

Corredores sanitarios en el área metropolitana de Buenos Aires

Por Mariela Rossen



Médica egresada de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Pediatra con residencia completa en el Hospital Garrahan. Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social por la

Universidad ISALUD. Coordina el Proyecto de Salud para el Área Metropolitana. Diseñó y puso en marcha el Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación y lo coordinó entre 2004 y 2007. Fue directora de Promoción y Protección de la Salud, del mismo ministerio entre 2005 y 2007 y coordinadora estratégica entre 2003 y 2004 del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Realiza actualmente consultorías externas e investigaciones en temas de salud en organismos nacionales e internacionales.

Director: Dr. Abraham Sonis

**Jurado evaluador: Dr. Federico Tobar,
Dr. Carlos Díaz y Dra. Raquel Chiara.**

La versión completa de este trabajo está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD. Esta tesis fue desarrollada en el marco del convenio de cooperación mutua entre la Universidad ISALUD y la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, algunos de sus avances fueron publicados en la serie *Políticas Públicas y Derechos*, editada por la misma Defensoría.

1. Introducción

Para poder instrumentar políticas públicas que tiendan a lograr la equidad en la atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el conurbano bonaerense, es imprescindible pensar a estas jurisdicciones como partes de un todo que las trasciende individualmente: el área metropolitana. Sólo desde esta perspectiva y a partir de la construcción de consensos interjurisdiccionales, será factible la integración de los servicios de salud en una red de atención y de prevención, lo que posibilitará la complementación de los recursos existentes en el nivel local, al funcionar entre ellos de forma articulada desde una perspectiva de área. Esto optimizaría la utilización de los servicios y recursos, en función de su complejidad y alcances, lo que redundaría en la obtención de mejores resultados.

Para eso, un aspecto importante a conocer, desde una mirada metropolitana en el área de la salud, es la dimensión de las inequidades sociosanitarias internas y la lógica de utilización de los servicios de atención, para poder consensuar políticas metropolitanas que disminuyan esas desigualdades y mejoren la conjunción entre la oferta y la demanda de servicios. Actualmente, esta conjunción se da espontáneamente y carece de una organización y sistematización que contemple las necesidades de la demanda y las posibilidades de la oferta.

En el presente trabajo se analiza la magnitud de la demanda hospitalaria por parte de población de la CABA y de cada municipio del conurbano bonaerense, para cada hospital porteño, como

así también, los motivos que la originan. Para esto, se utilizarán como base de datos todos los registros estadísticos hospitalarios del último año disponible, provistos por el Ministerio de Salud de la CABA. A su vez, para profundizar la indagación acerca de los motivos de esta demanda, se realizará una encuesta a la población proveniente del conurbano, internada en los servicios materno-infantiles de los hospitales con más cantidad de egresos originados por dicha población.

Esta investigación intenta hacer un aporte a quienes delinean y gestionan políticas públicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA¹), al contribuir con información y un análisis acerca de la utilización de los servicios hospitalarios de la CABA, por parte de la población local y de las jurisdicciones aledañas, identificando los *corredores sanitarios* que se conforman. Corredores que se generaron por parte de la población del conurbano bonaerense, para la satisfacción de una parte de su demanda de atención médica, en los hospitales de la CABA.

2. Problema, objetivos de investigación e hipótesis de trabajo

2.1 El problema y sus principales dimensiones

La utilización de los servicios hospitalarios al interior del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) tiene una lógica que trasciende las fronteras político-administrativas, lo que también sucede en otras áreas metropolitanas de nuestro país (Por ejemplo, Rosario y el Gran Rosario) o de otros países de América Latina (Por ejemplo, San Pablo, en Brasil, o el Distrito Federal, en México). Tanto la CABA como los municipios del conurbano bonaerense son meros componentes de un territorio más amplio y que los trasciende, a través del cual la población se traslada y en donde produce, consume y utiliza los servicios existentes. Esto es, el territorio metropolitano. Existen grandes diferencias al interior del AMBA, entre otras, en la distribución, complejidad y calidad de la oferta de servicios de salud, lo que sumado a las diferencias en la composición social y demográfica de la población, sus diferentes necesidades de atención, más los recorridos del transporte público, origina la conformación de *corredores sanitarios*. Estos corredores son caminos conformados en busca de atención, desde las zonas con menos concentración de servicios de salud hacia las que presentan una mayor oferta de éstos, en este caso en un mismo territorio, el AMBA.

1 En este informe se utilizará la denominación de AMBA para referirse a lo que era la "Región Metropolitana" para el Indec y se denominará conurbano a los 24 partidos del Gran Buenos Aires.

Es de público conocimiento la gran utilización de los servicios hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires por parte de la población residente en el conurbano bonaerense, fundamentalmente fundamentalmente en algunos de sus municipios. Sin embargo, no se cuenta con un análisis actual de su real magnitud y causas, como tampoco se ha implementado hasta ahora un real funcionamiento en red entre las distintas áreas de salud involucradas en el AMBA y sus hospitales (CABA, municipios aledaños y provincia de Buenos Aires), que contemple para la utilización de los servicios, su capacidad y grado de complejidad.

En el AMBA no existe un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que optimice el uso de los servicios hospitalarios del área y que otorgue información para el seguimiento del paciente en el nivel local luego de su externación.

La CABA, las provincias y los municipios de nuestro país se enmarcan en una estructura político-territorial y administrativa de tipo federal, en la que cada jurisdicción cuenta con su respectivo gobierno, administración, estructura de servicios y presupuesto. Sin embargo, hay áreas geográficas en las cuales la distribución de las actividades económicas, las posibilidades de vivienda, el transporte y la disposición de oferta de servicios, generan circuitos propios en la población, que trascienden las divisiones administrativas-jurisdiccionales formales. Este es el caso del AMBA.

El Indec ha utilizado la denominación "Región Metropolitana"² para esta área que es una pequeña porción de territorio del país (cerca del 1% del total de la superficie) pero que concentra alrededor de un tercio de la población. Esta región está conformada por la ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires³.

