

Los usos del sector público de salud del Gran Mendoza por parte de los afiliados a la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP)



Por Jacob J. Demree
jdemree1@swarthmore.edu

Medical Anthropology (Swarthmore College) EEUU
Alumno SIT Isalud 2do semestre 2017

1. Introducción

En un libro recientemente publicado, el Dr. Rubén Torres (2015) escribió sobre el sistema de salud argentino:

“Todos los argentinos tenemos garantizada taxativamente nuestra asistencia gratuita, aunque los tiempos, condiciones de calidad, y resultados resultan palmariamente diferentes según nuestra posición económica, laboral, etc.” (p. 23).

Estos dos temas -el acceso universal a la atención sanitaria y el acceso diferencial a una atención de calidad- presentan una paradoja provocada por inequidades sociales y “encarnada” en los estados saludables de una población (Scheper-Hughes y Lock, 1996). En la sociedad argentina, este fenómeno ha sido “científicamente evidente” (Del Prete, 2017, p. 26).

Si bien existe “un acceso universal” al sector público de salud, también coexisten diferentes niveles de cobertura dependientes del estatus socioeconómico o del empleo de las personas (Maceira, 2009). Por el sector privado o de seguridad social, los argentinos tienen la oportunidad de lograr el acceso a diferentes efectores no públicos. Nuestra investigación se enfoca en las experiencias de los afiliados a la obra social provincial (una forma de prestación en el sector de seguridad social) de Mendoza, que se llama la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP)¹.

En Mendoza, como el resto de las provincias, hay obras sociales nacionales y una provincial. Para los casi 400.000 afiliados a la obra social provincial existen cinco opciones por las cuales los usuarios pueden encontrar atención médica:

- Utilización de servicios por efectores propios a OSEP sin necesidad de abonar copago;

¹ Para presentar nuestro trabajo de manera precisa, usamos dos grupos de palabras para referir a los que tienen la cobertura de OSEP (afiliados, beneficiarios, pacientes) y los que brindan la atención médica (profesionales, prestadores, proveedores). Identificamos estos términos en la revisión bibliográfica preliminar, nuestras conversaciones con expertos y en otros contextos académicos. Notablemente, no usamos “usuarios” para describir a los que reciben cobertura de OSEP porque el estudio indaga sus usos del sistema público y la utilización de una palabra que los identifica por la acción de “usar” algún sistema puede confundir nuestra interpretación.

Tutor: Dr. Federico Llosa (OSEP)

Corrección en español: Profesora M. Victoria Babot (UBA)

- Utilización de servicios públicos sin necesidad de abonar copago;
- Utilización de servicios privados con un convenio especial con OSEP sin necesidad de abonar copago;
- Utilización de servicios privados con un convenio con OSEP con necesidad de abonar copago bajo; y
- Utilización de servicios privados sin un convenio con OSEP con el pago de todos los costos de atención.

Si bien el 20% de la población mendocina aproximadamente tiene el acceso a efectores propios de OSEP y no públicos (OSEP, 2016c), los datos del Ministerio de Salud de la Nación (2012) muestran que, en Mendoza y las otras provincias de las cuales se compone la Región de Cuyo, una parte significativa de las consultas médicas se atienden en los centros del sector público².

Indagamos esta situación más particularmente en el departamento de Guaymallén, que está ubicado en la región del Gran Mendoza. Su población en 2010 era de unos 283.803 habitantes (INDEC, 2010).

Por consiguiente, el objetivo general de esta investigación es entender las complejidades en la utilización del conjunto de instituciones médicas públicas y propias a OSEP por parte de un grupo de afiliados a la obra social OSEP de Guaymallén, desde sus perspectivas y también desde la mirada de los profesionales del sector público del Gran Mendoza. Usaremos más específicamente la noción del “campo” desarrollada por las teorías de Pierre Bourdieu, comprendiendo este fenómeno como algo complejo y generado por el involucramiento de actores que poseen tipos y cantidades de “capital” diferentes. Para abordar el tema, definiremos el conjunto de instituciones y actores médicos argentinos primero como un sistema segmentado teóricamente en tres sectores (público, seguridad social y privado). Añadiremos acá, también, una introducción al concepto de atención por nivel de complejidad. Para entenderlo antropológicamente, expondremos el concepto del “campo” al contexto para enmarcar la decisión de acudir a un sector de salud en una realidad compleja. Después de presentar el marco conceptual, introduciremos el proyecto a través de su estrategia metodológica cualitativa y lo desarrollaremos según los temas surgidos en las entrevistas. El trabajo concluirá con una discusión sobre la problemática y sus implicaciones en nuestro entendimiento del concepto de accesibilidad.

1.1. Sistema de salud argentino

En las secciones que siguen, presentaremos la estructura teórica del sistema de salud argentino. Como escribe Maceira (2009), hay 24 subsistemas cuasi-distintos en el país, o uno de cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esto implica que, menos algunas

² Los datos de OSEP muestran que, en el año 2016, sólo un 4,7% de las consultas médicas y un 1,8% de las visitas a una guardia por parte de los afiliados a la obra social sucedieron en un centro de salud público (OSEP, 2016b). Subrayamos los datos de la encuesta del Ministerio de Salud de la Nación porque hay una inexactitud potencial de las estadísticas reportadas por centros de salud públicos.

instituciones manejadas por el Estado, también hay 24 conjuntos de instituciones manejadas por las provincias y niveles de gobierno locales que brindan atención pública, privada y por obras sociales. Según Dao y Nichter (2015), la segmentación como la que observamos en el campo de la salud argentino empeora generalmente la equidad en la prestación de servicios. Torres (2015) añade que este sistema segmentado, surgido de iniciativas de descentralizar la gestión de atención, fomenta una “multiplicidad de respuestas” y varias pérdidas en eficiencia (p. 94). El acceso a estos subsistemas es distribuido otra vez por nivel de ingreso, con la accesibilidad a los modos de cobertura privados restringida en gran parte a los de la clase socioeconómica alta/media-alta (Maceira, 2009).

Sector público

El censo nacional indicó que, en 2010, el 37% de la población de Mendoza sólo tenía cobertura a través del sector público (INDEC, 2010). En el sistema de salud, los efectores públicos (hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud [CAPS]) son gratuitos para cualquier persona (ciudadano o no) que quiera usarlos; entonces, los que tienen planes privados u obras sociales pueden usar los servicios públicos sin costo de bolsillo o copago³. Entre los posibles usos del sistema, podemos mencionar: el acceso a consultas con profesionales, prácticas médicas, análisis bioquímicos, acceso a medicamentos y vacunas gratuitos y asistencia nutricional (leche entera) para niños desnutridos. Sin embargo, hay una preponderancia de consultas curativas; es decir de la atención primaria (Maceira, 2009).

Algunos autores enfocan en la participación de diferentes actores. Stolkiner et al. (2011) por ejemplo explican que el sistema de atención primaria ha funcionado como una “puerta de entrada” para una conglomeración de hospitales y otras instituciones de alta complejidad. Esta interpretación caracteriza el sistema argentino como “hospitalocéntrico” dado que los actores más importantes del sistema se encuentran fuera de las comunidades.

Sector de la seguridad social

El sector de la seguridad social abarca las obras sociales nacionales (OSN) generalmente vinculadas a ramas o tipos de trabajo y provinciales (OSP), y el Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Hay algo menos de 300 OSN en la Argentina que cubrían a 19.566.471 personas en 2014 -en ese momento un 47,1% de la población argentina (Torres, 2015). Reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), las OSN prestan un nivel básico de cuidado, que es establecido por el Programa Médico Obligatorio (PMO). Los afiliados a una OSN también tienen la opción de cambiar su prestador (“libre elección”) una vez por año.

