

1

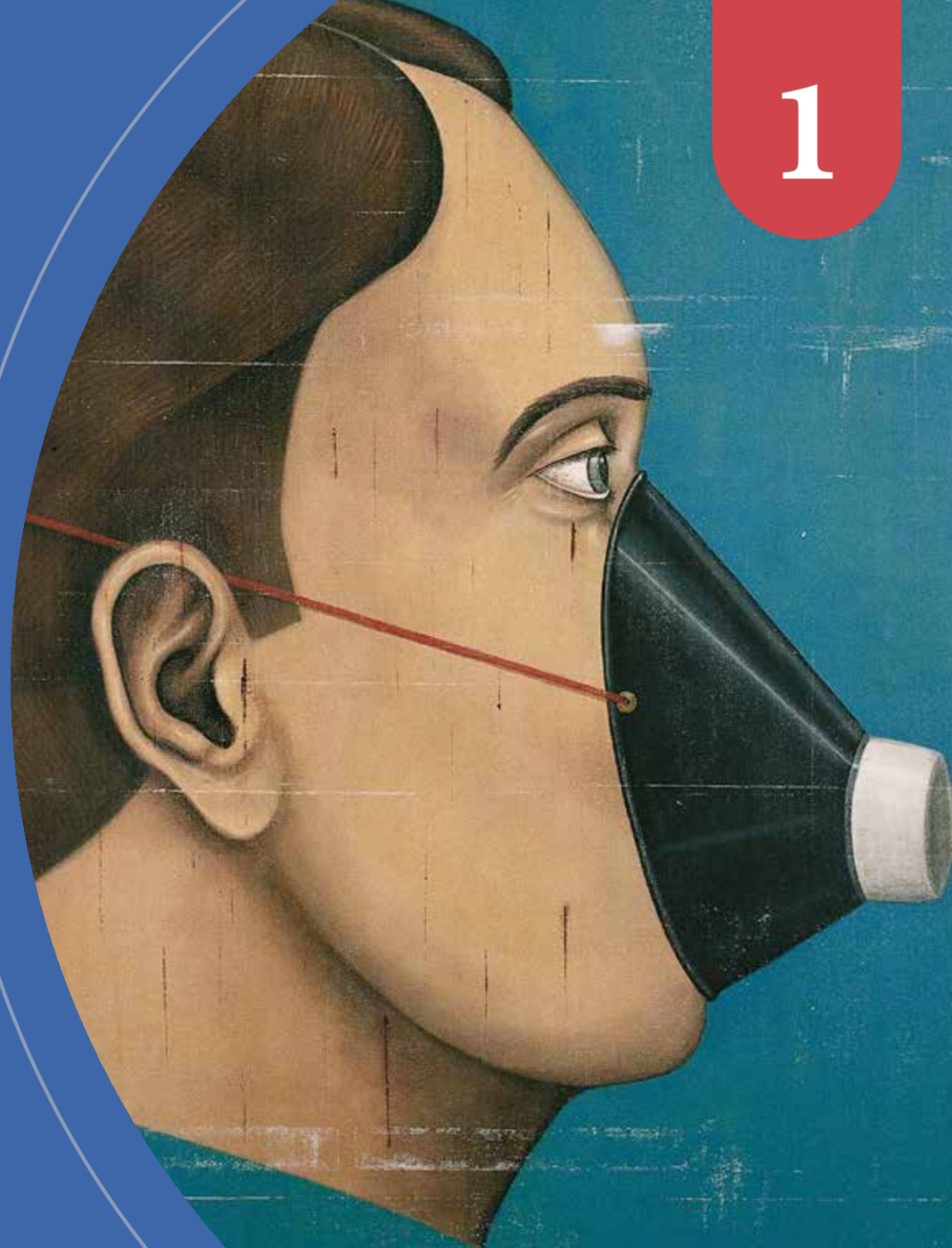
REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



UGR Universidad
del Gran Rosario

semestral / año 1 / número 1 / marzo 2022



Daniel García - "No abras tu boca al mal"
Acrílico sobre lienzo - 144x148cm

Gestión en salud en tiempos de pandemia: la experiencia en una obra social para personas mayores durante el año 2020

Health Management in Times of Pandemic: The Experience of the Social Security Institute for the Elderly During 2020

Autoras

Paola Buedo - paolabuedo@gmail.com -

Médica. Magister. Directora Ejecutiva Local, Unidad de Gestión Local V (UGL V). Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). Bahía Blanca, Argentina.

Manuela Salas - manuelasalas@yahoo.com.ar -

Médica. Magister. Coordinadora Ejecutiva Local, Unidad de Gestión Local V (UGL V). Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). Bahía Blanca, Argentina.

RECIBIDO 04/11/2021

ACEPTADO 01/12/2021

Resumen

La gestión en salud tiene complejidades propias del campo sanitario, que se vieron maximizadas durante el desarrollo de las medidas tomadas para abordar la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2. Esto tuvo una alta repercusión en la gestión de una obra social destinada a personas mayores, quienes representan un colectivo especialmente vulnerable a la enfermedad COVID-19. Este artículo describe la experiencia de gestión durante el año 2020 de una de las sedes de la obra social más grande de América Latina, para lo cual se delinearán las medidas tomadas, su justificación, los desafíos y los resultados.

