

LA MOVILIDAD DE LA METROPOLIS DESIGUAL: EL VIAJE A LA SALUD PUBLICA Y GRATUITA EN LA PERIFERIA DE BUENOS AIRES.

Dra. Andrea Gutiérrez.

CONICET / UBA – Instituto de Geografía – Programa Transporte y Territorio.

1. PLANTEO DEL TEMA.

La periferia más lejana de las grandes metrópolis es el escenario de cambios distintivos de la dinámica urbana reciente. Extensas zonas de transición con población urbana discontinua y de baja densidad, pueblos rurales y población dispersa componen lo que se denomina periurbano, rururbano o periferia lejana. El periurbano de Buenos Aires soporta la explosión demográfica de las últimas dos décadas y expresa las mayores inequidades: población de altos ingresos residente en urbanizaciones cerradas ubicadas alrededor de las nuevas autopistas, coexiste con aquella más pobre, expulsada hacia zonas con problemas ambientales (contaminación, inundaciones, etc.), carentes de infraestructura y servicios (de transporte inclusive), y con ferrocarriles abandonados en los '90 o deteriorados. La consolidación de esta tendencia de sectores medios y altos a residir en forma permanente o temporal en zonas anteriormente consideradas pobres, tiene su desarrollo más dinámico en los partidos de Pilar, Escobar y Tigre en el norte, seguidos de Moreno, General Rodríguez y Luján en el oeste. Los dos primeros y los dos últimos son partidos periurbanos.

La relevancia del caso está dada por esta singularidad, y por el aumento de la maternidad temprana, de la mortalidad materna e infantil y por una creciente feminización del SIDA. La participación de embarazos adolescentes (menores de 19 años) sobre el total es creciente y la mortalidad infantil un 85% mayor en estos casos que en madres de entre 20 y 34 años, lo que las define como grupo de alto riesgo para la salud. En Argentina hay un vacío de evidencia que vincule la movilidad con la salud de la población en general, y en particular con la de grupos vulnerables como madres adolescentes pobres. La falta de conocimiento sobre dicha articulación limita la definición y aplicación de políticas públicas.

Extensión territorial difusa y desigualdad socioespacial, son dos características distintivas de la gran ciudad en la globalización, que la literatura coincide en señalar y que el caso de Buenos Aires refleja. Vulnerabilidad e inclusión son conceptos que se colocan en estrecha vinculación con esta situación. La vulnerabilidad de la metrópolis desigual tiene contrapartida en su movilidad. La movilidad desigual alberga una movilidad vulnerable. Una *movilidad vulnerable* donde las necesidades de desplazamiento no se realizan en viajes, o lo hacen en viajes que están en riesgo de continuidad, reducción o deterioro por la intervención de obstáculos que tornan frágil o débil la movilidad del grupo social.

El transporte de personas tiene un rol a cumplir en la inclusión social, pero todavía no se entiende ni conoce en profundidad el papel que juega la movilidad en las formas de vida de la ciudad contemporánea. Comprender este papel requiere, asimismo, mejorar el entendimiento de la relación entre la movilidad y las políticas públicas que hacen a la inclusión social, como la salud. Una mirada desde la movilidad, pero en relación transversal con otras políticas y más allá de las propias de transporte (sean redes o servicios). Por esto, el tema de estudio es la movilidad de embarazadas adolescente pobres del rururbano de Buenos Aires hacia el servicio de salud pública.

El documento presenta parte de los resultados obtenidos por la investigación desarrollada en el marco del Programa Internacional de Investigación en Red Mobility & Health del International

Forum for Rural Transport Development¹, cuyos objetivos generales son promover el derecho a la movilidad como un derecho social básico de inclusión, e instalar en la agenda pública los problemas de movilidad en materia de atención de la salud básica, universal y gratuita. Se selecciona la evidencia recogida entorno a dos cuestiones: 1) la práctica de viaje de grupos vulnerables en zonas metropolitanas periféricas, 2) su incidencia en el acceso a la salud como política de inclusión.

2. ASPECTOS METODOLOGICOS Y CONCEPTUALES.

2.1 Modelos de movilidad urbana y su estudio a partir de casos

Este estudio entiende por *movilidad* una *práctica social de viaje*. Esta práctica conjuga deseos y necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad), y capacidades de satisfacerlos. Ambas son resultado y condición de la inserción de un grupo en un contexto social, definido por factores físicos, locacionales, económicos, regulatorios, culturales, de género, étnicos, entre otros (Gutiérrez, 2009).

Para su comprensión se propone realizar estudios de caso combinando trabajo de escritorio y técnicas cuantitativas (convencionales en el campo de la geografía del transporte), con trabajo de campo y técnicas cualitativas (poco utilizadas).

En investigaciones sobre movilidad, el lugar de estudio hace al caso. Una elección del lugar según la experiencia previa del investigador, obvia la posibilidad de construir criterios generalizables, y por ende, resultados también generalizables y comparables. A fin de que la evidencia recogida illustre situaciones generalizables mas alla de las particularidades del caso, la investigación parte de elaborar un modelo para su selección.

La definición conceptual de *modelos o patrones de movilidad* resulta de una matriz que combina tres variables: 1) un viaje “tipo”, según fin de desplazamiento (viaje al trabajo, a la educación, a la salud, etc.), 2) un grupo social “tipo” (adultos mayores, niños, mujeres, pobres, ricos, etc.), 3) y un territorio “tipo” (urbano, rural, periurbano, de frontera, etc.) (Gutiérrez y Minuto, 2007). En este caso, el viaje a la salud de adolescentes embarazadas pobres del periurbano.

Así, se utilizan dos herramientas fundamentales: la tecnología SIG y la entrevista semi estructurada. La tecnología SIG se usa para delimitar el periurbano bonaerense, y localizar población potencial de madres adolescentes pobres en relación con la distribución de la infraestructura y los servicios de transporte y salud. Así se selecciona el lugar de estudio, identificando un conjunto de 18 barrios en los Partidos de Pilar (Pr) y General Rodríguez (GR) a partir de un territorio de unos 17000 Km². La tarea utiliza información pública disponible, y obtiene cartografía digital.

La entrevista semi estructurada se aplica a las adolescentes embarazadas. También a funcionarios y agentes de salud y transporte, y representantes de la comunidad. El diseño de la entrevista captura prácticas de viaje como recorridos biográficos organizados en una secuencia de momentos, orientados a identificar la intervención de aspectos personales, del sistema de transporte y del sistema de salud, así como desconexiones de articulación entre ambos sistemas. La práctica de viaje a la salud se reconstruye a partir del relato de adolescentes, viendo el sentido que le adjudican y las estrategias socio familiares que implementan para resolverlo. Se trabaja con las historias de viaje de 34 adolescentes embarazadas o púerperas entre 14 y 19 años. Se utilizan otras herramientas cuali cuantitativas para complementar la información (documentación, estadísticas sectoriales observación directa, registros fotográficos, etc.).

¹ La investigación está dirigida por A. Gutiérrez. Tiene el reconocimiento institucional de la Universidad de Buenos Aires – Facultad de Filosofía y Letras, y sede en el Programa Transporte y Territorio del Instituto de Geografía. Asisten el trabajo de campo D. Minuto, J. Rearte, C. Allemandi, M. Schmidt e I. Gulino.

La presentación de la herramienta de estudio (la historia de viaje) y de los indicadores de movilidad elaborados, así como los hallazgos efectuados en cuanto a los factores que intervienen en el acceso y las desconexiones intersectoriales detectadas, no forman parte de este documento.

