

El Acceso a la atención de la salud como elemento diferenciador de la calidad de vida. Estudio de casos en General Pueyrredon, Argentina

Prof. Nélica M. Barabino¹

“La salud no constituye un fin en sí mismo, para el individuo, ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador.”

Dr. Ramón Carrillo

El trabajo de investigación del que se desprenden las conclusiones que aquí se presentan fue realizado a partir del interés por conocer cómo el acceso a la atención para la salud opera como elemento diferenciador de la calidad de vida de la población, de acuerdo a su nivel de inserción social.

Objetivo:

Analizar las condiciones diferenciales en que acceden a la atención para la salud los miembros de hogares pobres y no pobres en el Partido de General Pueyrredon, Argentina.

Contexto del análisis:

En Argentina, como en otros países de Latinoamérica, han sido múltiples los factores que intervinieron en las últimas décadas para que el Estado modifique las formas históricas de prestación de servicios sociales básicos destinados a la población en general y a aquellos sectores de bajos recursos en particular. Estos factores se identifican globalmente como “achicamiento del Estado”, básicamente a través de la implementación de políticas de tipo neoliberal, con amplia participación de empresas privadas haciéndose cargo, por distintos mecanismos, de prestaciones sociales. Otro factor, que en el marco de estas políticas ha tenido muy fuerte impacto sobre las poblaciones es la modificación profunda de las condiciones que presenta el mercado de trabajo, que tiende cada vez más hacia algún tipo de informalidad, precarización o liberalización.

Estos cambios han redefinido la relación entre las políticas instrumentadas para fomentar el crecimiento económico y aquellas que persiguen la equidad social y han redefinido las tendencias en cuanto a los efectos indirectos de la política social. *“La desestructuración del proteccionismo a favor de los trabajadores organizados está replanteando los términos de la relación entre la reproducción de la fuerza laboral y su desmercantilización, toda vez que el fantasma del desempleo está disciplinando rápidamente a los sindicatos y su base de sustentación. No debe escapar al análisis,*

¹ Investigadora integrante del Grupo de Investigación Calidad de Vida, UNMP.

que los cambios plasmados en términos normativos van debilitando la calidad de la ciudadanía a la par que crece la exclusión y la heterogeneidad de la pobreza”. (Repetto, 2003).

Entre las modificaciones introducidas una de las más destacable es la modificación en el rol de los gobiernos municipales que han debido asumir ahora nuevas responsabilidades pues tal como lo señala Carrión (1998) “*es el aparato estatal más próximo a la sociedad civil y, por lo tanto a la cotidianeidad*”, y “*en el nivel local, las políticas sociales tienen que dar respuesta a los problemas inmediatos, en especial los referidos a la asistencia directa a los sectores más empobrecidos de la población*” (Arroyo, 2001).

En cuanto a la disponibilidad de centros asistenciales dependientes del municipio de General Pueyrredon, que nos ocupan en este trabajo, hay que considerar también que si bien son públicos – y gratuitos- a la utilización de los mismos debe sumárseles un costo asociado en concepto de transporte en que debe incurrir la población. Es por eso que la distancia entre los lugares de la prestación y la localización de la demanda es un factor muy importante a tener en cuenta tal como lo señalan Bosque Sendra y Moreno Jiménez (2007) al indicar que la eficiencia espacial de un sistema de salud es la minimización de las distancias entre la demanda y la institución.

Metodología:

Nuestro Grupo de Investigación se ha abocado específicamente, desde mediados de la década del '90 al estudio de las condiciones de vida de la población del Partido de General Pueyrredon, atendiendo específicamente al segmento más vulnerable del conjunto poblacional urbano. Para llevar adelante los distintos tramos de la investigación se han desarrollado estrategias metodológicas apropiadas y específicas a los efectos de tipificar sectores sociales por sus niveles de vida, integración social, rasgos morfológicos, relación con el mercado de trabajo, participación ciudadana, entre otros.

Como resultado del análisis bajo este esquema metodológico se ha comprobado la existencia de 4 grandes segmentos sociales, que numerados de 1 a 4 identifican a los hogares desde el mayor al menor grado de integración social. Los dos primeros segmentos (Tipo 1: de alta integración social y Tipo 2: de integración social media) se agrupan para formar el segmento de población No Pobre (NP), en tanto los dos restantes (Tipo 3: de baja integración social y tipo 4: de integración social precaria) se reconocen como hogares del segmento Pobre (P).

