



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO II – Junio 2003

DESCENTRALIZACIÓN Y EQUIDAD EN SALUD:

**Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la
Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del
conurbano bonaerense***

Lic. Alicia Stolkiner¹

Mter. Yamila Comes - Lic. Mariana Parenti

Lic. Romina Solitario - Lic. María Paula Unamuno

Comentarios de Liliana Findling²

con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud



¹ Directora del Proyecto.

*Este estudio fue realizado por un equipo de investigación de la Universidad de Buenos Aires. Contó con el apoyo financiero del International Research Center IDRC/CIID de Canadá y con la colaboración asociada de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sud.

² Lic. en Sociología. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Introducción

Las investigaciones anteriores³ el equipo se centraron en describir y analizar las variaciones de la dinámica de trabajadores y usuarios pobres del sector salud, en el contexto de la reforma en salud a nivel nacional y local. Hasta el año 2000 el estudio de caso se realizó en Eldorado, Misiones. A partir de ese año se tomó como área la Ciudad de Buenos Aires. Uno de los objetivos prioritarios ha sido estudiar las estrategias de cuidado de la salud de las familias pobres y su variación a medida que se modificaban sus condiciones de vida y la forma de provisión de servicios.

En el estudio en Ciudad de Buenos Aires vimos que muchos de los usuarios de Hospitales dependientes de la Ciudad provenían de municipios del conurbano. Este desplazamiento constante de población en busca de servicios, apareció como un problema complejo a ser estudiado en sus dimensiones políticas, sociales y humanas. El caso parecía paradigmático para analizar las asimetrías en el acceso a servicios de salud en el principal conglomerado urbano del país. También era relevante para aportar al debate en los acuerdos del Foro del Área Metropolitana de Buenos Aires y para la fijación de políticas de concertación de acciones entre las distintas instancias que componen el AMBA. La articulación entre investigación académica y toma de decisiones sectoriales ha sido una de las metas permanentes del equipo.

El estudio se desarrolló desde Junio de 2002 a Mayo de 2003 en el contexto de la profunda crisis económica, social y política de ese período. Sus objetivos generales fueron: 1. Describir y analizar la composición y características de los usuarios de servicios de salud del conurbano y rastrear los motivos invocados para este desplazamiento. 2. Analizar la posible relación entre esta estrategia de cuidado de la salud y el proceso de descentralización a nivel nacional y local, enmarcándolo en el concepto de equidad en el acceso a servicios de salud.

Desde las investigaciones anteriores apareció como necesario incluir la perspectiva de género en el análisis de las estrategias familiares de cuidado de la salud debido a lugar central de la mujer en ellas.

La práctica del equipo es interdisciplinaria. Para el cumplimiento de estos objetivos se trabajó con una metodología de articulación entre niveles de análisis y con técnicas de producción de datos cuantitativas y cualitativas. Las técnicas aplicadas fueron: estudio documental y estadístico, entrevistas con informantes clave, encuesta por muestreo (N: 400), entrevistas semidirigidas y grupo focal con mujeres pobres del conurbano. Para las conclusiones se realizó una triangulación de las técnicas.

Se analizaron y describieron las etapas del proceso de descentralización en Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. Se revisó la regulación y legislación vigente en Ciudad de Buenos Aires con respecto al acceso de habitantes de otros municipios. Por medio de la encuesta se describieron las características de los consultantes del conurbano, su procedencia, composición familiar, tiempo y costo del desplazamiento y motivos invocados para realizarlo. También se rastreó el conocimiento y opinión que

³ Se trata de tres proyectos trienales consecutivos financiados por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA y un proyecto anterior financiado en 1997 por el IDRC. Todos con sede en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

tenían sobre los servicios provistos en su lugar de procedencia. En las entrevistas semidirigidas se indagaron las vivencias y las motivaciones para esta elección. En el grupo focal se abordó el rol de las mujeres, las estrategias familiares de cuidado de la salud y su percepción de capacidad de participar en decisiones que les atañen.

Dimensión y caracterización del problema

Para esta investigación se seleccionó como universo los usuarios de consultorios externos de los Hospitales Generales, Pediátricos y la Maternidad Sardá provenientes del primero y según cordón urbano del Gran Buenos Aires (los que entran en los acuerdos del AMBA). Se excluyeron los Hospitales monovalentes y de especialidad porque algunos son de referencia obligada al proveer una especialidad que no existe en los servicios del conurbano, por ej. Hospital de Quemados. También se excluyó el Hospital Pediátrico Garrahan, porque tiene un régimen especial por acuerdo entre Ciudad de Buenos Aires y Nación, debido a su alcance nacional.

En los Hospitales seleccionados la proporción de usuarios de consultorios externos provenientes del gran Buenos Aires se muestra en el siguiente cuadro:

CEDES

CONSULTAS EXTERNAS POR HOSPITAL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.
CORTES SEMANALES DE MAYO Y OCTUBRE DE 2001.

HOSPITAL	PACIENT. DE CONS. EXTERNOS	CAPITAL FEDERAL	Conurba no	% usuarios. conurban	RESTO DE BS. AS.	Otros	Sin Especific
ALVAREZ	16.346	12.580	3.671	22.43	54	1	40
ARGERICH	22.622	8.996	5.012	22.15	1.910	702	6.002
DURAND	17.785	12.575	4.471	35.55	326	355	58
FERNANDEZ	12.456	8.898	3.240	26,01	59	78	181
PENNA	16.763	11.510	5.026	29,98	64	8	155
PIÑERO	23.004	20.566	2.369	10.29	24	2	43
PIROVANO	16.891	13.036	3.791	22,24	54	10	0
RAMOS MEJÍA	28.082	13.779	13.650	48,60	175	137	341
RIVADAVIA	11.473	7.825	3.085	26,88	98	100	365
SANTOJANNI	9.444	5.794	3.611	38,23	13	26	0
TORNU	9.039	7.727	1.282	14,18	3	27	0
VELEZ SANSFIELD	6.113	4.552	1.295	21,18	126	15	125
ZUBIZARRETA	11.137	6.255	4.804	43.13	11	21	46
H. G. AGUDOS	201.155	134.093	55.307	27,49	2.917	1.482	7.356
ELIZALDE	16.141	3.771	11.301	70,07	313	364	392
GUTIERRES	14.754	5.803	7.522	51,01	944	476	9
H. G. NIÑOS	30.895	9.574	18.823	61,04	1.257	840	401
MATERNIDAD SARDA	4.905	1.973	2.926	59,65	2	4	0
Totales :	236.955	145.640	77.056	32.5 %			

Fuente: Dirección de Estadísticas de Salud GCBA.

El 32 % de las consultas en estos hospitales son realizadas por usuarios del conurbano. Existen diferencias notables en la distribución de este porcentaje. Entre los actores de la Secretaría de Salud de la Ciudad se llama "Hospitales de Frontera" a los que tienen alta afluencia de consultantes del conurbano. Los Hospitales generales de Niños tienen el mayor porcentaje de esta consulta (61% entre ambos), junto con la maternidad Sardá (60%). Entre los Hospitales generales de Agudos se destaca el Ramos Mejía, casi la mitad de sus pacientes provienen del Gran Buenos Aires, y tres hospitales más cuyos porcentajes oscilan entre el 35 y el 45% de usuarios de zonas aledañas. El Hospital

Argerich , es considerado también “de frontera” , pero en estas estadísticas los 2000 pacientes que figuran “sin especificar el origen” no permiten evaluar el dato.

Estos datos son de 2001 por lo que es posible que se registren variaciones. Según opinión del Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires el empobrecimiento de la población habría disminuido este tipo de consultas por incapacidad económica de traslado. Simultáneamente habría habido un incremento de consulta de sectores medios empobrecidos. (Clarín, 14/02/03). En las encuestas realizadas, como se mostrará luego, la mayoría de los consultantes del Conurbano son pobres o indigentes , pero muchos argumentan que les resulta más barato atenderse en la Ciudad.