2.2 Un modelo intersectorial para el estudio de la inclusión urbana: movilidad y salud.

Este estudio entiende por *acceso* un valor general sobre la capacidad de alcanzar los bienes y servicios que permiten la integración de las personas a la vida social, el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de una vida autónoma. Por *accesibilidad* se entiende una medida de movilidad, esto es, de realización de los deseos y/o necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) de un grupo social en relación a un fin o motivo de viaje (Gutiérrez, 2008, 2009).

El acceso es un terreno de tensiones, del cual resulta la realización de un viaje (y la no realización de otros) y está intervenido por cuestiones que exceden al transporte. El viaje es parte intrínseca del acceso, y este es un concepto que entraña un enfoque de estudio intersectorial. El acceso es una fase de intercambio entre aspectos personales, familiares y vecinales del individuo o grupo, aspectos del transporte, y aspectos de la actividad o servicio fin del viaje (en los dos últimos, involucrando tanto infraestructura como servicios). Estos aspectos son entendidos en contexto social, esto es, como histórica y territorialmente determinados, y pueden reconocerse como prevalecientes en ciertos momentos del viaje.

Para estudiar la movilidad y su intervención en el acceso a bienes, actividades o servicios (al empleo, la educación, la salud, al documento nacional de identidad, la jubilación, la exportación de carnes, etc.), es necesario comenzar por medirla adecuadamente y en su real magnitud. En la literatura relativa a cuestiones de acceso proveniente de diversos campos disciplinarios (entre ellos transporte y salud), prevalece una visión “lineal” del viaje, como relación entre lugares. Este abordaje “cartográfico” del viaje redundante en una imagen simplificada de un problema complejo.

Observar la movilidad con el interés puesto en el contexto socioterritorial del cual resulta y que a su vez construye (interés que tiene en el concepto de acceso un eje central de análisis), requiere renovar la definición de su unidad de estudio: *el viaje*. En Gutiérrez (2007, 2008, 2009) se propone hacerlo *como nexo entre una necesidad (o deseo) de viaje y un servicio (actividad o bien), no con el lugar donde se presta*. Esto hace prevalecer una visión “biográfica” del viaje, que asimismo permite *capturar una “malla” de viajes articulada y oculta tras la movilidad hacia un bien, actividad o servicio*. Esto es *especialmente importante en casos que requieren periodicidad de viaje y/o su perduración en el tiempo*. En el caso de la salud, es válido para situaciones que requieren controles periódicos y/o tratamientos prolongados (como el embarazo o el VIH/SIDA).

El transporte conlleva una visión lineal del viaje, la movilidad no. La movilidad y el acceso involucran redes de viajes (y lugares) definidos a partir de prestaciones. El estudio analiza y mide la movilidad conforme a los viajes requeridos para satisfacer la atención de la salud materna en el sistema público, y no sólo según el trayecto a recorrer entre la casa y el centro de salud u hospital. Esto es, conforme a los viajes involucrados por una visita médica, un análisis de laboratorio, etc.

3. DINAMICA URBANA EN ZONAS DE EXPANSION: EL PERIURBANO EN PILAR Y GENERAL RODRIGUEZ.

El déficit crónico en calidad y/o cantidad de servicios e infraestructura urbana es una condición reconocida del periurbano: ausencia o mala provisión de agua potable, saneamiento y recolección residuos sólidos domiciliarios, escaso alumbrado público, ausencia de cordón cuneta en pavimentos

de baja calidad, defensas elementales contra inundaciones o anegamientos, etc. La lejanía y deficiente accesibilidad a los equipamientos urbanos de recreación, salud y educación, es otra.

El Gran Buenos Aires² (GBA) muestra una tasa de crecimiento leve en el último período intercensal 1991-2001, del 5%. Pero los partidos de la periferia lejana o periurbanos muestran una dinámica diferente. El crecimiento intercensal es del 40.4% en GR y del 60.7% en Pr. Esta tendencia continúa en la actualidad según proyecciones de ambos gobiernos. La población aumenta a expensas de la expansión de la gran ciudad sobre sus territorios y también de altas tasas de natalidad. En GR la tasa de natalidad es del 22,8% y en Pr del 20,9%, valores superiores al promedio del GBA (16,5%).

Este incremento corresponde en gran medida a población de bajos ingresos, con niveles de instrucción básicos y predominio de niños, adolescentes y jóvenes. El 41,7% de la población de GR y 42,9% de Pr tiene menos de 20 años. Los porcentajes de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas³ (NBI) para ambos partidos (6,6% en GR y 20,8% en Pr), son mayores al promedio del GBA (12,3%).

Una característica singular del periurbano, es poseer grandes cantidades de población distribuidas en extensas superficies, siendo de baja densidad tanto sus zonas rurales como urbanas. Localizada en una planicie, Buenos Aires tiene un perirubano particularmente extenso. GR y Pr tienen una superficie algo superior a la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (364 km², 383 km² y 200 km², respectivamente), y en más del 90% de la misma una densidad menor a 30 habitantes por hectárea. El 70% de la población de GR y 43% de la de Pr vive en zonas de densidad menor a 30 habitantes por hectárea. Esto es, 147 mil personas.

Lo aglomerado o lo disperso de la población en el territorio incide en la provisión convencional de servicios urbanos en red, y en particular en los problemas de movilidad. Más de la mitad de la población en ambos partidos no tiene agua de red, gas ni cloacas, cuya provisión requiere colaboración de otros gobiernos (locales, provincial y nacional). Igualmente, el 25% de la población en GR y 28,2% en Pr están fuera de la cobertura del transporte público. La movilidad de 82 mil personas está afectada por la inexistencia de servicios públicos de transporte. Al interior del GBA este valor promedia el 6,4% (INDEC, Censo 2001).

Este déficit está estrechamente vinculado a la “baja densidad” del periurbano. Al igual que en un pueblo rural, en el periurbano hay población dispersa y aislada. Pero sus necesidades de servicios básicos (escuela, policía, caminos, salud, etc.) no se evidencian del mismo modo, por su “proximidad” a la gran urbe. Pero en la llana y extensa periferia todo es lejos. Los barrios “cercaños” pueden distar 20km del centro más próximo, y vivir allí 3500 personas, pero sin escuela, teléfono público, policía, bomberos, hospital, comercio, etc. necesitando continuamente “salir” del barrio (por ende, camino y transporte) para acceder a los servicios, y además para trabajar.

La vialidad del periurbano es igualmente extensa que su territorio. Esto, combinado con la debilidad de las finanzas de los gobiernos locales y de la colaboración provincial y nacional, hace que casi en su totalidad sea no asfaltada. Más del 80% de la vialidad de Pr y 85% GR es de tierra y no transitable todo el año (1868 km y 1193 km, respectivamente). El 44% de la población en GR y el 47% en Pr no tienen acceso a caminos asfaltados (el 13 % en el GBA) (INDEC, Censo 2001).

² El INDEC considera Gran Buenos Aires a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires más 24 partidos periféricos. Según la movilidad cotidiana de la población, se define como Área Metropolitana de Buenos Aires a la Ciudad Autónoma más 43 partidos periféricos. La diferencia entre ambas define la periferia externa de transición o periurbano.

³ Indicador combinado de condiciones de privación respecto a necesidades consideradas imprescindibles para el desarrollo de la vida en sociedad (hacinamiento, características de la vivienda, condición sanitaria; educativa y económica del hogar). Un hogar es considerado con sólo cumplir una de estas condiciones. Es definido por el INDEC, apuntando a identificar los denominados “pobres estructurales”, aquellos grupos peor posicionados en la sociedad.