Según los datos del Censo 2001, el AMBA cuenta con una población de aproximadamente 12 millones de habitantes siendo una de las grandes aglomeraciones urbanas del mundo y la tercera en tamaño en América Latina, después de las ciudades de México y San Pablo. Como en la mayoría de las áreas metropolitanas latinoamericanas, la dinámica de crecimiento y configuración del AMBA no se

2 El Indec utilizó en algunos cuadros del Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001 una subdivisión del país en seis regiones siendo una de ellas la "Región metropolitana". También la Encuesta de Gasto de los Hogares 1985-86 utilizó la denominación "Región metropolitana" con el mismo sentido. Como, a su vez, utilizaba la expresión Gran Buenos Aires para denominar a dicha región, para unificar las denominaciones, la anterior región metropolitana para el Indec pasará posteriormente a llamarse Región Gran Buenos Aires. De manera que desde agosto de 2003, el Indec no utilizará en ningún caso el nombre región metropolitana.

3 Lomas de Zamora, Quilmes, Lanús, General San Martín, Tres de Febrero, Avellaneda, Morón, San Isidro, Malvinas Argentinas, Vicente López, San Miguel, José C. Paz, Hurlingham, Ituzaingó, La Matanza, Almirante Brown, Merlo, Moreno, Florencio Varela, Tigre, Berazategui, Esteban Echeverría, San Fernando, Ezeiza.

desarrolló de forma ordenada y planificada. Esto produjo que se manifestaran en su interior fuertes desigualdades socio-económicas, ambientales y sanitarias. En el territorio que abarca el área metropolitana se encuentran tanto los principales actores económicos del país como buena parte de su población en condiciones de extrema pobreza, lo cual plantea desequilibrios sociales visibles. En relación con esto, en la CABA y algunos de sus bordes territoriales se alberga en gran medida población con medianos y altos ingresos, en cambio en el conurbano bonaerense predomina la población de bajo y mediano ingreso (con excepción de su porción norte y barrios cerrados o *countries*, diseminados en distintos lugares del conurbano).

También hay heterogeneidad en la composición demográfica de la población de acuerdo a la zona del AMBA que se analice. Por lo general, en las zonas de ocupación más antigua, como la CABA, la proporción de personas mayores aumenta, mientras que hacia los bordes predominan los jóvenes, como sucede en el conurbano. Debido a esto, la natalidad es más alta en la periferia del AMBA que en el centro. Si a esto se le suman los movimientos migratorios hacia el área en las últimas décadas, que se orientaron hacia la periferia de la ciudad y hacia el conurbano, puede completarse la conformación del perfil demográfico del AMBA con sus disparidades. Un núcleo donde predominan los adultos y que cuenta con una concentración de personas mayores y una periferia más joven y en expansión. Estas disparidades demográficas y socioeconómicas al interior del AMBA, se reflejan entre otras cosas, en las distintas necesidades de atención en salud.

El aglomerado poblacional de la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, se desarrolló con un esquema tentacular. A partir de un centro, la propia ciudad de Buenos Aires, se despliegan ejes de transporte que, a su vez, impulsan asentamientos que van engrosando dicho eje hasta llenar los espacios intermedios. Las diferencias internas que se visualizan en el AMBA, no sólo lo son respecto de las características de los grupos poblacionales mayoritarios por zona (edad, condición socioeconómica, etc.) sino que existen también desequilibrios en las posibilidades de transporte, en las cantidades y accesibilidad a los servicios de salud y educación, como también se presentan distintas situaciones ambientales.

Al considerar todos estos factores, se pone en evidencia que la problemática del AMBA resulta sumamente compleja, tanto por la magnitud de su población como por las grandes disparidades que se presentan en su interior.

En este contexto, emerge la necesidad de implementar políticas y acciones de carácter integral, que tiendan a la equidad al interior del área a partir de la construcción de consensos entre las distintas

jurisdicciones, para poder abordar los problemas que confluyen en el AMBA y mejorar la situación de la población en su conjunto.

Es sabido que los procesos de salud-enfermedad-atención de una población son la resultante de una conjunción de variables sociales, históricas, económicas, culturales, políticas y ambientales. Pero, a la vez, también es reconocida la relevancia que tienen los sistemas y servicios de atención (accesibilidad, cobertura y calidad), para el logro de una mejora, o no, de la situación de salud de una población. Por esto, las políticas de salud deben ser integrales, se deben formular e implementar en el marco de la intersectorialidad, hacer hincapié en la prevención y, a su vez, deben tener en cuenta los alcances y mejoras necesarias a realizar en los servicios de atención. Para esto último, el presente trabajo, intenta realizar un aporte orientado a otorgar conocimiento y reflexiones que puedan utilizarse para mejorar su funcionamiento. En este sentido, el desafío es lograr que el sistema de salud del AMBA, sumamente fragmentado a través de los servicios de atención (entre otras cosas), comience a funcionar en red, se base en principios de solidaridad y reoriente su desempeño para tender hacia la equidad en la atención de la salud. Para esto, es de suma importancia instrumentar políticas y acciones que apunten a mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de la atención en nuestra área metropolitana, a partir del conocimiento de las capacidades existentes y la lógica de utilización de los servicios de atención. A su vez, debido a que el subsector público da cobertura fundamentalmente a la población más pobre, es prioritario focalizar allí el abordaje, considerando las necesidades de la demanda, oferta y distribución de servicios, como así también la desarticulación con la que funcionan, lo que se traduce en una mala utilización de los recursos y peores resultados de los que podrían obtenerse. En relación con esto, resulta significativo el identificar los *corredores sanitarios* informales que se configuran en el AMBA, conformados por aquella porción de la población que va en busca de la satisfacción de su demanda de atención, desde su lugar de residencia hacia otra jurisdicción, en la que encuentra accesibilidad a la oferta de servicios.