La primera pregunta que surge ante este problema es cual es la provisión de servicios en sus áreas de residencia y la comparación con la oferta de la Ciudad de Buenos Aires. Esta comparación debe enmarcarse en una caracterización sociodemográfica del conurbano y de la Ciudad de Buenos Aires.

La ciudad de Buenos Aires tiene 2.965.403 habitantes (INDEC, 2002), concentra el 23% del PBI nacional y habitan en ella sólo el 8,3% de la población. Es así que sus habitantes participan en el PBI un promedio de 2,75 veces más que la media del país (GCBA/CEPAL, 2000). Más allá de que en su interior tiene asimetrías marcadas (Barcala et. al , 2002) ha sido históricamente un polo de concentración de riqueza del país. Aún en la crisis sus indicadores de pobreza son más bajos . En los partidos del conurbano bonaerense viven 8.684.953 personas (INDEC,2002). Concentra algunos de los bolsones de pobreza urbana más poblados del país y altas cifras de desempleo. La comparación de los índice de pobreza e indigencia muestra las asimetrías del área metropolitana.

POBREZA E INDIGENCIA EN CIUDAD DE BUENOS AIRES Y GRAN BUENOS AIRES, OCTUBRE DE 2002.

	% de personas pobres	% de hogares pobres	% de personas indigentes	% de hogares indigentes
Ciudad de Bs.As.	21,2 %	14.6 %	5,7%	3,5%
Partidos del conurbano	64.4 %	53,5%	30,5%	22,3 %

Fuente : INDEC, 2002 II

A su vez ,el segundo cordón del conurbano tiene peores indicadores sociales que el primero (INDEC 2002II).

Esta misma asimetría se evidencia en la provisión de servicios de salud. Nos centraremos en la oferta de servicios estatales dado que son los que utiliza preferentemente la población pobre.

Oferta de servicios de salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

CEDES

El número de camas hospitalarias cada mil habitantes en los dos cordones del conurbano considerados es :

NUMERO DE CAMAS DE ESTABLECIMIENTOS ESTATALES POR PARTIDO.

Partido	Camas estatales por cada mil habitantes
Ituzaingó	0
Hurlingham	0,046
Quilmes	0,37
Moreno	0,46
Esteban Echeverría	0,47
La Matanza	0,5
Malvinas Argentinas	0,52
Tigre	0,59
Florencio Varela	0,63
Almirante Brown	0,7
José C. Paz	0,73
Merlo	0,78
Tres de Febrero	0,84
Berazategui	0,84
Lanús	0,87
San Isidro	0,9
San Fernando	1,16
Vicente López	1,24
San Martín	1,44
Ezeiza	1,55
Avellaneda	2,1
Presidente Perón	2,12
Lomas de Zamora	2,14
Morón	2,4

Fuente: Estadísticas del GCBA.

El 66% de los partidos se encuentran por debajo del standard deseable⁴, el 55% son del primer cordón y el 73% del segundo.

La Ciudad de Buenos Aires muestra una diferencia considerable: El subsector estatal de la Ciudad posee 2,91 camas cada mil habitantes (Dirección General de Estadística y Censos. GCBA. 2002) . Este virtual exceso se debe a la descentralización. Por ella pasaron a depender de la Ciudad varios hospitales nacionales. Muchos de ellos habían sido planeados para brindar asistencia nacional.

El simple recuento de camas muestra que la oferta de servicios de salud es menor en las zonas más desfavorecidas, profundizando la inequidad. Esta distribución debe ser el resultado de fenómenos complejos. Entre ellos se cuentan desde las sucesivas políticas

⁴ Según estándares de la OMS.

implementadas, hasta las corrientes migratorias que poblaron los cordones. De esos factores hemos privilegiado el análisis del proceso de descentralización .

El Proceso de descentralización

"Sin ninguna duda, el error más serio que puede cometer quien encara una reforma es considerar a la descentralización un ejercicio administrativo desprovisto de causas y consecuencias políticas"

Smith, B (1997, pág. 24)

Teóricamente el proceso de descentralización sería " la delegación del poder político, las decisiones y prioritariamente los recursos, acercando de este modo la administración al lugar donde se producen los hechos, dentro de un marco regulatorio unificado" (Arce, H.1993), pero estos postulados no siempre se realizan. Ugalde y Humeres (2002) plantean que el término descentralización ha sido utilizado en América Latina para referirse a formas organizativas muy variadas, por ejemplo desconcentración, devolución, o concesión de cierto grado de autonomía a unidades de provisión de servicios. También señalan diversas funciones que pueden ser descentralizadas (fiscales, programáticas, etc.). Como resultado se muestra una gran variedad de intervenciones. Los autores cuestionan que los procesos descentralizadores hayan resultado necesariamente efectivos en términos de democratización, aumento de la eficacia , disminución del gasto o aumento de la equidad.

En la Argentina la transferencia de instituciones de salud dependientes del nivel nacional, a entidades provinciales y/o municipales comienza en 1956 y culmina en el año 1992, en el marco global de la Reforma del Estado y la ley de Emergencia Económica.

Hasta 1945 el sistema se desarrolló sin planificación nacional, en lo que Hugo Arce denomina "etapa de descentralización anárquica" (Arce, 1993).

El período de 1945 a 1955, primer gobierno de J.D.Perón, hubo un importante desarrollo del Sector Estatal con una planificación centralizada desde el Estado Nacional. En esta etapa que se creó el Ministerio de Salud de la Nación , se planificó a nivel nacional y hubo un importante desarrollo de la infraestructura hospitalaria pública. Durante la Gestión del Ministro de salud, Dr. Ramón Carrillo, se duplicó en diez años el número total de camas hospitalarias estatales del país. De esa época son algunos importantes policlínicos zonales del conurbano bonaerense.

Luego de derrocamiento militar de 1955, comienza un sostenido proceso de desfinanciación de las instituciones públicas . Simultáneamente se desarrolla el sector privado. Entre 1954 y 1980 las camas hospitalarias estatales se redujeron en 20.000 unidades y se triplicaron las privadas (Arce, 1993).

En 1957 que se inicia la delegación de instituciones de salud desde el nivel central hacia los estados provinciales y municipales. Comienza con un informe técnico del

Sanitarista brasileño Odair Pedroso de la Organización Panamericana de la Salud en el que se recomienda “transferir la responsabilidad de los establecimientos nacionales a las respectivas provincias” (Arce, 1993).

Esta delegación se realiza sin transferencia de recursos y corresponde al modelo de centralización normativa y descentralización operativa. El objetivo político subyacente a esta propuesta técnica era desarmar la organización estatal hegemónica y centralizada del gobierno anterior, disminuyendo el peso político que había adquirido el Ministerio de Salud.

Durante las gestiones de los Ministros de Salud Nobilea (1958/62) y Oñativia (1963/66), ambos en gobiernos electorales, se crean “Hospitales de Reforma”. En ellos se descentraliza la administración, se posibilita la participación de “la comunidad” y del personal en su administración y se les habilita para conseguir recursos propios. Esta experiencia se desarrolla durante tres años en los hospitales de Gonet y Mar del Plata. Marcan, junto con los posteriores Hospitales SAMIC las primeras experiencias de autogestión hospitalaria.

El Ministro Oñativia consideraba que la descentralización hospitalaria estaba supeditada a una política de desarrollo de las autonomías económicas regionales. Afirmaba que este era un requisito para que las provincias pudieran absorber los presupuestos de la asistencia sanitaria. Entretanto proponía que la nación asumiera la responsabilidad de mantener los hospitales (Iriart et al., 1994).

