

Estudio cualitativo sobre los adultos mayores y la accesibilidad a los servicios de salud durante el confinamiento por COVID-19 en Buenos Aires, Argentina - parte 2

A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 2

Candela Agustina Loza^a, German Baez^a, Rodrigo Valverdi^b, Pedro Pisula^a, Julieta Salas Apaza^b,
Vilda Discacciati^a, Mariano Granero^a, Ximena Salomé Pizzorno Santoro^c,
Juan Víctor Ariel Franco^{a,b}

^a Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Universidad Nacional de La Matanza, Provincia de Buenos Aires, Argentina

^c Investigadora Independiente

***Autor de correspondencia**

juan.franco@hospitalitaliano.org.ar

Citación Loza CA, Baez G, Valverdi R, Pisula P, Salas Apaza J, Discacciati V, et al. A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 2. *Medwave* 2021;21(4):e8192

Doi 10.5867/medwave.2021.04.8192

Fecha de envío 2/12/2020

Fecha de aceptación 13/4/2021

Fecha de publicación 24/5/2021

Origen No solicitado

Tipo de revisión Revisión por pares externa, por cuatro árbitros a doble ciego

Palabras clave COVID-19, health care access, health care system, information and communication technologies

Resumen

Introducción

El 19 marzo de 2020 se decretó el aislamiento social preventivo y obligatorio en Argentina como respuesta a la pandemia por el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa, COVID-19.

Objetivos

Explorar las experiencias de los adultos mayores con relación al cuidado de su salud durante el confinamiento por COVID-19, los problemas en la accesibilidad al sistema de salud y las adaptaciones emergentes.

Métodos

Investigación con abordaje cualitativo. Los participantes fueron adultos mayores de 60 años. Mediante un muestreo en bola de nieve, el equipo investigador contactó telefónicamente a los participantes donde se realizó una entrevista semiestructurada. Se trianguló el análisis de los hallazgos entre los investigadores con distinta formación académica. Se realizaron mapas conceptuales a través de los cuales se eligieron los ejes temáticos a abordar.

Resultados

Se entrevistaron a 39 participantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires en el período de abril y julio del año 2020. Los principales temas emergentes fueron: acceso a consultas programadas habituales, acceso a la medicación crónica, consultas agudas y emergentes, y el rol de las tecnologías de información y comunicación. La accesibilidad al sistema de salud se vio comprometida por

la disminución de oferta de consultas presenciales, afectando los controles de salud, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, los participantes intentaron mantener al día sus inmunizaciones. Las tecnologías de la información y comunicación permitieron la emisión de recetas virtuales y las teleconsultas. Si bien esto representó una solución para muchos adultos mayores, también generó un problema para otros que no tenían acceso o no sabían utilizarlas.

Conclusión

La pandemia afectó la accesibilidad al sistema de salud, principalmente a expensas de un menor acceso a consultas de modalidad presencial. Las necesidades emergentes forzaron la aparición de nuevas estrategias de atención, como las tecnologías de información y comunicación. Esto, si bien significó una solución, también generó nuevos excluidos debido a la brecha tecnológica preexistente.

Abstract

Introduction

On March 19, 2020, a mandatory lockdown was imposed in Argentina due to the global pandemic caused by SARS-CoV-2.

Objectives

To explore the elderly's healthcare experiences during the lockdown and the problems that may have arisen regarding accessibility to the healthcare system and emerging adaptations to medical care.

Methods

We coded the data using Atlas.ti 8 software and then triangled the analysis among researchers from different backgrounds. Finally, concept maps were developed and themes arising from these were described.

Results

Thirty-nine participants were interviewed from the metropolitan area in Buenos Aires from April to July of 2020. The main emerging themes were: 1) access to regularly scheduled consults, 2) access to chronic medication, 3) emergency consultations, and 4) the role of information and communication technologies. Accessibility to the healthcare system was compromised due to reduced outpatient consultations, affecting health checkups, diagnosis, and treatment. However, participants tried to keep their immunizations up to date. Information and communication technologies were used to fill digital prescriptions and online medical consultations. While this was a solution to many, others did not have access to these technologies or had trouble using them.

Conclusions

The global pandemic caused a reduction in outpatient medical consultations. Emerging needs originated new ways of carrying out medical consultations, mainly through information and communication technologies, which was a solution for many but led to the exclusion of others because of the preexisting technology gap.

Ideas clave

- La aparición del SARS-CoV-2 aumentó las barreras de acceso a atención médica, afectando principalmente las consultas presenciales.
- El uso de las tecnologías de información y comunicación se convirtió en una alternativa de las consultas presenciales, pero también en una barrera para muchas personas.
- Los resultados están limitados por una investigación cualitativa llevada a cabo mediante entrevistas telefónicas a adultos mayores de clase media en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Introducción

La cantidad de personas mayores de 60 años aumenta progresivamente, de forma tal que hacia el año 2050 se prevé un incremento a más del doble a nivel global (de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050)¹. En Argentina, existen actualmente unos 6,7 millones de personas mayores de 60 años, representando el 14,27% de la población total², con un perfil predominantemente urbano^{3,4}. La pandemia producida por el nuevo virus SARS-CoV-2, cuyo espectro de enfermedad COVID-19 incluye desde un cuadro leve (aproximadamente 80%) hasta la insuficiencia respiratoria y muerte⁵. Al 3 de noviembre de 2020 había afectado a 1 027 598 personas que residen en nuestro país, entre los cuales se encontraban 32 106 fallecidos. Es difícil estimar la mortalidad por la enfermedad, dado que las estrategias y métodos de testeo son diferentes en cada población. Sin embargo, la mayor mortalidad se encuentra en los adultos mayores, llegando hasta un 20% según algunas estimaciones^{5,6}.

En Argentina, el 19 de marzo de 2020 se decretó el aislamiento social y preventivo obligatorio⁷ que implica una suspensión de las actividades no esenciales con el objetivo de reducir el desplazamiento de individuos. De esta forma, se intentó disminuir la propagación del virus SARS-CoV-2 y "aplanar la curva" de casos, particularmente los

más graves. Los objetivos principales de este aislamiento fueron evitar el colapso de la capacidad operativa de los sistemas de salud del país; también, reducir nuevos casos y muertes asociadas al virus⁸. Esta nueva situación comprometió el acceso a los cuidados de salud tras disminuir las opciones de transporte, la saturación de farmacias y el difícil acceso al sistema de salud⁹.