Palabras clave

- gestión en salud
- salud pública
- seguridad social
- servicios de salud para ancianos/as
- pandemias

Summary

Health management has complexities typical of the health field. They were maximized during the development of the measures taken to address the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic. This had high impact in the management of a security social for elderly, who represent a vulnerable group to the COVID-19 disease. This article describes the management experience during 2020 of one of the headquarters of the largest social work in Latin America, outlining the measures taken, their justification, challenges, and results.

Keywords

- health management
- public health
- social security
- health services for the aged
- pandemics

Introducción

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) de Argentina es la obra social más grande de América Latina: posee casi 5 millones –4.870.749 al mes de diciembre de 2020– de personas afiliadas en todo el país, de las cuales un 85% supera los 60 años (INSSJP, 2020). Con este enorme número de personas afiliadas, y en función de la edad que presentan –que implica un mayor uso de los servicios sanitarios y también sociales–, el INSSJP supone un gran desafío de gestión. Este desafío se orienta, por un lado, a poder garantizar el derecho a la salud de sus afiliados/as y, por otro, a que el uso de sus recursos, que son finitos, sea eficiente y de calidad.

El INSSJP territorializa su presencia en todo el país mediante 38 Unidades de Gestión Local (UGL). Este artículo presenta la experiencia de gestión del año 2020 de la UGL V, que tiene a cargo 107 mil personas afiliadas en 14 partidos del sudoeste de la provincia de Buenos Aires, y cuya sede se encuentra en la ciudad de Bahía Blanca.

En cada UGL, y por tanto a nivel nacional, el INSSJP es uno de los principales financiadores del sistema de salud argentino. No obstante, ciertas tramas provocan que, a pesar de las grandes sumas de dinero erogadas mensualmente, estos montos no siempre impliquen una mayor o mejor atención de la salud para la población afiliada. A su vez, esto se vincula con características propias del sistema o campo de la salud. Estas características particulares del campo de la salud hacen que su gestión sea compleja. Una de estas cualidades es que se trabaja en contacto permanente con el padecimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte (Spinelli, 2010). Esto, por un lado, condiciona la emocionalidad

y la subjetividad de quienes están en permanente contacto con estas dimensiones, pero, además, –y lejos de la emocionalidad– proporciona un valor de cambio que resulta difícil de traducir en una tarifa. Otro de los aspectos que le otorga al campo de la salud esa complejidad en términos de gestión es la multiplicidad de agentes que lo conforman. Cada uno/a de estos/as agentes tiene diversos intereses y una gran cantidad de capitales en juego, a lo cual hay que añadir que se trata de un campo que presenta una alta concentración de poder económico (Spinelli, 2010).

La gestión en salud se refiere a la definición de las prioridades: quién toma las decisiones, qué decisiones deben tomarse y cuáles son los valores que guían la toma de las decisiones. El “modelo” de gestión siempre existe, se encuentre o no explicitado. Esto se debe a que siempre se toman decisiones y se definen prioridades en base a valores, a aspectos éticos e ideológicos, a las experiencias e incluso en relación con la especialidad disciplinar de quien las toma (Tobar, 2002). Los problemas son el insumo de la gestión: se entiende por problema la brecha entre la situación actual y la situación deseada. En un campo tan complejo como el descripto, los problemas serán también problemas complejos. Esto obliga a salirse de las respuestas únicas y a buscar, por el contrario, nuevas preguntas, así como a pensar respuestas creativas y situadas. En esta búsqueda, es importante incorporar todas las miradas y voces posibles (Spinelli, 2016).

En función de las complejidades del campo sanitario y las singularidades del INSSJP, se ideó un proyecto de gestión de la UGL V que, sin dudas, se vio modificado al inicio de la pandemia. Los principales problemas que se identificaban al inicio de la gestión –y, por tanto, antes de la pandemia– tenían que ver, en primer lugar, con la organiza-

ción general y la optimización de los procesos de trabajos internos; en segundo lugar, con el fortalecimiento de los diferentes niveles de atención y su articulación; por último, con la generación de espacios de socialización especialmente destinados a personas mayores. Con este insumo, y su detalle, se reelaboró un proyecto de gestión anual para el año 2020.

Líneas de gestión y justificación

En línea con la Dirección Nacional del INSSJP, se establecieron las siguientes prioridades:

- a. acceso a la atención de primer nivel a las personas mayores, una de las poblaciones más vulnerables a la enfermedad COVID-19;
- b. disponibilidad de camas hospitalarias y unidades de aislamiento garantizado a personas afiliadas;
- c. soporte social en situación de aislamiento a personas mayores;
- d. facilitación de trámites propios del INSSJP;
- e. mantener la UGL abierta y en funcionamiento.