Por ser una zona húmeda y con suelos blandos, la vialidad se hace intransitable sin necesidad de grandes lluvias, y perdura así largos períodos de tiempo durante todo el año. El tipo de vehículo circulante (básicamente camiones y tractores, por el uso del suelo y las condiciones socioeconómicas de la población) causa un deterioro que impide el tránsito de otros medios.

El periurbano resulta un territorio poco poblado en relación a la gran ciudad. Pero a datos de 2001 viven 67.931 personas en GR y 232.463 en Pr. Esto equivale al tamaño de grandes ciudades argentinas, como por ejemplo Venado Tuerto (68,5 habitantes) o mismo de capitales provinciales (como Gran Paraná, 248 mil habitantes; o Gran Catamarca, 171 mil habitantes). Paradójicamente, la importancia y jerarquía de un lugar en la agenda pública depende del contexto territorial en el que se localiza (una metrópolis) más que de su número de habitantes.

Los gobiernos locales deben satisfacer las necesidades de una gran población, dispersa por un extenso territorio. Esto plantea un desafío singular para las políticas públicas, e involucra tanto la infraestructura como los servicios urbanos, entre ellos, los de salud y transporte. Los gobiernos locales de Pr y GR invierten para enfrentar esta situación, principalmente en salud, y no tanto en transporte. Las políticas provinciales y nacionales de salud y transporte enmarcan la situación local.

3.1. La política pública de transporte en el periurbano.

El transporte público es prestado por empresas privadas bajo reglamentación y está fuertemente subsidiado. No obstante esta importante presencia del estado, la política pública no acompaña el explosivo crecimiento demográfico del periurbano y los significativos cambios en su dinámica.

Como parte de la reforma del estado, la empresa estatal de ferrocarriles entrega en concesión los servicios urbanos y suburbanos entre 1994 y 1995, que permanecen bajo la órbita del gobierno nacional. Las estaciones de estos partidos periurbanos, como las de Pr y GR, quedaron por fuera del perímetro cubierto por servicios directos y de mayor frecuencia tras la concesión.

Hoy la infraestructura ferroviaria es importante pero no se presta servicio en toda la red existente, distribuyéndose heterogéneamente en el territorio. GR posee una línea férrea (13,5 km) y Pr cuatro paralelas (76,5 km). En Pr buena parte de esta red está sin servicio, subutilizada o directamente abandonada. En GR las vías son paralelas al corredor principal del autotransporte (ver **Mapa 1**). Las paradas son pocas (4 y 14 estaciones), y distantes entre sí (entre 3 y 10km). La frecuencia del servicio es escasa y disminuye aún más los fines de semana⁴. Hay cese nocturno de servicios.

La poca frecuencia y calidad de servicio, la distancia entre estaciones y la superposición con el autotransporte desalientan el uso del ferrocarril para viajes locales, no obstante su potencialidad para mejorarlos (entre ellos, el viaje a la salud, especialmente en Pr). *El ferrocarril pasa “desapercibido” en la política de transporte local.* Es el modo más barato, pero el autotransporte el más usado.

A pesar de ser un modo flexible y la vialidad extensa, no hay cambios relevantes en la red de autotransporte público (o “colectivo”). Los recorridos permanecen sin mayores cambios no obstante variar las zonas y densidades de ocupación, los usos del suelo, e incluso la localización de infraestructura básica (entre ella, la de hospitales en Pr). Asimismo, permanecen concentrados en la vialidad asfaltada. El diseño de la red responde a viajes “hacia fuera” del partido, es decir, de escala regional. Las empresas nacionales (1 en GR y 2 en Pr) y provinciales (3 en GR y 5 en Pr) prestan servicio por los grandes ejes de circulación que atraviesan la periferia conectándola con la CABA y

⁴ Los servicios en días hábiles son cada hora y cuarto en GR, y cada media a 3 horas y media en Pr, según el ramal. La interrupción nocturna es de entre 5 y hasta 9 horas.

con localidades vecinas. Las empresas locales (1 en GR y 7 en Pr) convergen en el área central de las localidades principales (Pr y GR), realizando una conexión radial con los barrios más poblados (en Pr, Derqui y Del Viso) (**Mapas 1 y 2**).

La relación entre vialidad y servicio reduce la cobertura territorial y social del autotransporte en el periurbano, y junto a la densidad poblacional, son las principales restricciones planteadas por autoridades y empresas para la provisión del servicio. La búsqueda de rentabilidad lleva a concentrar la oferta en las zonas más densas, y la búsqueda de calles asfaltadas lleva a que los recorridos locales repitan en buena parte los nacionales y provinciales, generando superposiciones y vacíos de conexión para la población de menor densidad (urbana y rural).

La cantidad y calidad del servicio tampoco registra mejoras en los últimos 20 años. Los horarios y frecuencias son mayores en las líneas nacionales y provinciales que en las locales, pero en todas es notable su escasez⁵ y la ausencia de servicios nocturnos⁶, al igual que en el ferrocarril. La flota local de autotransporte público tiene una relación de 3000 habitantes por vehículo en ambos partidos, y una antigüedad de entre 10 y 15 años. *Antigüedad, mal estado de las calles y escasez de vehículos son tres elementos que se combinan en la reiteración de interrupciones y suspensiones del servicio por desperfectos del vehículo.*

La inacción de las autoridades para adecuar la red a los nuevos barrios y el crecimiento de los preexistentes, y a los cambios en el uso del suelo (industrias, centros comerciales, barrios cerrados demandantes de empleados) da lugar a la instalación de servicios ilegales de autotransporte.

Asimismo, el aumento poblacional en ambos partidos es acompañado por el surgimiento y crecimiento del remis. El remis es un auto particular con chofer, contratado por viaje para prestar un servicio “puerta a puerta” (del domicilio al destino). Puede solicitarse en forma personal (en la oficina o remisería), o telefónica (desde el domicilio del pasajero). El precio es proporcional a la distancia, pero libre, y muy superior al del transporte público⁷. También hay remises ilegales, que no realizan viajes puerta a puerta y a pedido, sino recorridos prefijados y compartidos que parten una vez completa la capacidad del vehículo con precio fijo e inferior al del autotransporte público (un 25% aproximadamente). La oferta de remises supera la del autotransporte local⁸.

Las remiserías se concentran en el área central de las principales localidades, alrededor de las estaciones de tren o hipermercados, inexistiendo en zonas urbanas de baja densidad o rurales. Generalmente trabajan con “clientes”. Difícilmente aceptan viajes para desconocidos, para barrios considerados “peligrosos” o con falta de alumbrado en viajes nocturnos. La mala condición de las calles y/o su falta de denominación y numeración dificulta la prestación en los restantes casos. *Por esto, el remis no consigue sustituir la ausencia o déficit de transporte público.*

En el caso del remis las autoridades locales reconocen su injerencia, reglamentan el servicio e implementan iniciativas de dos tipos: en GR promueven la localización de remiserías en zonas rurales (reducen el número de vehículos solicitado), y en Pr la legalidad del servicio (requieren el uso de una chapa especial de identificación para que el pasajero reconozca).

3.2 La política de salud pública.

⁵ Los barrios observados en ambos partidos tienen servicio cada una o dos horas, y 4 barrios sin servicio.

⁶ La información oficial indica que en los grandes ejes de circulación no hay servicios entre la 1 y las 4:30 de la mañana, y desde las 23:00 horas en el resto. De las entrevistas surge que no lo hay entre las 21 o 22 horas y las 6 o 7 horas del día siguiente.

⁷ El precio por kilómetro supera más de 10 veces al del autotransporte público (\$1,60 contra \$0,12 aproximadamente).