El sistema de salud argentino se subdivide en tres subsectores definidos: público, privado y seguridad social, existiendo poca articulación entre los mismos y a su vez solapamiento. Según el último censo, 36,1% de la población solo dependía del sector público sin otra forma de cobertura, 46,4% tenía cobertura de obras sociales y 10,6% contaba con seguro privado. El sistema otorga acceso universal a la población en suelo argentino, si bien es heterogénea la capacidad de brindar cobertura efectiva de prestaciones. También se caracteriza por la descentralización e inequidad¹⁰.

En el comienzo de la pandemia por COVID-19, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades recomendó que los sistemas de atención médica prioricen las visitas urgentes y retrasen las consultas programadas con el objetivo de disminuir la propagación de COVID-19 en los entornos de atención de la salud. A causa de esto, se produjeron modificaciones en la accesibilidad de los distintos

efectores del sistema de salud¹¹. En cuanto al sistema de salud argentino, debido a la pandemia se tuvieron que redistribuir los recursos de salud y adecuarlos a este nuevo escenario. En los distintos hospitales del país hubo un aumento en la cantidad de camas, respiradores y recursos humanos disponibles.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades evidenció que hubo una subutilización de importantes servicios médicos para pacientes con necesidades de salud urgentes y emergentes no relacionadas con COVID-19¹¹. Como bien evidencia la Organización Mundial de la Salud, OMS, en su encuesta a 105 países realizada entre mayo y julio de 2020, todos los servicios de salud se vieron afectados, incluidos los servicios esenciales para enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, salud mental, salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, y nutrición. Los servicios de emergencia fueron los menos interrumpidos según los datos que obtuvieron¹², lo que se correlaciona con lo señalado en estudios locales¹³. Esta disrupción fue más prominente en países de bajos ingresos¹².

Debido a la modificación en el acceso a servicios de salud, la implementación de la telemedicina tuvo un rol vital en la atención de los pacientes. La misma, en Argentina, se empezó a implementar de manera oficial en el sistema público de salud en el año 2018 con la creación de la "estrategia nacional de salud digital", la cual intenta interconectar la información proveniente de todas las dependencias del sector público. En el año 2019, a esto se sumó la Asociación Civil de Telemedicina de la República Argentina, incorporando a este sistema información del sector privado proveniente de instituciones que utilizaban la telemedicina habitualmente. Por último en 2020, se implementó el Plan Federal de Salud Digital, el cual tiene como objetivo el fortalecimiento de las políticas impulsadas en 2018, pero sobre todo implementando el uso de la receta digital. Esta nueva incorporación a la legislación y al sistema de salud actuó como facilitador para aquellos que son usuarios habituales de estas plataformas o quienes se pueden adaptar fácilmente debido a que poseen un uso diario de tecnologías. Pero para aquellos que se encuentran por fuera de este uso diario, funcionó como barrera y los alejó del acceso al sistema de salud, ya sea porque entorpece el proceso de consulta o cualquier otra prestación que el paciente requiera. En este contexto, nuestras preguntas de investigación fueron:

- ¿Cuáles fueron las experiencias de los adultos mayores en cuanto al acceso al sistema de salud durante la cuarentena?
- ¿Qué barreras y facilitadores enfrentaron?

Teniendo en cuenta los retos descritos con relación al aislamiento preventivo, desarrollamos un estudio cualitativo cuyo objetivo primario fue explorar las experiencias de los adultos mayores en relación con el cuidado de su salud durante la cuarentena por COVID-19, los problemas en la accesibilidad al sistema de salud y las adaptaciones emergentes.

Métodos

Los detalles de los métodos fueron descritos en el primer artículo de la serie (REF). Se eligió un diseño de investigación acción con abordaje cualitativo. El componente "investigación-acción" fue implementado de manera parcial debido a la poca recepción de los participantes. Esto se describe con mayor detalle y extensión en la primera parte de este trabajo (publicación en Medwave La salud mental de los adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19: un

estudio cualitativo). El marco epistémico de nuestro estudio se inscribe en el constructivismo. Lewin concibió este diseño entendiéndolo como actividad colectiva, como práctica reflexiva social con la intencionalidad de propiciar cambios apropiados en la situación estudiada¹⁴⁻¹⁶.

Invitamos a participar telefónicamente a adultos mayores de 60 años que vivan solos, o con un familiar mayor a 60 años o con un familiar dentro de los grupos de riesgo para enfermedad grave por COVID-19 (personas con enfermedades cardíacas o respiratorias crónicas o inmunodeprimidos), o con un familiar con discapacidad y que tuvieran acceso a un teléfono fijo o móvil, del área metropolitana (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires). La convocatoria fue en bola de nieve a través de la colaboración de los mismos participantes. A partir de los análisis interinos de los hallazgos, se evaluó la pertinencia de seguir entrevistando a participantes. Cuando llegamos a los 39 participantes, consideramos que habíamos saturado los temas transversales principales del trabajo.

El equipo de investigación estuvo conformado por docentes-investigadores (médicos de familia y una socióloga), estudiantes de la carrera de medicina y colaboradores externos (estudiantes de la carrera de medicina de otra universidad y una psicóloga). Participaron docentes y estudiantes del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires y la Universidad Nacional de La Matanza.

La recolección de datos fue mediante entrevistas telefónicas semiestructuradas, que buscaron explorar las dificultades emergentes durante la cuarentena y las redes de apoyo comunitarias. La evaluación de las redes de apoyo comunitarias fue parte del diseño "investigación-acción". Se exploraron también las barreras y facilitadores para el acceso al sistema de salud y se ofreció información confiable sobre COVID-19. Las entrevistas tuvieron una duración variable (entre 20 y 40 minutos, según el caso). Se recolectaron notas y extractos de *verbatim* de las entrevistas, asociándolas al número telefónico de la base de datos, agregando el nombre de pila y la localidad de los entrevistados para poder mapear a los individuos.

Para el análisis se realizó un trabajo iterativo, de avanzar, retroceder y revisar lo previo. Se organizaron y clasificaron los datos obtenidos a través de las entrevistas en categorías utilizando un sistema de codificación abierta a través del Software Atlas Cloud. Los pasos para el análisis, a modo del investigador *bricoleur* según Denzin¹⁷, se organizó en las tres etapas conocidas como:

1. Reducción de datos a través de la codificación, relación de temas, clasificaciones.
2. La presentación de datos, ejerciendo una mirada reflexiva en general, empleo de mapas conceptuales, diagramas y sinopsis.
3. El momento de las conclusiones, es el momento más reflexivo.