Para trabajar sobre estas prioridades, se definieron también dimensiones que formarían parte de la concreción de las prioridades:

- acompañar el trabajo comprometido por parte de los/as trabajadores/as del INSSJP;
- considerar la perspectiva de género;
- cuidar el medio ambiente;
- mancomunar esfuerzos con instituciones y organizaciones sanitarias y no sanitarias para el logro de prioridades;

- evaluar los procesos y resultados.

Durante el inicio de la pandemia, las recomendaciones del INSSJP, en sintonía con las del Ministerio de Salud de la Nación, aconsejaron postergar la atención de aquellas situaciones que podían ser pospuestas sin conllevar un riesgo para la salud de las personas, y a su vez, garantizar el pleno acceso a las prestaciones médicas y sociales de urgencia y emergencia. Esta recomendación tenía un fundamento lógico: se esperaba que la tasa de uso de los hospitales aumentara drásticamente, por lo cual el campo sanitario tenía que estar preparado para ello. La preparación significaba, fundamentalmente, contar con disponibilidad de camas para la atención prioritaria de casos por enfermedad COVID-19, así como de urgencias y emergencias (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Esta situación presentaba otro problema: ¿quién definía la urgencia? Las personas no tienen por qué saber cuándo una situación de salud amerita una atención urgente en cualquier contexto, pero aquí suponía, además, un riesgo que afectaba sin duda la accesibilidad al sistema sanitario.

La accesibilidad es definida de distintas maneras. Puede definirse como el vínculo construido entre los sujetos y los servicios. En este caso, se trata de un vínculo que surge de una combinación entre las condiciones y los discursos de los servicios y las condiciones y las representaciones de los sujetos. Este vínculo se manifiesta en el modo particular que adquiere la utilización de los servicios (Garbus, Solitario y Stolkiner, 2007). Starfield (2002), por su parte, diferencia entre el concepto de accesibilidad y el de acceso. Define la accesibilidad en relación con las características de la estructura de los servicios de salud, que fortalece la capacidad de las personas para lograr la atención necesaria. El acceso, en cambio, tiene que ver con las percepciones y experiencias de las perso-

nas que facilitan el ingreso al sistema. Es decir, es la forma en que cada persona vivencia esas características del campo de la salud y que influyen a la hora de buscar o lograr asistencia.

Si tenemos en cuenta estas definiciones, es probable que, en el contexto pandémico, hayan surgido no solo nuevas barreras en la accesibilidad, sino también en el acceso. En cuanto al acceso, muchas personas mayores, conscientes de que pertenecen al grupo de alto riesgo, o bien por temor al contagio, se han autoimpuesto barreras, al posponer consultas que sí debían ser realizadas, ya que su demora implica un mayor riesgo. El aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), una de las intervenciones mundialmente realizadas para mitigar la circulación del virus, ha limitado el contacto social. Por supuesto, ese ha sido el objetivo, pero también significó otras barreras en términos de acceso y accesibilidad. Se sumó a esto que el ASPO potenciaba el riesgo de la soledad, un fuerte condicionante de la salud en la población general, pero sobre todo en personas mayores. Además, el ASPO dificultaba *a priori* el traslado físico a los lugares de atención del INSSJP para la realización de trámites que facilitan las prestaciones. Esto se debía a que, muchas veces, trasladarse implicaba deambular por la ciudad o localidad a lo largo de varias cuadras, con la exposición que ello significa para esta población. Los Centros de Jubilados/as y Pensionados/as (CJyP) –organizaciones sociales de personas mayores que se encuentran ubicadas en los distintos barrios– muchas veces actúan como facilitadores en varias de las dimensiones que se han mencionado. Esta acción se relaciona con los vínculos sociales que se crean en los CJyP entre quienes asisten y participan de las actividades, así como mediante la creación de vínculos entre las autoridades del CJyP y los/as trabajadores/as del INSSJP.

Además, resulta relevante debido a que son una fuente de información en cuanto a las prestaciones sanitarias y sociales del INSSJP, los derechos de las personas mayores y la manera de acceder (Salas, 2016).

Acciones realizadas

En función de las cinco prioridades planteadas, se desarrolla aquí el plan de trabajo propuesto para alcanzar el cumplimiento de cada una de ellas por parte del INSSJP UGL V, y su ejecución.

a. Acceso a la atención de primer nivel a las personas mayores, una de las poblaciones más vulnerables a la enfermedad COVID-19

a.1. La puerta de entrada al sistema prestacional es el/la médico/a de cabecera. Cuando iniciamos las actividades en la gestión de la UGL, había más de cuatro mil personas sin cobertura en este punto. Esta falta significaba no solo una restricción clara de estas personas al acceso a la atención, sino que también implicaba el carácter de cautivo/a de quienes sí tenían asignado/a un/a médico/a pero no podían cambiarse, en caso de desearlo o necesitarlo. Además, nos propusimos como objetivo trabajar fuertemente sobre el modelo de atención, con el objetivo de que sea centrado en la persona afiliada, con tiempo y espacio para consultas, entrevistas, examen físico y explicaciones entendibles. Se logró incorporar a 16 profesionales médicos/as en toda la UGL, y al día de hoy se continúa con la incorporación de médicos/as. Además del objetivo de sumar más profesionales médicos/as, también se asumió el com-