A partir de esta coyuntura, el problema que orienta este trabajo formula como principales interrogantes: ¿Cuál es la actual dimensión de la utilización de los hospitales de la CABA por parte de la población del conurbano bonaerense? ¿Quiénes son y de donde vienen esos usuarios y por qué concurren a atender sus problemas de salud desde el conurbano a los hospitales de la CABA?

Esta conjunción espontánea entre la oferta y la demanda de servicios públicos de salud, ha establecido *corredores sanitarios* no planificados que, por lo tanto, no tienen una articulación interjurisdiccional.

Su visualización es de suma importancia para poder implementar un funcionamiento en red de los servicios de salud del AMBA, con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que tienda a una atención más oportuna, eficiente y de calidad y que pueda contemplar acciones de prevención en el ámbito local.

En este marco, el objetivo general de esta investigación propone: Identificar los corredores sanitarios del AMBA, a partir del análisis de la dimensión de la utilización de los hospitales públicos de la CABA por parte de la población residente en el conurbano bonaerense, identificando sus características, lugares de residencia y motivos que originan la concurrencia desde el conurbano, hacia hospitales de la CABA.

2.2 Hipótesis de trabajo

La problemática de salud de la población del AMBA y su lógica de utilización de los servicios de atención hospitalaria trasciende los límites político-administrativos propios de cada jurisdicción que compone el espacio metropolitano y las relaciona íntimamente entre sí.

El AMBA, fragmentada política y administrativamente y caracterizada por sus grandes diferencias en la distribución de los recursos, genera enormes disparidades internas tanto en la situación de salud como en las oportunidades de atención, entre otras cosas.

En el conurbano bonaerense, donde se encuentra la menor concentración de servicios, se concentra la mayor parte de la población pobre y con más necesidades de atención sanitaria. Esto profundiza las inequidades en salud debido a que quienes padecen peores condiciones sanitarias por su pobreza y, por lo tanto, requieren de más atención en materia de salud, pudiendo sólo recurrir al sector público, son los que se encuentran con menos accesibilidad a los hospitales.

El AMBA, espacio geográfico de identificación cultural y de dinámica compartida en el que reside un tercio de la población de nuestro país, no posee políticas públicas que tengan una perspectiva metropolitana y esto, en el área de la salud, se traduce en una mala utilización de los recursos, oportunidades perdidas y una serie de injusticias evitables.

No obstante, al no disponerse en el AMBA de un sistema de atención de la salud organizado con un adecuado funcionamiento en red que compense la actual distribución de los servicios desde una perspectiva metropolitana, el desencuentro entre la oferta y las necesidades de salud de la población, termina concretando una demanda particular que configura lo que ya hemos denominado como “corredores sanitarios”. Estos corredores, se conforman a partir de la concurrencia de la población para su atención

hospitalaria, hacia jurisdicciones distintas de aquellas en las que reside, y en las que se encuentra una mayor concentración de servicios. Al ser espontáneos, si bien resuelven parte de la demanda, se desaprovechan oportunidades de mejor utilización de los servicios y también se pierde información valiosa para el seguimiento local de pacientes y familias que han tenido internaciones de riesgo.

Estas oportunidades perdidas se suman a su vez a las previamente desaprovechadas por el primer nivel de atención, el cual debiera poder prevenir y resolver muchos de los problemas de salud que producen internaciones. Problemas que podrían haberse evitado a partir de la prevención, detección oportuna o tratamientos ambulatorios adecuados.

En este contexto, los hospitales públicos de la CABA son utilizados en un alto grado y en forma espontánea por parte de la población del conurbano bonaerense sin existir una articulación de esta atención entre las jurisdicciones, entre los servicios o entre los niveles de atención.

Debido a esto, es importante poder identificar las principales características y tendencias que configuran la problemática sanitaria del AMBA, con sus grandes desigualdades internas tanto en la situación socioeconómica de la población como en la concentración de servicios, y la utilización de estos últimos.

Resultará clave y estratégico contar con este conocimiento para poder diseñar políticas públicas de atención de la salud desde una perspectiva metropolitana, enfocadas en mejorar la igualdad de oportunidades de atención y prevención, para que en materia sanitaria no se reproduzcan las inequidades que se presentan en otros ámbitos.

Para comenzar a diseñar un trabajo en red en salud, la identificación de los corredores sanitarios que se conforman en búsqueda de atención, las motivaciones de la población para transitarlos y los problemas prevalentes de salud, se constituyen en una información esencial a partir de la cual se pueden determinar cuáles son las acciones prioritarias a instrumentar y trabajar en una estrategia en ese sentido.

3. Síntesis de los principales resultados

- Según datos de 2006⁴, la ciudad de Buenos Aires registró en todos sus hospitales públicos, 184.912 egresos a los cuales se suman cerca de 18.000 provenientes del hospital Garrahan⁵.

4 Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud. Ministerio de Salud. GCBA.

5 La información del Garrahan es de 2007.

- EL 41% de estos egresos del conjunto de los hospitales públicos de la CABA (exceptuando al Garrahan⁶), fue producido por residentes del conurbano
- La población que origina la mayor proporción de la demanda de internación es la materno-infantil, tanto para el conurbano como para la CABA.
- Más de la mitad de los egresos producidos por los residentes del conurbano en la CABA provienen sólo de cinco de los 24 municipios: La Matanza, Lomas de Zamora, Lanús, Avellaneda y Quilmes, según orden de volumen de egresos. De la totalidad de los hospitales públicos de la CABA⁷, seis son los más requeridos por los residentes del conurbano, además del Garrahan, estos son: la Maternidad Sardá (de