En este proceso seguimos a Taylor-Bogdan¹⁸, que llama a estos tres momentos de descubrimiento, codificación y relativización en paralelo; donde se trata de desarrollar una comprensión en profundidad¹⁹. Se realizó triangulación en los procesos de codificación (por sucesivas revisiones independientes de los textos) y análisis entre los investigadores utilizando el Software Atlas.ti 8.

Se les informó a los participantes las características del estudio y se tomó un consentimiento informado oral, debido a las limitaciones de la cuarentena. La identidad de las personas fue resguardada en una base de datos con contraseña bajo la responsabilidad del entrevistador. Las entrevistas no fueron grabadas y se tomaron notas du-

rante la misma, incluyendo citas textuales para preservar la privacidad de los adultos mayores y priorizando el *rappart*. El estudio se llevó a cabo en total acuerdo con las normativas internacionales de la ética de la investigación. El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Universitario del Instituto Universitario Hospital Italiano y aprobado (N° 0001-20).

Los resultados se reportaron según los estándares para el reporte de investigación cualitativa (*Standards for Reporting Qualitative Research*)²⁰.

Resultados

Características de los participantes

Se entrevistaron a 39 participantes pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires. Si bien no identificamos el dato formalmente, los participantes fueron predominantemente de clase media. Estos tenían necesidades básicas cubiertas, eran personas alfabetizadas y la mayoría contaba con cobertura en salud. Las características se resumen en la Tabla 1.

Todos los participantes contaban con una línea telefónica, ya sea celular o fija, que tenían la capacidad de utilizar. Observamos que los adultos mayores que trabajaban activamente y hacían uso de distintas tecnologías, se adaptaron con mayor facilidad a los cambios durante la pandemia. Algunos participantes sintieron la carencia de recursos tecnológicos por dificultades en la reparación de herramientas tecnológicas, como por ejemplo la computadora.

En cuanto a los problemas de salud de nuestros participantes, no se realizó una caracterización detallada de sus afecciones. En forma general, la mayoría tenía problemas crónicos habituales en esta población como hipertensión o artritis. A su vez, varios participantes tenían antecedentes oncológicos. Dos participantes sufrían patologías psiquiátricas.

Tabla 1. Características de los participantes.

Característica	Proporción (%)
Vive solo/a	11/39 (28%)
Mujeres	32/39 (82%)
Edad (promedio e intervalo Inter cuartil)	73 (67 a 76)
Ciudad de Buenos Aires:	
• Liniers, Almagro, Flores, Belgrano, Balvanera, Palermo, Mataderos, Villa Luro, Lugano.	29/39 (74%)
Gran Buenos Aires:	
• Haedo, Ramos Mejía, Ciudadela, Villa Luzuriaga, San Justo, Villa Ballester, Tigre (Delta)	10/39 (26%)
Nivel educativo	
• Terciario o superior	10/39 (26%)
• Secundario	16/39 (41%)
• Primario	7/39 (18%)
• Sin datos	6/39 (15%)

Fuente: preparada por los autores.

En nuestro contexto actual de pandemia debido al COVID-19, se produjeron modificaciones en la accesibilidad al sistema de salud. Como denominador común, evidenciamos que la consulta médica presencial fue una de las prestaciones del sistema de salud más afectadas dado que disminuyeron por el hecho de querer prevenir el contagio y la diseminación del virus. El miedo, de contagiarse o contagiarse (y consecuentemente no tener camas de internación disponibles), fue sinérgico a las restricciones impuestas por la circulación y

las adaptaciones del sistema de salud. De hecho, los centros de salud (atención ambulatoria) cerraron en la mayor parte del aislamiento:

“Necesité una consulta con su reumatóloga porque sentía muchos dolores, que suelen ser crónicos, y la clínica donde se atiende estaba cerrada sin médicos de turno”. Mujer, 79 años.

Esto obligó a los entrevistados a desplazarse a otros centros, lo que fue visto como una barrera para muchos.

“Cuando cerraron mi centro, nos obligaron a viajar más. Yo no puedo viajar en colectivo porque no me da la salud, y ahora para ir al hospital me tengo que gastar \$400 de ida y \$400 de vuelta”. (Como referencia, el importe de una jubilación mínima en Argentina en junio de 2020 era de aproximadamente 18 000 pesos argentinos), mujer, 71 años.

A continuación, describiremos los hallazgos de nuestra investigación en los siguientes temas transversales emergentes de la codificación y análisis de las entrevistas:

1. Acceso a consultas programadas habituales.
2. Acceso a la medicación crónica.
3. Consultas agudas y emergentes.
4. El rol de las tecnologías de información y comunicación.

1. Acceso a consultas programadas habituales

La población objetivo de nuestra investigación suele padecer enfermedades crónicas no transmisibles y requerir consultas periódicas con énfasis en la prevención y la promoción de salud. El alejamiento impuesto por la pandemia y las condiciones de aislamiento se puede explicar por varios factores, principalmente mediados por el miedo de quienes se saben factor de riesgo ante la posibilidad de un contagio. Este miedo tiene su correlato en el crecimiento exponencial de cantidad de casos, la posibilidad de contagiarse y más aún asistiendo a un efector de salud donde la circulación de casos sospechosos y confirmados sería mayor. A su vez, aparecieron métodos alternativos para acceder a información y paliar las dudas que surgen durante el aislamiento.

“No quiero entrar por nada a un hospital, tenía un turno y no fui porque era algo simple, tomo una vitamina no más de forma crónica (...). No quiero ir si estoy bien y es para contagiarme (...). Después me duele el hombro, pero ni loca voy al hospital”. Mujer, 76 años.

“(…) En cuanto a los controles todavía no he tenido la necesidad de ir al médico. Cuando tengo dudas o me duele algo le consulto a mi sobrino o mi esposa que es enfermera, sabe mucho también (...).” Hombre, 76 años.

Los participantes tuvieron dificultades para conseguir un turno con sus médicos habituales de forma presencial, debido a las circunstancias actuales. Ante esta imposibilidad que les fueron impuestas, algunos prefirieron consultar con sus médicos habituales por otros medios, en este caso las tecnologías de información y comunicación ayudaron a los participantes a acceder de forma remota a sus consultas.