En cada provincia, además de varias OSN, hay una OSP. Aunque se asemejan en que tienen un piso de atención obligatorio por parte del PMO,

³ Desde 2015, los proveedores de planes de obras sociales o planes prepagos han necesitado pagar al hospital u otra institución pública si son usados por sus beneficiarios. Este sistema se llama el Sistema del Recupero de Costos (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

no se puede cambiar la OSP. Sería posible afiliarse a otro prestador solamente si se adquiriera la cobertura privada o si hubiera otro miembro de su familia cubierto por una OSN o plan privado.

En Mendoza, la OSP se llama la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP). Ofrece servicios médicos asistenciales propios y programas diseñados según los perfiles epidemiológicos de sus comunidades alejadas y prestados por efectores públicos sin copago. Estos comprenden la red OSEP Cerca, la cual organiza 31 “puntos de atención” en la Capital, Maipú, Guaymallén, Las Heras, Godoy Cruz y Luján de Cuyo. Se especializan en la medicina de la familia, la nutrición, la psicología, la medicina clínica, la pediatría y la ginecología-obstetricia, entre otros campos (OSEP, 2016a). También existen prestadores por programas (PPP), que son profesionales que trabajan en consultorios privados con un convenio especial y brindan atención sin necesidad de abonar un copago por parte del afiliado.

Finalmente, bajo la dirección del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), el programa nacional PAMI gestiona atención médica para los adultos mayores y otros grupos (PAMI, n.d.).

Sector privado

Para los que pueden pagar una cobertura privada, hay otro conjunto de instituciones disponibles: de hecho, el 11,3% de la población mendocina fue cubierto en el año 2010 por algún plan prepago (INDEC, 2010). En esta investigación, enfocamos más en los centros públicos y propios a OSEP.

Niveles de complejidad de atención

El conjunto de instituciones del sistema de salud argentino está organizado en tres niveles de complejidad de atención médica. Avanzando desde el primer nivel hasta el tercero, la complejidad de los servicios disponibles idealmente aumenta mientras que la cantidad de consultas baja. Los servicios menos complejos que constituyen la atención primaria de salud (APS) se brindan en centros locales y adaptados para las necesidades sociales y epidemiológicas de la población cubierta. Los nexos de atención más compleja (es decir los del nivel secundario y terciario) cubren un área más extensa pero brindan atención contra enfermedades graves o complejas que son derivadas desde el nivel primario. Para que un sistema de salud funcione eficazmente, la OPS recomienda que las diversas instituciones trabajen juntas en “red” (Mendes, 2013).

La Conferencia Internacional sobre la APS de Alma-Ata, la cual produjo estándares para lograr una “salud para todos en el año 2000”, enfatizó en la esencialidad de los sistemas de atención primaria públicos (dirigidos por los gobiernos) para conseguir “un nivel de salud que les permitirá (a todos los pueblos del mundo) dirigir una vida productiva socialmente y económicamente” (Organización Mundial de la Salud, 1978). Para comprender en profundidad el papel de la APS en un sistema médico que asegure el derecho de salud, la Declaración de Alma-Ata indicó una necesidad de respuestas apropiadas para condiciones de salud de los individuos, familias y comunidades y exigió “un enorme esfuerzo de coordinación y cooperación entre

diferentes agencias [estatales]”, de acuerdo con Iván Ase y Jacinta Burijovich (2009), que afirman:

“La APS, podría decirse, obliga a una gestión de la intersectorialidad que rompe con los tradicionales modelos de la gestión pública. Modelos centrados en la lógica de la especialización, que favorecen la división del trabajo, que priorizan las estructuras jerárquicas y verticales de mando y control. La atomización y la construcción de compartimentos estancos es la característica sobresaliente de los modelos de gestión centrada en los ‘sectores’” (p. 43-4).

1.2. Campo de la salud de Guaymallén

Pese a estos aspectos teóricos, el campo de la salud en Guaymallén, Mendoza, es más complejo. Por ejemplo, los nexos de atención de OSEP Cerca son físicamente incorporados a los centros de salud públicos y los médicos de OSEP, por un acuerdo con el Estado, también prestan atención a los que sólo tienen cobertura pública. Un enfoque que distingue entre efectores del subsistema público y el de OSEP, entonces, es insuficiente para entender las realidades de los que se atienden en un espacio en el cual “dos subsistemas” coexisten simultáneamente. Además, Hugo Spinelli (2010) argumenta que una perspectiva sólo funcionalista que no responde a las complejidades en las interacciones de múltiples actores y poderes suele simplificar inapropiadamente las realidades de los pacientes. Esta investigación, por lo tanto, aplica el concepto antropológico del campo para enmarcar las decisiones de acudir a una consultoría con los capitales sociales, culturales, económicos y simbólicos en juego, los cuales *incluyen* la estructura de servicios como un sistema pero no son limitados por una comprensión sistémica. El concepto del campo como un sujeto de análisis se atribuye a Pierre Bourdieu, quien lo describió del siguiente modo:

“En términos analíticos, un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) -cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo- y, de paso, por sus relaciones objetivas en las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)” (Bourdieu y Wacquant, 1995, p. 64).

Bourdieu explica que, por la complejidad de las relaciones en el campo, hay una “jerarquía” de las formas de capital económico, cultural, social y simbólico; es decir que se valoran diversamente las transferencias de dinero, prestigio, relaciones y significados legítimos en campos distin-

tos. Las teorías de Juan Samaja (2004) reflejan esa idea de valoración en relación al campo de la salud; dichas teorías identifican además que los cuatro núcleos en los cuales se arraigan saberes sobre la salud (salud/normalidad, enfermedad/patología, curación/terapéutica, preservación/prevenición) tienen relaciones “con valores (y por ende, con representaciones y con sujetos que las producen e interpretan)” (énfasis suyo, p. 35). El campo, por eso, es un espacio complejo y de relaciones variablemente poderosas y potencialmente contradictorias.

El campo de la salud en la Argentina -como los campos biomédicos generalmente- está arraigado fuertemente en la valoración del capital económico, según Spinelli (2010); esto significa que que el proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) en el contexto argentino está enmarcado por intereses monetarios. La conclusión del Dr. Torres (2015) citada en el inicio del trabajo sobre la paradoja entre acceso universal y resultados diferenciales se aplica aquí: las políticas sanitarias con orígenes en este campo biomédico trasladan un concepto del ciudadano como trabajador u “homo economicus” a los procesos de proveer y encontrar cuidado para una enfermedad (Salman, 2004). Esto fomenta desigualdades, si no inequidades, en los resultados de atención médica dependientes del estatus de empleo para el actor en el campo (Spinelli, 2010).

Investigaciones antropológicas anteriores sobre los campos de salud han analizado la noción de negociación y los modos en que un pueblo forma el campo utilizando una variedad de métodos en múltiples contextos. Los discursos de pacientes en el espacio de la clínica (Andersen, Tørring y Vedsted, 2014; Brodwin, 1997), las interpretaciones y apropiaciones de promociones saludables oficiales (Hoffmann Merrild et al., 2016) y los papeles de actores informales en el funcionamiento del campo (Brotherton, 2005) fueron abordados por estudios en Cuba, Haití y países europeos, entre otros. Menéndez (2009) sugiere, también, la relevancia de las funciones de la autoatención en controlar individualmente el PSEA.