6 En 2007, el Hospital Garrahan presentó el 52% de sus egresos oriundos del conurbano.

7 Datos de 2006.

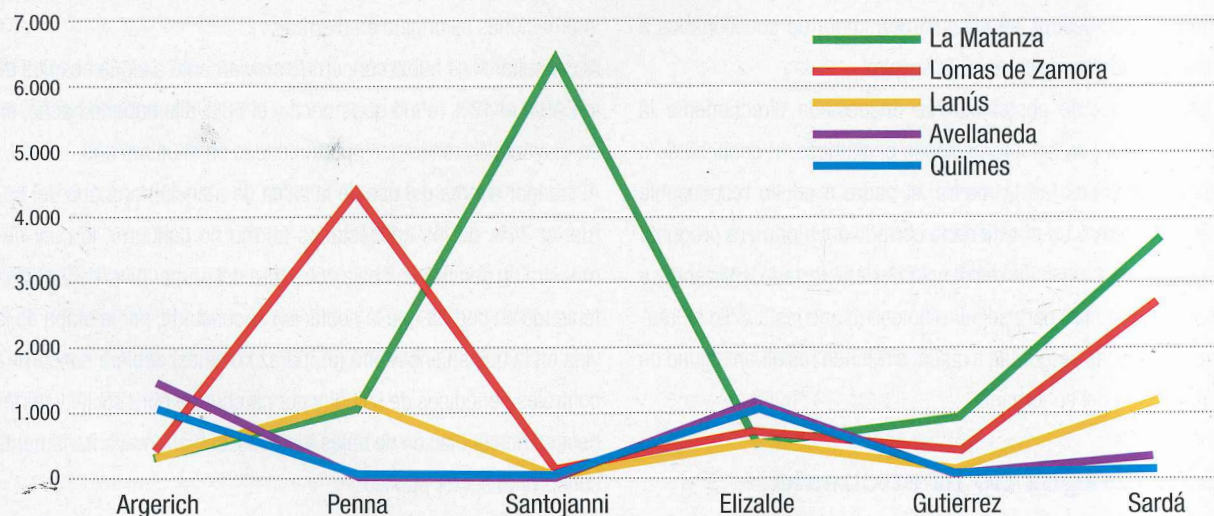
la totalidad de sus egresos, 10.129 se debieron a población residente en el conurbano, lo que representó el 60% de sus egresos totales); los hospitales de niños Elizalde (con 6593 egresos de residentes del conurbano, el 70% de su total) y Gutiérrez (con 5530 egresos, el 54%); los hospitales de agudos Santojanni, Penna y Argerich, con 7433, 7342 y 5288 egresos respectivamente, que representaron el 49%, 58% y 38% de la totalidad de sus egresos.

Podría decirse entonces, que los corredores sanitarios más importantes, conformados por la población del conurbano en busca de atención en la CABA, provienen desde los cinco municipios mencionados hacia los seis hospitales más elegidos, difiriendo en magnitud según hospital

Fundamentada en esta información, se diseñó e implementó una encuesta a usuarios de hospitales de la CABA residentes en el co-

Gráfico 1

Corredores sanitarios preponderantes desde los municipios del conurbano que más egresos producen en la CABA, hacia los hospitales más elegidos en ésta. Año 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadísticas de Salud de GCBA

Tabla 1

Egresos por hospital según municipio de residencia. Municipios del conurbano y hospitales de la CABA seleccionados. Año 2006

Municipio	Argerich	Penna	Santojanni	Elizalde	Gutiérrez	Sardá
Matanza	297	995	6.418	558	897	3.681
L. de Zamora	363	4.352	123	714	423	2.678
Lanús	335	1.211	17	510	179	1.197
Avellaneda	1.452	73	9	525	97	303
Quilmes	1.006	57	9	1.064	83	122
Alte. Brown	—	—	—	1.054	—	—

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadísticas de Salud de GCBA

nurbano, que apuntó a indagar acerca de los motivos por los cuales concurren a un hospital de la ciudad⁸

3.1 Encuesta a residentes del conurbano

A partir del análisis y el consolidado de la información cuantitativa que fuera presentada en los puntos precedentes de esta tesis, se observó la conformación de *corredores sanitarios* al interior del AMBA. Estos “camino para obtener atención en salud” se originan en función de la existencia de demanda de atención hospitalaria por parte de población residente en el conurbano bonaerense, que es satisfecha en parte en hospitales de la CABA. Para conocer las motivaciones que originaron esta demanda y el perfil de dicha población, se realizó una encuesta durante las dos últimas semanas de mayo y la primera de junio de 2008.

3.2 Resultados del trabajo de campo

Se realizaron 900 encuestas a los internados/as en los servicios de maternidad y pediatría de seis hospitales seleccionados. Por medio de un diseño muestral, se estipuló una cuota de cuestionarios a realizar en cada servicio⁹ de cada hospital.

En los servicios de obstetricia fue encuestada directamente la mujer internada, en las internaciones pediátricas, el encuestado/a en todos los casos fue la madre, el padre o adulto responsable del niño. Se aplicó un cuestionario cerrado cuya primera pregunta indagó sobre el lugar de residencia del encuestado, utilizándose como pregunta filtro para seguir o no con la encuesta. Sólo se realizó el resto de las preguntas a quienes referían residir en alguno de los municipios del conurbano.

3.3 Hallazgos de la encuesta

A partir de las encuestas realizadas en los servicios materno-infantiles de seis hospitales seleccionados de la CABA, se pudo observar que la población del conurbano que se interna en la ciudad, en su mayoría no cuenta con obra social (88% de los encuestados) y en su mayor proporción es población con bajo nivel socio-económico (50% refirió que los estudios primarios eran el máximo nivel de estudios del jefe de hogar; 58% refirió cinco o más convivientes en el hogar; 70% refirió contar con una o dos habitaciones para dormir). Podemos concluir que quienes conforman los corredores sanitarios al interior del AMBA, desde el conurbano hacia la CABA en deman-

da de atención hospitalaria (al menos hacia los servicios materno infantiles), son las personas más pobres y necesitadas, fundamentalmente de los municipios más cercanos del conurbano.