“Me afectó la parte médica porque quise hacer la consulta y no encontraba turnos presenciales, era para el mastólogo y no me daban turnos (...)”. Mujer, 71 años.

“Necesité una consulta con mi reumatóloga (...) la clínica donde me atiende estaba cerrada sin médicos de turno”. Mujer, 71 años.

“Cada 15 días video llamada con la médica para controlarme, por si se me baja de golpe la presión”. Mujer, 67 años.

La atención de los problemas de salud mental se vio comprometida, considerando el impacto de la pandemia y el aislamiento en esta área²¹. Particularmente, se afectaron en el control y seguimiento de las personas más vulnerables, como aquellas que sufrían padecimientos psiquiátricos preexistentes. Una de las participantes, con antecedentes de esquizofrenia y que contaba con una pobre red de contención familiar, refirió:

“(...) Mi tratamiento psiquiátrico es nulo actualmente, los médicos no me dieron turnos, mi médico de cabecera me contesta, el psiquiatra no y eso me angustia mucho”. Mujer, 60 años.

Durante la entrevista inicial nos había comentado que había tenido un episodio de autoagresión a comienzos del aislamiento domiciliario, por el cual no había asistido al hospital ni había buscado atención médica de forma inmediata; pero sí había intentado contactarse con su psiquiatra para que él mismo la pudiese ayudar con los problemas que se le estaban presentando. Manteniendo los resguardos éticos de la investigación, instamos a la consulta médica precoz y programamos una entrevista de seguimiento. Sin embargo, no contestó el segundo llamado y por medio de sus familiares nos enteramos de que se había suicidado.

Otra de las participantes que contaba con atención psiquiátrica previo al aislamiento, también manifestó problemas en el acceso. La alternativa disponible en ese momento era mediante teleconsulta y ella no manejaba suficientemente bien las tecnologías, encontrándose así con una barrera para acceder a la atención médica.

“No asistiría a una guardia a no ser que lo crea una situación extrema”. Mujer, 63 años.

Las personas entrevistadas pertenecen al grupo de riesgo, para quienes la vacuna antigripal está indicada según las recomendaciones del Ministerio de Salud de Argentina. Encontramos que la aplicación de esta fue una preocupación frecuente en nuestra población de entrevistados. Si bien varios presentaron temor al salir a aplicarla, darse la vacuna era una prioridad.

“Tenía dos preocupaciones: una era ir al traumatólogo, que bueno no se puede; y la otra era poder darme la vacuna antigripal. Y ya me la fui a dar, así que estoy más tranquila”. Mujer, 76 años.

2. Acceso a la medicación crónica

Los participantes necesitaban renovar sus medicaciones crónicas, y algunos requirieron nuevos medicamentos durante el periodo de aislamiento. Se reportaron distintas vías de obtención de recetas para las mismas: mediante una foto de la receta por parte del médico, enviada por correo electrónico o WhatsApp; a través de un portal de

salud (sistema informático de las obras sociales y empresas de medicina privada para la interacción con sus afiliados); por acceso a una receta física a retirar en un consultorio; y, por último, a través de familiares y/o de amigos médicos.

Muchos de estos medios hicieron necesario el dominio de la tecnología para obtener la medicación necesaria. El uso de receta electrónica (íntegramente virtual), con posterior obtención de la medicación en una farmacia cercana que trabaje con la cobertura de los participantes, fue el método más utilizado. La obtención de nueva medicación en el contexto de la pandemia y el aislamiento trajo problemas adicionales. Al principio existía incertidumbre, teniendo en cuenta que no se podía circular ni ir a los centros de salud, sobre cuáles eran los medios disponibles para obtener medicación y, a su vez, soluciones superadoras:

“Al principio me desesperé por la incertidumbre en la que vivía. No sabía cómo iba a hacer con la medicación, ya que no podía ir a comprarla”. Mujer, 60 años.

“Le mandé un mail a la doctora y me mandó la receta, no tuve problemas (...). La medicación me la manda por WhatsApp el Dr., me presento con el carnet en farmacia y me la dan sin problema. Voy una vez por mes”. Mujer, 69 años.

Estos testimonios muestran, nuevamente, la importancia del rol de las tecnologías en la articulación de problemas emergentes durante la pandemia actuando como facilitadores. Así también relevan el apoyo familiar, ya que familiares más jóvenes tienen mejor uso de estas tecnologías y pueden viajar para obtener sus recetas.

“Por la diabetes me tuve que empadronar en el Programa de Atención Médica Integral por la ley nacional” (es un tipo de cobertura de la seguridad social del Estado para jubilados, pensionados y discapacitados). Estoy asombrada de que se manejó todo con el médico por WhatsApp. Aceptaron el formulario y no hubo ningún problema. Al rato ya me hice la receta y me la compré en la farmacia acá cerca, ni tuve que imprimir. Compre sin cargo”. Mujer, 62 años.

“Necesité recetas para comprar medicamentos y él me las hizo, y mis hijos me la trajeron a casa. Cuento con ellos”. Mujer, 74 años.

Un factor importante también fue la relación más cercana con un médico amigo o conocido, que en ciertos casos pudo solventar la falta de familiarización con las tecnologías. Sin embargo, es importante considerar que estas prescripciones rompen con la continuidad de atención con su médico habitual y no son acompañadas con una evaluación formal de la misma.

“Tengo un amigo médico que me maneja la presión y me ayuda un montón (...)”. Mujer, 79 años.

“(...) Acá no hay farmacias de la obra social y alguna vez mi marido tuvo que ir a comprar medicamentos”. Mujer, 79 años.

La mayoría de las medicaciones requeridas por nuestros participantes eran para trastornos crónicos, tales como diabetes, hipertensión, hipotiroidismo y dislipidemia. Los participantes refirieron sentirse

más seguros evitando salir a buscar la receta o la medicación, en expresiones donde se evidencia la cautela ante el riesgo de contagio, y quizás acoplada con miedo o ansiedad. En determinados casos, llevando a la *automedicación*.

“¿Le pedimos a la doctora que nos mande las recetas a la farmacia y yo las paso a buscar directamente por ahí, así no hago doble viaje exponiéndome!”. Mujer, 68 años.

“Hubiera querido ir al médico, al traumatólogo porque tengo un problema del ciático, de la cintura; pero tomo antiinflamatorio hasta que esto se resuelva”. Mujer, 76 años.