Tal entendimiento extenso del campo es enriquecido por las exploraciones pasadas sobre la decisión de acudir a un consultorio médico. La mayoría de estos estudios concluye en que decidir sobre la atención médica depende de un proceso arraigado en una realidad sociocultural particular (Obermeyer, 2000; Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007). Este tema ha sido abordado en diferentes contextos y por dos líneas generales de investigación: los impactos de culturas de biomedicina en las experiencias de los pacientes y los factores socioeconómicos que cambian la decisión de acudir a un sistema médico.

Los primeros estudios realizados sobre dicho tema surgieron del trabajo del filósofo Michel Foucault (1994), quien entendía la medicina como algo construido y desarrollado por actores e instituciones poderosas en el contexto de una historia y realidad dada. Este enfoque complejo de la cultura ha sido incorporado al estudio de la biomedicina por la literatura antropológica: frecuentemente, como nota Menéndez (2009), los actores e instituciones biomédicos tienden a “negar, ignorar y/o marginar la mayoría de los saberes y formas no biomédicos de atención a los padecimientos” (p. 25), siguiendo una tradición “hegemónica” (p. 38).

Pero, estudios como los de Ellison (2014), O’Neil (1989) y Singer (1986) han llamado la atención sobre el hecho de que las construcciones de instituciones, conocimientos e interacciones biomédicas varían por estados, regiones y comunidades. Hay una tendencia en algunos lugares, además, en la cual se forman más médicos bajo el entendimiento “antropológico” de enfermedad y padecimiento que valora las experiencias sociales y saberes culturales del paciente (Menéndez, 2009). Entonces, una cultura de la biomedicina incorpora historias y negociaciones complejas y específicas al lugar en que se desarrolla.

Algunos señalan que estas culturas biomédicas pueden impactar en las experiencias de pacientes. La velocidad del cuidado y concepciones de urgencia (Sanz, 2017), la amabilidad u hostilidad de médicos o profesionales (Sanz, 2017) y el papel del paciente en su proceso de cuidarse (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007), entre otros, contribuyen a la formación de una experiencia clínica y la decisión de acudir a algún sistema.

Otras investigaciones indagan los impactos de factores socioculturales en el espacio de la clínica. Entre los factores sugeridos, la literatura trata de que la eficacia percibida de un tratamiento (Subedi, 1989) y los conocimientos y faltas de conocimientos percibidos del curandero por la población (Obermeyer, 2000) tienen la posibilidad de impactar en la decisión de buscar atención de un sistema médico y no otro. Posiblemente el factor más relevante para nuestra investigación es el costo de la atención (Costanza Torri y Laplante, 2013). Los autores describen un caso en que, antes de permitir que un miembro de su familia sea trasladado a un hospital diferente, una familia mapuche de Chile necesitaba saber que “los servicios médicos locales cubrirían los costos y riesgos del traslado del paciente” (p. 419).

Todos estos factores y capitales construyen el PSEA. Menéndez (1994) aclara al respecto:

“El proceso [salud-enfermedad-atención] constituye un universal que opera estructuralmente -por supuesto que en forma diferenciada- en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran” (p. 71).

De modo similar, Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) lo entienden como una construcción arraigada en un “marco cultural”. A través de esta teoría, estudios sociales de la salud como los mencionados han indagado los determinantes que afectan la decisión de atenderse y los efectos de la definición del proceso por actores situados distintamente. Junto con la complejidad de la decisión antes señalada, la definición de un PSEA produce varias complejidades. Spinelli (2010) observa que los modelos de atención del proceso “pueden generar desigualdades y exclusión al interior del propio campo” (p. 276), esto quiere decir que los problemas y exclusiones sociales tienen la posibilidad de enmarcar y ser enmarcados por los comportamientos de los que buscan atención médica.

En nuestro estudio, procedemos con una comprensión de las complejidades posibles que pueden ser fomentadas por el PSEA. Para hacerlo,

investigamos los usos de los efectores de OSEP y el sector de salud público en el contexto de Guaymallén.

2. Metodología

Según los estudios cualitativos previos, incluyendo los del campo médico y los papeles de diferentes actores y valoraciones de formas de capital, utilizamos un abordaje metodológico cualitativo (por ejemplo, Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007). Para desarrollar una mayor comprensión de la problemática específica, enfocamos en las experiencias de los afiliados a OSEP y los profesionales de efectores públicos por entrevistas personales semi-estructuradas.

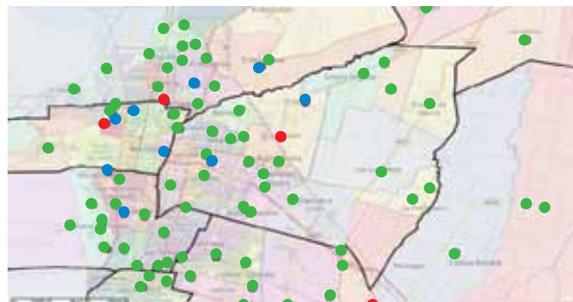
Con la ayuda de múltiples profesionales médicos, académicos, y de OSEP, armamos un grupo de ocho referentes (cuatro afiliados y cuatro prestadores) del sistema mendocino; información básica sobre el grupo está listada por la Tabla 1.

Los entrevistamos con guías adaptadas para sus cargos en la provisión o utilización de los servicios públicos. Para los usuarios, la guía trató de la cobertura de OSEP, experiencias en los dos sectores y percepciones generales sobre el sistema de salud. Las conversaciones con los proveedores se enfocaron en sus papeles en el sistema médico, el perfil del paciente típico de la institución, experiencias con afiliados a OSEP que se atienden en la institución y algunas percepciones generales sobre el sistema médico. Las entrevistas se realizaron en centros de salud, hospitales, un centro comunitario y los hogares de los entrevistados; todas fueron efectuadas durante el mes de noviembre del año 2017 en el Gran Mendoza.

Después de realizar las entrevistas, las transcribimos y analizamos por tres pasos de codificación cualitativa (Newman, 2007). En el primer paso, identificamos los temas clave por el proceso de “codificación abierta” (*open coding*), facilitada por el programa “Google Sheets”. En el segundo paso, agrupamos los conceptos aislados en el primer paso por “codificación axial” (*axial coding*) para desarrollar los temas levantados. En el paso final, que se llama “codificación selectiva” (*selective coding*), re-aplicamos los códigos a las desgrabaciones originales para descubrir las citas más relevantes al informe final.

Para mantener los derechos de los participantes, hablamos sobre el proyecto con los entrevistados durante el proceso entero y asegura-

Cuadro 1
Mapa de los efectores públicos de salud en el departamento de Guaymallén (Mendoza) y las regiones contiguas. 2016



Nota: Los puntos verdes marcan los centros de salud, los rojos marcan los CICs y los azules marcan los hospitales. El departamento de Guaymallén está ubicado en el espacio central de la mapa

Fuente: DEIE (2016)

mos de que no hubiera conflictos potenciales con el lugar u hora de la entrevista. Cada participante firmó una forma de consentimiento informado o dio su consentimiento al proceso oralmente según una forma que detallaba sus derechos en el proceso de la investigación -significativamente la privacidad, el anonimato y la confidencialidad. Monitoreamos la situación para prevenir intimidación o desequilibrios de poder durante el estudio. Después de revisar las transcripciones, cambiamos todos los nombres a seudónimos para proteger las identidades y experiencias clínicas de los entrevistados. Las citas son incluidas con la aprobación de los hablantes. Además, los nombres de instituciones en las cuales trabajan los entrevistados han sido cambiados.