También puede concluirse que las motivaciones que generan la concurrencia de la población del conurbano hacia hospitales de la CABA se relacionan fundamentalmente con razones de calidad (se hizo mayor referencia “a los buenos médicos”, que el hospital porteño “es mejor que el hospital que está cerca”, que es el mejor para su “problema de salud” o que le “solucionan mejor los problemas”), en contraposición a la poca proporción de menciones que tuvieron las respuestas relacionadas con los insumos, el transporte o el tiempo de espera.

Es curiosa esta percepción de distinta calidad, debido a que el 40% de los encuestados, refirió no haber tenido ninguna experiencia propia en hospitales del conurbano.

De las internadas en los servicios de obstetricia, el 18,2% dijo estar internada por problemas derivados del embarazo; el 3,2%, por haber sufrido un aborto; y casi la totalidad del resto para el parto.

En el caso de las internaciones pediátricas, casi el 62% de los casos se debió a infecciones respiratorias; en tanto que el 8% de las internaciones se originó en diarreas.

Al consultar si se había concurrido previamente a algún hospital de la CABA, el 42% refirió que nunca y el 58% dijo haberlo hecho, en su mayoría, en reiteradas oportunidades en el último año.

Al indagar acerca del uso de la salita de atención primaria del barrio, el 34% de los encuestados afirmó no concurrir, lo cual demuestra en general una baja cobertura del primer nivel de atención teniendo en cuenta que la población encuestada, por la etapa de la vida en la que se encuentra (embarazo o niñez) debiera concurrir a controles periódicos de salud; y por carecer de obra social y pertenecer a una población de bajos recursos, debiera mayoritariamente concurrir al sector público.

Como la mayoría de quienes dijeron que no concurren a la salita de atención primaria argumentaron que asisten a otro lugar, podría inferirse que este otro lugar sería el hospital, ya que por sus bajos recursos y carencia de obra social, pocos podrían acudir a servicios privados.

En este contexto, queda evidente la necesidad de reforzar las acciones correspondientes al primer nivel de atención en el AMBA, al menos en el conurbano, para mejorar los controles de salud y actividades de prevención, que seguramente redundarán en menos internaciones pediátricas por infecciones respiratorias y diarreas, y menos internaciones obstétricas por abortos o complicaciones durante el embarazo.

Asimismo, sería interesante revisar la calidad de la atención en los hospitales del conurbano, como también realizar entre las jurisdiccio-

8 La fundamentación y el diseño metodológico de la encuesta se detalló en el anexo metodológico de este trabajo, no incluido en el presente resumen.

9 Del total de 171 encuestas realizadas en el Hospital Santojanni hubo cinco cuestionarios descartados en la carga por errores en el llenado.

nes y los servicios un trabajo en red, que tienda a homogeneizar las normas y calidad de la atención y de cuenta de esto a la población.

4. Conclusiones finales y recomendaciones

Se comprobó e identificó la existencia de *corredores sanitarios* al interior del AMBA, conformados por población del conurbano bonaerense que utiliza los hospitales de la ciudad, en una conjunción espontánea entre la oferta y la demanda de servicios públicos de salud. Puede afirmarse entonces que, en lo que respecta a la atención sanitaria, al igual que lo que sucede en otros campos, no existe correspondencia entre el espacio urbano de los flujos y los territorios político-administrativos que lo componen.

Los corredores más importantes por volumen de población que los transita, se conforman desde los municipios cercanos del corredor sur y del partido de La Matanza hacia los dos Hospitales de Niños, la Maternidad Sardá y los Hospitales de agudos Santojanni, Penna y Argerich en el caso de las internaciones. Para las consultas ambulatorias, también se conforman desde dichos municipios hacia los primeros cuatro hospitales mencionados a los que se le suman los hospitales de agudos Ramos Mejía y Álvarez.

Puede presumirse que estos flujos de pacientes en búsqueda de atención que conforman corredores sanitarios identificables se producen debido a que el conurbano presenta una población más joven que la de la CABA. Esta población vive en peores condiciones sociales y laborales, posee mayor proporción de habitantes sin cobertura de obra social y, a su vez, tiene en el nivel local una menor oferta de servicios de salud hospitalarios, a pesar de requerir gran cantidad de camas de agudos por la proporción de población materno infantil que posee.

Esto explica en gran parte la alta proporción de egresos hospitalarios de población del conurbano bonaerense en los hospitales de la CABA, la que se traduce en el 41% de los egresos y 39% de las consultas ambulatorias.

Puede concluirse también, que estos corredores tienen algunas características bien definidas. Están fundamentalmente conformados por mujeres y niños pobres y sin cobertura de obra social. Sus motivos de salud prioritarios son los relacionados con la maternidad en el caso de las mujeres (búsqueda de atención del embarazo, parto, puerperio o por haber sufrido un aborto) y en el caso de los niños la patología neonatal, las infecciones respiratorias agudas o las diarreas.

Se pudo también distinguir, que una importante proporción de las internaciones producidas en los hospitales de la CABA se debe a patologías evitables, tanto en la población de la propia ciudad como

en la que conformó los corredores sanitarios desde el conurbano (parte de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, abortos, parte de la patología neonatal, las infecciones respiratorias agudas, diarreas, HIV-SIDA, diabetes, tuberculosis, cáncer de cuello de útero y sífilis congénitas).

Por otra parte, a partir de la encuesta, se vislumbraron las motivaciones subjetivas para la conformación de los corredores en cuestión, primando claramente los criterios relacionados con calidad de los médicos o del hospital por sobre el tiempo de espera, los insumos o el transporte.

En síntesis, el desequilibrio existente entre la oferta y la demanda de servicios públicos de atención en el AMBA, generó la existencia de corredores sanitarios materno infantiles fundamentalmente desde cinco municipios hacia algunos hospitales de la ciudad, para la atención de sus problemas de salud prevalentes, muchos de los cuales son evitables a partir de acciones de prevención, detección temprana y tratamientos oportunos.