Entre 1966 y 1973, durante otra sucesión de gobiernos militares, se desarrolló fuertemente la capacidad instalada privada y se desactivaron camas estatales, también se cerraron varios institutos nacionales de atención especializada. La inversión estatal en recursos físicos fue prácticamente nula. (Arce, 1993). En 1971, se transfirieron por (ley 19337) 10 hospitales nacionales a la Provincia de Buenos Aires. Se trataba de una normativa que confería la autarquía institucional o descentralización administrativa. Habilitaba la personería jurídica hospitalaria pero mantenía la decisión del Ministerio Nacional en los aspectos científico-técnicos (Art. 3 Ley 19337).

El gobierno militar del período 1976-1983 aceleró el proceso, tanto en lo referente a transferencia de establecimientos como en lo relativo al progresivo peso del sector privado. “Bajo el imperio del Estado subsidiario se pretende transferir a las organizaciones intermedias, a la comunidad, a los individuos la responsabilidad en la provisión de servicios sanitarios ocupándose el Estado sólo de los sectores más carenciados” (Iriart, et al., 1994, pág. 102).

En 1978 mediante el Decreto Ley Nro. 21.883/78 se transfirieron la casi totalidad de los establecimientos remanente (exactamente 65) en la jurisdicción nacional (Arce, 1993). También se descentralizaron los Centros periféricos que dependían de esos hospitales que pasaron a depender de la provincia y mas adelante pasarían de provincia a los municipios. Se trata de una medida de transferencia, se cedieron los inmuebles y se delegó la dependencia del personal. El estado nacional cesó de financiar los establecimientos transferidos. En función de esta ley muchos de los policlínicos del conurbano bonaerense y sus centros periféricos, pasaron a depender de la Provincia

de Buenos Aires. Esta desconcentración no tuvo en cuenta las diferencias económicas regionales ni las necesidades sanitarias de la población de referencia.

A partir del retorno a las formas democráticas de gobierno, en 1983, el proceso de descentralización se inscribió en el marco global de la “modernización del Estado”. La propuesta del gobierno del Dr. Alfonsín (1983-1989), el Seguro Nacional de Salud, implicaba una unificación financiera del sistema con pluralidad de prestadores. En la vía de la “financiación de la demanda”, proponía ampliar la cobertura a la totalidad de los habitantes del país por el sistema de un seguro universal. Atrapada en la pugna de actores del sector la propuesta no llegó a implementarse cabalmente.

El período que se inaugura con el gobierno de Carlos Menem, se caracterizó por llevar a fondo los postulados neoliberales sobre la transformación del Estado. La instauración del Plan de convertibilidad en lo económico se acompañó de un acelerado proceso de privatización de empresas públicas y de reformulación funcional del Estado. La reforma del sector salud tuvo también como objetivos introducir la lógica de mercado en la sector y disminuir el gasto fiscal.

El proceso de transferencia financiera de instituciones de salud nacionales a instancias provinciales culminó a partir de 1990. En la Ley de Presupuesto de 1992 desaparecieron de la secretaría de salud las partidas destinadas a servicios hospitalarios, que representaban la 1/5 parte de los créditos del Ministerio de Salud y Acción Social. Se sustanciaron las transferencias de las últimas dependencias nacionales, con algunas excepciones conflictivas (ej. el Hospital Posadas de Pcia. de Buenos Aires) (Arce, 1996). La Secretaría de Salud de la Nación se reservaba la función de orientación política y asistencia técnica, delegando en los ministerios provinciales la administración de establecimientos y programas.

Llevando al límite la descentralización hospitalaria, en el año 1993 se crea el Hospital Público de Autogestión (HPA). Ese año el Poder Ejecutivo Nacional dicta el decreto 578/93 del HPA que plantea lineamientos tendientes a producir recaudación propia en los hospitales públicos brindándoles autarquía financiera. Debido al carácter federal de la república las provincias adhirieron a ella de distinta manera.

En la Provincia de Buenos Aires la Ley provincial 11.072 se reglamenta mediante el Decreto 2370 del año 1991 (en el año 1997 se lo vuelve a reglamentar con el Decreto 2368/97). Plantea el pase a entidades autárquicas de los hospitales provinciales con participación de los actores en la gestión. En la Ciudad de Buenos Aires, en 1992, se transfieren a la Ciudad 11 establecimientos nacionales, muchos de ellos planeados a escala nacional. La adhesión e implementación del Hospital de Autogestión sucede en el conurbano y en la Ciudad a principios del 92, sin llegar a una implementación completa.

El escenario del AMBA queda así configurado por: la ciudad teóricamente sobredimensionada en la provisión de camas hospitalarias; y la provincia con importantes hospitales anteriores al asentamiento y migración que generó el segundo y tercer cordón (especialmente los interzonales de la época de Ramon Carrillo) ubicados en zonas menos carenciadas. A esto se agregan los Hospitales propios de los Municipios. La distribución de centros de atención ambulatoria no se compadece tampoco de las características sociosanitarias de la población .

En este contexto sucedieron fenómenos diversos. Algunos municipios ejecutaron “alambre sanitario” aceptando en sus servicios sólo a la población residente. En otros casos, la entrada de la idea de “recaudación” unida a déficit de financiamiento propició el cobro de aranceles o cobro “compulsivo” de bonos de cooperadora hospitalaria (que un informante denominó “arancelamiento encubierto”), constituyendo una barrera de accesibilidad para los usuarios pobres.⁵

La nueva constitución de la Ciudad de Buenos Aires y su ley básica de salud contienen normas que habilitan el derecho de los no residentes en la ciudad a utilizar sus servicios de salud. En los sucesivos Foros del AMBA se plantea la necesidad de formular acuerdos que articulen las acciones de salud.

Si algo caracterizó los procesos de descentralización en Argentina es su carácter autoritario y/o tecnocrático. La perspectiva de mayor control por parte de la comunidad y de incremento de la participación no pasó, salvo excepciones, de un enunciado. Es significativo que hasta la década del 90, el mayor impulso descentralizador fue ejecutado por gobiernos dictatoriales. Las propuestas siempre aparecieron como técnicas, y se acompañaron de un progresivo desfinanciamiento del sector público. También se profundizaron brechas de inequidad. En este proceso de reforma, los usuarios, especialmente los pobres, fueron actores mudos. No por ello pasivos, porque la adecuación de sus estrategias de vida y de cuidado de la salud a las distintas condiciones fue creando prácticas no planeadas. Tal el caso de la búsqueda de atención fuera de su lugar de residencia.

Conocer las características, las opiniones y los motivos invocados de estas personas. También indagar su posición en relación a sus derechos fue el objetivo que fundamentó el trabajo en terreno.

Metodología de producción de datos

Se trata de un estudio descriptivo en el marco de una estrategia metodológica Cualitativa (Minayo, M.C, 1997). Las unidades de análisis fueron los usuarios residentes en el primer y segundo cordón del conurbano que se atienden en los hospitales generales (de agudos y pediátricos) y la Maternidad de la Ciudad de Buenos Aires. En total fueron 16 hospitales seleccionados.

Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas. Se trabajó sobre fuentes primarias (usuarios) y secundarias (revisión de estadísticas, documentos y normativas).

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

Encuesta a usuarios: Se seleccionaron con un criterio de muestra razonada (una aleatoria estricta era imposible por la variabilidad del universo). Se respetó la proporcionalidad de usuarios del conurbano por hospital en una semana normal de actividad y la proporción de varones y mujeres según estadísticas del GCBA (80% y 20%). La muestra fue de

⁵ El cobro compulsivo de aporte a la cooperadora fue también percibido como barrera en el estudio anterior realizado en Eldorado, Misiones.

401 encuestas (Ver formato de encuesta en anexo). Se procesaron los datos con el software SPSS.

Entrevista semiestructurada a usuarias: Se tomaron 20 entrevistas a usuarias del conurbano en los hospitales, basadas en una grilla tópica. Se procesaron las entrevistas con el software Atlas. Ti . Se las analizó seleccionando fragmentos discursivos en función de categorías redefinidas (criterios de Grounded Theory).