Aunque no encontramos problemas de acceso, nuestra “comunidad” cambió durante la investigación para responder a nuevos conocimientos sobre la región y su campo de la salud, y a las opciones disponibles durante el periodo del trabajo de campo. Por eso, adaptamos elementos de nuestras guías de entrevistas y foco geográfico durante el proceso. Además, sólo entrevistamos a referentes conocidos por nuestras “puertas de entrada”⁴, lo que impactó la composición del grupo con que hablamos y nuestro papel percibido en el campo.

⁴ Por “puertas de entrada”, entendemos las personas que nos ayudaron a encontrar a nuestros entrevistados. Otras variaciones de esta frase son “personas claves”, “primeros contactos” y, en inglés, gatekeepers.

Tabla 1

Entrevistados por sus relaciones a ESEP y empleos. Gran Mendoza. Año 2017

Entrevistado	Relación OSEP	Trabajo	Institución	Departamento	Condición laboral
Isabella	Afiliado	Docente	Escuela primaria pública	Guaymallén	Jubilada
Felipe	Afiliado	Trabajador	Centro comunitario municipal	Guaymallén	Estable
Catalina	Afiliado	Bibliotecaria	Centro comunitario municipal	Guaymallén	Estable
Mateo	Afiliado	Trabajador	Centro comunitario municipal	Guaymallén	Estable
Miguel	Prestador	Médico de familia	Centro de salud público	Guaymallén	Estable
María	Prestador	Médica de familia	Centro de salud público	Guaymallén	Estable
José	Prestador	Médico oncológico	Hospital público	Guaymallén	Estable
Belén	Prestador	Médico de la guardia	Hospital público	Capital	Estable

3. Resultados

3.1. Perfil socioeconómico de los entrevistados

Todos los afiliados entrevistados viven en una comunidad de Guaymallén en particular cerca de un centro de salud público que actúa como una de las sedes de OSEP Cerca. Los afiliados tienen o tuvieron trabajos con el gobierno municipal o provincial por los cuales reciben la cobertura de OSEP. Los tres individuos con empleo activo al momento de la entrevista eran empleados municipales.

Es importante hacer notar que ese grupo no es representativo de 1) todos los afiliados de su comunidad o 2) todos los afiliados en la provincia. La categoría de “empleados públicos” es muy amplia e incluye una gran diversidad de empleados y tipos de tareas, pudiendo ser profesionales universitarios o obreros municipales, incluyendo docentes y personal de la policía. Entonces, esta investigación hace foco en las realidades específicas que fueron discutidas durante las entrevistas.

Hablamos con cuatro médicos. Uno trabajaba con OSEP Cerca en el CAPS de la comunidad de Guaymallén que mencionamos anteriormente; los demás ocupaban cargos en otro centro de salud público y dos hospitales públicos. En esta sede de OSEP Cerca, hay un “facilitador” que trabajaba para intercambiar las necesidades de los afiliados en la población y los recursos del centro -este papel es nuevo y no es el estándar en todas partes de Mendoza donde hay afiliados a OSEP.

3.2. La primacía de conocimientos biomédicos

En cada historia clínica compartida, la “atención médica” fue biomédica. Lo que es significativo sobre la biomedicina en ese caso es que, en el campo de la salud de Guaymallén, se valoran distintamente los conocimientos de algunos actores -esto quiere decir que los que son médicos o relacionados a instituciones de salud son capaces de tener el capital cultural biomédico aceptado.

Además de tener estos conocimientos, los proveedores de atención ocupan papeles fuertes en la vida social de Guaymallén como “puertas de entrada” a los servicios de salud. Felipe nos dijo que decidió atenderse en el centro de salud de su comunidad por dos razones: 1) estaba cerca, y 2) recibió recomendaciones de médicos sobre ese centro en particular. Profundizaremos sobre la primera luego, pero la segunda parece muy importante ya que muestra el impacto de tener los conocimientos biomédicos y su capital cultural asociados a ejercer un papel social o relacional. Este vínculo se extiende fuera de la profesión del médico: Mateo, en referencia a los servicios del facilitador de OSEP, explicó:

“Este señor, me ha enseñado cosas que antes yo no sabía, como no lo utilizo mucho [el centro de salud]. Hay cosas que entonces ya he aprendido ahí con él”.

En una situación similar a Felipe, Mateo describió la influencia de los conocimientos del facilitador en su comprensión de temas de prevención y salud. Por eso, se vinculan el capital cultural -tener conocimientos biomédicos válidos- y social -relacionarse con las otras personas y la comunidad- en el contexto de Guaymallén.

Hay una variante más para explicar la biomedicina. Belén, una médica de la guardia de un hospital público, aclaró:

“De hecho los pacientes prefieren venir a la guardia porque acá ellos me dicen: ‘Acá me atienden y hacen todo’ [por ejemplo, las prácticas y análisis bioquímicos del mayor nivel de complejidad que no están disponibles en los CAPS]”.

Su descripción de una interacción típica con los pacientes es importante para considerar mientras que el análisis progresa porque vuelve a sugerir el tema de la primacía de la biomedicina en el campo de la salud. La guardia, siendo un efector de la curación biomédica manejado por una categorización de las condiciones de los pacientes según el principio de *triaje*, involucra seguramente la “mirada médica” (*medical gaze*) de Foucault (1994) en el hecho de analizar la severidad y la urgencia. Para optar por este modelo, se requeriría no sólo la aceptación de los conocimientos biomédicos, sino también la aceptación de su primacía en imponer curas.

3.3. Distinción entre el sector público y de OSEP

Como fue introducido en el marco teórico, el conjunto de instituciones y actores relacionados a lo médico en la Argentina no es sistémico, sino un fenómeno entendido mejor como un campo de relaciones complejas. Una de las consecuencias de esta complejidad es la superposición de sectores clásicamente distintos. En el espacio del centro de atención primaria ubicado en la comunidad estudiada que funciona públicamente y como un nexo de atención para OSEP Cerca, hay consultas públicas durante toda la semana y, algunos días, otras restringidas a los afiliados a OSEP. Los médicos de OSEP, además, trabajan en conjunción con el Estado, pero el facilitador sólo trabaja para su comunidad de afiliados.

Este espacio tenido por actores situados diferentemente genera entendimientos complejos del campo por parte de los afiliados. Cuando habló sobre una clínica pública, Catalina la describió en relación al centro de su comunidad:

“[Ese centro] es público, como esto [de la comunidad]. Prácticamente igual”.

Hay dos cuestiones importantes en esta frase: la primera es la asociación fuerte con lo público, a pesar de los servicios brindados que son abiertos solamente para los afiliados a OSEP. La segunda es que Catalina valora estos servicios ofrecidos como “prácticamente igual”.

Esto no es un mal entendimiento de los centros de salud ni una confusión de sectores mezclados sino una identificación del centro físico como separado de las afiliaciones de los médicos. Mateo nos explicó que “no sabía que había médicos de OSEP en el centro de salud y... también en los hospitales” antes de hablar con el facilitador de OSEP; las preposiciones “de” y “en” son esenciales acá. Los médicos son *de* OSEP y no *del* centro de salud; esto permite que puedan trabajar *en* el centro, el cual es público. Por lo tanto, hay un orden complejo en el campo.