Entre el conjunto de indicadores que fueron tomados para establecer la tipificación a que se hace referencia está la dependencia, según su grado, de la asistencia pública gratuita a la que pueden acceder, en lo que se refiere específicamente a atención de la salud.

Para la indagación sobre este tema se empleó, en una encuesta diseñada e instrumentada ad hoc, un grupo de preguntas específicas que se resumen en los tres ejes siguientes:

- 1) Disponibilidad de centros atención de salud y prestaciones de carácter oficial.
- 2) Accesibilidad de la población al servicio de atención de la salud.
- 3) Percepción sobre la atención que se brinda.

El relevamiento de los datos que originan este trabajo se efectuó a partir de una encuesta semi estructurada diseñada por el propio Grupo de Investigación y administrada por sus integrantes en distintas zonas del ejido urbano, más las localidades Batán y Chapadmalal, localizadas ambas dentro del Partido pero alejadas de la ciudad de Mar del Plata que es la ciudad cabecera del partido.

La selección de casos de estudio -444 hogares seleccionados repartidos igualitariamente entre los 4 segmentos sociales- se definió a partir de la identificación de hogares de distinto grado de integración social en distintas áreas del conjunto espacial y en relación a la existencia en cada uno de ellos de centros sanitarios (también escuelas) que dependen del gobierno municipal. Es necesario señalar aquí que los resultados obtenidos son altamente significativos, pero no poseen la posibilidad de expandirse matemáticamente al total de la población por tratarse de casos seleccionados (Estudio de casos).

Resultados:

Cuadro 1: Variables seleccionadas del aspecto salud. Comparación de resultados entre hogares Pobres y No Pobres. Sobre 444 casos seleccionados, en %.

Variables		Hogares Pobres	Hogares No Pobres
Hogares que utilizan el Servicio de Salud Municipal		25.45	74.55
Hogares que poseen cobertura social		83.63	16.37
Hogares que asisten y poseen cobertura social		11.32	15.42
Distancia que recorren	< 5 cuadras	57.57	42.43
	5-10 cuadras	12.11	44.83
	10-20 cuadras	3.02	6.44
	>20 cuadras	-	2.95
Opinión sobre la atención	Buena	44.69	66.34
	Regular	28.03	21.29
	Mala	-	5.79
Medio que utilizan para concurrir	Caminando	50.00	78.30
	Auto	3.03	0.72
	Otro	19.69	20.98
Debió pagar para atenderse (se consideran respuestas afirmativas)		23.48	19.60
Lugar de derivación	H. Interzonal	5.30	18.57
	H. Materno	4.54	69.07
	Otros	4.54	12.36
Se le entregaron medicamentos en forma gratuita (se registran respuestas afirmativas)		36.36	64.83
Debió pagar insumos (se registran respuestas afirmativas)		7.57	5.79

Fuente: Elaboración propia a partir de relevamiento GICV

En el conjunto de hogares, la primera variable analizada es la utilización o no de los centros sanitarios municipales y tal como puede apreciarse en el cuadro anterior los hogares del segmento pobre alcanzan una representación positiva del 74.55%, prácticamente triplicando el porcentaje alcanzado por los hogares que integran el conjunto de hogares NP. Las razones que determinan esta diferencia debemos buscarlas en la relación que poseen los miembros de los hogares NP con el mercado de trabajo que les garantiza por una parte poseer cobertura social (Obra social) a partir de la

formalidad de sus trabajos o bien sus ingresos les permiten acceder a la contratación de un sistema de cobertura prepago. Contrariamente los integrantes de los hogares pobres padecen una fuerte marginación en el mercado de trabajo que se manifiesta tanto por las características de la relación contractual (en el caso de los asalariados) como trabajo no registrado – en negro- cuanto por la carencia de los beneficios indirectos que la formalidad del trabajo registrado implica. También es necesario tener en cuenta que la población tipificada conjuntamente como Pobre (Tipos 3 y 4), encuentra en el trabajo cuentapropista una actividad de refugio ante un mercado de trabajo que se le niega desde hace aproximadamente dos décadas, pero esas actividades que desarrollan por su propia cuenta no les permite acceder, muchas veces, a la cobertura de las necesidades básicas del hogar, entre las que merece especial consideración la atención de la salud del propio trabajador y su grupo dependiente.