⁸ La Autoridad de Transporte local consigna 425 vehículos habilitados y otros tantos sin habilitación en Pr. La flota de remises ofrece 3200 asientos y la de colectivos locales 1650.

El sistema público de salud de Argentina garantiza en forma universal los servicios básicos esenciales mediante prestaciones gratuitas. Tiene a su cargo la población más vulnerable, aquella que carece de cobertura por parte del sector privado o el de las obras sociales (esto es, población con capacidad de pago y/ o empleo formal). La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado.

Acompañando las reformas de los '90, el gobierno nacional culmina la descentralización del sistema público, y delega en los gobiernos provinciales y locales su administración y financiamiento. El sistema público sufre un deterioro significativo en los '90. Está organizado a través de una red de hospitales y centros de atención primaria de la salud (CAPS), de diversa dependencia jurisdiccional (nacional, provincial o municipal), cuyo funcionamiento se concibe como un sistema integrado y coordinado a partir de la articulación de tres niveles de complejidad de atención:

- Nivel 1: atención ambulatoria básica (centros de atención primaria),
- Nivel 2: internación y atención ambulatoria especializada (hospital de media complejidad),
- Nivel 3: hospital de alta complejidad.

Existen diversos programas especializados en salud sexual, materna infantil y VIH/SIDA, impulsados en colaboración por el gobierno nacional, provincial y los locales, y en conjunto abarcan el cuidado de la salud de la madre adolescente y el niño. La política pública de salud establece un *modelo de cuidado* del embarazo, que contiene las prestaciones mínimas necesarias a ser cubiertas en forma universal y gratuita. Este modelo contempla el acceso a las siguientes prestaciones para un embarazo sano (o de bajo riesgo): exámenes clínicos básicos (5), exámenes de laboratorio (3), ecografías (2), examen odontológico (1) y ginecológico (1), y parto hospitalario. Los viajes a través de los cuales se observa la movilidad de las adolescentes se identifican a partir de estas prestaciones.

En Pr y GR el sistema público de salud atiende al 56% de la población (130.130 y 38.028 personas respectivamente). Ambos partidos tienen un único hospital con maternidad para atender partos y embarazos de alto riesgo. Puede ser necesario viajar 30 km en Pr y 20km en GR para llegar al hospital (**Mapa 1 y 2**).

En Pr, el Hospital Materno-Infantil “Comodoro Meissner”, dependiente del gobierno local, atiende unos 3000 partos anuales con 50 camas y 5 obstetras. No posee Unidad de Terapia Intensiva. En GR, el Hospital Interzonal “Vicente López y Planes”, dependiente del gobierno provincial, atiende unos 2000 partos anuales con 52 camas y 7 obstetras. (Argentina-MSAL, 2006).

Ambos gobiernos locales implementan una red de CAPS, colocándose en una situación preferencial respecto a otros partidos. Pr posee 24 CAPS con 13 obstetras que atienden unas 2000 embarazadas por mes. GR posee 16, sólo la mitad con atención obstétrica. Atienden unas 400 embarazadas por mes con 5 obstetras. Los embarazos adolescentes son un 20% de las consultas.

Los CAPS prestan servicio diurno en días hábiles y realizan los exámenes clínicos básicos para el control del embarazo de bajo riesgo. Sólo 3 CAPS en Pr y 1 en GR (llamados principales) hacen ecografías y exámenes de laboratorio⁹. En GR el único CAPS con ecógrafo se ubica próximo al Hospital Vicente López. En Pr, 2 de los 3 CAPS principales están ubicados próximos al hospital materno y al pediátrico, en las localidades de Derqui y Del Viso respectivamente. *La atención de la salud materna requiere exámenes auxiliares que se realizan en pocos lugares, y no muy distantes entre sí.*

⁹ En Pr este servicio es prestado por un solo equipo de ecógrafo, que “viaja” semanalmente entre los 3 CAPS.

El reconocimiento de problemas para acceder a la salud, lleva a las autoridades locales de salud de ambos partidos a implementar prestaciones complementarias de movilidad:

- establecen un sistema de postas sanitarias, y Pr dispone además de una Unidad Sanitaria Móvil¹⁰,
- cuentan con ambulancias gratuitas para el traslado de emergencias. En Pr se realizan un promedio de 1100 traslados mensuales (15 ambulancias), y 650 en GR (8 ambulancias),
- trasladan con vehículos propios a pacientes ambulatorios bajo tratamiento periódico en hospitales. Pr ofrece 2 remises y GR 3 combis y 5 autos (2960 viajes en 2006).

3.3 Las madres adolescentes entrevistadas.

La *edad* promedio de las adolescentes es de *18 años*, siendo la más joven de 14. Son argentinas nacidas en localidades del partido o aledaños, y 4 inmigrantes de países limítrofes (paraguayas y bolivianas, con problemas de documentación)¹¹. Ninguna asiste a establecimientos educativos. La mitad no completo el nivel primario, y el resto el secundario (el último año cursado ronda el 8vo o 9no). En general manifiestan no tener en claro los motivos del abandono. Sólo algunas señalan haberlo hecho por el embarazo.

La mayoría son *primigestas*, aunque el número de *multíparas* (11) es significativo en relación a la edad. Esta condición incide en el comportamiento de viaje, en la conducta asumida frente al embarazo y su cuidado, en el tipo de control (bajo o alto riesgo) y parto (natural o cesárea)¹². Son *madres con pareja* (sólo 3 solteras), siendo la unión de hecho o consensual la modalidad predominante. Todas desarrollan su maternidad *contenidas por lazos familiares ampliados*. Ambos hechos juegan un rol decisivo en el cuidado del embarazo. Conviven con miembros del grupo familiar de origen. Son familias numerosas, con diferencias generacionales importantes.

En ningún caso asumen el rol de jefas de hogar. En gran medida las sustentan sus parejas, a ellas y a sus hijos. No obstante, en general son hijas o nueras del jefe de hogar. El gasto diario en comida realizado *por persona*, ronda los \$3,73 y en ningún caso supera los \$7. Se dedican al *cuidado de sus hijos, hermanos y demás integrantes del hogar*. Refieren haber trabajado fuera del hogar como empleadas domésticas o niñeras en barrios próximos. Sus familias participan del mercado laboral en condiciones precarias de contratación. Todos los hogares presentan subocupación y desocupación¹³.

Viven en casas precarias, ranchos y/o casillas. Recurren a la auto-construcción en una parte del terreno familiar o en terrenos ocupados de asentamientos más amplios, o improvisan su hogar en una habitación prestada¹⁴. Se ubican en barrios con serios déficit de servicios urbanos y problemas socio-ambientales. Son zonas anegables y/o inundables, sin veredas ni alumbrado público, desprovistos de teléfono público, escuelas, CAPS, o con provisión escasa e insuficiente. Las calles son de tierra, y su estado malo. La circulación de vehículos es dificultosa e imposible con lluvia.

Todas las entrevistadas se atienden en el sistema público de salud. La mayoría realiza/ó los controles de salud del embarazo en los CAPS, y tuvo o planifica tener su parto en el hospital

¹⁰ Las postas atienden entre 2 y 4 horas dos veces al mes (o 1 por semana). La unidad móvil lo hace días hábiles de 8.30 a 16 horas, permaneciendo un día por semana por barrio, y rotando el destino cada dos meses.

¹¹ La población inmigrante es significativa en ambos partidos, y esta vinculada especialmente con la actividad hortícola. Entrevistar a adolescentes inmigrantes es difícil, por recelo personal o prohibición de terceros, frente al temor generado por la indocumentación.

¹² la necesidad de cuidar otros niños o de viajar con ellos incide en la asistencia al control. La frecuencia de embarazos a corta edad aumenta el riesgo y condiciona el parto.