Entonces, la noción de un efector público o propio a OSEP no es tan clara en el campo de Guaymallén. Por el contrario, los actores-proveedores asumen rasgos distintos y arraigados en sus disponibilidades a pacientes con diferentes accesos por tipo de cobertura. El tener una obra social en este contexto por parte del paciente fomenta posibilidades diferentes de atención médica en las instituciones preexistentes.

3.4. Accesibilidad de los servicios de salud

Generalmente, seis contingencias posibles fueron identificadas por los afiliados entrevistados:

- Atención primaria de la salud por efectores del sector público (sin copago);
- Atención primaria de la salud por efectores de OSEP Cerca (sin copago);
- Atención de complejidad por efectores propios a OSEP (sin copago);
- Atención de complejidad por efectores privados pero relacionados por convenio a OSEP (copago bajo);
- Atención de complejidad por efectores públicos (sin copago); y
- Atención para urgencias en las guardias de efectores públicos (sin copago).

De este grupo, indagamos por entrevistas a afiliados y proveedores dentro del primero, segundo, quinto y sexto elemento. Aunque hay datos sobre los otros puntos desde las perspectivas de los afiliados, esta investigación hace foco en los motivos, alcances y decisiones que llevan a atenderse en lo público.

Distancia, especialidades y los CAPS

Los afiliados entrevistados reconocieron dos centros de salud públicos en los que accedieron a la atención primaria: uno servía como sede de OSEP Cerca en su comunidad y el otro estaba más lejos. Aunque había estas dos opciones, todos los participantes nos dijeron que visitaban el centro local más frecuentemente que el otro. Existen varias razones para esta selección, incluyendo la calidad percibida de los medicamentos, las recomendaciones de los médicos, las especialidades ofrecidas y las relaciones médicos-pacientes buenas.

A pesar de estas razones, la respuesta más común fue su proximidad a la comunidad. Felipe explicó esto diciendo que, por estar cerca de su

casa, es posible atenderse en el centro más rápidamente. Esto, notablemente, no es tan distinto de la definición de la APS de la Declaración de Alma-Ata. La proximidad del centro es esencial para esta localidad: para llegar a los hospitales públicos más cercanos, se necesitaría viajar entre cinco y diez kilómetros, o entre 20 y 50 minutos en colectivo.

Los médicos entrevistados afirmaron la importancia de la cercanía en el sistema de los CAPS. Después de que preguntamos a Miguel, el médico de familia del centro más cercano a la población, sobre el factor más imprescindible en las decisiones de atenderse en este centro particularmente, respondió:

“Porque les quedan cerca. Porque les quedan cerca en realidad. ... La mayoría de pacientes de OSEP son adultos. Y estos de acá se tienen que tratar hasta ir al hospital y para ir al hospital tienen que tomarse los colectivos. Imaginá de si quieren ir a hacerse un estudio -por ejemplo un análisis de sangre- tienen que irse a las ocho o las siete de la mañana: tienen que salir desde acá a las cinco para poder llegar allá [a] horario. Entonces...no queda cómodo porque el sistema de traslado en Mendoza es difícil”.

María, una médica de familia de otro centro, afirmó también esto. Los médicos enfatizaron, según las conclusiones de la Declaración de Alma-Ata, la importancia de los CAPS en la prevención de enfermedad para poblaciones individuales. Belén comentó:

“Cuando se olvida la gestión en salud pública y se hace poco en prevención, la atención primaria toma una importancia. Y ahí, quienes están involucrando con la atención primaria [entienden] que es importantísimo que el centro de salud esté capacitado para responder a las necesidades”.

En los centros de salud de Guaymallén, la atención primaria se amplía fuera de las patologías y es interpretada por los médicos bajo el concepto de “controles” o “cuidados” médicos. Miguel, un médico de familia, comentó:

“Todo es poder adaptar y enseñar a los padres pautas de alarma en el niño y la importancia de los controles”.

Las necesidades para la población que incluye a los afiliados entrevistados, frecuentes en Guaymallén y la provincia de Mendoza en general, son controles de enfermedades crónicas.

Para enfrentar los problemas de salud crónicos, los médicos sugirieron el desarrollo de los CAPS para poder prestar atención más compleja. Para José, un médico de un hospital público en Guaymallén:

“Yo creo que sería bueno que esos CAPS tuviesen unas funciones de microhospitales”.

Esto implicaría la incorporación de más especialidades y recursos (como medicamentos) en los centros del primer nivel para asegurarse que las comunidades tuvieran acceso a lo que necesitaran.

El centro de salud local para los afiliados brinda varias prácticas y ofrece los servicios de un laboratorio y una farmacia, pero para algunos análisis como una radiografía, es necesario viajar. Para estas prácticas, la mayoría de los afiliados entrevistados decide atenderse en una clínica más cercana que el hospital. Mateo afirmó sobre sus experiencias con otro centro público:

“Hay una sala...que es completísima. Es muy completa. Es un microhospital, no es sala... Ahí hacen análisis, hacen radiografías, pero hay otras especialidades que no tienen. En unas tienen, en otras no. Entonces, esas que no tienen, bueno, no sé, tiene que elegir [a un hospital de OSEP]. Por eso, siempre busca cosas que acá no hay y están en otras clínicas”.

Mientras ambos remarcaron la presencia de prácticas no disponibles en la clínica cercana a su hogar y la ausencia de otras en el “microhospital”, Mateo introdujo un desafío importante: la distribución desigual de recursos médicos (“en unas tienen, en otras no”). Aunque es una problemática significativa para la gestión del sector público, también hay una solución posible y no oficial para el afiliado (“siempre busca cosas que acá no hay”). Por eso, no hay una distribución de recursos ideal en los CAPS y los afiliados necesitan construir otras posibilidades de cuidado.

Opciones diversas para la atención especializada

Pese al papel de los CAPS, los prestadores indicaron que esos servicios de niveles más altos no pueden ser tratados solamente en los CAPS bajo el sistema corriente. Esto se explica por dos razones: un aumento en la especialización de médicos y la concentración de especialidades en los hospitales. Miguel remarcó lo siguiente:

“Creo que cada vez surgen más subespecialidades. Cada vez el profesional se va especializando más en sus áreas y deja mucho del lado toda esta área de atención primaria o de lo general”.

Para estas subespecialidades, hay pocas instituciones que mantienen la capacidad y tecnología para prestar servicios bastante complejos. Por ejemplo, José, el médico oncológico, comentó que su hospital es “de alta complejidad” pero también “el único hospital pediátrico [público] de la provincia y de la región” con “el único equipo de oncología pediátrica” en la región. Esto es decir que, para acceder a un cuidado de un nivel alto y especializado, es necesario acudir a una institución *específica*. Como resultado de esta concentración, hay una pérdida de tiempo en los traslados entre los centros y los hospitales, según María.

Algunos comentaron que era posible acceder a centros no públicos: por ejemplo, Isabella, quien recibió prácticas y cuidado complejo en un hospital público después de una urgencia, también fue a un hos-

pital de OSEP para una operación. Sólo una persona (Felipe) había acudido a un hospital privado.

Aunque existen estas opciones no públicas, estas están ubicadas lejos del vecindario de los afiliados. Para atenderse en un hospital privado o de OSEP, sería necesario viajar entre ocho y 15 kilómetros -en colectivo, entre 40 y 80 minutos. No debe ser sorprendente, por lo tanto, que los afiliados van a los efectores públicos para la mayoría de los casos en que se utilizan instituciones.