Finalmente, si bien en Argentina la población de adultos mayores está cubierta por uno o más de los subsistemas (privado, seguridad social o público), el acceso a las recetas médicas permite obtener los descuentos que reducen el gasto de bolsillo (suele oscilar entre 40 y 50% del valor, según el medicamento y para las medicaciones crónicas se puede llegar a obtener un descuento de hasta el 100%). La pandemia y el aislamiento bloquearon este mecanismo:

“No tiene obra social ni prepaga, por lo que solo cuenta con el sistema público. Es hipertensa. Toma enalapril 20 miligramos. En cuarentena no asistió a ningún hospital ni salita, por lo que no tuvo acceso a su medicación de forma gratuita ni a receta de este. Lo compró en una farmacia con gastos de su bolsillo”.
Nota de campo: señora sin teléfono.

3. Consultas agudas y emergentes

Identificamos diferentes causas por las cuales las personas optaron por asistir a la consulta de guardia, como puede ser el tratamiento de una enfermedad preexistente por la que previo a la cuarentena recurrían a su médico tratante para recibirla. En otros casos la consulta se resolvió con la automedicación.

Como alternativa a las consultas en la guardia o al hospital también emerge el uso del Sistema de Atención Médica de Emergencia del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (a través de un sistema de ambulancias, provee un servicio de respuesta para las urgencias de la población).

“Me aplicaba una medicación endovenosa con mi reumatóloga de confianza. Como no pude conseguir un médico que me atendiera, termine en una guardia”. Mujer, 76 años.

“Hubiera querido ir al médico, al traumatólogo porque tengo un problema del ciático, de la cintura; pero tomo antiinflamatorio hasta que esto se resuelva”.
Mujer, 76 años.

“En otra oportunidad, me sentí mal y llamé al Sistema de Atención Médica de Emergencia del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, donde recibí atención sanitaria que me dejó muy conforme”. Mujer, 79 años.

Una circunstancia particular constituyó las consultas por síntomas compatibles a COVID-19.

Encontramos que existía miedo y desinformación en cuanto al protocolo a seguir, plasmado en conductas evitativas y/o inadecuadas.

Las actitudes de los que presentaron síntomas (tres participantes) fueron divergentes. Una participante presentó dolor de garganta y febrícula, y decidió avisarle a su empleador, el cual le pagó el test ya que su obra social no lo cubría. Otra participante junto a su marido decidió llamar a la prepaga con la que contaban; al día siguiente los testearon en domicilio y cumplieron el aislamiento. El tercer participante con síntomas y habiendo viajado al exterior a principios de la cuarentena, presentó fiebre y dolor de garganta; pero prefirió esperar y no someterse al test de detección para no figurar en las listas del gobierno.

“No quiero consultar. ¿No puedo asumir que estoy infectado sin hisoparme y hacer la cuarentena de una en mi casa? (...) Mi miedo es que, si me hisopen y me da positivo, me lleven preso a Tecnópolis”. Hombre, 69 años.

Finalmente, en lo que se refiere a las consultas presenciales, estas fueron sometidas al juicio de su pertinencia, estando en tensión las expectativas del paciente (búsqueda de un diagnóstico o tratamiento) con los intentos del sistema de salud de mantener baja la circulación en los centros de atención (abiertos para servicios esenciales). Esto se puede ilustrar en una viñeta descrita por una participante, donde la relación médico-paciente se vio severamente afectada:

“Quise hacer la consulta y no encontraba turnos presenciales, era para el mastólogo y no me daban turnos. Lo resolví con una médica de la guardia del sanatorio, pero vi que los médicos estaban exaltados y uno me dijo que haga una video llamada por el COVID-19. Fue muy agresivo y a los gritos. Entiendo que estén saturados y estamos en la incertidumbre, pero esa forma no es la correcta. Me gritó ‘usted se equivocó, vaya y saque un turno por internet’. Fue porque tenía mocos y molestias, además de una dureza en la mama” (fue operada de cáncer de mama hace varios años). Mujer, 71 años.

4. El rol de las tecnologías de información y comunicación

Como se pudo mencionar en los puntos anteriormente expuestos, las tecnologías de información y comunicación tuvieron un rol clave en el soporte de las consultas y el acceso a la medicación crónica. Esto fue particularmente importante en la contención de los médicos/as de cabecera en situaciones donde el conocimiento previo del paciente facilita su uso:

“Tuve la presión alta y vino emergencia dos veces. Mi médica de cabecera en el Hospital Italiano dice que es emocional, siempre para esta fecha me sube la presión, me pone mal que sea invierno, que oscurezca temprano más la cuarentena. Cada 15 días hago una video llamada con la médica para controlarme, porque si se me bajan de golpe la presión pierdo potasio. Ya me pasó antes y no quiero que me vuelva a pasar e intentar, mientras están creciendo los contagios. Pido medicación por el portal”. Mujer, 67 años.

Debido a la falta de destreza en el manejo de las nuevas tecnologías, identificamos barreras para la implementación del cuidado de la salud en este contexto.

“(Las teleconsultas) Eso no sirve, yo a duras penas se manejar un celular. ¿De qué me están hablando?”.
Mujer, 67 años.

Sin embargo, las tecnologías fueron utilizadas también para consultas donde la capacidad operativa del medio era superada.

“Llamé al cardiólogo, para hacer una video llamada. Me dolía un poco el pecho”. Mujer, 76 años.

Además, algunas de las personas entrevistadas manifestaron que la consulta mediante telemedicina no fue siempre suficiente, ya que consideran el examen físico una herramienta crucial para el entendimiento y diagnóstico por el cual consultan.

“Una amiga mía hizo una de esas consultas; le pregunté: - ¿y qué te hizo el médico? – No, nada, me preguntó cómo andaba. Y eso no sirve para nada... Te tienes que revisar, si no te pueden revisar no es medicina” Mujer, 72 años.

Discusión

Hallazgos principales

A partir de las entrevistas realizadas pudimos dar cuenta de las experiencias de nuestros participantes ante las adaptaciones y cambios que sucedieron en el sistema de salud argentino, particularmente con relación a la accesibilidad. La suspensión de la consulta presencial, sea por el cierre de centros de salud o modificación de atención en los mismos (brindando solo servicios de demanda espontánea o guardia), dio lugar a la emergencia de las tecnologías de información y comunicación. Si bien eran dominadas por algunos, predominantemente WhatsApp; la mayoría de los participantes prefería la consulta presencial, muchas veces evidenciándose barreras para su uso. De esta manera se hace presente en este trabajo la necesidad de alfabetización digital de los adultos mayores para reducir la inequidad que genera la brecha digital.