promiso de fortalecer el modelo de atención, mediante el acompañamiento a médicos/as con actividades formativas y de actualización, encuestas a personas afiliadas y auditorías en consultorio. Las actividades formativas para médicos/as se organizaron en conjunto con el Colegio de Médicos/as local, fundaciones científicas y referentes de sectores del INSSJP, locales o nacionales. Por otro lado, resultaba necesario pensar formatos de atención que no requirieran de la presencialidad, para salvaguardar la seguridad de las personas mayores, pero que contaran con efectiva atención en caso de que fuese necesaria. Es por ello que se trabajó en telemedicina, que puede ser definida como medicina a distancia. Utiliza medios tecnológicos, e incluye todas las instancias de la medicina: promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Prados Castillo, 2013). Esta estrategia de atención remota se desarrolla hace años, pero tuvo su auge durante la pandemia (Vásquez Rojas, Bonilla Díaz y Barrera Castro, 2020). No solo se creó una plataforma institucional específica para ello, sino que se alentó a los/as médicos/as que tuvieran un celular a disposición, así como correos electrónicos y teléfonos fijos, y que estas vías de contacto fueran informadas a la UGL y a sus afiliados/as. En esta línea, era importante trabajar sobre otra cuestión fundamental: si había una indicación farmacológica, también tenía que ser adquirida de manera sencilla, y aquí es cuando se puso en plena vigencia la receta electrónica. Se trata de una receta que realiza el/la médico/a de cabecera y que puede ser recuperada por cualquier farmacia, sin que haya que retirar un papel por un consultorio.

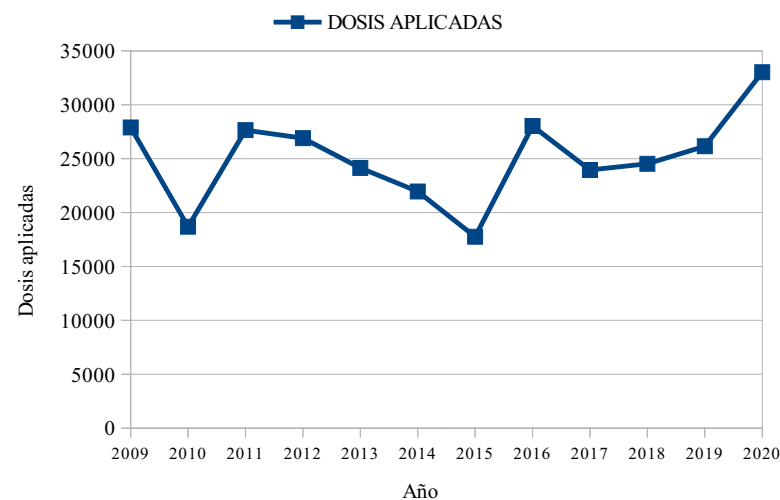
a.2. El acceso a la medicación, muchas veces, es una complicación debido a los costos. Por este motivo, en base a evidencia nacional respecto de los fármacos más usados en términos de prevalencia de

enfermedades, el INSSJP definió, en 2020, que 170 principios activos fueran gratuitos para las personas afiliadas. Así, 4 de cada 10 personas afiliadas reciben todos sus medicamentos de manera gratuita, y 5 de cada 10 reciben 2 o más medicamentos gratuitos. En la provincia de Buenos Aires, 1.462.517 personas accedieron gratuitamente a sus medicamentos, y esto implicó para el Instituto una inversión de 54.300 millones de pesos. Además, el INSSJP continúa con los porcentajes de cobertura del 40 al 80% en los medicamentos que están por fuera de este nuevo vademécum gratuito.

a.3. La población mayor de 65 años corre alto riesgo de sufrir complicaciones ante la infección por el virus de la gripe. En ese sentido, las tasas de hospitalización asociadas con esta enfermedad son máximas en el grupo de 65 años o más. La vacunación antigripal supone una importante intervención preventiva propia de primer nivel de atención para la población afiliada, ya que se trata de la principal medida para evitar la gripe y sus complicaciones (Mato Chain *et al.*, 2011). Por este motivo, se acompañó la vacunación en farmacias con: i) entrega de vacunas a instituciones que reciben o cuidan a personas de alto riesgo, tales como residencias de larga estadía, instituciones de salud mental, centros de diálisis, entre otras; ii) vacunación en domicilio dirigida a personas postradas o que, por diversas condiciones de salud, no pueden movilizarse fuera de su domicilio; y iii) campañas de vacunación localizadas en barrios económicamente vulnerables o localidades alejadas de farmacias. Esto fue posible gracias a un trabajo articulado entre la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional del Sur, desde donde colaboraron de manera voluntaria 16 estudiantes técnicas junto con una coordinadora docente, y la Agencia Nacional de Seguridad

Vial, que puso móviles y choferes a disposición. Se colocó un total de 33.017 dosis de vacuna antigripal, y se alcanzó la cobertura de vacunación más alta de los últimos 11 años, según los registros estadísticos de la institución (Gráfico 1).