Urgencias y el sector público

Para los problemas de salud urgentes, los afiliados van a las guardias de los hospitales públicos de la Capital de Mendoza. Isabella, describió una visita a la guardia después de un accidente donde ella estuvo internada brevemente y los médicos realizaron una radiografía. Entonces, las guardias del sector público funcionan en este contexto como puertas al acceso a servicios médicos de más complejidad, como internaciones y prácticas no cubiertas por los centros de la APS.

Desde las perspectivas de los médicos, esto no siempre funciona así. La guardia de un hospital público prominente de la provincia de Mendoza, donde muchos de los entrevistados nos explicaron que acudirían si hubiera algún problema urgente, “está abierta las 24 horas y recibe absolutamente cualquier consulta”, como nos dijo Belén. Continuó:

“Nosotros derivamos solamente para la urgencia y la emergencia. Pero, muchas veces [recibimos] de los niveles inferiores porque le faltan médicos o el centro de salud está lejos o no es accesible”.

Este comentario se relaciona con la necesidad de un sistema de CAPS bien desarrollado por su conexión entre las fallas del centro médico de un nivel bajo y la recepción de pacientes con, presumiblemente, condiciones no complejas.

3.5. Concepciones variadas de lo económico

Contrarios a la valoración teóricamente fuerte del capital económico en el campo de la salud, los afiliados entrevistados mencionaron los temas económicos sólo de manera breve. Si bien su cobertura de salud tienen origen en el estatus de empleo, parece que lo económico es formado y valorado en muchos casos por las experiencias previas o conocidas (capital simbólico o social).

Felipe y Mateo afirmaron que, bajo la cobertura de OSEP, los servicios fueron más accesibles económicamente. Para Felipe, los convenios de OSEP con efectores privados permiten que él no necesite pagar un copago alto; Mateo encontró que la accesibilidad de lentes fue más barata, además. Los dos valoraron estos costos no altos en relación a sus conocimientos de otras realidades en las que el precio de atención privada o lentes suele ser caro.

Se expresa lo económico, también, en representaciones de necesidad. Mateo comentó sobre los programas del centro de salud para distribuir leche entera:

“Yo estoy siempre pensando en los demás. Si yo puedo comprar, hay gente que no puede comprar leche [entera].... Hasta ahora, no retiro nada pero ni lo voy a hacer tampoco porque, gracias a Dios, él me ayuda para poder brindarme [lo] que realmente yo necesito”.

De acuerdo a este comentario, Mateo vinculó su capacidad de comprar la leche (capital económico) con las barreras de “los demás” que no lo pueden hacer (capital social). La necesidad o falta de necesidad económica percibida de sí mismo y de otros impacta, por lo tanto, en el consumo de recursos médicos provistos.

Para los médicos, los temas económicos se expresan en las barreras de acceso a los medicamentos o servicios para algunos afiliados a OSEP y la falta de recursos de los hospitales y centros de salud. Belén nos explicó:

“En el hospital público, por la Constitución nuestra...el hospital no cobra coseguro [copago]. Entonces, el paciente que tiene su obra social pero no tiene posibilidad de pagar el coseguro se viene”.

María comentó que no siempre es posible comprar medicamentos para afiliados a OSEP: en muchos casos, los que pueden ser comprados con un copago por una farmacia con un convenio con OSEP son disponibles en el sector público sin costo. Por eso, es posible que los que reciben la cobertura de la obra social pero no tienen acceso a recursos económicos abundantes busquen medicamentos o servicios en el sector público. Por otro lado, los efectores públicos sufren de una falta de recursos. Según Miguel, uno de los desafíos del sistema público es “la falta de recursos...económicos”. Belén encuentra que una de las causas de ese problema es la ausencia de medidas para asegurar el funcionamiento del sistema de recupero de costos:

“Eso termina sobrecargando al Estado. Recordate que el presupuesto del hospital deriva del presupuesto de la provincia.... En un Estado ideal, en la situación ideal, el hospital le debería cobrar la prestación [realizada] a la obra social. Pero eso no siempre sucede”.

Esta perspectiva es importante: aunque exista un programa estatal sobre la redistribución de costos de atención para las instancias en las cuales afiliados a una obra social acuden a un hospital público, ya falta aplicación efectiva. Entonces, desde un punto de vista económico, hay un impulso a continuar arreglando el sistema para asegurar que los efectores públicos conserven sus recursos limitados.

3.6. Valoraciones sobre la demora y el sistema de turnos

Además, los temas de la demora antes de consultar con un médico y el sistema de turnos asumen significados conflictivos por los actores en el campo. Hubo dos interpretaciones generales de la necesidad de esperar para una consulta: la primera la abarcó de modo ambivalente y la otra identificó explícitamente el sistema de turnos como una falla del sistema. Presentamos esas perspectivas para construir una comprensión mejor del campo de la salud en cada nivel de complejidad.

El primer grupo estaba de acuerdo con que hay instancias en las cuales se demora antes de recibir atención médica. Ambas Isabella y Catalina describieron la situación sencillamente; según Catalina: “Hay que esperar”. Nos clarificó que “hay muchísima gente” que busca atención y la demora pasa como un efecto de esa concentración alta. Para Isabella, este problema no existe tanto con el centro de OSEP debido al sistema de turnos telefónicos preprogramados, donde es posible fijar una consulta antes de llegar. Catalina, también, siente que los médicos y prestadores del centro “están con vos” para asegurar una atención adecuada.

Para Felipe y Mateo, esta problemática representa una de las “fallas” del sistema médico:

“Como todos [los] sistemas, tiene fallas. Pero, tiene fallas porque es tan grande el volumen de gente y a veces se olvidan cosas. Yo no tengo quejas. Yo no tengo quejas. Lo que sí es que se ha agrandado tanto la cantidad de afiliados que hay y que a veces, uno va a sacar un turno y se demora” (Mateo).

Mientras que Felipe lo describió como un problema grave vinculado a un sistema de turnos ineficaz, para Mateo, parece más grave en los casos de atención especializada como la odontología.

Todos los médicos compartieron perspectivas críticas de los turnos y las demoras. Miguel y Belén los enmarcaron como resultados de la cantidad de pacientes: “Es como todos [los] sistemas: que mientras más grande es la cantidad de personas que participan, más burocrático se vuelven”, explicó Miguel. Según Belén:

“La mayor problemática [con la que] se enfrenta el paciente es la cantidad de pacientes. Lo que hace es que la demora sea extendida”.

Esta demora suele durar entre dos y tres horas en la guardia, por las experiencias de Belén. Hay otra problemática en la accesibilidad de los turnos, que María interpretó como muy importante ya que puede impactar en la decisión de buscar atención médica. José ubicó el problema en un sistema de asignación de turnos:

“Yo creo que la mayoría de los pacientes se quejan de...la accesibilidad a estos turnos. Muchas veces han hecho que tengan

que llamar a un 0800 [número para reclamar un turno] o que tengan mucho tiempo de espera”.

Para disminuir el tiempo de espera y facilitar la accesibilidad a los turnos, algunos centros de salud envían su personal a las comunidades (por ejemplo, los agentes sanitarios) donde interactúan con las personas y ofrecen turnos programados. Miguel describió el papel del facilitador de OSEP en hacerlo:

“Vamos nosotros al domicilio a ver al paciente y nosotros somos los que armamos los trámites en cuanto tema de facilitar: poder sacar turnos y todos los demás”.

Por esta estrategia, “no hay mucha dificultad en el tema del acceso a turnos” para los afiliados a OSEP.