Exploramos en los entrevistados la información que contaban acerca del COVID-19 y como era el manejo del paciente sospechoso o confirmado de esta enfermedad. Detectamos en varias ocasiones mala calidad de información, que se asociaba a miedo, ansiedad y propiciaba conductas evitativas a la hora de consultar al sistema de salud.

Relación con otras investigaciones

La falta de consultas por patologías agudas y graves disminuye la posibilidad de un tratamiento oportuno de las mismas, impactando en su morbimortalidad. En un estudio retrospectivo en el cual se realizó una encuesta estructurada a 31 centros asistenciales de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina y Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento, se evidenció que las consultas a emergencias y las hospitalizaciones disminuyeron. También lo hicieron los ingresos por angina de pecho, síndrome coronario agudo y los accidentes cerebrales vasculares¹³. Si bien no contamos con participantes que sufrieron consecuencias objetivas debido a la no consulta, evidenciamos situaciones puntuales ejemplares de un menor acercamiento al sistema de salud²².

Con respecto a las conductas de prevención de enfermedades oncológicas, la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina y la Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio reportó una caída en la cantidad de es-

tudios de pesquisa realizados durante la pandemia²³. Esto se correlaciona con lo encontrado en nuestras entrevistas, ya que muchas mujeres no pudieron acudir a realizarse la mamografía, por ejemplo, como método de tamizaje. Existe evidencia que indicaría que un retraso de cuatro semanas en el diagnóstico y tratamiento de cáncer se asocia con un aumento de la mortalidad en todas las formas comunes del mismo, y los retrasos más prolongados son cada vez más perjudiciales²⁴. En un modelaje a dos años se estimó un posible aumento de mortalidad debido a la disminución en las mamografías, Papanicolau y video colonoscopias durante el aislamiento, así como un retraso en el tratamiento del cáncer durante la pandemia, ya sea con quimioterapia, radioterapia o cirugía²⁵.

En nuestra investigación, particularmente en la primera parte del reporte, evidenciamos un aumento de los padecimientos mentales en el contexto de pandemia y aislamiento. Además, esta necesidad no se vio acompañada de una mayor disponibilidad de dispositivos de contención. De hecho, se relataron dificultades para acceder a los especialistas en salud mental. Esto coincide con lo identificado por la OMS en un relevamiento que hizo a 130 países entre junio y agosto de 2020, donde se evidenció que en más del 60% de los países que formaron parte contaron con perturbaciones en el acceso de los servicios de salud mental destinados a las personas mayores (70%). Además, el 30% señaló perturbaciones en el acceso a los medicamentos destinados a tratar trastornos mentales, neurológicos y derivados del consumo de drogas²⁶. En relación a las enfermedades crónicas, según la OMS, aproximadamente la mitad (53%) de los países que formaron parte de la encuesta informaron de interrupciones graves, completas o parciales de los servicios de manejo de la hipertensión²⁷, si bien nuestros participantes encontraron alternativas para mantener los tratamientos.

Los participantes valoraron el rol de la vacunación antigripal y anti-neumocócica en una etapa temprana del aislamiento. Esto es concordante con las preocupaciones en relación con la posibilidad de coinfecciones de COVID-19 que llevan a una mayor morbimortalidad. Además, el SARS-CoV-2 e influenza comparten los mismos grupos de alto riesgo, entre ellos las personas mayores²⁷⁻²⁹.

En Argentina, el Ministerio de la Salud de la Nación decidió comenzar con la aplicación de la vacuna antigripal al personal de salud y a los adultos mayores, distribuyendo más de 4 millones de vacunas antigripales en las diferentes provincias; luego avanzando con embarazadas y los niños de seis meses a dos años³⁰. A pesar de las recomendaciones, la caída sostenida en las coberturas de vacunación a nivel nacional llegó a niveles preocupantes según el Ministerio de Salud de la Nación³¹. En un estudio realizado en España, las aplicaciones de las diferentes vacunas han descendido entre 5 y 60%, dependiendo de la edad y del tipo de vacuna³².

La automedicación es un aspecto para tener en cuenta, dado que algunos participantes utilizaron esta práctica. Otros estudios a nivel nacional y en países de la región señalaron este fenómeno³³. Si bien la automedicación puede ser concebida como una estrategia adicional de autocuidado³⁴, no deja de ser una práctica potencialmente peligrosa por la falta de información en la población. Por ende, es un problema emergente y que no debe ser subestimado, sobre todo cuando las drogas utilizadas tienen efectos adversos potencialmente graves. A ello se suma que la polimedición en esta población es mayor, por lo que hay más posibilidades de interacciones^{35,36}.

El gasto en medicamentos de la población argentina puede haber cambiado en cierta medida en el periodo de cuarentena, el uso de desinfectantes y antisépticos se incrementó, mientras que la medicación para problemas agudos o no correspondientes a enfermedades crónicas vieron una merma en su compra. La medicación para enfermedades crónicas no transmisibles parece haberse mantenido estable en nuestra población de estudio y la población general³⁷. En nuestros resultados hubo un participante que tuvo un gasto de bolsillo incrementado en la compra de medicación debido a la imposibilidad de conseguir recetas para la misma, perdiendo así el descuento de su obra social. Esto podría evidenciar al factor económico como una potencial barrera para el acceso al sistema de salud.

En nuestro estudio, si bien la teleconsulta fue un medio muy utilizado, vale aclarar que el contexto durante el cual se realizó forzó a los participantes a consultar por este medio. Al ser consultados, coincidieron que la consulta presencial, por diferentes circunstancias hubiese sido su método de consulta elegido. Pero el ofrecer este servicio y que algunos hayan podido acceder a sus controles de salud, no quiere decir que esta haya sido una medida por completo efectiva y de acercamiento al sistema de salud. Muchos de nuestros participantes optaron por no seguir con estos controles, no por falta de voluntad, sino por falta de acceso/capacitación para la utilización de estos recursos, desestimando así la virtualidad como una opción.