¹³ Los jefes de hogar se desempeñan en actividades inestables y precarias (cartoneros, changarines, trabajadores rurales, peticeros, parquistas). En los mejores casos, albañiles, mecánicos u operarios.

¹⁴ Un asentamiento refiere a la ocupación de terrenos ajenos (fiscales o particulares) por parte de un conjunto de familias, sobre los cuales edifican viviendas precarias por cuenta propia.

público del partido de residencia. Manifiestan tener una escasa vinculación con el sistema de salud pública, y el embarazo suele ser su primer contacto (salvo emergencias o accidentes). Sus condiciones de salud requieren cuidados especiales (por prematuridad y bajo peso del bebé, chagas y tuberculosis en inmigrantes).

La movilidad de las adolescentes es mayormente no motorizada, a pie y/o en bicicleta. También utilizan carros remolcados por caballos. En ocasiones usan transporte público (autotransporte, en general), recorriendo hasta 3km para acceder al servicio. Pocos vecinos poseen automotores (autos o camiones), antiguos y en mal estado. Viajan fuera del barrio por motivos de salud o trámites. Excepcionalmente para comprar vestimenta y visitar familiares. Manifiestan desconocer zonas aledañas, y también la CABA, lo cual reviste interés para su autonomía de movilidad.

4. MOVILIDAD EN EL PERIURBANO DESDE EL ENFOQUE CONVENCIONAL: EL VIAJE A LA SALUD COMO NEXO ENTRE LUGARES.

4.1 El viaje al hospital.

El viaje al hospital en el periurbano es un viaje lejano, y requiere usar medios de transporte. Las adolescentes lo hacen en transporte público, recorriendo una distancia que oscila en los 6km en GR y en los 18 km en Pr. El uso de transporte no motorizado (bicicletas y carros) está condicionado o impedido por la necesidad de usar vialidad de grandes volúmenes y velocidad de tráfico (correspondientes a ejes de conexión metropolitanos), carentes de banquetas o sendas segregadas.

El viaje al hospital en transporte público requiere al menos un trasbordo. El itinerario más reiterado combina caminata de hasta 2 kilómetros hacia la parada más cercana, trasbordo de medio de transporte (dos colectivos, o colectivo y tren), y caminata final de hasta 500 metros¹⁵. En GR el viaje al Hospital “Vicente López y Planes” es más directo para población de partidos vecinos, que para la local. Esta necesita trasbordar en el área central de la localidad principal (la Estación General Rodríguez del ferrocarril), distante a 1,5km del hospital¹⁶. El eje principal de circulación del autotransporte está del otro lado de las vías respecto al hospital, interfiriendo la circulación¹⁷. En Pr la maternidad se ubica próxima al ferrocarril cuyas vías atraviesan todo el territorio, pero sólo presta servicio hasta la localidad de Pr. (ver **Mapa 2**).

Ir al hospital insume 90 minutos (ida). No obstante, las adolescentes indican salir hasta tres horas antes del horario de atención, anticipando inconvenientes en el transporte público. El viaje al hospital (ida y vuelta) requiere un gasto por persona equivalente o superior al diario en comida. El valor más frecuente es \$6 pero alcanza hasta \$15.- entre las entrevistadas.

4.2 El viaje al CAPS.

El *viaje al CAPS* es el más cercano. Sin embargo, algunas adolescentes recorren hasta 3 kilómetros (6 barrios no tienen CAPS). Sólo tramos muy cortos están asfaltados y generalmente son los próximos al CAPS¹⁸. Este viaje se realiza a pie, mediante caminatas de hasta una hora. En su defecto, en bicicleta (llevando niños), aún bajo prohibición médica. Suelen abandonar este

¹⁵ Se registra un caso con 8 meses de gesta que viaja al hospital en bicicleta, recorriendo una distancia de 8 kilómetros.

¹⁶ Los seis recorridos que llegan al hospital, no conservan el recorrido al regreso, pudiendo requiriendo trasbordo. Cualquier trasbordo aparece el pago de dos boletos, aún siendo servicios de la misma empresa.

¹⁷ Población residente del mismo lado de las vías que el hospital, necesita cruzarlas a pie para tomar el colectivo, hecho dificultado por la escasez y distancia entre los cruces ferroviarios.

¹⁸ La ubicación de los CAPS se sujeta a la disponibilidad de terrenos públicos. En vistas a facilitar su conexión con el hospital, suelen ubicarse al final de una calle asfaltada, siendo en general la de ingreso al barrio y que se adentra en él pocas cuadras, por lo cual el acceso desde el “interior” del barrio se restringe. No obstante, muchos CAPS están sobre calles de tierra.

transporte al avanzar la gesta, o pasan a ser transportadas en él por algún familiar (padre, en general). (Ver **Tabla 1**).

Los viajes al CAPS tienen recorridos variables, en distancia y duración. La falta de veredas para circular con bicicletas o a pie con carritos de bebé, requiere buscar calles en mejores condiciones, evitando barro, surcos profundos o pozos. La existencia de urbanizaciones cerradas requiere rodearlas buscando calles abiertas a la circulación. La vialidad asfaltada (sean rutas o calles) carece de sendas para bicicletas, por lo que se circula por las banquetas, en pésimo estado.

Tabla 1. El viaje a la salud en la periferia según lugar de atención.

	Medio de transporte más usado		Partido de Pilar			Partido de General Rodríguez		
			Viaje mayor	Viaje menor	Mayoría	Viaje mayor	Viaje menor	Mayoría
Viaje al CAPS	Caminata	Distancia (kilómetros)	3	0.1	0.7	1,8	0.2	1
		Calles pavimentadas (% del total)	90	0	0	0	0	0
		Tiempo (minutos)	60	3	10	30	4	10
		Gasto ida y vuelta (\$)	4.5	0	0	0	0	0
Viaje al hospital	Transporte público	Distancia (kilómetros)	21.2	14	18	9.5	5.5	6
		Medios combinados	Colectivo + Tren	Tren	Colectivo + Tren	Colectivo + Colectivo	Colectivo	Colectivo + Colectivo
		Nº de trasbordos	1	0	1	2	0	1
		Tiempo* (minutos)	120	45	60	90	90	90
		Gasto**	1,7	0.4	1.6	4	0.8	1.2
		Caminata (kilómetros)	2	2	1	1.8	1.8	1.5

Fuente: Elaboración propia, según base de datos.

Nota: Se consideran sólo casos controlados en CAPS, y puérperas con parto hospitalario en el partido de residencia.

* Considera caminata, espera y trayecto.

** En veces equivalentes al gasto medio diario en comida, viaje de ida y vuelta.

5. MOVILIDAD EN EL PERIURBANO DESDE EL ENFOQUE PROPUESTO: EL VIAJE A LA SALUD COMO NEXO ENTRE NECESIDAD Y SERVICIO.

Lo expuesto hasta aquí refleja la visión tradicional de estudio en transporte y movilidad urbana, concibiendo el viaje como trayecto entre un origen y un destino, y el acceso como nexo entre lugares. Pero el comportamiento de viaje varía para el mismo trayecto según diferentes condiciones.

Conforme a los servicios de salud requeridos por las embarazadas y contemplados por el sistema público, se distinguen dos tipos de viaje: los ligados al *control* (básico y especializado), y los ligados al *parto o urgencias* (pérdidas, contracciones, etc.). Esta clasificación permite reflejar comportamientos y/o procedimientos de viaje distintos, asociados a la posibilidad de postergar la prestación de salud.