4.1 Recomendaciones

- Apuntar a una gestión metropolitana como alternativa válida de gestión urbana, que complemente las gestiones locales a partir de mirada más amplia y desde una escala importante de la dinámica urbana.

Esta escala intermedia de gestión, debería poder construirse a partir de la generación de consensos entre las gestiones locales del AMBA y debería contar con apoyo del gobierno nacional. Su funcionamiento debería hacer más efectiva la administración y gestión pública en el nivel metropolitano, pudiendo implementar una lógica de subsidiariedad, funcionamiento en red y complementariedad de servicios.

Se recomienda a quienes ocupen cargos de gestión claves y a quienes puedan influir en la opinión pública, empezar a impulsar una gestión urbana metropolitana para áreas fundamentales y sensibles como las de salud, el ambiente o el trabajo. Se debe poder trascender los límites administrativos jurisdiccionales en la construcción de políticas públicas tendientes a la equidad y que no sea sólo la población pobre la que trasciende estos límites, en forma solitaria y desorganizada, en búsqueda de atención de su salud o de trabajo.

Para tender a dicha equidad, es clara la necesidad de lograr una disminución de los problemas de salud evitables, la mayoría de los cuales se presenta en la población más pobre. Para esto es imprescindible:

- Revisar y reforzar las acciones de prevención, promoción de la salud y seguimiento de la patología prevalente, como así-

mismo la cobertura y calidad de las acciones del primer nivel de atención.

- Equilibrar la oferta pública de atención, tratamiento e internación al interior del AMBA para las necesidades de salud más frecuentes.
- Implementar mecanismos de incentivos que favorezcan la redistribución del recurso humano en salud, además de reforzar la provisión de materiales e insumos en las zonas que lo necesiten
- Normatizar la incumbencia de la atención de acuerdo a cada nivel de complejidad y desde una lógica de funcionamiento en red metropolitana, e implementar una comunicación social en este sentido
- Implementar en forma efectiva la referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención y entre las jurisdicciones
- Homogeneizar la capacitación del recurso humano en salud, para la atención normatizada de los problemas más frecuentes o que causan internaciones prevenibles.
- Comenzar la práctica de gestión metropolitana a partir de una experiencia piloto entre jurisdicciones

5. Propuesta

Para introducir una propuesta, es preciso primero distinguir dos tiempos para la ejecución de políticas. Por un lado, las políticas sociales y urbanas destinadas a reducir desigualdades y a resolver situaciones más o menos críticas, debieran tener efectos de corto plazo en pocos años. En cambio, los proyectos estratégicos se diseñan a largo plazo, es decir en forma relativamente independiente de los tiempos políticos electorales, por lo que es fundamental que tengan un consenso social.

5.1 Difusión y comunicación social

Implementar junto a organizaciones no gubernamentales (ONG) respetadas tanto por la población como por las instancias políticas de gestión en salud, (Defensoría del Pueblo, Unicef, Organización Panamericana de la Salud y universidades, por ejemplo), un plan de acción para la difusión de los resultados de ésta y otras investigaciones. Este plan apuntaría a generar conciencia tanto en los niveles políticos como en la población en general sobre la necesidad de trabajar en red en el espacio metropolitano y facilitaría la predisposición y los consensos para lograrlo.

5.2 Implementación de una experiencia piloto de funcionamiento en red

Debido a que en el área metropolitana están involucradas muchas jurisdicciones (CABA, 24 municipios, provincia de Buenos Aires y

Estado federal), y los temas comunes son muchos, se recomienda comenzar a poner en práctica la experiencia de gestión conjunta, a partir de una experiencia piloto que abarque algún tema prioritario y comprenda sólo a algunos municipios. El tema prioritario propuesto es la salud materno-infantil, por su magnitud y sensibilidad en la problemática.

Por otra parte, como la construcción de consensos políticos para la gestión y administración entre tantas jurisdicciones a la vez, se vislumbra como algo muy complejo y difícil de lograr, se sugiere comenzar su práctica entre las jurisdicciones más involucradas en los flujos urbanos relacionados con la salud materno infantil, según la magnitud de los corredores sanitarios: CABA y municipios de La Matanza, Lomas de Zamora, Lanús, Avellaneda y Quilmes.

Como los datos registrados de los egresos son más completos que los de consultas ambulatorias, se sugiere trabajar en una primera etapa con los seis hospitales que más egresos provenientes de población del conurbano tienen y pertenecen sólo a la administración de la ciudad (hospitales de Niños Elizalde y Gutiérrez, Maternidad Sardá, y hospitales de agudos Santojanni, Penna y Argerich).

La experiencia piloto debiera prever la conformación de una “mesa de consensos” integrada por representantes del área salud de cada una de las jurisdicciones involucradas, incluyendo a delegado de la provincia de Buenos Aires y eventualmente del gobierno nacional. Podría facilitar la convocatoria y el funcionamiento de esta mesa, alguna ONG respetada por las jurisdicciones y con conocimiento de la problemática.

De esta mesa de consensos debieran comenzar a surgir acuerdos y definiciones acerca de cuál es la patología que puede resolverse en cada jurisdicción con el recurso existente y qué y cómo se referenciará y contrareferenciará lo que no se pueda resolver en el ámbito local.

Asimismo, deberán surgir propuestas para la homogenización de la calidad de atención, teniendo en cuenta necesidades de capacitación del recurso humano, mejor utilización de insumos y de equipamiento existente desde una lógica de red.

La experiencia piloto debiera abarcar algunos de los hospitales de la ciudad, los seis más elegidos por la población del conurbano y hacia los cuales se delinean los corredores sanitarios de mayor magnitud.

Deberán estipularse estrategias a corto plazo para reforzar en red la salud sexual y reproductiva, el control del embarazo, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportunos de las infecciones respiratorias agudas en la infancia y las diarreas.