Grupo Focal: se realizó con mujeres del segundo cordón del conurbano en su lugar de residencia. Objetivos: rastrear estrategias de cuidado de la salud y la participación en salud de las mujeres. Se utilizó como disparador la Ley de Salud Reproductiva de la Nación. El grupo focal se filmó y luego se reprodujo y se analizaron las intervenciones puntualmente.

Entrevistas con informantes calificados: narraron sus experiencias como actores de los procesos de descentralización en el conurbano bonaerense y la ciudad de Buenos Aires.

Caracterización de los usuarios del conurbano

Se encuestó a un 80% de mujeres y a un 20% de varones. La media de edad de los usuarios encuestados es de 38 años (s: 14.73). Su nivel educativo es alto en relación a la media de la población pobre del conurbano

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Analfabeto	Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario/Univers.
3%	17%	36%	18%	20%	5%

No hay niños en edad escolar que no concurren a la escuela en sus hogares (0.7%). La composición de éstos hogares es la siguiente:

Tipo de Hogar	Porcentaje
Hogar unipersonal	.7
Hogar nuclear completo	59.1
Hogar nuclear incompleto	11.0
Hogar extendido	24.7
Hogar compuesto	4.5
Total	100.0

Predominan los hogares nucleares completos y le siguen los extendidos. El promedio de personas por hogar es 4.51. El porcentaje de hogares nucleares incompletos-presumiblemente dirigidos por una mujer-pareciera menor que el promedio en la población de origen.

Del total de los encuestados, un 64% refiere no trabajar en este momento. Un 15 % se autodefine como desempleado y un 46% como ama de casa (el restante 3% son jubilados y pensionados). Un 26% trabaja regularmente y un 10% de manera eventual.

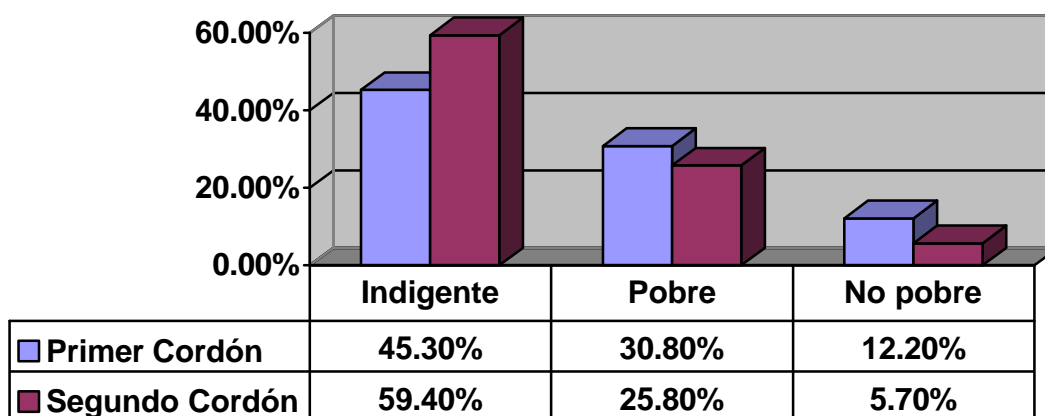
El 75% de los usuarios encuestados declara un ingreso de hasta \$300. El siguiente gráfico muestra la distribución de los ingresos de los hogares:

El ingreso familiar mensual declarado se distribuye de la siguiente manera:

Ingreso familiar mensual	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada	2.5	2.5
hasta 100	3.7	12.0
entre 100 y 150	14.2	26.2
entre 151 y 300	24.9	51.1
entre 301 y 400	18.5	69.6
entre 401 y 500	8.2	77.8
entre 501 y 600	8.7	86.5
entre 601 y 700	2.5	89.0
entre 701 y 800	1.5	90.5
entre 801 y 900	1.7	92.2
entre 901 y 1000	2.2	94.4
mas de 1000	1.7	96.1
ns/nc	8.5	104.6
no sabe	1.0	105.6
Total	100.0	

El 81% de la muestra se halla por debajo de la línea de pobreza, ubicándose el 53% por debajo de la línea de indigencia⁶. La población residente en el segundo cordón presenta un grado de indigencia mayor que la que vive en el primer cordón:

Categoría socioeconómica por cordón del conurbano - Buenos Aires - 2002.



⁶ Para calcular pobreza e indigencia se reconstruyó la composición del hogar por edad y sexo, luego se cruzó con el nivel de ingresos según metodología del INDEC.

Fuente: encuesta a usuarios Dic. 2003. Utilizando categorías de INDEC de ingresos según cantidad de personas, edad y sexo del hogar (los porcentajes que faltan corresponden a respuestas missing).

El 40% recibe algún tipo de ayuda social. De ellos, el 68% manifiesta ser beneficiario del Plan Jefas y Jefes de Hogar. Un 10% refiere recibir el Plan Vida, el 5% de comedores escolares y un 4% de la iglesia. Un 13% asiste a comedores de adultos, recibe bolsones de comida u otro tipo de ayuda. Es menor el porcentaje de usuarios del primer cordón que reciben ayuda que los del segundo (24% y 46%).

En síntesis se trata de una población predominantemente indigente o pobre, en edad productiva. Una característica particular parece ser su mayor nivel educativo y un menor porcentaje de hogares nucleares incompletos, esto requeriría un relevamiento comparativo.

El siguiente cuadro muestra algunas de las variables indagadas en la encuesta, diferenciado según cordón de procedencia:

Variable	Usuarios del 1er Cordón	Usuarios del 2do Cordón
Procedencia del usuario encuestado	25,5%	74,5%
Viene para atender a los hijos	33%	41%
Vienen a atenderse ellos mismos	57%	48%
Perciben que el hospital les queda lejos	53%	76%
Perciben que les queda cerca	47%	23%
Usa el hospital de su zona para algunas situaciones	86%	76%

Fuente: Elaboración propia sobre datos encuesta a usuarios - 2003

Utilización de servicios de capital

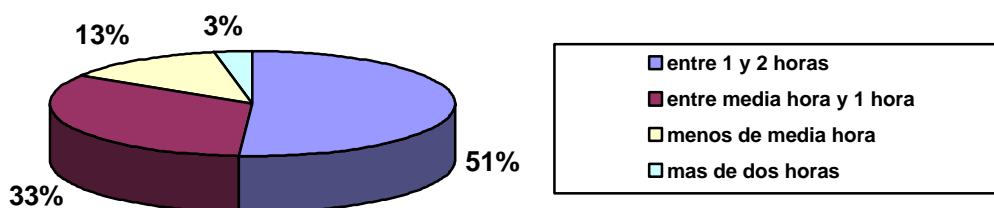
El 50% de los encuestados asisten al hospital para atenderse ellos mismos. El 40% trae a sus hijos y el 10% restante acompaña a un familiar. El 95% acude al hospital directamente desde su casa, el 5% restante viene desde su trabajo, la casa de un familiar u otro. Esto descarta que el origen del desplazamiento sea la proximidad con el trabajo. Los usuarios del segundo cordón acuden en mayor porcentaje a atender a sus hijos que los del primero.

Transporte y tiempo

Los medio de transporte preferidos son el colectivo (63%) y el tren (30%). La mayoría utilizó para llegar un sólo medio de transporte (45%) o dos (43%). El resto tres o más.

El 51% tardó entre 1 y 2 horas en llegar al hospital, el 33% tardó entre media hora y una hora, el 13% tardó menos de media hora y el resto más de dos horas.

Tiempo que implicó el traslado al hospital



El 45% llegó entre las 5 y las 8 de la mañana. Hay un 4% restante que llegó antes de las 5 de la mañana entre los que se cuentan quienes llegaron la noche anterior y durmieron en el Hospital.