En todos los relatos, los afiliados valoraron muy positivamente los servicios de OSEP fuera de la clínica como la pre-programación de turnos y dijeron que no había tantos problemas en la provisión de servicios en los espacios no médicos. Mateo, aunque creyera que la demora significaba una falla del sistema, notó la rapidez en que los lentes fueron preparados para su hija:

“En dos días: [un día] dieron todos los estudios -todos-, y al otro día tuvo los lentes por la obra social”.

Por eso, hay diferencias en los significados de demora pero también en el espacio en que se la evalúa.

3.7. Importancia de las relaciones prestadores-pacientes

Todas las entrevistas subrayaron la importancia de relaciones médicos-pacientes y la atención de calidad: para la mayoría, cada centro disponible había brindado un buen cuidado durante sus visitas previas. Esta valoración positiva persiste a pesar de la necesidad de esperar para conseguir un turno, que fue identificada como un elemento frecuente, si no clave, en la experiencia clínica. Con respecto a las experiencias fuera del CAPS, la respuesta consistente sobre las relaciones médicos-pacientes valoró el cuidado en cada nivel de complejidad y cada sector.

Todos los afiliados entrevistados nos dijeron que los médicos los habían atendido bien. Isabella explicó:

“Mi experiencia acá [en el centro de salud] es que la doctora me atendía muy bien,” añadiendo que su médica clínica parecía sentirse alegre para atenderle a ella.

En un hospital público, además, todos los prestadores “hasta el médico que [le] operó” eran “buenos”. La cita de Catalina que mostró a los médicos como “con vos” durante el proceso de adquirir un turno refleja

esta percepción de la relación médico-paciente. Felipe opinó que esas relaciones influyeron a él para volver al centro; esto indica la importancia del capital social en el espacio de la clínica.

Los médicos de los CAPS subrayaron esto. Miguel, como María, evaluó su centro de salud en términos de esta relación:

“Los afiliados que vienen acá se van contentos porque la parte administrativa nuestra es totalmente distinta al resto: es escuchar a los pacientes, apoyarlos, acompañarlos”.

Un elemento de esa relación en el centro de salud con los afiliados entrevistados es el papel del facilitador de OSEP. Miguel explicó:

Los facilitadores “están entrenados para entrevistar en el hogar y ver cuáles son las dificultades que presenta el paciente”.

Entonces, en relación a los centros de salud, hay intentos por parte de los médicos y los otros profesionales para asegurar una relación buena con los pacientes.

Igualmente, la tecnología dura o física funciona en este esquema para conectar a los afiliados con el sistema complejo. Mateo, cuando nos contaba sobre una experiencia en que perdió el carnet de uno de sus niños, el que incluía la información sobre su cobertura por OSEP, describió una interacción en el centro de salud:

“[Los recepcionistas] miran a la computadora, ta ta ta ta ta, listo”.

Expresa con su reproducción de los sonidos del teclado de una computadora y estructura oracional breve la facilidad con la cual los representantes de OSEP y su tecnología aseguraron el cuidado de su niño. Mateo representa a los prestadores como convencidos que la atención médica del afiliado debe ser la prioridad y que sus redes y recursos tecnológicos deben trabajar para lograr esta meta.

La tecnología no trabaja sólo para mejorar las relaciones con los pacientes. María reveló una dificultad en fijar consultas extendidas: por el sistema electrónico, cada paciente recibe 15 minutos en su centro de salud pese a su condición o necesidades. Entonces, hay límites condicionados por la tecnología en las posibilidades de establecer relaciones médicos-pacientes efectivas también.

3.8. Expresiones de lo “nuevo” y lo “antiguo”

Tantos prestadores como afiliados mencionaron cambios positivos en la calidad de atención durante sus experiencias en el sistema médico; en muchos de estos casos, el cambio fue citado como el ingreso de “médicos nuevos”. Para Catalina, una afiliada a OSEP, los médicos nuevos son los de OSEP. Nos dijo:

“Llegó OSEP y cambió mucho...cambió todo en general con OSEP, con los médicos de OSEP. [Había] médicos muy viejos, o sea [se] ha renovado en todo sentido”.

Por lo tanto, su accesibilidad a los médicos de OSEP en el centro de salud cambió sus experiencias de modo radical. Para Belén, una médica, los “médicos antiguos” representan la no valoración de la atención primaria:

“Los médicos más antiguos...la atención primaria no la teníamos como una herramienta fundamental, sino era accesorio. Lo fundamental era el hospital principal y sus especialidades”.

Desde esta perspectiva, lo antiguo representa la manera original de “hacer” la medicina; es decir los errores en un enfoque en las especialidades y no en las necesidades de las comunidades. Entonces, algunos de los entrevistados expresaron la noción de una atención pasada para subrayar el mejoramiento de la calidad de servicios sanitarios.

Para terminar su interpretación de la calidad de cuidado en un hospital público, Catalina concluyó:

“Hoy tengo OSEP y ahora me manejo con eso”.

Es importante considerar el tema de “manejarse” para apreciar la base de esta conversación -es decir el PSEA. Según este comentario, se subraya la influencia de OSEP en este proceso. Catalina construye dos periodos de tiempo con la frase -uno antes de tener la cobertura de OSEP (el pasado) y el otro después de empezar a recibirla (el presente)- donde su condición corriente implica la accesibilidad a otras formas de atenderse. Entonces, mientras que los efectores públicos permanecen abiertos para el afiliado a OSEP, las posibilidades de “manejarse” son distintas para los afiliados ya que se ven ampliadas las opciones de atención médica, en relación a los usuarios que sólo disponen el sector público.

4. Discusión

Para los afiliados a la obra social provincial de Mendoza (OSEP) el campo de la salud presenta una variedad de significados y valoraciones formados por sí mismos, por los prestadores de la atención médica y por las instituciones de salud. En este momento, es importante reconsiderar la cita del Dr. Rubén Torres para comprender los resultados de este estudio. Él subraya dos accesibilidades en el conjunto de instituciones médicas argentinas: la accesibilidad universal a la atención sanitaria y la accesibilidad diferencial a una atención de calidad. Los afiliados a OSEP tienen acceso a los efectores propios de dicha obra social; pero sin embargo para la población entrevistada, la mayoría de las consultas de complejidades altas (segundo y tercer nivel, guardias) se concentra en el sector público. Por lo tanto, cuando hablamos de acceso, ¿qué entendemos por “accesible”?

Accesibilidad, en el contexto estudiado, implica la disponibilidad de formas de atención *biomédicas*. Los conocimientos biomédicos son brindados por parte de los médicos y otros profesionales como el facilitador de OSEP; los afiliados tienen un papel, también, en su aceptación de los protocolos.

Los afiliados en Guaymallén, como cualquier persona, tienen acceso a los servicios biomédicos del sector público y, por ser empleados públicos, tienen acceso a los servicios de OSEP. Si bien es útil entender la variedad de sectores y de efectores para gestionar la distribución de recursos, en el caso de OSEP Cerca observamos una intersección del sector público con el sector de la seguridad social; esta intersección les facilita a los afiliados el acceso a la atención médica. Sus comentarios lo muestran de manera sumamente clara.

Parece que el tema de la atención primaria es clave para entender el tema de accesibilidad. En primer lugar, la sede de OSEP Cerca está ubicada en el vecindario de los entrevistados -es decir, está cerca. Para los CAPS, los afiliados y los médicos notaron que la proximidad a sus hogares es el factor más importante en la decisión de atenderse. Además, la presencia de especialidades sirve para asegurar un mejor acceso a diferentes formas de atención. Cuando el centro cercano no tiene la capacidad de brindar algún tipo de atención o especialidad, es necesario para los afiliados que viajen a otro CAPS u hospital.