Asimismo, abordar la movilidad concibiendo el viaje en virtud de la satisfacción del fin que lo motiva, esto es, como nexo entre una necesidad (o deseo) y un servicio (bien o actividad), permite revelar mapas ocultos de movilidad tras el viaje a los servicios de salud requeridos por las embarazadas y contemplados por el sistema público.

5.1 Viajes al control: se viaja a la salud...más lejos de lo que parece.

Una primera revelación es que, existiendo CAPS, la embarazada viaja igualmente a lugares lejanos.

Los viajes al control varían su destino según el riesgo de salud. Los embarazos de alto riesgo se atienden en el hospital y no en el CAPS, por involucrar equipos y profesionales especializados. Por tanto, en embarazos de alto riesgo todos los controles se realizan en lugares lejanos.

Pero las embarazadas “sanas” que se atienden en CAPS, deben viajar igualmente a otros lugares: 4 de las 5 prestaciones del modelo de control, requieren viajes a lugares lejanos. El examen clínico básico se realiza en el CAPS, pero las prestaciones auxiliares (ecografía, examen de laboratorio, odontológico o ginecológico) requieren viajar al hospital o CAPS principal. Estas prestaciones son indispensables para prevenir, detectar y atender enfermedades que afectan la salud del embarazo y el parto (por ejemplo, ETS, VIH, toxoplasmosis, chagas, anemia, diabetes, mal formaciones, etc.).

La eficacia del modelo de salud, esta condicionada por la forma de su cumplimiento. El control debe ser precoz (iniciar en el primer trimestre de la gestación), periódico (mínimo cinco controles), y completo. De haber control pero tardío, exámenes incompletos o insuficientes, el cuidado pierde igualmente efectividad.

5.2 Viajes al control: se viaja a la salud...más de lo que parece.

Una segunda revelación es que las prestaciones de salud requieren “otros viajes” adicionales.

Los cinco controles de salud del embarazo no requieren cinco viajes, sino una serie conexas de viajes. El examen clínico básico implica un único viaje (ida). Pero las prestaciones auxiliares implican entre 3 y 5 viajes por examen (ida). La secuencia conexas de viajes es la siguiente: 1) viaje para retirar la orden de prescripción, al CAPS; 2) viaje para solicitar turno, al hospital; 3) viaje para realizar el examen, al hospital; 4) viaje para retirar los resultados, al hospital; 5) viaje para entregar los resultados al profesional, al CAPS.

En los exámenes de laboratorio (si la extracción se hace el día en que se solicita turno), y odontológicos (si no hay que retirar resultados); pueden realizarse 2 viajes (ida) al hospital, y 2 al CAPS. Suponiendo que los viajes al CAPS para obtener las órdenes y/o entregar los resultados se puedan hacer coincidir con aquellos por exámenes clínicos básicos, y presumiendo resultados normales (sin necesidad de nuevos exámenes o viajes por tratamiento), una *embarazada “sana” realiza 22 viajes ida* para el control mínimo de salud: *5 al CAPS y 17 al hospital.*

Considerando el tiempo de transporte ida y vuelta, más el de las esperas y/o trámites y la atención médica, un viaje al hospital oscila en medio día mínimo. Por tanto, una ecografía requiere tres viajes al hospital de medio día cada uno, y 2 un examen de laboratorio, ginecológico u odontológico (sin contar tiempos de viaje al CAPS). El control mínimo de la salud en un embarazo de bajo riesgo requiere alrededor de 17 viajes de medio día al hospital.

En resumen, para acceder al control mínimo de salud una embarazada “sana” realiza 22 viajes ida durante la gesta. Por cada viaje al CAPS del barrio (si lo hay) necesita más de tres al hospital, los cuales implican un gasto por persona equivalente al diario en comida y medio día de tiempo cada uno.

Como conclusión, los controles que más inciden en la calidad del cuidado de la salud materna e infantil, requieren viajes lejanos, largos y caros. Las prestaciones especializadas son las que más dificultades de acceso presentan, por requerir que la embarazada se movilice a lugares con un mayor esfuerzo de viaje en dinero, distancia, duración y trasbordos.

5.3 Viajes al parto y/o urgencia.

Una tercera revelación es que el viaje crítico tiene medios de transporte (aún más) vulnerables.

El parto y las urgencias requieren viajes que no se pueden programar ni postergar. Requieren asimismo hacerlo con rapidez, y en condiciones físicas difíciles. En el sistema público de salud el parto es hospitalario. No hay alternativas para parir: no hay parteras en los barrios ni en los CAPS. El parto y las urgencias requieren recorrer largas distancias.

La **Tabla 2** muestra que, contrariamente a lo que sucede por motivos de control, el transporte público es poco usado para viajar al hospital en el parto. El medio más usado es el remis, luego el auto de un vecino o familiar, y la ambulancia.

Tabla 2. Viaje al parto en hospitales públicos en el periurbano.

PARTIDO DE PILAR				PARTIDO DE GENERAL RODRIGUEZ					
Medio de transporte más usado	Mayor	Menor	Promedio	Medio de transporte más usado	Mayor	Menor	Promedio		
REMIS	Distancia (kilómetros)	21.2	1.3	18	AMBULANCIA / AUTO VECINO	Distancia (kilómetros)	9.5	3.3	6
	Trasborda	SI	SI	SI		Trasborda	NO	NO	NO
	Camina	SI	SI	SI		Camina	NO	NO	NO
	Gasto*	13	4	7		Gasto*	SI**	NO	NO

Fuente: Elaboración propia, según base de datos.

* En veces equivalentes al gasto medio diario en comida, viaje de ida.

**Se consigna el pago de compensación, pero sin precisar el monto.

El gasto de un viaje al hospital en remis puede superar 10 veces el gasto diario en alimentos por persona¹⁹. El traslado en ambulancia es gratuito, y también suele serlo el uso de un auto prestado, aunque en ocasiones tiene compensación económica (pago del combustible, por ejemplo).

El tiempo de viaje al hospital en un medio motorizado y directo ronda de 20 a 30 minutos (en transporte público, los 90 minutos). No obstante, se registra que el remis, el auto prestado y/o la ambulancia se usan en forma combinada, haciendo trasbordos. Y también caminatas, aunque menores (**Tabla 3**). El remis y el auto prestado se usan para los trayectos más cortos y difíciles. La ambulancia o el autotransporte público para el trayecto más largo. Por ejemplo, se va al CAPS en remis o auto prestado, y de ahí en ambulancia. O en el autotransporte público más cercano hasta el lugar más próximo al hospital, y de ahí un remis. Es un viaje más rápido que el habitual en transporte público, pero finalmente ni directo ni “puerta a puerta”.

Tabla 3. Viaje al parto en hospitales públicos en el periurbano. Partidos de Pilar y Gral. Rodríguez.

VIAJE DIRECTO			VIAJE CON TRASBORDO		
Medios de transporte (en orden de uso)			Medios de transporte (en orden de uso)		
Remis	Caminata	NO	Colectivo + remis	Caminata	SI (200 mts)
	Gasto	SI		Gasto	SI
Auto prestado	Caminata	NO	Remis + ambulancia	Caminata	SI (500 mts)
	Gasto	NO		Gasto	SI
Ambulancia	Caminata	NO	Auto prestado + ambulancia	Caminata	NO
	Gasto	NO		Gasto	NO
Colectivo	Caminata	SI (200 a 1000 mts)	---	---	---
	Gasto	NO*	---	---	---

Fuente: Elaboración propia, según base de datos.

*El conductor no cobra el pasaje.