Según aparece en las entrevistas, para algunos usuarios resulta más rápido y/o económico venir a la ciudad que trasladarse dentro de su partido: *“el hospital de MG está en un lugar y los consultorios externos a veinticinco cuadras, me sale más barato venir a la capital”*. Influye la distribución y frecuencia de los medios de transporte. Algunos manifestaron que resulta más económico porque vienen en tren o porque tienen que tomar un solo transporte. La percepción y valoración subjetiva del tiempo es un factor complejo. Parecen tener naturalizado que una consulta médica insume un día completo de actividad. En otros casos, el tiempo de desplazamiento es compensado por la cantidad de servicios que reciben en el día: *“aquí hago todo en un solo día”, “vine para gineco, traumatología, oftalmología y clínica, tuve suerte ya me atendieron todo”*. Las madres suelen pedir turnos para atenderse ellas el mismo día que traen a sus hijos. Un motivo más profundo es el temor a “perder tiempo” en la detección y cura de una enfermedad: *“allá –refiere al hospital de su partido-me hicieron perder el tiempo sin acertar lo que tenía, cuando llegamos aquí ya era tarde”* ..

La mitad (51%) considera que el hospital le queda lejos, el porcentaje es mayor en los usuarios del segundo cordón. Sumando los que consideran que les queda “relativamente lejos”, llegan al 70%. El resto considera que le queda cerca o relativamente cerca. Los medios de transporte parecen determinar también el hospital elegido, según cordón de procedencia. La proporción de usuarios del primer y segundo cordón varía según los Hospitales. En el caso del Hospital Ramos Mejía es particularmente accesible para los usuarios de La Matanza.

El 44% de los encuestados manifestó que el traslado le ocasiona alguna dificultad. Estas dificultades son: falta de dinero para el transporte (52%), problemas de tiempo (26%) y dejar a los niños (9%) , junto a otras varias (13%). El 34% manifestó no haber podido pagar el transporte alguna vez, de ellos el 42% postergó o canceló la consulta. Un 25% pidió prestado. De las entrevistas se desprende que el pedir prestado o apelar a cualquier esfuerzo solamente lo hacen cuando se trata de la consulta por los niños: *“ por los chicos uno saca de donde no hay, los grandes pueden esperar”* .

La dimensión humana de estas dificultades aparece más claramente en las entrevistas: una entrevistada acompañaba a una amiga que viajó dos horas en ómnibus con el trabajo

de parto iniciado. Muchos llegan la noche anterior y permanecen en el hospital. Otros viajan durante la noche: “ salimos de casa a las 12.30 de la noche, perdimos el segundo colectivo y esperamos en la parada desde las 0.30 a las 2.30 y con el frío que hizo hoy” . Una entrevistada lo sintetiza: “aquí estamos, recorriendo sesenta kilómetros, durmiendo sentados y esperando ser atendidos”

Turnos y tiempo de espera

La mitad de los encuestados llega sin turno solicitado previamente (47%). De los que viene con turno previo (46%), la mitad lo solicitó en el mes anterior a la consulta (31%), un 11% en los siete días anteriores y un 14 % más de un mes antes.

Razones invocadas para utilizar los servicios de la ciudad

Esta población tiene una gran adhesión al hospital que utiliza. Un 77% no utiliza otro servicio de la ciudad. El 65% de los encuestados manifiesta concurrir siempre al mismo hospital, un 20% refiere concurrir a veces, mientras que el 15% restante concurre por primera vez. El 98% expresa que nunca dejaron de atenderlo en algún hospital público de la Ciudad de Buenos Aires por no ser residente de la ciudad.

Para rastrear los motivos por los que asisten a hospitales de la ciudad se incluyeron preguntas abiertas, factibles de más de una respuesta. Luego se crearon las categorías para agruparlas, el porcentaje se calcula sobre el total de respuestas:

MOTIVOS PARA ATENDERSE EN HOSPITALES DE LA CIUDAD

Categorías de motivos	Porcentaje	Tipo de motivo
Mejor “calidad” percibida de atención	42,3%	Buen trato y atención-65% Mejores profesionales 15% Menor tiempo de espera 14% Mejor infraestructura 6%
Tradición familiar o de residencia previa/confianza	14,3%	“yo nací aquí”, “aquí se atiende mi madre” “antes vivíamos cerca” “me lo recomendó una amiga”
Motivos económicos	13,4%	Cuentan con insumos 43% Proveen medicamentos 23% Realizan gratis los estudios 17% En su zona cobran arancel 14%
Existencia de servicios especializados	11%	Proveen servicios que no hay en su zona de residencia
Derivación desde su servicio de zona	6%	
Le queda más cerca que el Hospital de su zona	3.4 %	
Percepción de mala praxis en servicios de su zona	3.2%	

Fuente: encuesta Diciembre 2002.

Como se observa el primer motivo de elección refiere a distintos aspectos de calidad de la atención, entre ellos se privilegia el buen trato. En la investigación realizada con usuarios

de centros de salud de la ciudad de Buenos Aires por el equipo ⁷, éstos manifestaban preferir los Centros por su atención más personalizada. Criticaban de los hospitales el mal trato personal y las horas de espera. La calidad del trato en la atención es considerada un problema por las autoridades en salud de la Ciudad de Buenos Aires, que han planteado un proyecto de "Humanización de la Atención". Los usuarios de provenientes del conurbano parecen tener otra percepción.

En las entrevistas se visualiza mejor el sentido de la "buena atención". Se advierte un "agradecimiento" por la atención recibida como si fuera producto de la "bondad" de una institución personalizada: *"Este hospital es muy bueno. Hay que contar que recibe gente de muchos lados", "tu vienes a la noche y nadie te dice nada. Podés sentarte ahí, tomar mate, y nadie te dice nada"*. Un caso paradigmático en este sentido, lo constituye el relato de una de las entrevistadas, de condición muy humilde, que ganó la lotería y decidió donar ese dinero al hospital, como agradecimiento a la atención que le había dado desde hacía varios años. Agrega: *"Si tuviera mucha plata lo donaría todo (llora)"*. Esto se extiende a la valoración del personal: *"los médicos son buenos, la enfermera es buena, la gente que te atiende en ventanilla es buena, el personal en todo es muy bueno, no podés levantar queja de nadie... y en la atención tienen consideración"*. El menor tiempo de espera se define en comparación con los servicios de su lugar de residencia: *"...en mi zona....tu vas a llevar a un niño al pediatra y no hay mas que quince turnos.."* *"A veces venimos sin turnos y venimos a preguntar y nos atienden igual-refiere al hospital de ciudad"*.

En las entrevistas aparece el problema de los insumos como causa para elegir los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires: *"allá no hay insumos, no hay nada"* *"En el hospital que nos pertenece no hay ningún tipo de insumos.....para ponerte una inyección tienes que llevarte la jeringa y el alcohol porque no tienen"* *"el hospital (de su zona) no tiene nada, ni para casos de emergencia ni accidentes"* *"te vas a internar y gracias que encontrás un colchón porque no tienen sábanas ni nada.. están en la ruina total"*. El 23% manifiesta asistir a la ciudad porque le proveen los medicamentos indicados pero en entrevistas surge la siguiente afirmación *"cuando hay dicen que dan pero si no hay no..."* *"aca nos atienden muy bien, todos los genéricos nos dan"..casi consigo todos los medicamentos"*.

Conocimiento, opinión y utilización de los servicios de su zona de residencia

Acudir a los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires es parte de una estrategia compleja que incluye también a los servicios de su zona de residencia.

El 72% de los sabe cuales son los hospitales de su zona. De ellos sólo el 45% los utiliza. El 51% refiere conocer una sala de atención cerca de su casa. Los que los conocen y los utilizan lo hacen para: consultas de baja complejidad (31%), urgencias o guardias (24%), controles de rutina (24%), vacunación y otros (9%). Los que los conocen y no los utilizan, invocan los siguientes motivos: falta de conocimientos-"no lo conozco", "nunca fui"-o

⁷ Se trata del proyecto: "Reforma en salud en la Ciudad de Buenos Aires: representaciones y prácticas de usuarios pobres y trabajadores del sector" Directora: Lic. Alicia Stolkiner, Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires.

malas referencias (38%), mala calidad del servicio (35%), falta de insumos (9%) y largas lista de espera (9%).