No parece casual, entonces, que casi el 50% de los usuarios del sistema de salud municipal, gratuito, pertenezcan al segmento pobre y no posean cobertura. Esta alta concentración de carentes manifiesta la dependencia absoluta que los mismos presentan del sistema oficial. También debe tenerse en cuenta que el sistema de obras sociales no alcanza una cobertura del 100% en las prestaciones, debiéndose sostener la diferencia a través de la implementación de co-pagos que en muchas oportunidades la población pobre no está en condiciones de realizar. En general las obras sociales alcanzan una cobertura de alrededor del 70% en consultas, porcentaje similar en medicamentos, raramente cubren el costo de insumos descartables y no suelen atender prácticas de alta gama.

Siguiendo con la lectura del cuadro, otro dato que llama la atención es el porcentaje - 11.32- de hogares que disponiendo de cobertura asisten a los centros de atención gratuita. Al indagar sobre las razones, las respuestas recabadas apuntan a que se dirigen allí por alguna emergencia específica o por prácticas más relacionadas con la enfermería (vacunación, inyecciones, control de tensión arterial) que con la atención médica estricta.

Respecto de otra de las variables analizadas que tiene relación con la accesibilidad a los centros de atención pública y considerada ésta en distancia, se observa que mayoritariamente quienes concurren lo hacen desde un área próxima, sobre todo en lo que respecta a hogares NP. De igual manera entre los hogares pobres es significativo el valor que alcanzan las mayores distancias, encontrándose casos (alrededor del 10%) que deben recorrer trayectos de más de 10 cuadras, y una tercera parte de los mismos se encuentran a más de 20 cuadras. A esto debe sumarse que cuando la población es interrogada respecto de cual es el medio de transporte que utiliza para dirigirse a la atención pública prácticamente el 80 por ciento del segmento pobre manifiesta hacerlo caminando, en tanto que entre los NP esa categoría alcanza sólo el 50%. La categoría “otro” medio de transporte alcanza el 20.98% para el conjunto P y se han incluido allí el transporte urbano de colectivos, bicicletas y motos.

Además, respecto de la accesibilidad, es necesario realizar dos consideraciones que podrían calificarse como positiva una y preocupante la otra. En primer término hay que observar que la localización de los centros sanitarios municipales se encuentran ubicados en áreas de alta concentración de población pobre, en muchos casos próximos a asentamientos precarios y que el radio de cobertura que alcanzan es de aproximadamente 20 cuadras, disminuyendo sensiblemente la asistencia en la medida que la distancia aumenta. De esta apreciación puede inferirse que la localización de los mismos no es desatinada. Por otra parte, y en referencia a la consideración que despierta preocupación, hay que tener en cuenta que en muchas oportunidades la población debe

concurrir a la asistencia no para atender su salud de manera preventiva, sino que lo hace específicamente ante situaciones de enfermedad, por lo que el traslado caminando o en otro medio que no sea automotor lo dificulta o podría poner en riesgo al paciente. Por último debe tenerse en cuenta la importante cantidad de niños que integran los hogares pobres por lo que la demanda suele ser constante, sumada a las dificultades que se presentan ante la necesidad de trasladar un menor enfermo, caminando y por espacio de 20 cuadras.

El otro aspecto que alcanza relevancia en el contexto de este análisis es la relación que existe entre los centros sanitarios de atención primaria (habitualmente denominadas “salas”) y los centros de mayor complejidad existentes en General Pueyrredon, en Mar del Plata puntualmente. En el esquema sanitario municipal los centros de atención están clasificados en función de su complejidad y de las prestaciones que brindan en cuatro categorías diferentes: Institutos, que poseen servicios específicos, tal por ejemplo el Instituto Rómulo Etcheverry de maternidad e infancia, que está abocado específicamente a la atención sanitaria femenina, ginecología, obstetricia, laboratorios de análisis y atención de niños en el primer tramo de edades. También existen otros institutos específicos como el de salud mental. Los centros de salud propiamente denominados, están localizados básicamente hacia la periferia de la ciudad y el grado de complejidad de las prestaciones que brindan alcanza diagnósticos por imagen de rango básico (RX, Ecografía), clínica médica, enfermería, pediatría, ginecología, laboratorios de análisis clínicos y prestaciones profesionales especializadas por áreas, aún cuando las mismas no suelen ser permanentes sino rotativas con frecuencias de dos o tres veces a la semana. En tercer lugar figuran las salas de atención primaria que constan básicamente de clínica médica y enfermería y en algunas oportunidades se desarrollan allí programas preventivos o campañas específicas (tensión arterial, diabetes, drogadependencia, VIH, gripe, parasitosis, etc.). El último eslabón está conformado por las postas sanitarias, de relativamente reciente instalación y que tienen por objeto que el Sistema de Salud Municipal adquiera presencia en aquellas zonas de la ciudad o del Partido donde por las transformaciones territoriales del asentamiento poblacional se fue generando recientemente la demanda. Su creación se enmarca en el Sistema Nacional de Salud destinado a niños adultos y ancianos. En ellas están incluidos el médico de cabecera, la enfermera, el pediatra, la asistente social y por su nivel de baja complejidad operan bajo la supervisión del Centro de Salud de su zona de influencia

