*. Digitalizado.

Fernández, L. (2001). *El análisis de lo institucional en la escuela. Un aporte a la formación autogestionaria para el uso de los enfoques institucionales*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

Filgueira, F. (2014). *Hacia un modelo de protección social universal en América Latina*. Santiago, Chile. CEPAL Naciones Unidas.

Giovanella, L. Ruíz, G. Feo, O. Tobar, S. y Faria, M. (2012). *Sistemas de Salud en América del Sur* en Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (Isags) (2012). *Sistemas de Salud en Sudamérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. pp. 21 a 69. Río de Janeiro Brasil. Isags-UNASUR.

Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu editores, única edición en castellano.

Grossman, C. (2013). *El derecho de los adultos mayores a ser cuidados: perspectiva sociojurídica* en Pautassi, L. y Zibecchi, C. (Coordinadoras). (2013). *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. p.p.217-248. Buenos Aires, Argentina. Editorial Biblos.

Lo Vuolo R., Barbeito A., Rodríguez Enríquez C. (2002). *La Inseguridad Socio-Económica como Política Pública: Transformación del Sistema de Protección Social y financiamiento Social en Argentina* en publicación del Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas Vol. 33. Buenos Aires, Argentina.

Martínez Franzoni, J. (2007). *Regímenes del bienestar en América Latina*. Madrid, España. Fundación Carolina.

Ozslak, O. y O'Donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires, Argentina. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Documento G.E. CLACSO/N 4.

Pautassi, L. y Zibecchi, C. (Coordinadoras). (2013). *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Biblos.

Pinilla, F. (2004). *Una mirada hacia el interior del PAMI*. VI Jornadas de Sociología. Buenos Aires, Argentina. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <http://www.aacademica.org>.

Repetto F., Potenza Dal Masetto F. (2012). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Naciones Unidas.

Soneira, A. (2006). *La Teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss*. En Vasilachis de Gialdino, I. Coord. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. pp. 153-173. Barcelona. Gedisa Editorial.

Ulloa F. (1969). *Psicología de las instituciones. Una aproximación psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Cinco.

Vasilachis de Gialdino, I. Coord. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona. Gedisa Editorial.

Páginas web consultadas:

Información Legislativa y Documental. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Infoleg: www.servicios.infoleg.gob.ar

Ley Nº 19032, del 13 de mayo de 1971. Recuperado de www.infoleg.gob.ar

Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/es>

Organización Panamericana de la Salud (OPS): www.paho.org

PAMI: www.pami.org.ar

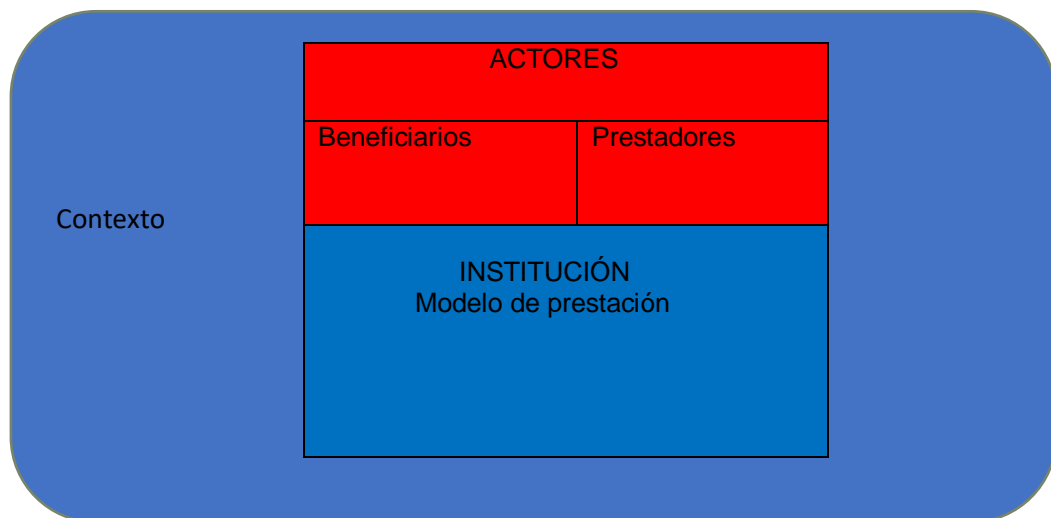
Resolución Nº 0687. 26/jun/2013. "BOLETÍN DEL INSTITUTO". Año IX –Nº 1853.

Recuperado de www.pami.org.ar. Leído 20/10/2016.

Anexo

Cuadro 1:

Relación Actores-Institución dentro de un contexto determinado



Fuente: elaboración propia

Cuadro 2:

Análisis de la relación Actores-Institución

Dimensiones	Técnicas de obtención de datos	Instrumentos de Análisis
Relación formal y relación fantaseada, pertenencia. (Afiliados y prestadores) Roles	Observación directa. Entrevistas semiestructuradas a afiliados y prestadores.	Anotaciones de observación Entrevistas
Demandas de los sujetos: -Necesidades básicas. -Intersticios. -Implicación de los actores. (afiliados y prestadores)	Observación directa. Entrevistas semiestructuradas a afiliados y prestadores.	Anotaciones de observación Entrevistas
Organizadores (prestadores) -Fines. -Tareas. -Espacios. Recursos.	Observación directa. Entrevistas semiestructuradas a prestadores.	Anotaciones de observación Entrevistas

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 3:

Orden de entrevistas para análisis

Entrevistados	Observaciones
Afiliado Integrante de Centro de Jubilados	Cantidad 1 (a)
Afiliados ex empleados de Clínicas	Cantidad 2 (b)
Afiliados con más de cinco (5) años	Cantidad 7 (c)
Prestadores Nivel de Atención 1	Cantidad 8 (d)
Prestadores Nivel de Atención 2	Cantidad 1 (e)
Prestadores Nivel de Atención 3	Cantidad 1 (f)

Fuente: Elaboración propia