La percepción de falta de personal especializado aparece en las entrevistas: ..” *necesitas un cardiólogo y no hay, , ni neurólogo. La ginecóloga hace de ginecóloga y de todo, el clínico hace de cirujano*”.

El 33% acude al hospital de su zona en caso de urgencia y un 14% a la salita cercana.

En el grupo focal surgió el problema de que las salitas no funcionan en horario vespertino. Por lo tanto, aparece una sensación de quedar desprotegidos en caso de necesitar asistencia en horas de la noche “*de noche no te vas a agarrar un hipo porque te quedás ahí...*”.

En algunos casos se manifiesta una percepción de deterioro progresivo de los hospitales de su zona y nostalgia de un “pasado mejor” : ..”*nuestro hospital estaba muy bien equipado ..mis suegros tenían PAMI y no lo querían usar porque era mejor el hospital.....luego nuestros médicos se fueron y el hospital decayó*” .

Percepción de barreras de acceso y estrategias de cuidado de la salud

El 87% de los encuestados alguna vez experimentó una barrera económica en el acceso a servicios de salud y seguimiento de tratamientos . Entre ellos estas fueron:

BARRERAS DE ACCESIBILIDAD PERCIBIDAS

Imposibilidad de acceder a los medicamentos	46%
Imposibilidad de costear los estudios diagnósticos	34%
Imposibilidad de pagar el transporte	17%
Imposibilidad de pagar aranceles	3%

Fuente: encuesta Diciembre de 2002.

De los que alguna vez no pudieron comprar los medicamentos, el 27% recurrió a familiares o allegados para poder obtenerlos “*entre nosotros, la familia, nos vamos ayudando para conseguir los medicamentos*”. El 25% desiste de tratarse si se trata de un adulto, pero se esfuerza si es para los niños: “*cuando los hijos se enferman, de algún lado siempre saco la plata para los remedios*”. El 9% posterga el tratamiento hasta poder adquirirlos. Un 21% de los encuestados los solicita en el hospital en el cual se atiende.

Frente a la imposibilidad de pagar los estudios diagnósticos el 31% directamente no los realizó, el 20% postergó el estudio hasta conseguir los recursos para hacerlos. El 18% pidió prestado, y el 13% esperó el turno del hospital⁸.

⁸ Los Hospitales de Ciudad de Buenos Aires pueden tener bastante demora de turnos para realizar algunos estudios diagnósticos. A esto se refieren los encuestados que afirman que, frente a no poder pagarlos, optan por esperar el turno del Hospital.

Frente a la dificultad para pagar el transporte el 25% pidió prestado el dinero, el 20% desistió de consultar, el 22 % postergó la consulta hasta tener los viáticos, el 7,5 % viajó gratis de manera informal , el 5% optó por consultar en su zona y los otros recurrieron a distintas medidas incluyendo solicitar el dinero en el hospital.

Los aranceles son un obstáculo aún cuando sean de contribución "voluntaria". En algunos casos porque no saben que no están obligados a pagar , en otros porque no poder hacerlo produce "vergüenza" . Una entrevistada relata que llegó desde el segundo cordón al Hospital Garrahan a atender a su hijo , vió el cartel del bono de cooperadora y se retiró porque no había llevado dinero, "*pensé que el bono se pagaba y no entré... no se cómo se manejaban ahí*", "*yo pensaba si tengo que ir, tengo que llevar plata*" "*a mi se me hace que cobran si o si*". Una de las participantes del grupo focal desistió de un tratamiento en un hospital universitario, al que la había derivado el médico de su sala, por no poder pagar el bono de consulta, finaliza diciendo: "*afortunadamente me curé sola*". Otras saben que es voluntario, pero preferirían poder pagar. El recibir la asistencia en salud de manera gratuita como un derecho no parece una representación predominante.

La mujer y la salud del grupo familiar

Las responsables del cuidado de la salud del grupo familiar son las mujeres. El uso de servicios médicos se prioriza cuando se trata de los niños, ellas pueden postergar los propios si hay otras necesidades del hogar: "*Vamos a lo real: nosotras para lo último... nosotras aguantamos*": Los varones consultan fundamentalmente en casos de emergencia: "*muertos los tenés que llevar*". Ellas refieren que la iniciativa de la consulta masculina también parte de las mujeres. Una mujer explica: "*... ellos son jefes de hogar y tendrían que darnos todo, y no dan porque no se puede, entonces no van a gastar en ellos. El hombre está muy dolido por eso, pueden estar muriéndose y no te dicen nada*".

Las mujeres entrevistadas, en general minimizan sus problemas de salud: "*no estamos mal, yo estoy un poco anémica*" "*No, no me enfermo nunca. Ahora nomás tengo artritis*". Esto es coherente con la postergación de sus necesidades. Suponen que sus decisiones en el cuidado son causales posibles de enfermedad. Una de ellas que tiene un hijo que se enferma con mayor frecuencia que otros explica: "*si, porque él no tomó (la teta) y es el más enfermo, los otros dos que si tomaron son más sanos.*".

Los cuidado preventivos son destinados a los niños : cumplir la vacunación, llevarlos a controles. La necesidad de mandarlos a comedores escolares o comunitarios parece haber desmantelado una de sus estrategias: el control de la alimentación, "*... podemos cuidarlos que no se mojen los pies, que no se mojen la cabeza, pero el cuidado de la alimentación ya fue*"... "*...son ya distintas manos...*".

Alguna de ellas han tenido obra social o acceso a servicios prepagos, las valoraciones de su pérdida son diversas. En otros casos hay una franca valoración del hospital público porque no tiene fines de lucro : "*.....igual nunca me gustaron las privada, me gustaron*

siempre los hospitales, las clínicas privadas te sacan el dinero, te descuentan. Yo prefiero ir a hospital, aunque tenga que venir a Capital, porque me parece que es más humano, la clínica me parece que es facturar, facturar y facturar... eso fue siempre.” ... “ a esos sólo les interesa cobrar”

La participación en salud

A lo largo de las entrevistas y en el grupo focal aparecieron representaciones y prácticas de acción solidaria. Una de las entrevistadas, cuyo ingreso familiar es de 300\$, manifestó no solicitar el plan jefe de hogar porque *“hay otros que lo necesitan más”*. Una de las participantes del grupo focal limpia voluntariamente el hospital de su zona con otras vecinas, para ello consiguieron la donación de los elementos. Pese a esto, ella se atiende en la ciudad de Buenos Aires. Este mismo hecho, sin embargo muestra las limitaciones del alcance de su participación.

En el dispositivo de grupo focal, las mujeres pobres del conurbano mostraron mucha energía y capacidad de elaboración de propuestas. Pese a esto, su percepción de poder promover cambios colectivamente era limitada. Relatan experiencias de *“juntar firmas”* para solicitar algo al municipio en las que no obtuvieron ningún resultado. También manifiestan que la división y falta de contacto entre barrios de un mismo municipio, con problemas comunes, es un obstáculo para que sus reclamos sean tenidos en cuenta.