Hay rasgos que caracterizan a todo el sistema, como es la ausencia de lugares de internación, de salas de parto, como así de aquellos destinados a prácticas quirúrgicas.

Las consideraciones previas nos llevan, entonces, a analizar otra de las preguntas que se realizaron y que tiene que ver con los lugares de derivación de pacientes. En tal sentido las respuestas indican que el mayor porcentaje corresponde al Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) –conocido como “el regional”, que administrativamente depende de la Provincia de Buenos Aires, localizado hacia las afueras de la ciudad, próximo a vías de circulación rápida, conectadas a rutas provinciales y está destinado a la atención de población con carácter agudo para una amplia zona de la Provincia, abarcando todas las situaciones de accidentología de la ciudad y de otras ciudades de Partidos vecinos. Dicho esto es fácil comprender que no debiera ser ese el lugar destinado para las derivaciones, y esto por el doble perjuicio que representan las mismas; por una parte la ocupación de profesionales/camas por pacientes que no requieren atención de agudos y por otra parte los riesgos intrahospitalarios. En segundo lugar en cuanto a lugar de derivación se encuentra el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, (HIEMI) -conocido como “el materno”- también de administración

provincial, localizado en el macrocentro de la ciudad y con las restantes características de cobertura iguales a las mencionadas.

Las respuestas recabadas indican que el 18.57% de las derivaciones de pacientes de los hogares P son hacia el HIGA, el 69.07% hacia el HIEMI y un 12.36% hacia otros lugares entre los que figuran otras dependencias municipales que brindan mayor diversidad de servicios. En cambio entre los hogares NP, sólo un 5.30% representa a las derivaciones realizadas hacia el HIGA, un 4.54% hacia el HIEMI e igual porcentaje hacia otros lugares.

La lectura de estos datos, complementada con otras respuestas –de carácter cualitativo– brindadas por los informantes indican que entre los hogares P ante la necesidad de recurrir a servicios que no se prestan en el sistema municipal deben concurrir indefectiblemente a alguno de los lugares mencionados por cuanto los mismos son gratuitos. El porcentaje tan significativo que representan las derivaciones hacia “el materno” también deben ser considerado con relación al alto número de niños que existen en los hogares pobres y a la alta tasa de natalidad que registra ese segmento. En cambio entre los hogares NP, no sólo que la cantidad de niños y la tasa de natalidad son menores sino que disponen de otros medios económicos para concurrir a otros centros asistenciales pagos utilizando sus obras sociales o sistemas prepagos. Por último no debe faltar a este análisis la referencia a que el municipio no dispone de vehículos de traslado –ambulancias– de uso exclusivo en cada Sala o Centro de salud, por lo que ante las emergencias deben redistribuirse los existentes o recurrir a los de los propios hospitales mencionados.

En las últimas preguntas que se le realizaron a la población, se hizo referencia a la entrega gratuita de medicamentos y en tal sentido sí aparece una diferencia significativa entre los dos grupos estudiados puesto que mientras los hogares pobres registran respuestas afirmativas por un 64.83%, las mismas son de un 36.36% para el grupo NP. Aquí también debe considerarse que en los últimos años en nuestro país se implementó el programa ReMeDiAr de distribución gratuita de medicamentos bajo receta en centros sanitarios oficiales y destinado prioritariamente a población de escasos recursos.

En cuanto a la interrogación respecto de si la población debió abonar por algún servicio u otro concepto en oportunidad de concurrir a alguna dependencia sanitaria municipal, se recaban respuestas positivas con porcentajes inferiores al 10%, siendo menores los mismos en el segmento pobre. Preguntada la población si conocía en que concepto se había solicitado ese pago las respuestas se orientan a que es un bono de ayuda o contribución no obligatorio lo que se solicita. En este sentido lo que llama la atención es que no existe diferencia sustancial entre las respuestas de ambos sectores lo que podría interpretarse como una baja disposición de la población NP a prestar esa colaboración.