Eso es importante porque, como respondieron los afiliados, la proximidad facilita las relaciones entre el centro y la comunidad. Hay otros CAPS más lejanos con más especialidades, pero los afiliados notaron una preferencia fuerte para la institución local. Por eso, se puede empezar a definir “accesible” con la característica de cercanía geográfica.

Además, las relaciones prestadores-pacientes vinculan la comunidad de afiliados con los agentes médicos en el campo. Los afiliados a OSEP encontraron experiencias buenas en cada nivel de atención y significativamente con el facilitador de la obra social. Es posible que el papel del facilitador se extienda más allá de su trabajo de conectar a la gente con los recursos médicos: como en los hospitales y centros de salud, las relaciones que son fomentadas suelen ser esenciales en la formación de una experiencia positiva. De esta manera, los programas sanitarios logran ambas las metas más biomédicas de controlar la salud poblacional y las metas más comunitarias de involucrar la población en el PSEA. Entonces, una definición de “accesible” debe incorporar además las relaciones prestadores-pacientes -es decir la cercanía relacional- como sumatoria.

La accesibilidad al facilitador y a otras formas de tecnología sirve para mejorar el acceso al sistema de turnos. Aunque los turnos no se caracterizaron por ser una barrera al acceso de manera constante, todos los afiliados los describieron como una falla del campo. Los médicos dijeron que hay problemas con la necesidad de esperar antes de atenderse, pero también que estos problemas surgen de la cantidad de gente que usa el sistema y que hay programas existentes para mejorarlo. Por lo tanto, también hay que incluir una cercanía temporal en nuestro marco.

Las cercanías temporales, relacionales y geográficas existen e interactúan en este marco para los afiliados a OSEP. Por consiguiente, debemos

añadir el tema de la accesibilidad económica, que podemos abordar a través de la perspectiva de los afiliados a OSEP. Los entrevistados introdujeron aquí el tema de los medicamentos, algunos de los que están disponibles gratuitamente en los CAPS. Para los afiliados que no pueden pagar los precios de medicamentos ofrecidos por los efectores propios a OSEP, es necesario pedir dichos medicamentos de los CAPS. Entonces, la cercanía geográfica suele ser esencial para el afiliado que debe acceder a los medicamentos en un CAPS.

Esta investigación no pretende ser completa ni dar una definición comprensiva de la accesibilidad, sino presentar este tema desde las perspectivas de un grupo pequeño de afiliados a una de las 24 obras sociales provinciales en un departamento específico de la provincia de Mendoza. En todas las entrevistas, los afiliados describieron sus acciones para sortear las complejidades del campo y encontrar atención sanitaria. Para comprender verdaderamente el PSEA y su

relación con la cobertura de salud en la Argentina, será necesario interrogar los campos de localidades, clases socioeconómicas y formas de cobertura diversas.

Pese a sus limitaciones, nuestro estudio muestra la importancia de una comprensión del campo de la salud como algo no sistémico pero manejado y formado por una variedad de actores no limitados a aquellos con conocimientos valorados.

Es interesante observar, además, que este análisis de la “vida social” de un sistema de cobertura de salud haya enfocado en las experiencias clínicas de los pacientes. Nuestro estudio, por lo tanto, presenta una cuestión epistemológica importante para el campo nuevo de investigación antropológica sobre sistemas de cobertura: en resumen, se deben explorar las intersecciones entre la forma de cobertura y sus efectos en las experiencias de los pacientes para desarrollar una mejor comprensión del lugar de la persona en un campo complejo.

Referencias

- Andersen, R.S., Tørring, M.L., y Vedsted, P. (2014). Global health care-seeking discourses facing local clinical realities: exploring the case of cancer. *Medical Anthropology Quarterly* 29(2): 237–255.
- Ase, I., y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva* 5(1): 27–47.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L.J.D. (1995). Respuestas por una antropología reflexiva. México, D.F.: Editorial Grijalbo.
- Brodwin, P.E. (1997). Politics, practical logic, and primary health care in rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly* 11(1): 69–88.
- Brotherton, P.S. (2005). Macroeconomic change and the biopolitics of health in Cuba's special period. *Journal of Latin American Anthropology* 10(2): 339–369.
- Costanza Torri, M., y Laplante, J. (2013). Traditional medicine and biomedicine among Mapuche communities in Temuco, Chile: new forms of medical pluralism in health care delivery. *Antropologica* 55(2): 413–423.
- Dao, A., y Mulligan, J. (2016). Toward an anthropology of insurance and health reform: an introduction to the special issue. *Medical Anthropology Quarterly* 30(1): 5–17.
- Dao, A., y Nichter, M. (2015). The social life of health insurance in low- to middle-income countries: an anthropological research agenda. *Medical Anthropology Quarterly* 30(1): 122–143.
- Del Prete, S.H., et al. (2017). El derecho a la salud en la Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad ISALUD.
- Ellison, J. (2014). First-class health: amenity wards, health insurance, and normalizing health care inequalities in Tanzania. *Medical Anthropology Quarterly* 28(2): 162–181.
- Foucault, M. (1994). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books.
- González García, G., y Tobar, F. (2004). *Salud para los Argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad ISALUD.
- Hoffmann Merrild, C., Andersen, R.S., Risør, M.B., y Vedsted, P. (2016). “Resisting reason”: a comparative anthropological study of social differences and resistance toward health promotion and illness prevention in Denmark. *Medical Anthropology Quarterly* 31(2): 218–236.
- Maceira, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. *Cuadernos del CLAEH* 99(2): 7–17.
- Mendes, E.V. (2013). *Las redes de atención de salud*. Organización Panamericana de Salud.
- Menéndez, E.L. (2009). De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E.L. (1994). La enfermedad y la curación: ¿qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4(7): 71–83.
- Newman, W.L. (2007). *Qualitative and quantitative social research methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Obermeyer, C.M. (2000). Pluralism and pragmatism: knowledge and practice of birth in Morocco. *Medical Anthropology Quarterly* 14(2): 180–201.
- O’Neil, J.D. (1989). The cultural and political context of patient dissatisfaction in cross-cultural clinical encounters: a Canadian Inuit study. *Medical Anthropology Quarterly* 3(4): 325–344.
- Organización Mundial de Salud. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- Sacchi, M., Hausberger, M., y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva* 3(3): 271–283.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sanz, C. (2017). Out-of-sync cancer care: health insurance companies, biomedical practices, and clinical time in Colombia. *Medical Anthropology* 36(3): 187–201.
- Scheper-Hughes, N., y Lock, M. (1996). The mindful body: a prolegomenon on future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 6–41.
- Singer, M. (1986). Developing a critical perspective in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 17(5): 128–129.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* 6(3): 275–293.
- Stolkiner, A., Comes, Y., y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(6): 2807–2816.
- Subedi, J. (1989). Modern health services and health care behavior: a survey in Kathmandu, Nepal. *Journal of Health and Social Behavior* 30(4): 412–420.
- Torres, R. (2015). Política sanitaria en el país de los argentinos: reflexiones para el día después. Ediciones ISALUD. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Uno.
- Visacovsky, S.E. (2017). Etnografía y antropología en Argentina: propuestas para la reconstrucción de un programa de investigación de lo universal. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 27: 65–91.