Muchas manifiestan un descreimiento y desconfianza con respecto a las medidas gubernamentales: *“...ahora dicen que hay un teórico plan de que nos tienen que dar los remedios”*Comentando la ley de salud reproductiva, tres de ellas dicen haber quedado embarazadas tomando pastillas anticonceptivas provistas en el centro de salud: *“...seguro nos dieron pastillas vencidas”....“vaya a saber qué eran”*... También desconfían de la implementación que suponen clientelar de los planes de ayuda: *“Es un plan que ella cobra \$120, pero es como que se truchean hijos...tiene a su nombre a una sobrina de ella, entonces le pone y hace como que tiene una hija... por medio de un curro que hacen, que por ir a las movilizaciones o por algo allá (refiriéndose a la Municipalidad)”*. Se sienten utilizadas por los punteros políticos: *“Te llaman cuando hay que votar para alguien, que te van a poner médicos, que te van a ayudar a poner algo, después terminan las elecciones y chau”*. Sin embargo, las usuarias concientes del manejo clientelar, suponen poder obtener algo: *“viste que ahora por las elecciones quieren comprar a la gente? Y te ofrecen que dando la receta te los consiguen (los medicamentos)? Bueno, lo aprovecho”*. *“Primero vos tenés que decir qué me das, y te voto, si no me das, no te voto”*.

Se observan algunas variaciones parciales en las representaciones de género clásicas, algunas promovidas por el hecho de que el desempleo masculino las ha colocado en el lugar de sostén de hogar: *“...él es la madre de la casa, yo salgo tranquila”*.

La potencialidad para la participación parece alta: a lo largo del trabajo grupal demostraron capacidad de expresión y escucha, voluntad de cambiar situaciones adversas y autovaloración. El obstáculo parece ser la fragmentación de las unidades sociales y el descreimiento en las formas políticas.

Conclusiones y algunas indicaciones

Todo el estudio, salvo el grupo focal, fue realizado con población consultante en los servicios de la Ciudad, nada nos dice sobre la numerosa población pobre del conurbano que no incluye esta práctica en sus estrategias. Pero el fenómeno de que miles de personas pobres viajen entre dos y cuatro horas para realizar una consulta médica resulta un analizador social. En una sociedad polarizada, con creciente inequidad en la distribución, sus prácticas parecen una conducta espontánea y no planeada de redistribución: utilizan los recursos de la ciudad que simboliza la concentración de la riqueza. También delatan la falta de un planeamiento de estado en los procesos de descentralización. En el Area Metropolitana de Buenos Aires esto ha resultado en una distribución de servicios que no tiene relación con las necesidades y distribución de la población si se la define por jurisdicciones.

Esta población de usuarios pareciera tener algunas características particulares: un nivel educativo alto (primaria completa o secundaria) y estructuras familiares con mayor número de adultos responsables (baja cantidad de hogares nucleares incompletos). Si bien la mayoría son pobres o indigentes, su heterogeneidad incluiría sectores trabajadores empobrecidos. Esto explicaría el nivel educativo y la disciplina desplegada en el uso de los servicios de salud. Casi todos han sufrido barreras económicas en el acceso ampliado a servicios de salud, pero el principal motivo invocado para usar servicios de la ciudad de Buenos Aires es la búsqueda de mayor calidad. Buena parte de la percepción de calidad depende del trato y la relación personal, también es determinante la presencia o no de insumos en los servicios. La tradición familiar o personal también determina esta elección.

La dificultad para comprar medicamentos aparece como la mayor barrera de acceso. Las encuestas fueron aplicadas con anterioridad a la implementación del Programa Remediar, de distribución gratuita en centros de primer nivel. En relación a éste, habría que señalar que el primer nivel de atención no parece ser un lugar priorizado por estas personas. Para ellos, la atención en salud sigue centrada en el establecimiento hospitalario.

Las protagonistas fundamentales de este fenómeno son las mujeres. Las más pobres acuden fundamentalmente para la atención de los niños y del parto. Este dato debiera ser tenido en cuenta para la implementación local del Programa Cuidarnos (Seguro Materno Infantil).

Como lo vimos en investigaciones anteriores, los varones adultos son un grupo de riesgo por su baja utilización de servicios. Probablemente esto produzca consultas más tardía con patologías avanzadas e influya en su morbimortalidad.

Las normativas existentes en la Ciudad de Buenos Aires reconocen el derecho de estos usuarios a usar los servicio de la Ciudad. En su constitución de 1996 la salud aparece como derecho universal y en la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 153/99) se establece explícitamente que “ las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas, sean residentes o no” (Art. 2º). También se establece la necesidad de “la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales” (Art 3 inc. H ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Analizando los sucesivos encuentros del convenio

AMBA, se observa que el problema fue planteado en el primer encuentro (Mayo de 1999)⁹ pero en los encuentros posteriores fue desapareciendo de la agenda.

La utilización de servicios de salud de la ciudad por parte de usuarios del conurbano está legalmente sostenida. También hay actores que favorecen que no se expulse a estos usuarios. Según entrevistas con informantes clave uno de esos actores son los gremios de personal y las asociaciones de profesionales. Consideran que negarles el acceso a estas personas sería el primer paso para declarar sobredimensionada la planta hospitalaria y despedir personal. Es difícil entonces que se implemente esta medida profundamente inequitativa. Pero es indispensable que se profundicen las vías de concertación y los acuerdos tendientes a pensar la asistencia en salud del AMBA como un sistema complejo, con diversas jurisdicciones, pero que necesita coherencia.

Es obvio que se requiere el desarrollo e implementación racional de un primer nivel de atención que, progresivamente, acerque la asistencia a los lugares donde estos ciudadanos viven y la descentre de los hospitales. El acercarse a sus servicios de zona los podría potenciar como actores de los mismos y favorecer la participación. Disminuiría también la sobrecarga de trabajo que significa para las mujeres esta práctica debido a que son sus principales protagonistas.

Buenos Aires, Mayo de 2003

Bibliografía y documentos citados

Arce, H. (1993) : *El Territorio de las decisiones sanitarias*, Ediciones Héctor A.Macchi, Buenos Aires

Arce, H. (1996): *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la argentina* , Serie Fiananciamiento del Desarrollo No 59, Naciones Unidas.

Barcala, Alejandra; Lopez Casariego, Virginia; Czerniecki, Silvina; Scavino, Carolina, Stolkiner, Alicia (2002): " *Notas sobre inequidades en salud de niños de la Ciudad de Buenos Aires y estrategias familiares de cuidado*" Revista Ensayos y Experiencias No 45, Agosto de 2002, Buenos Aires.

Clarín , 14-2-03 : " *La crisis de la Salud : más consultas ,internaciones y partos*" entr. De Valeria Romás, Buenos Aires.

De Souza Minayo M.C.(1995): " *El Desafío del Conocimiento-Investigación cualitativa en salud*" Lugar Editorial, Buenos Aires.

INDEC (2002) : " *Censo Nacional de Población y Viviendas 2001-Resultados Provisionales, total del país*" , Buenos Aires.

⁹ En ese encuentro la Directora de este proyecto, Lic. Alicia Stolkiner, participó en la unidad temática y centró su exposición en este problema.

INDEC (2002) : "Incidencia de la Pobreza e indigencia en el Gran Buenos Aires, Octubre de 2002" Publ. Diciembre de 2002.

Iriart, C. , Nervi, L., Olivier, B y Testa, M.(1994) :*Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia Ideología y profesionalización en la salud pública*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

Issuani, E. y Mercer, H.: *La fragmentación institucional del sector salud en Argentina. Pluralismo o Irracionalidad?*. Mimeo 1985, Buenos Aires.

Proyecto GCBA/ CEPAL, 2000 : World Development Indicators database, April 2000,

Smith,B.C (1997) : "The decentralisation of health care in developing countries: organizational options" , IV Round Table of International Institute of Administrative Sciences, Québec.

Ugalde A. y Homedes N. (2002) : " *Descentralización del Sector Salud en América latina*" Cuadernos Médico Sociales No 81, Mayo de 2002, Rosario.

Comentarios

Liliana Findling

Los procesos de descentralización pueden contribuir -en algunos casos- a la democratización política y social en la medida que lleguen a abrir un espacio de participación a sectores sociales tradicionalmente alejados de las decisiones que afectan a su ámbito. Sin embargo, la descentralización no es condición suficiente de dicha democratización, porque los ámbitos locales son atravesados por sus propios conflictos de poder y por los vínculos clientelísticos que se establecen entre gobernantes y gobernados. (De Mattos 1985).