Gráfico 1: Cantidad de dosis aplicadas de vacuna antigripal por año en la UGL V



Fuente: Elaboración propia.

a.4. Para garantizar el acceso a la información acerca de la bioseguridad, se realizaron intervenciones barriales en conjunto con municipios. Por ejemplo, se realizaron capacitaciones sobre la correcta dilución y utilización de los desinfectantes, así como acerca de la distribución de estos productos. Asimismo, se llevó a cabo un relevamiento de situaciones sanitarias también localizadas, para luego proponer estrategias de abordaje focalizadas según las necesidades relevadas.

a.5. Se actualizó la entrega de elementos de ayuda externa, que tienen alta demanda entre la población afiliada. Además, se desarrolló un trabajo interinstitucional con la Unidad Penitenciaria Local Nro. 4 de Villa Floresta y la Universidad Tecnológica Nacional Regional Bahía Blanca para el arreglo de 60 sillas de ruedas y 20 camas ortopédicas que estaban abandonadas en el depósito (Imagen 1).

Imagen 1: Internos de la Unidad Penitenciaria Local Nro. 4 trabajan en la reparación de camas ortopédicas



Fuente: Fotografía tomada por personal de la Unidad Penitenciaria Local Nro. 4, enviada para su divulgación.

a.6. Se realizaron también altas de nuevos prestadores odontológicos, oftalmológicos, de internación domiciliaria, ópticas. Además, se actualizaron valores y se facilitaron requisitos de reintegros, se sancionó a prestadores que cobran a personas afiliadas, y se implementaron controles internos para el acceso prestacional eficiente.

b. Disponibilidad de camas hospitalarias y unidades de aislamiento garantizado a personas afiliadas

b.1. Se gestionó una Unidad de Aislamiento Transitorio (UAT) destinada a la atención de personas con diversos grados de dependencia que presentaran síntomas leves de COVID-19. Esto fue muy importante, porque las unidades de aislamiento que existían en la ciudad (UCMAs) no estaban preparadas para recibir a personas con necesidades más específicas. La UAT tiene una capacidad para albergar a veinte personas. Contribuyó y contribuye a descomprimir la presión sobre el sistema de salud público y privado. La UAT funciona coordinadamente, tanto con los hospitales de la ciudad y la región como con los servicios de ambulancias, que en conjunto evalúan los criterios de ingreso y derivación.

b.2. Se elaboraron protocolos de atención hospitalaria en pandemia para dar lugar a las prioridades, y se gestionaron formatos de interacción entre agentes del sistema prestacional. Por ejemplo, se articuló entre hospitales y empresas de internación domiciliaria (Buedo y Salas, 2019) para lograr la pronta externación de las personas afiliadas que tuvieran criterio de alta y garantizar la continuidad del tratamiento en sus domicilios; entre el sistema de emergencias público y privado; entre los/as médicos/as de cabecera y el sistema de ambulancias prestador; entre las empresas en internación domiciliaria y los proveedores de oxígeno, entre otros, para poder dinamizar el uso del recurso hospitalario.

b.3. Se realizaron aportes materiales y económicos a los hospitales locales y regionales, tales como donaciones de camas ortopédicas. Por ejemplo, se donaron 17 camas ortopédicas al Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero de Bahía Blanca (es decir, al hospital público munici-

pal de la ciudad). Se sostuvo el pago en momentos de pocas o nulas prestaciones ambulatorias y pagos extras por personas afiliadas atendidas por COVID-19 positivo.

b.4. En tanto las Residencias de Adultos/as Mayores (RAM) son lugares de riesgo para el contagio del virus en cuestión, representan entre el 40% y el 80% de las muertes por la COVID-19 en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 30/09/2020). Por lo tanto, su abordaje resultaba fundamental, no solo para evitar muertes sino para evitar una ocupación masiva en los hospitales. Por este motivo, se trabajó en varias dimensiones. Con las RAM que son prestadoras del INSSJP se aplicaron protocolos estrictos, se efectuaron pagos extras para equipamiento y reorganización de las instituciones, se aumentó el valor per cápita por persona afiliada por mes, se realizaron y realizan actividades de seguimiento y se elaboró la estrategia “burbuja” particular para cada RAM, que consideraba las particularidades que presentaba en caso de que alguna persona residente diera positivo para COVID-19. Por otro lado, con las RAM no prestadoras del INSSJP se elaboraron estrategias burbujas para la ciudad que fueron consensuadas con el Municipio de Bahía Blanca en varias oportunidades y, asimismo, con Región Sanitaria I. A su vez, colaboramos activamente para evacuaciones iniciales y para la ejecución de las burbujas cuando fueron necesarias, las cuales resultaron exitosas en tanto se contuvo el brote hacia el interior de la RAM.