Se deberá construir una línea de base antes de comenzar a instrumentar los consensos para luego, al año de implementación

de éstos, medir resultados. Esto permitirá ajustar estrategias y luego, si los resultados fueron favorables, convocar a otras jurisdicciones a sumarse a la gestión conjunta para la salud materno infantil.

La experiencia piloto combinará un esfuerzo de planificación estratégica para lograr sinergias interjurisdiccionales e institucionales, y facilitará la construcción de una lógica de gestión de política pública más acorde a los desafíos de estos tiempos.

Gráfico 2

Egresos del conurbano en Hospitales de la CABA clasificados según CIE 10 OMS en porcentajes. Hospitales de Agudos. Año 2006

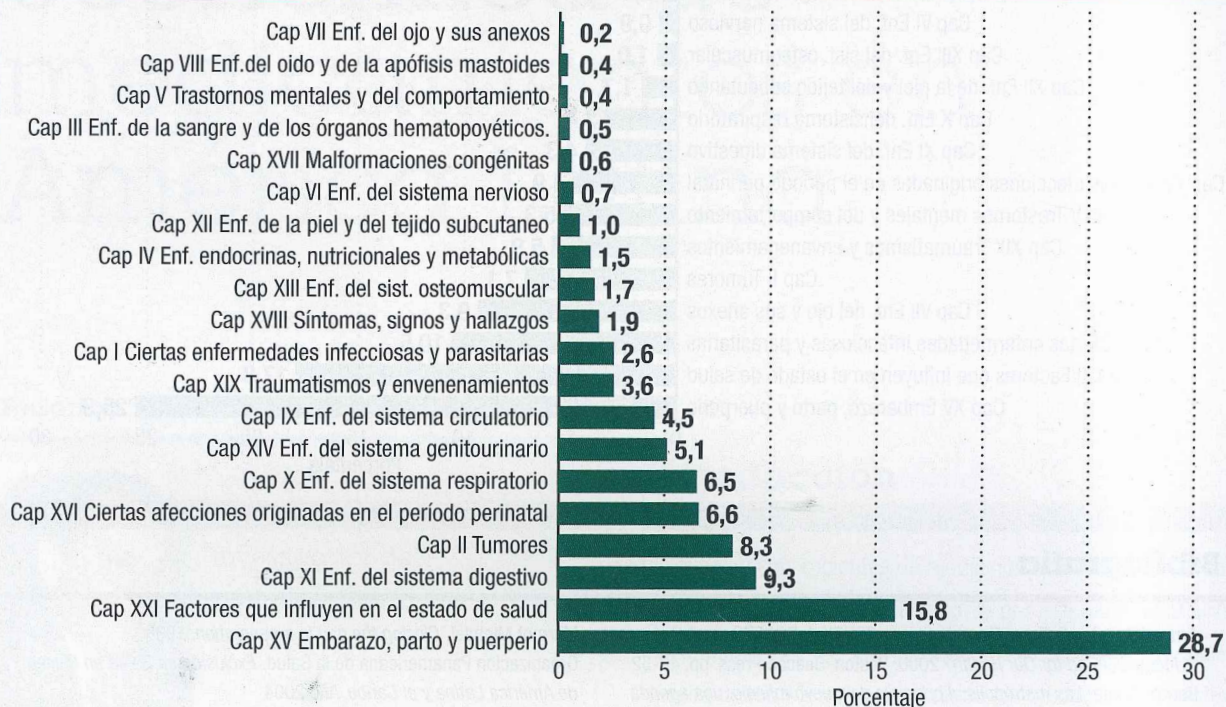


Gráfico 3

Egresos del conurbano en Hospitales de la CABA clasificados según CIE 10 OMS en porcentajes. Hospitales de Niños. Año 2006