En el año 2019 un grupo de investigadores del Hospital Italiano de Buenos Aires realizó un estudio sobre el uso de la telemedicina para la atención de enfermedades de las vías aéreas durante el brote epidemiológico de 2018 y el mismo concluyó que, al igual que en nuestro estudio, los adultos mayores prefieren asistir a la consulta presencial debido a las dificultades que les representa la comunicación por este medio, ya que no se encuentran adaptados al uso de las tecnologías³⁸. Esta coincidencia en ambos, no sorprende en vistas de los niveles de alfabetización digital expuestos en la revista Comisión Económica para América Latina y el Caribe en abril de 2019³⁹. En dicha publicación, los mayores de 65 años en la región de América Latina el 24% de la población adulta maneja con frecuencia internet, en el mejor de los casos, y un porcentaje cercano a la mitad de la población posee al menos una computadora en su domicilio. Si bien en nuestro país existe un esfuerzo por acercar a los adultos mayores a la tecnología, como, por ejemplo, mediante la sanción de leyes o de la Universidad Para Adultos Mayores Integrados. Sin embargo, la oferta de recursos no es sinónimo de disminución de barreras, tanto en lo tecnológico como en el acceso al sistema de salud. Esto se evidencia en las experiencias de nuestros participantes.

Para investigaciones futuras

Teniendo en cuenta las limitaciones de nuestro estudio, es necesario que se evalúen las variaciones regionales y las diferentes implicancias en los diferentes sectores del sistema de salud argentino (prepaga, obra social, sistema público) y de esta forma evaluar si nuestros resultados son extrapolables a distintas poblaciones. Otro punto a tener en cuenta es la evaluación de los subgrupos más vulnerables o de bajos recursos que probablemente requieran estrategias más dirigidas y no fueron evaluadas en este estudio. A su vez explorar el impacto de la telemedicina y cómo puede generarse un sistema mixto estableciendo las prácticas factibles de ser atendidas por este medio de forma más eficiente. También es fundamental evaluar el impacto de las medidas puestas en pausa a principios del aislamiento como ser la vacunación y las medidas de tamizaje. Otro punto interesante,

sería estudiar y medir el impacto de la infodemia y los *fake news* sobre COVID-19 en esta población.

Debilidades y fortalezas

Nuestra investigación tiene algunas limitaciones. En primer lugar, nuestro método de comunicación con los participantes fue telefónico, pudiendo haber dejado afuera del estudio a personas más aisladas o sin uso de teléfono. Además, en algunos casos, previo a la llamada nos comunicábamos por WhatsApp para coordinar la hora de la entrevista incluyendo a personas con un mínimo uso de las tecnologías de la información. En segundo lugar, si bien tuvimos un segundo y hasta un tercer contacto con algunos de los entrevistados, en la gran mayoría (75%) solo se realizó un encuentro pudiendo haber afectado la recolección de los datos para esta investigación. En tercer lugar, los participantes eran adultos mayores de clase media del área metropolitana que, en su mayoría, contaban con cobertura de salud de la seguridad social (incluyendo el Programa de Atención Médica Integral, PAMI) y/o medicina privada, sin explorar otros estratos sociales o personas dependientes exclusivamente del subsistema público. La transferibilidad de nuestro estudio está limitada por las características del sistema de salud y la organización de los cuidados de los adultos mayores en una zona urbana. Sin embargo, creemos que muchas de las adaptaciones como la emergencia de la telemedicina son extrapolables a otros entornos que la implementan, especialmente la realidad de Latinoamérica, donde los sistemas de salud comparten la característica de estar fragmentados en seguridad social, medicina privada y efectores públicos. A su vez, la alfabetización digital y otras necesidades de los adultos mayores en situación de multimorbilidad pueden ser comunes a los de nuestros participantes.

Entre las fortalezas de nuestro estudio es posible mencionar que realizamos un número clave de entrevistas con información relevante, las cuales nos han servido para llevar a cabo este trabajo durante el aislamiento social obligatorio. La forma de trabajo fue mediante reuniones semanales donde se discutieron los datos recabados en las entrevistas de la semana. Exploramos puntos de vista considerando la diversidad geográfica y de género, y los entrevistados se sintieron cómodos compartiendo sus experiencias libremente. Utilizamos una metodología sistemática de registro y codificación de los datos, y el análisis fue manejado por investigadores de diversos ámbitos (medicina, psicología y sociología). Procesamos los datos con celeridad dado que consideramos que pueden ser de utilidad para futuras investigaciones y la toma de decisiones. El estudio fue reportado siguiendo los estándares internacionales de transparencia en investigación cualitativa.

Conclusión

La pandemia de COVID-19 generó un nuevo escenario en el que se afectó la accesibilidad al sistema de salud, a expensas de un menor acceso a consultas de modalidad presencial.

Las necesidades emergentes obligaron la aparición de nuevas estrategias de atención, que se centraron en su mayoría en las tecnologías de información y comunicación.

Esto, si bien significó una solución para muchos adultos mayores, también generó nuevos excluidos debido a las brechas tecnológicas preexistentes.

Notas

Roles de contribución

CAL., GB, RV: validación, análisis formal, investigación, recursos, curación de datos, redacción (revisiones y ediciones), visualización. MG: Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, recursos, curación de datos, redacción (revisiones y ediciones), visualización, supervisión. PP, JSA: Validación, investigación, redacción (revisiones y ediciones), curación de datos. XSPS: Conceptualización, metodología, investigación, validación, redacción (revisiones y ediciones), supervisión, curación de datos. JVAF: Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, redacción (revisiones y ediciones), validación, recursos, curación de datos, visualización, administración del proyecto, supervisión, administración del proyecto y adquisición de fondos. VD: investigación, curación de datos, redacción (revisiones y ediciones).

Conflictos de interés

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE y declaran no tener conflictos de interés. Los formularios se pueden solicitar contactando con el autor responsable o con la dirección editorial de la Revista.

Financiamiento

Los autores agradecen el financiamiento de esta investigación. La misma fue cofinanciada por la Universidad Nacional de la Matanza (Programa Vincular UNLaM, edición 2020) y el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo en total acuerdo con las normativas internacionales de la ética de la investigación. El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Universitario del Instituto Universitario Hospital Italiano y aprobado (N° 0001-20).

De los editores

Este artículo fue enviado en español a la revista, idioma en el cual fue revisador por los pares revisores.

Referencias

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population projected to reach 9.8 billion in 2050, and 11.2 billion in 2100. New York: UN DESA; 2017. [On line]. | [Link](#) |
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. Censo 2010. Buenos Aires: INDEC; 2018. [On line]. | [Link](#) |
3. Acosta LD. Factores asociados a la satisfacción vital en una muestra representativa de personas mayores de Argentina. *Hacia promocio salud*. 2019;24(1):56-69. | [CrossRef](#) |
4. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health*. 2006 Jun;18(3):359-84. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Apr 7;323(13):1239-1242. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Livingston E, Bucher K. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA*. 2020 Apr 14;323(14):1335. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Boletín oficial República Argentina. Aislamiento social preventivo y obligatorio, Decreto 297/2020. Buenos Aires; 2020. [On line]. | [Link](#) |
8. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review.

- Cochrane Database Syst Rev. 2020 Sep 15;9:CD013574. | [Cross-Ref](#) | [PubMed](#) |
9. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e256. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 10. Palacios A, Espinola N, Rojas-Roque C. Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina. *Int J Equity Health*. 2020 Jul 31;19(1):67. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 11. Centers for disease control and prevention. Framework for Healthcare Systems Providing Non-COVID-19 Clinical Care During the COVID-19 Pandemic. USA: CDC; 2020. [On line]. | [Link](#) |
 12. World health organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, Aug 27 2020. Geneva: WHO; 2020. [On line]. | [Link](#) |
 13. Bozovich G, Alves de Lima A, Fosco M, Burgos LM, Martínez R, Dupuy de Lome R, et al. Daño colateral de la pandemia por covid-19 en centros privados de salud de Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*. 2020;80 Suppl III:37-4. [On line]. | [Link](#) |
 14. Colmenares AM, Piñero MA. La investigación acción: Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. *Laurus*. 2008;14(27):96-114. [On line]. | [Link](#) |
 15. Vidal Ledo M, Rivera Michelen N. Investigación-acción. *Educ Med Super*. 2007;21(4). [On line]. | [Link](#) |
 16. Díaz Llanes G. La investigación-acción en el primer nivel de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005;21(3-4). [On line]. | [Link](#) |
 17. Crozier G, Denzin N, Lincoln Y. Handbook of Qualitative Research. *Br J Educ Stud*. 1994 Dec;42(4):409. | [CrossRef](#) |
 18. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. 1 Ed. Buenos Aires: Paidós; 1987. 344 p. [On line]. | [Link](#) |
 19. Shaw E. A guide to the qualitative research process: evidence from a small firm study. *Qualitative Market Research*. 1999;2(2):59-70. | [CrossRef](#) |
 20. Smith L, Rosenzweig L, Schmidt M. Best Practices in the Reporting of Participatory Action Research: Embracing Both the Forest and the Trees 197. *Couns Psychol*. 2010;38(8):1115-38. | [Cross-Ref](#) |
 21. Pisula P, Salas-Apaza JA, Báez GN, Loza CA, Valverdi R, Discacciati V, et al. A qualitative study on the elderly and mental health during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 1. *Medwave*. 2021;21(04):e8186. | [CrossRef](#) |
 22. García S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, et al. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Jun 9;75(22):2871-2872. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 23. Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina, Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio. La epidemia por coronavirus no elimina ni posterga otras enfermedades. El desafío de no caer en desatención. Buenos Aires: ADECRA CEDIM; 2020. [On line]. | [Link](#) |
 24. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020 Nov 4;371:m4087. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 25. Sharpless NE. COVID-19 and cancer. *Science*. 2020 Jun 19;368(6497):1290. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 26. Organización mundial de la salud. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Ginebra: OMS; 2020. [On line]. | [Link](#) |

27. De Savigny D, Adam T, World Health Organization. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Geneva: WHO; 2009. [On line]. | [Link](#) |
28. Maltezou HC, Theodoridou K, Poland G. Influenza immunization and COVID-19. *Vaccine*. 2020 Sep 3;38(39):6078-6079. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
29. Dinleyici EC, Borrow R, Safadi MAP, van Damme P, Munoz FM. Vaccines and routine immunization strategies during the COVID-19 pandemic. *Hum Vaccin Immunother*. 2021 Feb 1;17(2):400-407. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
30. Gobierno de Argentina. A partir de la semana que viene arranca la segunda etapa de vacunación antigripal. 2020. [On line]. | [Link](#) |
31. Ministerio de Salud de Argentina, Banco de Recursos de Comunicación. Sostenimiento de la vacunación de Calendario en contexto de pandemia. Argentina; 2020. [On line]. | [Link](#) |
32. Moraga-Llop FA, Fernández-Prada M, Grande-Tejada AM, Martínez-Alcorta LI, Moreno-Pérez D, Pérez-Martín JJ. Recuperando las coberturas vacunales perdidas en la pandemia de COVID-19 [Recovering lost vaccine coverage due to COVID-19 pandemic]. *Vacunas*. 2020 Jul-Dec;21(2):129-135. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
33. Quispe-Cañari JF, Fidel-Rosales E, Manrique D, Mascaró-Zan J, Huamán-Castillón KM, Chamorro-Espinoza SE, et al. Prevalence of Self-Medication during the COVID-19 Pandemic in Peru. *SSRN Electronic Journal*. 2020. | [CrossRef](#) |
34. Ruiz ME. Risks of self-medication practices. *Curr Drug Saf*. 2010 Oct;5(4):315-23. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
35. Gouverneur A. Efectos adversos medicamentosos y farmacovigilancia. *EMC - Tratado de Medicina*. 2020;24(2):1-5. | [CrossRef](#) |
36. Malik M, Tahir MJ, Jabbar R, Ahmed A, Hussain R. Self-medication during Covid-19 pandemic: challenges and opportunities. *Drugs Ther Perspect*. 2020 Oct 3:1-3. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
37. Confederación farmacéutica Argentina. Pandemia, cuarentena y medicamentos para enfermedades crónicas – Segunda Parte. COFA; 2020. [On line]. | [Link](#) |
38. Frid SA, Ratti MFG, Pedretti A, Pollan J, Martínez B, Abreu AL, et al. Telemedicine for Upper Respiratory Tract Infections During 2018 Epidemiological Outbreak in South America. *Stud Health Technol Inform*. 2019 Aug 21;264:586-590. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
39. Sunkel G, Ullmann H. Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital. *Revista de la CEPAL*. 2019;2019(127):243-68. | [CrossRef](#) |

Correspondencia a

Potosí 4265
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
C1199



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.