c. Soporte social a personas mayores

Es conocido que las relaciones sociales tienen una fuerte asociación con

la salud de las personas, tanto en su dimensión física como mental. El aislamiento social y la soledad son determinantes de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido, se ha descrito la importancia de incorporar instancias de participación de personas mayores que promuevan el derecho a envejecer en la propia comunidad (Gené-Badia *et al.*, 2016; Parenti y Ceminari, 2013). Entendemos que el ASPO es una política de cuidado necesaria para evitar la propagación del virus, y que ha demostrado ser la medida más eficiente para ese fin. Aun así, puede tener un impacto negativo en la salud. Esta medida implicó la suspensión de todas las actividades grupales que realizaban las personas mayores, lo que limitó, así, sus contactos sociales. En este contexto, en el que se sumaban además los temores y ansiedades propias de la situación, se consideró fundamental el hecho de poder mantener actividades recreativas y de promoción de la salud, para un mejor aprovechamiento de su tiempo ocioso, que necesariamente debía adoptar nuevos formatos ante la imposibilidad de la presencialidad. Por otro lado, también se consideró fundamental poder realizar acompañamiento a las personas mayores, sobre todo a aquellas que cursaban el aislamiento en soledad.

c.1. Programa de Acompañamiento a Personas Mayores: en conjunto con la carrera de Acompañamiento Terapéutico de la Universidad Nacional del Sur y el área de Extensión de la misma universidad, se organizó un sistema de llamados telefónicos diarios a personas que viven solas. A su vez, se organizó un sistema de sostén material para aquellas que necesitaban realizar trámites o compras, para que no tuvieran que salir de sus casas. Participaron más de cien personas afiliadas en distintos momentos, y hubo cincuenta personas voluntarias

que trabajaron de manera activa en el programa.

c.2. Subsidios económicos: se otorgaron subsidios económicos extraordinarios en función de la necesidad de las personas mayores.

c.3. Programa Alimentario: se ejecutó la entrega de bolsones de alimentos a domicilio y, posteriormente, se otorgó la misma prestación por recibo de sueldo, con lo cual se reemplazó la entrega de bolsón por la erogación mensual de una suma de dinero.

c.4. UPAMI: desde el año 2005, se desarrolla en la ciudad el programa Universidad para Personas Mayores. Este año se ha rediseñado, en conjunto con las universidades locales, para que se lleve a cabo de manera virtual. El programa facilitó la participación en los cursos de personas que residen en otras localidades donde no hay sede de la universidad, y que años anteriores no habían podido hacerlo. Se realizó a través del convenio con las tres universidades públicas que funcionan en la ciudad: la Universidad Nacional del Sur (UNS), la Universidad Tecnológica Nacional (UTN) y la Universidad Provincial del Sudoeste (UPSO) (Tabla 1).

Tabla 1: Cantidad de inscriptos por universidad y por año

2020	UNS	UTN	UPSO
	994	524	174

Fuente: Elaboración propia.

c.5. Se otorgaron Sostenimientos Económicos de Emergencia a Centros de Jubilados/as y Pensionados/as.

c.6. Libro colectivo: en conjunto con el Departamento de Humanidades de la Universidad Nacional del Sur, se realizó una convocatoria y,

posteriormente, un taller literario virtual para la elaboración de un libro colectivo, escrito por personas mayores, sobre diferentes aspectos de la vejez. Participaron de este proyecto 12 tutoras voluntarias de la Universidad Nacional del Sur, instituciones de personas mayores y 34 personas mayores de distintas localidades de la UGL. Es de destacar la participación, incluso, de personas institucionalizadas en una Residencia de Personas Mayores, que habitualmente tienen menos acceso a las actividades de promoción social.

c.7. Ciudades amigables: las ciudades sustentables son aquellas que proveen estructuras y servicios que sostienen el bienestar y la productividad de sus habitantes. Dentro de estos esquemas, las personas mayores requieren entornos de vida que contribuyan a compensar los cambios propios del envejecimiento. Se trabajó sobre proyectos de ordenanza en las diferentes localidades de la UGL V –Bahía Blanca, Punta Alta, Tres Arroyos, Tornquist– para que las ciudades adhieran al concepto de “ciudad amigable con las personas mayores” de la Organización Panamericana de la Salud. Esta noción implica adecuación no solo física, sino que incluye muchas más iniciativas para colaborar con un envejecimiento activo y que promueva sociedades más inclusivas (OPS, 30/09/2020).

c.8. Género y vejez: se conformó un grupo de mujeres mayores para trabajar cuestiones de género en la vejez, tema que, por lo general, es postergado. El grupo permitió reivindicar aquellas estrategias, elaboradas por las mujeres mayores en su juventud, que representaban un ejercicio de la autonomía. El objetivo era que este grupo, a su vez, sea formado por sus pares coetarias. Participaron aproximadamente 12 mujeres mayores, 4 estudiantes de la Universidad Nacional del Sur y 3 trabajadoras de PAMI, quienes se reunieron de forma virtual una vez por semana.

c.9. Se realizaron encuentros periódicos con Centros de Jubilados/as y Pensionados/as en formato virtual para mantener canales de comunicación abiertos, disipar dudas, miedos y para tener la voz de las personas afiliadas siempre presente en el cotidiano de la gestión.

c.10. En conjunto con los museos de la localidad portuaria Ingeniero White, se iniciaron actividades virtuales para la confección de una sala para el museo, que recupere la historia de la localidad en la voz de las personas mayores que viven allí.