Uno de los cuestionamientos más frecuentes sobre la descentralización es que ésta no contribuye al fortalecimiento municipal. La experiencia muestra que poco es lo que se ha transformado en las formas de vinculación entre los gobiernos locales y los centrales, ya que ésta no conlleva necesariamente una transferencia de capacidad de decisión a los municipios ni de los recursos económicos necesarios para hacer frente a las nuevas funciones que les competen.

De esta forma la descentralización podría interpretarse como una manera de soslayar la responsabilidad de los gobiernos centrales frente a las necesidades de la población.

Existe una confrontación entre la lógica del conocimiento y la lógica de la práctica política. En el nivel de la práctica política las decisiones parecen tener más que ver con el juego de poder, las alianzas entre actores y los compromisos clientelísticos que con las orientaciones del conocimiento que aportan las ciencias sociales sobre la dinámica social.

Si bien se ha profundizado en el plano del conocimiento teórico sobre la crítica a los paradigmas tradicionales utilizados para el análisis de las políticas públicas, es poco lo que se ha avanzado en la articulación entre lo macro (determinantes generales) y lo micro (el nivel de las prácticas, los actores, las organizaciones).

Por ello es interesante el trabajo del equipo dirigido por Alicia Stolkiner, ya que pretende encarar un estudio a nivel micro de la descentralización, investigando sobre la mirada de los usuarios del Conurbano que se atienden en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

En ese sentido el abordaje es innovador ya que no existen muchos trabajos sobre este tema. La investigación aborda una metodología cualli-cuantitativa acorde a los objetivos propuestos. No queda demasiado claro el motivo por el que se incluye el tratamiento de la Ley de Salud Reproductiva en los grupos focales realizados a las usuarias del Conurbano Bonaerense.

En relación al análisis de los datos, hubiera sido interesante presentar en la exposición el cruce de las variables relacionadas con el motivo de acceso y la satisfacción con la atención según el nivel educativo y la edad de los usuarios. En los estudios sobre satisfacción y accesibilidad tanto la edad como el nivel educativo son indicadores que denotan diferencias significativas para obtener una visión más abarcativa de las opiniones

de los entrevistados. Aunque no existe consenso sobre el rol de la educación de la mujer, varios autores le han adjudicado un papel preponderante, liberándola del rol mediador entre las condiciones socioeconómicas y los logros de salud y no aceptando que sea caracterizada como variable "proxy"

La hipótesis que se sustenta sobre el mayor nivel de educación de los usuarios que asisten a los Hospitales Públicos de la Ciudad, para poder corroborarse debería ser comparada con el nivel educativo de los habitantes del Conurbano, una vez que estén disponibles los datos del Censo del 2001.

Puede señalarse además que de esta investigación, y a partir de la metodología utilizada, se desprenden algunas conclusiones que van más allá del estudio específico a nivel micro del proceso de descentralización, y que permiten indagar sobre la calidad de atención y, particularmente, sobre la satisfacción con la atención médica en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

En relación a la evaluación de la calidad de atención existen varios modelos reconocidos que proponen que la calidad que se percibe de un servicio es el resultado de la comparación entre las expectativas del usuario y las cualidades del servicio. No es una tarea fácil encarar una investigación sobre calidad de atención ya que este tema está teñido de múltiples valoraciones y su medición es producto de una ponderación subjetiva de los actores. Su abordaje no puede ser medido objetivamente ni unidimensionalmente precisando identificar no sólo aspectos cognitivos sino también afectivos. (Romano Yalour, 2000).

La satisfacción está ligada a las expectativas iniciales o prácticas (Friedson, 1976) de un individuo, y las mismas son confirmadas cuando el servicio de salud se comporta de la manera esperada, o bien cuando las expectativas iniciales son positivamente confirmadas porque el servicio funciona mejor de lo que se esperaba (expectativas ideales). La insatisfacción se produce cuando las expectativas son negativamente desconfirmadas. (Petracci, Szulik, 1998).

Pero esta perspectiva debe plantearse de un modo integral, trascendiendo el enfoque del paciente/portador de necesidades de atención para construir una perspectiva relacional que vincule la organización de los servicios con las necesidades, expectativas y demandas de la población a cargo, e incorporando la dimensión de los grupos sociales y la diversidad socio-cultural (Belmartino 1996)

Cuando se interroga directamente a un paciente sobre su nivel de satisfacción con la atención recibida, la respuesta suele ser francamente positiva en una amplia mayoría de casos. Estos estudios buscan medir la satisfacción/insatisfacción cuantificando porcentualmente a los encuestados en esta variable, pero poco aportan sobre los criterios que operan sobre la conformidad o no con un servicio o con el sistema de salud. Así se concluye que los usuarios son muy poco críticos y sólo expresan insatisfacción ante condiciones de muy baja calidad en los servicios.. Hipótesis adicionales proponen que la expresión de insatisfacción está orientada por expectativas negativas vinculadas a lo que el individuo considera que no debería suceder.

Los cambios trascendentales ocurridos en la estructura del sistema de salud a partir de los procesos de reforma ya no alcanzan para explicar sólo los factores individuales de la relación médico-paciente. En ese sentido Bloom y Wilson (1979) señalan que dicha relación se está sustituyendo por una relación paciente-institución.

En la investigación presentada por el equipo que dirige la Lic. Stolkiner puede detectarse claramente esta sustitución, porque más que evaluar la relación médico paciente, los usuarios entrevistados se centran en comparar la calidad de atención de dos modelos institucionales: los servicios públicos del Conurbano y los de la Ciudad de Buenos Aires.

Asimismo se visualiza que los usuarios poseen una fuerte experiencia personificada (-embodied experience- J. Thomas Csordas, 1999) con el concepto de la calidad de atención. Las prácticas y creencias previas relacionadas con la atención médica en los hospitales de la Ciudad (propias o de familiares) juegan un rol significativo en la determinación de las evaluaciones, adjudicando poco peso por ejemplo al costo del traslado y el tiempo de viaje insumido.

Para poder encarar en profundidad el nivel de satisfacción con los servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires y su comparación con los del Conurbano debería efectuarse un análisis más pormenorizado de algunos indicadores surgidos del cuestionario y complementarlos con los resultados del material cualitativo surgido de los focus group. Al incorporar esta dimensión, las conclusiones aportarían elementos atrayentes para comprender más exhaustivamente los procesos de descentralización y la calidad de atención que de ellos se derivan.

Bibliografía

- Belmartino, S., C. Bloch, I. Luppi y M. Schapira: *Mujer y Servicios de Salud. Una perspectiva crítica*. Centro de Estudios Sociales y Sanitarios. Edición especial de Cuadernos Médicos Sociales, Rosario, 1996 .
- Bloom, S. y Wilson, R.: "Relaciones entre médicos y pacientes". En: Careaga Perez, G, Figueroa, J.G. y Mejía M.C. (comp.) *Ética y Salud Reproductiva*. México, Pueg, UNAM, 1996.
- De Mattos, C. (1985) "Descentralización: ¿hacia una nueva panacea para enfrentar el desarrollo regional? Mimeo. Chile
- Friedson, E.: "Patients Views of Medical Practice" citado por Locker, D. y Dunt, D."Theoretical and Metodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care". *Social Science and Medicine*, 12, 1978.
- Petracci, M. y Szulyk, D. 1998: "Evaluación de la calidad de los servicios públicos privatizados" - Mimeo. Buenos Aires

- Romano Yalour, M. 2000 Percepcion de niveles y criterios de satisfaccion en el área de la salud. Mimeo. Informe de avance del proyecto financiado por la SECYT, 1999-2001. Buenos Aires

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sanchez de Bustamante 27
1173 – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org