¹⁹ Adolescentes y agentes de salud señalan que para afrontar el gasto del remis para el parto, las familias ahorran durante todo el embarazo. Una falsa alarma (comunes en primigestas y en adolescentes en especial) lleva a gastar este ahorro, vulnerando el regreso al hogar y el viaje final al parto.

El viaje de adolescentes al parto hospitalario requiere viajes conexos de familiares. Por ser menores de edad, deben ser externadas por sus padres o tutores (no la pareja). Exige, pues, viajes al hospital y a lugares donde tramitar la documentación de ser necesario (partidas de nacimiento de la adolescente, por ejemplo). Inconvenientes con la documentación prolongan la internación y también los viajes para asistir a la madre²⁰. El parto puede asimismo requerir una secuencia de viajes a diferentes lugares por la necesidad de derivaciones a otros hospitales aún de igual complejidad (por falta de camas, quirófanos, anestesistas, etc.). Son viajes a lugares lejanos e incluso desconocidos²¹.

Los transportes existentes para el parto o la urgencia funcionan bajo condiciones vulnerables en el periurbano. El **transporte público** no es rápido ni directo. La ausencia de servicios impide su uso nocturno, los fines de semana o feriados, la necesidad de largas esperas, caminatas y trasbordos aumenta los tiempos y esfuerzos del viaje, y la necesidad de hacerlo acompañada multiplica el gasto. El **remis** surge como principal medio, es rápido pero su uso condicionado no solo por el gasto sino por la disponibilidad (retenciones de atención por inseguridad, estado de las calles, falta de nombre y numeración para identificar domicilios, localización de remiserías en lugares céntricos, enemistades personales, riesgo de parto, exclusividad para empresas, etc.). Las **ambulancias** permiten un viaje directo y gratuito al hospital, pero trasladan parturientas sólo en casos de urgencia (parto inminente o de riesgo). No necesariamente trasladan familiares ni las derivaciones a otros hospitales por causas del sistema público (falta de camas, por ejemplo). La inadecuación entre los móviles y el tipo vialidad apareja riesgos de atascamiento²². Viajar en un **auto prestado** es una opción efectiva pero igualmente vulnerable a las redes vecinales y familiares, de vital importancia

El deterioro de las condiciones físicas de arribo y los retrasos en la atención de la parturienta o la urgencia aumentan los riesgos de complicaciones con impactos negativos sobre la salud materna e infantil²³.

5.4 El viaje a la salud en la periferia y las estrategias para resolverlo.

Las madres adolescentes desarrollan múltiples estrategias para resolver el viaje a la salud, entre ellas se registran las siguientes:

- Viajan solas, a pesar de manifestar preferir hacerlo acompañadas por temor al parto o al viaje en si. Las parejas o familiares desean asistir al médico pero no lo hacen, a veces tampoco al parto.
- Suplen un colectivo de ser posible por tren (más barato), o por caminata.
- Suplen uno de los transportes públicos por caminata en el regreso (ya asegurada la atención).
- No realizan el curso de preparación al parto.
- Se controlan en CAPS, aunque prefieren hacerlo en el hospital por ser centralizar la atención y ser mas confiable (7 lo hacen/hicieron sin corresponder a embarazos de riesgo).
- Se atienden en lugares no aptos, controlando en CAPS complicaciones obstétricas y/o perinatales que requieren atención hospitalaria.
- Se atienden en hospitales mas lejanos, privilegiando las facilidades de viaje por sobre la distancia y/o los límites jurisdiccionales (8 lo hicieron en hospitales de otros partidos).

²⁰ Se registran dos casos de una semana de internación por este motivo. Los casos que no presentan la documentación correspondiente son entregados a la Justicia. Los familiares proveen de sabanas, frazada y alimento complementario a la embarazada.

²¹ Agentes de salud y ambulancieros consignan traslados a más de 100 km de distancia (Partido de Ezeiza, por ejemplo).

²² En condiciones climáticas adversas las ambulancias y remises ingresan hasta el asfalto más cercano, y las parturientas se acercan caminando, alzadas en brazos o en carro. O bien, los ambulancieros se acercan al domicilio a pie y las transportan en camillas. Los bomberos juegan un rol especial en GR. Sostienen que las parturientas les tienen confianza, y que recurren directamente a ellos ante condiciones climáticas adversas. En Pr la situación es diferente. Los bomberos no realizan estos traslados argumentando responsabilidad frente a la salud de la embarazada.

²³ Cabe consignar que las tasas de mortalidad neonatal permanecen o aumentan no obstante las iniciativas de ambos gobiernos locales por reforzar el sistema público de salud y su movilidad.

- Se atienden en el sistema público pero 10 realizan ecografías en el sistema privado, por requerir menos viajes (el turno es telefónico, por ejemplo), con mayor flexibilidad de horarios y calidad de atención (valoran conservar la imagen impresa). Realizar una ecografía gratuita en el hospital público acompañada de la pareja requiere un gasto en transporte público (ida y vuelta) equivalente al de la prestación en el sistema privado.
- Hacen contactos y arreglos previos al parto con remiseros, vecinos o familiares con auto.
- Viajan a lugares no preparados para atender el parto, en general al CAPS, de coincidir los días y horarios de atención.
- “Fuerzan” el traslado de emergencia en ambulancia, dejando avanzar el trabajo de parto.
- Viajan al hospital y esperan el avance del parto sin ser internadas.
- Se mudan a la vivienda de familiares con mejores condiciones de viaje al aproximarse el parto.

Estas estrategias revelan la existencia de obstáculos y dan muestras de su cantidad y diversidad en el acceso a un servicio universal y gratuito como la salud pública. De allí su importancia. La incidencia del viaje prevalece por sobre la calidad de atención del sistema de salud, la distancia y las pertenencias jurisdiccionales, y equipara las razones económicas respecto al sistema privado.

Esta realidad escapa a la visión lineal del viaje como transporte entre lugares de origen y destino.

6. ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE MOVILIDAD DESIGUAL EN LA PERIFERIA.

La movilidad es un fenómeno complejo relacionado con el territorio, como condición o como resultado. Lo mismo se aplica al acceso. El viaje entre dos lugares no es un fenómeno estrictamente sectorial ni lineal. Es intersectorial y es una malla.

El abordaje cartográfico del viaje facilita las explicaciones. El abordaje biográfico, en cambio, hace emerger las consideraciones y obstáculos, así como los problemas y desconexiones de forma transversal o intersectorial.

Las alternativas de las adolescentes pobres del periurbano para viajar a la salud pública, universal y gratuita son pocas. No tienen medios de transporte propios. Ni auto ni motos, tampoco a veces bicicletas. El tipo de vialidad impide usar carros o caballos para ir al hospital. El remis es caro y no siempre disponible. El transporte público escaso, lento, incómodo y poco confiable.

El viaje al hospital o al CAPS es un viaje vulnerable en el periurbano. Pero los servicios de salud ocultan una movilidad aun más vulnerable y desigual. Abordar la movilidad concibiendo el viaje como nexo entre necesidad y servicio, evidencia que el parto hospitalario es una prestación gratuita a la que no se accede fácilmente. Que los cinco controles mínimos del embarazo no requieren cinco sino 22 viajes. Que las prestaciones especializadas implican una secuencia conexas de viajes. Y que aun atendándose en un CAPS, por cada viaje “cercano” se necesitan más de 3 “lejanos”, que insumen lo equivalente por persona al gasto diario en comida y medio día de tiempo cada uno. Las políticas de salud orientadas a facilitar el acceso a la salud, pues, resultan ineficaces.