c.11. Se conformó un equipo de apoyo psicológico para personas afiliadas residentes de RAM y sus familias, con quienes se trabajó de forma continua y amena cuando surgían situaciones críticas en las RAM.

c.12. Se comenzó con el rastreo de poblaciones vulnerables mediante una encuesta socio-sanitaria y su posterior evaluación.

c.13. Como actividad solidaria, se organizó un “Tejetón”, que consistió en tejer cuadrados de lana con los que, posteriormente, se confeccionaron frazadas que fueron destinadas a personas mayores de escasos recursos económicos. Las actividades de voluntariado han crecido mucho dentro de las diversas formas de participación social de las personas mayores. El hacer una actividad productiva, destinada a colaborar con otras personas, tiene efectos beneficiosos para la autoestima, la salud y el bienestar de las personas mayores (Montero García y Bedmar Moreno, 2010).

c.14. Se organizó una campaña de donación de celulares para aquellas personas afiliadas que no disponían de formas de comunicación. Se recibieron 112 celulares, y se gestionó la donación del mismo número de líneas prepagas por parte de una empresa de telecomunicaciones.

d. Facilitación de trámites propios del INSSJP

d.1. Se digitalizaron y simplificaron circuitos de trámites internos en dos etapas. En la primera etapa, prepandémica, se analizaron los motivos de concurrencia de personas afiliadas. En función del resultado del análisis, se elaboraron estrategias de comunicación entre los prestadores y la UGL, para evitar que la persona realice varias visitas a las instituciones. Esto se trabajó, en especial, en el sector de oncología, imágenes y prestaciones hospitalarias. En la etapa pandémica, se sumó la elaboración de protocolos para renovación no presencial de internación domiciliaria, subsidios sociales y medicación especial. Además, se sumaron más de 25 trámites que pueden realizarse a través de la web o la aplicación para celular del INSSJP. En ese sentido, se ordena y controla la atención presencial por turnos web, y de este modo se logra que ya no haya una gran cantidad de personas que esperen en el salón (esta cifra ascendía a más de 120 en el mes de enero de 2020, en el mismo momento y lugar).

d.2. Se incorporó el llamado telefónico luego de la finalización del trámite que ingresa por web o por aplicación de celular, y también llamados a algunos/as de quienes sacan turno, para evitarles la concurrencia en caso de que el trámite se pueda resolver de manera telefónica.

d.3. Se inició el programa PAMI en el Barrio, con más de 40 puntos de atención en toda la UGL (Mapa 1), entre los que se destacan aquellos lugares con baja conectividad o difícil acceso a la tecnología. De este modo, se pudo facilitar la realización de trámites y disminuir la necesidad de que la población adulta mayor, la más vulnerable, circule largas distancias.

Mapa 1: Puntos de atención de PAMI. En color bordó se observan los puntos de atención institucional; en color amarillo, los puntos de atención de PAMI en el Barrio.



Fuente: Elaboración propia.

d.4. La facilitación de trámites tiene mucho que ver con la disposición de los/as trabajadores/as. Por eso, también se realizaron cursos sobre buen trato, se trabajó en recuperar la historia de los/as trabajadores/as de la UGL, se les acercó formación para el uso de Equipos de Protección Personal y pautas de bioseguridad –estos dos últimos dictados por la Región Sanitaria I– y se realizaron ciclos de encuentros virtuales temáticos con jefes/as de agencia, además de que, en agencias, se comenzó a certificar el modelo institucional de atención al público.

Es importante destacar que estas estrategias han disminuido el uso de papel. Por su parte, el papel que se usa y se descarta, luego se dona. Otro aspecto importante es que hemos registrado el histórico de resolución de trámites más efectivo hasta el momento.

e. Mantener a la UGL abierta y en funcionamiento

Mantener la UGL abierta y en funcionamiento es una prioridad, en tanto se trata de una institución esencial. Ahora bien, esto debía realizarse de acuerdo con una protocolización del formato de trabajo. A su vez, debía considerarse la creación de estrategias de cuidado para cada persona trabajadora y para cada persona afiliada que concurría a la UGL. En este sentido, se diseñaron diversas estrategias para cumplir con este objetivo.

e.1. Se procedía a la toma de temperatura corporal mediante termómetro infrarrojo de todas las personas al momento de ingresar a la UGL.

e.2. Se trabajó según un diagrama de grupos y días alternos para disminuir la circulación de personas.

e.3. Se crearon estrategias de trabajo remotas.

e.4. Se apeló al uso obligatorio de barbijos o máscaras, a las dispensas de alcohol en gel en toda la UGL y a la limitación de circulación de personas afiliadas a otros pisos: la atención de todas las áreas pasó a la planta baja. Se reorganizó ese sector para tal fin: la línea frontal se utilizó para trámites; la línea lateral, para atención de otras áreas. Toda la línea de atención al público pasó a contar con mamparas protectoras.

e.5. Se estableció un protocolo de denuncia de contactos estrechos y casos sospechosos.

e.6. Se llegó a un acuerdo con empresas de limpieza sobre la metodología de higienización apropiada para este contexto.

e.7. En varias oportunidades, la Policía Ecológica desinfectó la UGL.

e.8. Se readecuaron las salas de espera, con menor cantidad de sillas y mayor separación entre ellas.

Conclusión

El año 2020 quedará particularmente grabado en la memoria de todas las personas, por lo que significó en términos de cambios en los modos de vida. Ello tuvo un impacto directo sobre la gestión, sobre las prioridades, las formas de ejecutar y la manera misma de gestionar. La gestión, pensada como la organización del espacio cotidiano de trabajo, es el escenario de la micropolítica, en el que se ponen en juego todos los aspectos relacionados con lo vincular: lo individual y lo colectivo, lo racional y lo pasional, entre otros. En este contexto, articular la complejidad del campo de la salud, las particularidades del INSSJP como institución y las dificultades nuevas impuestas por la pandemia resulta imprescindible en el juego de la micropolítica. De esta manera, en sintonía con la propuesta del soporte PAIDEIA (Cunha y De Souza Campos, 2010; De Souza Campos, 2005), de la cogestión, se propone recuperar lo colectivo frente a la soledad y el individualismo que, por lo general, envuelven la tarea del/la gestor/a. Esto fue lo que se hizo para cumplir con los ejes de gestión. Siempre se consideró la misión del INSSJP, la humanización, la centralidad de las personas afiliadas, la calidad en la atención y la eficiencia en el uso de los recursos.

En 2020, se conformó un equipo de gestión de la UGL V que reconoce estas complejidades, tiene conocimiento técnico y compromiso político para el desarrollo del trabajo. Sin duda, esto fue lo que hizo posible no solo sostener el funcionamiento pleno en una situación crítica, sino cumplir con objetivos históricos.

Agradecimientos

A esos/as trabajadores/as de la UGL V que saben que su trabajo es invaluable para las personas mayores, y por eso lo hacen con amor, compromiso y responsabilidad. Gracias por atravesar con nosotras, codo a codo, el momento crítico que significó la pandemia –sobre todo los primeros seis meses–, por abrazar las incertidumbres y seguir adelante. También queremos agradecer especialmente a las personas afiliadas, que con todas las dificultades que podían existir nos deslumbraron con su rápido aprendizaje de lo digital, y nos acompañaron en cada instancia. Gracias por caminar con nosotras.

Bibliografía

Buedo, P. y Salas, M. (2019). Atención de la salud en domicilio: desafíos éticos. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 27(37-2), 9-18. <https://doi.org/10.18359/rlbi.3619>

Cunha, G. y De Souza Campos, G. (2010). Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Revista Organizações & Democracia*, 11(1), 31-46. <https://doi.org/10.36311/1519-0110.2010.v11n1.468>

Garbus, P.; Solitario R. y Stolkiner, A. (2007). Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: Articulaciones con la Accesibilidad Simbólica a los Servicios. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 17(3), 56-59.

Gené-Badia, J.; Ruiz-Sánchez, M.; Obiols-Masó, N.; Oliveras Puig, L. y Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Revista Atención Primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados [INSSJP]. (2020) Información general. www.pami.org.ar

Mato Chain, G.; Lazaro, A.; Alcludia Pérez, F. y Verdejo Bravo, C. (2011). Vacunación antigripal en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(2), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.10.003>

Ministerio de Salud de la Nación (2020). Consulta médica programada en el contexto de la pandemia por Covid-19. Recomendaciones. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/consulta-medica-programada-en-contexto-de-pandemia>

Montero García, I. y Bedmar Moreno, M. (2010). Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. *Revista Polis*, 9(26), 61-84. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682010000200004>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (30 de septiembre de 2020). Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>

Parenti, M. y Ceminari, Y. (27 al 30 de noviembre de 2013). Club de día para adultos mayores: promoviendo el derecho a envejecer con dignidad en la propia comunidad. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Prados Castillo, J. A. (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Revista Atención Primaria*, 45(3), 129-132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.006>

Salas, M. (2016). Representaciones sociales sobre acceso a las prestaciones del PAMI en el período 2013-2014 en el barrio Bajo Rondeau Bahía Blanca. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 26(1), 9-15.

Souza Campos, G. (2005). Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *Revista Salud Colectiva*, 1(1), 59-67.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Revista Salud Colectiva*, 12(2), 149-171.

Starfield, B. (2002). Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. En B. Starfield (Ed.), *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* (pp. 207-246). Brasília: UNESCO.

Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud

Vásquez Rojas, M.; Bonilla Díaz, E. y Barrera Castro, S. (2020). Telemedicina una alternativa de atención durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30(S1), 155-161. <https://doi.org/10.28957/rcmfr.v30spa12>

Paola Buedo, Manuela Salas. “Gestión en salud en tiempos de pandemia: la experiencia en una obra social para personas mayores durante el año 2020”. *Revista Salud, Educación y Sociedad*, Año 1, Número 1, Marzo 2022, pp. 22-35.

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



UGR

Universidad del
Gran Rosario