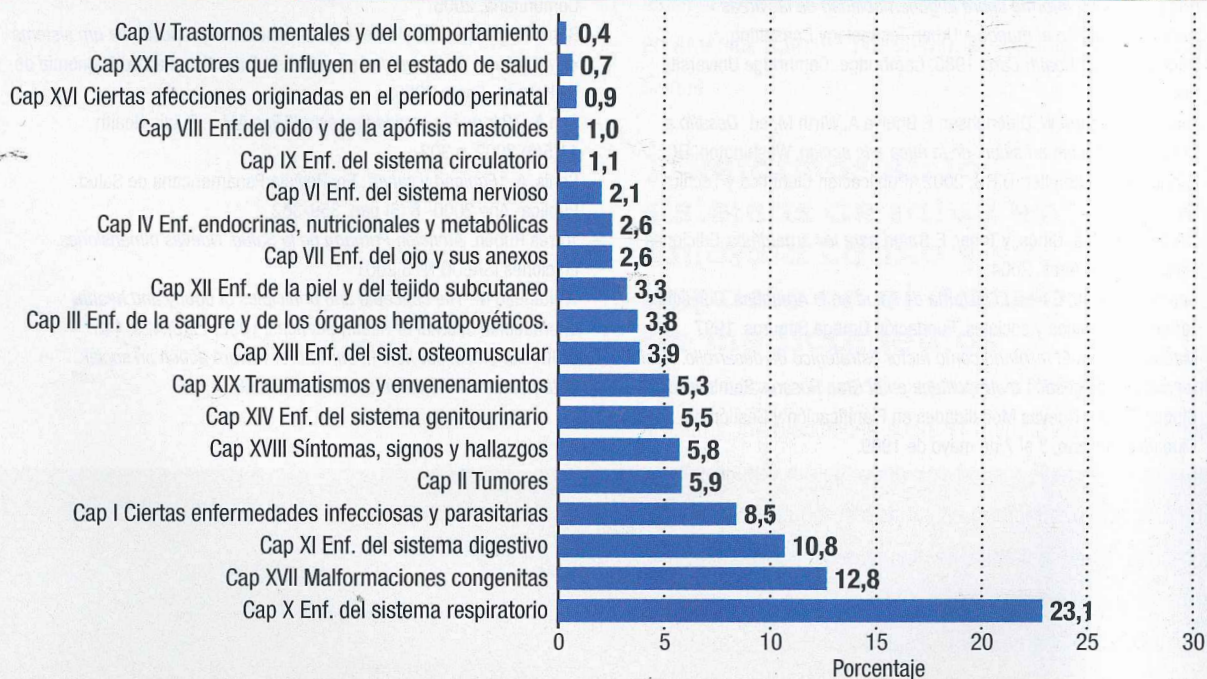
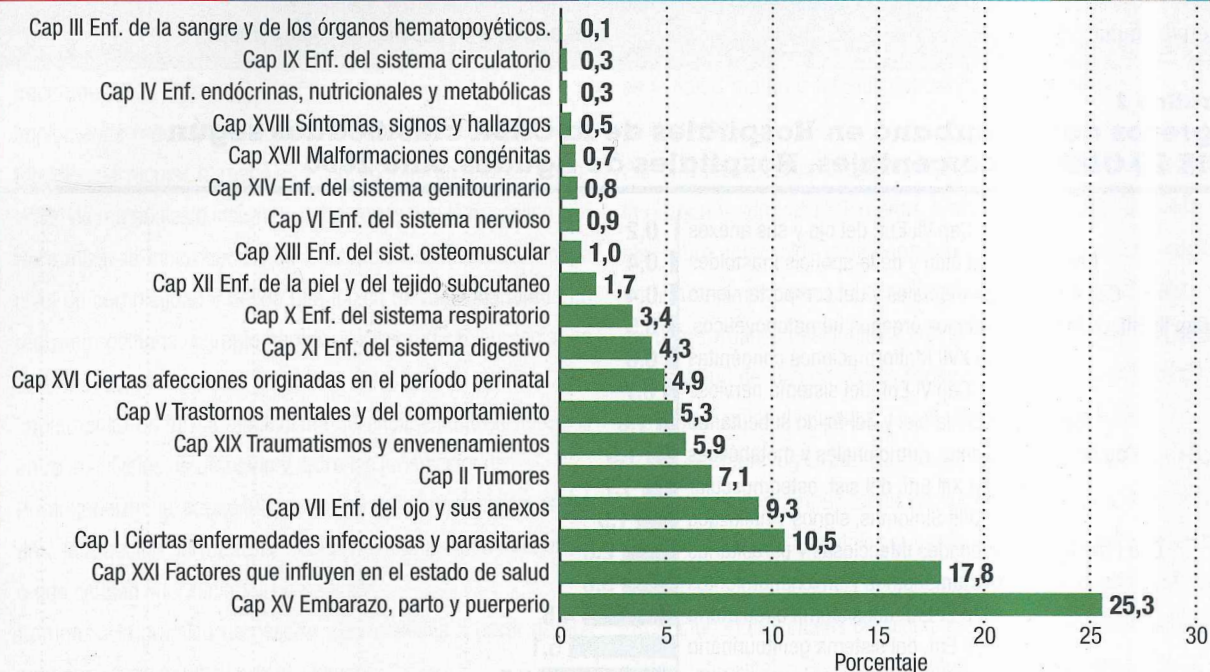


Gráfico 4

Egresos del conurbano en Hospitales de la CABA clasificados según CIE 10 OMS en porcentajes. Hospitales Especializados. Año 2006



Bibliografía

- Armand S, Peter, F. *Equal Opportunity*, en COHEN J, ROGERS, J(eds.) *Is Inequality Bad for Our Health?* 2000. Boston. Beacon Press. pp. 48-52
- Barrios Sonia. *Las metrópolis al principio del nuevo milenio: una agenda para el debate*. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/urbano/barrios.pdf>
- Borja Jordi. *Ciudadanía y espacio público*. Revista Ambiente y Desarrollo VOLXIV-Nº 3, pp. 13-22 (ISSN 0716 - 1476) – Barcelona, Septiembre 1998.
- Borja Jordi, col. *Informe sobre la gobernabilidad de las áreas metropolitanas en el mundo*. – Urban Technology Consulting
- Daniels N. *Just Health Care*. 1985. Cambridge. Cambridge University Press
- Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; O.P.S; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- González García, Ginés. y Tobar, F. *Salud para los argentinos*. Ediciones Isalud. Buenos Aires, 2004
- González García, Ginés. *El sistema de salud en la Argentina*. Colección: Temas económicos y sociales. Fundación Omega Seguros. 1997
- Madoery Oscar. *El territorio como factor estratégico de desarrollo. Hacia un espacio de gestión metropolitana en el Gran Rosario*. Seminario: Ciudad Futura. Nuevas Modalidades en Planificación y Gestión de Ciudades. Rosario, 3 al 7 de mayo de 1999.
- Marmot Michael. *Closing the gap in e generation*. 1998
- Organización Panamericana de la Salud. *Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe*. Año 2004
- Paiva Antonio. *Panorama metropolitano en Latinoamérica: Argumentos para la gestión metropolitana*. Disponible en URBANA v.6 n.29 Caracas, Julio 2001
- Programa Médicos Comunitarios -Ministerio de Salud de la Nación. Módulo I- Salud y Sociedad. Material del Posgrado en Salud Social y Comunitaria, 2005
- Ramirez Marquez, Abelardo; Lopez, Candido. *A propósito de um sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba*. Facultad de Economía de La Habana. Enero 2005.
- Sen A. *¿Por qué la equidad en salud?* Pan AM J. Public Health 11(5/6).2002. p.302
- Sonis, A. *"Equidad y salud"*. En: Revista Panamericana de Salud Pública- Año 2000- 8 (5) pag. 359-362
- Torres Rubén. *Atención Primaria de la Salud. Nuevas dimensiones*. Ediciones ISALUD Nº 3.2001
- Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. International Journal of Health Services. 1992; 22(3):429-445.
- WHO. *Our cities, our health, our future: Toward action on social determinants of health in urban cities*. 2008