Se advierte asimismo que la facilidad del viaje es inversamente proporcional a la importancia de la prestación para el cuidado de la salud. Cuanto más especializadas las prestaciones y más riesgosa su postergación o incumplimiento viajes más complejos y vulnerables: más viajes, más lejos, más caros, largos y difíciles, retro alimentando la vulnerabilidad de las condiciones iniciales. La movilidad vulnerable incide en la cantidad y también en la calidad del control de salud.

En las madres adolescentes pobres el cuidado de la salud no es un hábito. El aumento de la cantidad, tiempo, gasto y esfuerzo implicados por el viaje afecta el balance entre su importancia y la

del cuidado de la salud, vulnerando la atención presente y futura de sí y del niño. La salud de ambos se torna vulnerable por la incidencia que la vulnerabilidad del viaje tiene sobre las prestaciones.

La metrópolis desigual tiene una movilidad desigual, y esta vulnera incluso políticas sustentadas en principios de igualdad, como la salud universal y gratuita. La movilidad desigual contiene una movilidad vulnerable, que es finalmente la que practican grupos vulnerables. En el periurbano de Buenos Aires, escenario de la expansión urbana actual y sus contrastes, el viaje de los pobres a la salud es vulnerable, y en especial el de las mujeres, embarazadas, y adolescentes.

La ineficacia de las políticas de salud manifiesta una visualización deficiente de la condición intersectorial del viaje, y de la magnitud y forma de su intervención en el acceso. Deficiencia compartida por la pública de transporte, mismo por las políticas urbanas de los gobiernos locales. Hay medidas para mitigar el viaje, como los CAPS en la política de salud o la inclusión del remis en la de transporte, pero incapaces de registrar desconexiones intersectoriales.

El viaje al CAPS se resuelve a pie o en bicicleta, sin servicios de transporte motorizados, pero esto no alcanza. La iniciativa de distribuir el sistema público de salud en el territorio mantiene concentrada la atención de la salud materna a pesar de haber servicios que podrían ofrecerse en los CAPS. La cobertura de los CAPS principales es restringida no sólo por su número, sino también por su deficiente localización.

La cantidad y variedad de estrategias de las adolescentes para resolver el viaje a la salud demuestra la debilidad de las estrategias públicas, en especial en políticas de transporte. No se registran estrategias orientadas a reducir la cantidad de viajes, como ser incorporar o adecuar recorridos, ampliar, renovar o mejorar la flota. Las subvenciones otorgadas a las empresas privadas parecen no ser eficaces al respecto. Esto expresa la necesidad de políticas públicas de transporte que contemplen alternativas para servicios periurbanos, y de políticas intersectoriales.

El vínculo ente la movilidad y las políticas públicas de inclusión vulnera el acceso aún a servicios universales y gratuitos. Los esfuerzos de los gobiernos de Pr y GR por la salud (CAPS, postas y unidades móviles, ambulancias y traslados humanitarios) *pueden potenciarse con pequeños cambios, observables si se captura adecuadamente la movilidad y su vínculo con el acceso allende el transporte, y renovando un abordaje intersectorial de las políticas públicas.*

Bibliografía.

- Argentina – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001) *Censo Nacional de Población y Vivienda*.
Argentina - Ministerio de Salud de la Nación - Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud – INDEC (2006) *Argentina 2006. Indicadores básicos*.
Gutiérrez, A. y D. Minuto (2007) Una aproximación metodológica al estudio de lugares con movilidad vulnerable. En: XIV CLATPU, Río de Janeiro, Tema Transporte y Exclusión Social, N°366 (en CD ROM).
Gutiérrez, A. (Dir.) (2008) Movilidad, pobreza y salud adolescente en Argentina. El caso del rururbano bonaerense, informe de investigación, mimeo, IFRTD - SKAT / COSUDE, 40 pág. y Anexos. <http://www.mobilityandhealth.org/>
Gutiérrez, A. (2009) Movilidad o inmovilidad: ¿qué es la movilidad?. Aprendiendo a delimitar los deseos. En: XV CLATPU, Buenos Aires.

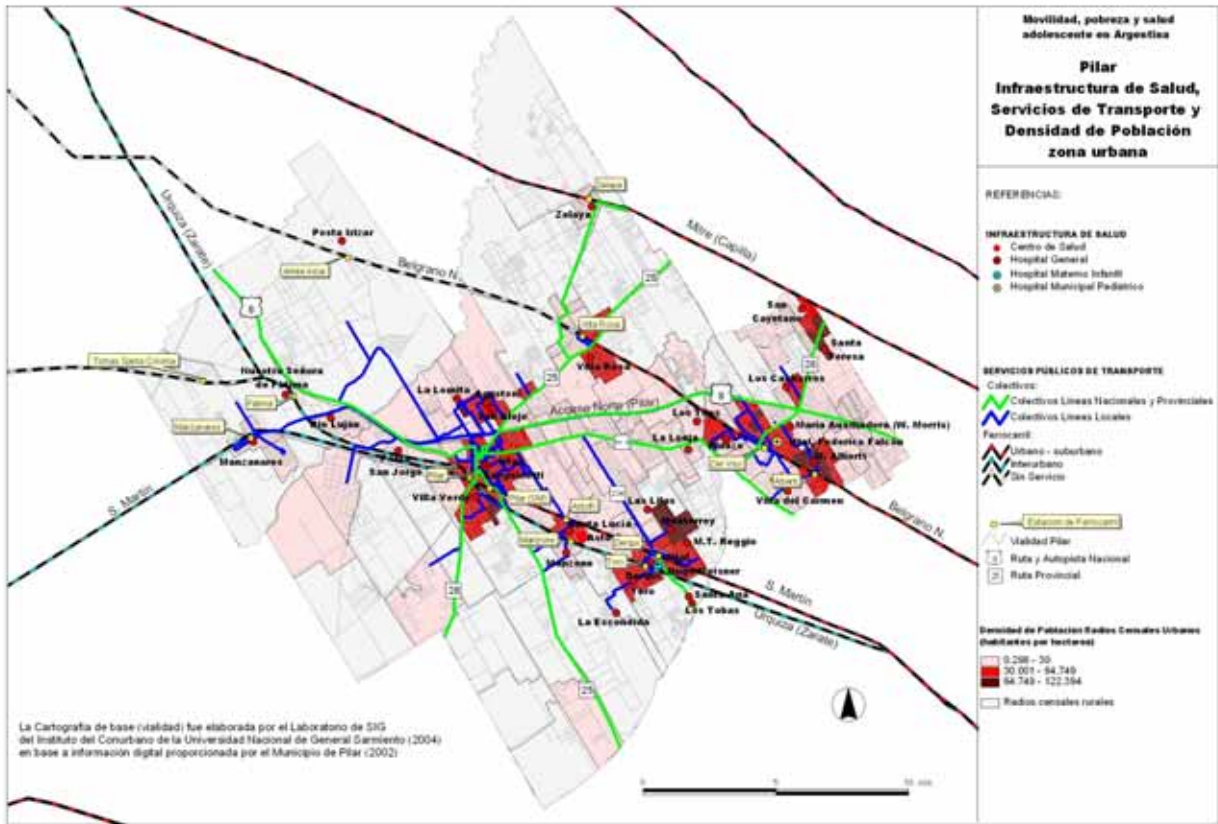
Sitios de Internet

- <http://www.argentina.gov.ar>
<http://www.indec.mecon.ar>
<http://www.ms.gba.gov.ar>
<http://www.msal.gov.ar>
<http://www.generalrodriguez.gov.ar>
<http://www.pilar.gov.ar>

Series estadísticas

- Dirección de Atención Primaria de la Salud. Municipalidad de Pilar.
Secretaría de Salud y Acción Social. Municipalidad de General Rodríguez.

Mapa 1.



Mapa 2