Finalmente se interrogó sobre el grado de satisfacción respecto de la atención recibida, las respuestas se sintetizaron en las tres categorías básicas Buena, Regular y Mala y la interpretación resultante es que en general la opinión es buena, no registrándose respuestas para la categoría Mala entre la población NP, en tanto sí existe un porcentaje del 5.79% para la misma entre la población P.

Reflexión final:

La frase del sanitarista Ramón Carrillo incluida al inicio del trabajo señala que si la salud es una prestación más que el trabajador debe asumir, junto a otros aspectos, no se lograría una vida plena.

Siguiendo ese criterio y con los resultados del análisis presentado para los segmentos de población pobre y no pobre existentes en el conjunto de la población de General

Pueyrredon –a partir de una selección de áreas y casos de estudio- puede afirmarse que efectivamente los pobladores que cuentan con trabajos formales o cuyos ingresos les permiten asegurarse la cobertura para las prestaciones por la vía de las obras sociales y/o mutuales que se desprenden de la formalidad de sus trabajos o que pueden acceder vía sus ingresos a la contratación de sistemas pre pagos, no tienen necesidad de depender de los sistemas públicos gratuitos, sean éstos municipales o provinciales. Por el contrario la población de condición pobre, sea por el sentido de carencia de esa formalidad, desocupación o porque logran ingresos insuficientes dependen de manera casi exclusiva de los mismos.

Varios de los aspectos que se han detallado en esta ponencia van en ese sentido de análisis y se apoya con mayor énfasis al considerar que las áreas seleccionadas para el relevamiento son las mismas, los centros de salud dependientes del municipio también son los mismos y sólo cambian las condiciones, de pobreza o no pobreza de los hogares encuestados.

Atendiendo a las diferencias detectadas podemos sostener que el acceso a la atención de la salud opera efectivamente como un elemento diferenciador de la calidad de vida de la población.

Bibliografía Consultada:

Arroyo, Daniel (1997): “La Política Social Local. Estilos de Gestión y Políticas Sociales Municipales en Argentina”.

Bosque Sendra, J. y Moreno Jiménez, A. (2004): “Sistemas de información geográfica y localización de instalaciones y equipamientos”. Ra-Ma, Madrid

Brugé, Quim y Goma, Ricard (1998): “Gobiernos Locales y Políticas Públicas. Bienestar Social, Promoción Económica y Territorio”. Editorial Ariel. Barcelona.

Carrión, Fernando (Octubre 1998): “Nuevas tendencias de la urbanización en América Latina”; Módulo del curso de posgrado de especialización en Gestión y Planificación Urbana.

Coraggio, José Luis(1995): *Desarrollo Humano, Economía Popular y Educación*; Aique Grupo Editor.

González García, G. y Tobar, F. (2004): “Salud para los Argentinos”. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

Grupo de Investigación Calidad de Vida (1998): “Elementos para el Análisis de la Reproducción Social”. Documento de Trabajo N° 1. Facultad de Humanidades, UNMP.

Grupo de Investigación Calidad de Vida (1998): “Mercado de Trabajo y Reproducción Social: Precariedad y Adaptación de los Hogares Marplatenses”. Documento de Trabajo N° 2. Facultad de Humanidades, UNMP.

Grupo de Investigación Calidad de vida (1999): “Hábitat y vivienda en una sociedad fragmentada”. Resultados de una encuesta a los hogares marplatenses en el año 1998. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Grupo de Investigación Calidad de Vida (2001): “Informe Final de Investigación 2001. (Inédito).

Isuani, Ernesto A./Tenti Fanfani, Emilio (1989): *Estado Democrático y Política Social*. Editorial Universitaria. Buenos Aires.

Passalacqua, Eduardo/Villar, Alejandro (1994): "La Política de los Municipios Argentinos, un panorama global", en Revista de Ciencias Sociales N° 1. Buenos Aires.

Prévot Schapira; Marie France (2001): “Fragmentación Espacial y social: Conceptos y Realidades”, en Perfiles Latinoamericanos N° 19.

Torrado, Susana (1992): *Estructura social de la Argentina: 1945-1983*. Ed. De La Flor, Bs. As.

Villasante, Tomás R. (1998): “Metodología de intervención y gestión local”; Módulo N° 5; Curso de Posgrado en Gestión y Planificación Urbana; Mar del Plata; Argentina.

Vinocur, Pablo/Halprín W., Leopoldo (Septiembre de 2003): Pobreza y Políticas Sociales en la Argentina de los 90. Informe para la comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas.