

XV CLATPU – BUENOS AIRES, 2009.

MOVILIDAD Y ACCESO: EMBARAZO Y SALUD PUBLICA EN LA PERIFERIA DE BUENOS AIRES.

Dra. Andrea Gutiérrez.

CONICET / UBA – FFYL – PROGRAMA TRANSPORTE Y TERRITORIO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

angut2@filo.uba.ar / angut2@gmail.com

1. INTRODUCCION.

La relación entre movilidad e inclusión social es poco conocida aún. La literatura sobre movilidad y salud es escasa, y aun mas aquella referida a grupos vulnerables como las mujeres embarazadas. En Argentina la mortalidad materna e infantil registran bruscos aumentos respecto a 2005, en un periodo de fuerte crecimiento económico.

En las últimas tres décadas el mayor crecimiento poblacional se produce en la periferia más lejana de las grandes ciudades. En el caso de Buenos Aires, esta periferia lejana tiene un crecimiento demográfico entre 8 y 10 superior al del interior de la metrópolis, pero con bajas densidades, precaria dotación de servicios, y fuertes contrastes entre ricos y pobres. Los centros barriales son débiles, apenas integrados por la red ferroviaria, y su vialidad no transitable todo el año. También también la mortalidad materna e infantil son superiores, creciendo en Buenos Aires casi un 8% entre 2006 y 2007. Por estas razones se elige la periferia lejana de la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) como ámbito territorial de estudio, buscando un acercamiento a experiencias “modelo” de movilidad (o patrones de movilidad), que combinan la selección de un viaje “tipo” (a la salud), un grupo social “tipo” (mujeres embarazadas), y un territorio “tipo” (periurbano) (Gutiérrez, 2007).

El objetivo principal del trabajo es aumentar el conocimiento sobre la relación entre las condiciones de movilidad de las mujeres embarazadas y la atención de su salud. Para ello se observa el alcance de los programas de salud pública de acuerdo a una nueva definición del vínculo entre movilidad y acceso, que parte de considerar las necesidades enfrentadas por las mujeres mediante sus prácticas de viaje.

El lugar de estudio se selecciona identificando un conjunto de 18 barrios con población potencial en los Partidos de Pilar y General Rodríguez, a partir de la georreferencia de información de la RMBA al menor nivel de desagregación disponible (barrio o manzana). Los datos en campo se relevan mediante entrevistas semi estructuradas a mujeres embarazadas, funcionarios y agentes de salud y transporte.

La propuesta es, entonces, compartir parte de los resultados obtenidos en el marco de la investigación “Movilidad, pobreza y salud adolescente en Argentina. El caso del rururbano bonaerense”, perteneciente al Programa Internacional de Investigación en Red sobre Movilidad y Salud del International Forum for Rural Transport Development.

2. MOVILIDAD URBANA E INCLUSION SOCIAL.

En la literatura reciente sobre movilidad e inclusión se recoge un pensamiento entorno al universo de opciones de personas o grupos sociales cuya existencia en una sociedad es contingencial, debido

a la mínima capacidad de elección poseída para satisfacer las necesidades de producción y reproducción de su vida (Castels, 1997). Segura (2006) concibe la movilidad territorial como una práctica de las estrategias de supervivencia que condiciona el universo de oportunidades de los grupos sociales. Orfeuill (2004) la concibe como parte del capital social de las personas, y en carácter de tal, como una condición para la integración social mediante la ampliación de la estructura de oportunidades. Según Le Breton (2005), la movilidad interviene sobre el capital social de tres formas: reduciéndolo, limitándolo (impidiéndolo) o canalizando.

La movilidad territorial es, pues, central para la reproducción de la vida en sociedad. La movilidad territorial incluye o excluye. La inclusión refiere a una integración social mediante una ampliación de la estructura de oportunidades, también en cuanto a la satisfacción de requerimientos de movilidad. La movilidad media las oportunidades de acceso a las actividades, bienes y servicios que hacen a la supervivencia en sociedad. La movilidad territorial es, entonces, una condición de la movilidad social (ascendente o descendente).

Este trabajo entiende la movilidad urbana como una práctica social de viaje. La noción de práctica social apunta a destacar tres cuestiones fundamentales. Una, que las practicas de viaje son practicas en el territorio, entendido como espacio producido por la sociedad. Dos, la idea de reiteración de comportamientos. Tres, la idea de comportamientos que reflejan las condiciones medias de un momento histórico (en términos técnicos, socioeconómicos y territoriales). Esto es, una practica social de viaje implica una frecuencia de realización de un comportamiento de desplazamiento en el territorio que define un patrón (pauta o modelo) históricamente determinado (Gutierrez, 2009).

Esta práctica conjuga deseos y necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) y capacidades de satisfacerlos. Ambas son resultado y condición de la inserción de un grupo en un contexto social, contexto definido por factores físicos, locacionales, económicos, regulatorios, culturales, de género, étnicos, entre otros. La movilidad, pues, realiza en el territorio (concreta, materializa) relaciones sociales (de producción y reproducción) y sus contradicciones.

3. UN MODELO INTERSECTORIAL PARA EL ESTUDIO DE LA INCLUSION URBANA: MOVILIDAD Y SALUD.

Por accesibilidad puede entenderse el grado de facilidad con que se “llega” a un lugar, por lo cual suele interpretarse como un atributo de los lugares. También puede entenderse por accesibilidad una medida sobre la intervención de factores (uno puede ser el transporte, otro los ingresos, en la puesta en relación de grupos sociales con una cierta actividad o servicio). O bien un valor general sobre la capacidad de alcanzar los bienes y servicios que permiten la integración de las personas a la vida social, el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de una vida autónoma. No hay una única concepción sobre accesibilidad.

En este trabajo acceder es realizar deseos y/o necesidades de viaje. Siguiendo la última concepción presentada arriba, acceder es realizar las oportunidades de la vida en sociedad según las condiciones de movilidad territorial. La accesibilidad es, pues, una medida de la realización de los deseos y/o necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) de un grupo social en relación a fines o motivos de viaje. En el caso de estudio al que se aplica este marco conceptual, se observa el acceso a las prestaciones previstas por los programas de salud pública de Argentina para la atención de la salud materna e infantil pre y post natal.

El acceso es un terreno de tensiones, del cual resulta la realización de un viaje (y la no realización de otros) y está intervenido por cuestiones que exceden al transporte. El viaje es parte intrínseca del acceso, y este es un concepto que entraña un enfoque de estudio intersectorial. El acceso es una fase

de intercambio entre aspectos personales, familiares y vecinales del individuo, aspectos del transporte, y aspectos de la actividad o servicio fin del viaje (en los dos últimos, involucrando tanto infraestructura como servicios). Aspectos estos entendidos en contexto social (esto es, como histórica y territorialmente determinados), y que pueden reconocerse como prevalecientes en ciertos momentos del viaje.

Para estudiar la movilidad y su intervención en el acceso a bienes, actividades o servicios (al empleo, la educación, la salud, al documento nacional de identidad, la jubilación, la exportación de carnes, etc.), es necesario comenzar por medirla adecuadamente y en su real magnitud. Al definir el viaje a partir de una relación entre lugares, se obtiene una visión simplificada de un problema complejo. Este abordaje “cartográfico” y “lineal” del viaje prevalece en estudios de transporte. Para estudiar cuestiones de acceso, es necesario analizar y medir la movilidad conforme a los viajes requeridos para satisfacer un fin o necesidad (en este caso, atención en el sistema público de salud).

En términos de acceso, estudiar la movilidad y evaluar su incidencia en función del viaje a un lugar es insuficiente. Esto es especialmente importante en casos que requieren periodicidad de viaje y/o su perduración en el tiempo. En el caso del acceso a la salud, es válido para situaciones que requieren controles periódicos y/o tratamientos prolongados (como el embarazo o el VIH/SIDA).

El trabajo estudia el viaje como recorrido entre una necesidad y su satisfacción (Gutierrez, 2007, 2008, 2009). En este caso, concretar prestaciones de salud. Prevalece una visión “biográfica” y en “red” del viaje, que captura la secuencia de viajes involucrada en la satisfacción de una necesidad. El acceso a la salud incorpora la malla de viajes (y lugares) que definen las prestaciones de salud para el cuidado del embarazo (realizar un análisis de laboratorio, una ecografía, visitar al médico, etc.), y la secuencia de viajes asociada a cada una (sacar turno, obtener la orden médica, realizar el examen, retirar sus resultados y entregarlos al médico, por ejemplo).

Definir el viaje a partir de la relación entre un fin y su satisfacción, y no sólo según el trayecto a recorrer entre un origen y un destino (en este caso, la casa y el CAPS u hospital) habilita emerger una visión intersectorial y en red, del viaje y del acceso.

4. LA POLITICA DE SALUD PUBLICA EN ARGENTINA Y LOS PROGRAMAS MATERNOS.

4.1 El sistema de salud argentino: organización y funcionamiento.

El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: el público, el privado, y el de Obras Sociales. La población natural del primero es la que carece de cobertura por parte de alguno de los otros dos, orientados a población con capacidad de pago y/o empleo formal. El sistema público garantiza los servicios básicos esenciales mediante prestaciones gratuitas.

El subsector de salud pública está organizado en tres niveles de complejidad atención:

- Nivel 1: centros de atención primaria (atención ambulatoria básica, promoción y prevención).
- Nivel 2: hospital de media complejidad (internación y atención ambulatoria especializada).
- Nivel 3: hospital de alta complejidad (todas las acciones y servicios médicos y tecnológicos).

El Plan Federal de Salud actual (impulsado en 2004), reconoce la estrategia de Atención Primaria de la Salud como puerta de entrada y organizadora del sistema. Se apunta a garantizar la cercanía y

accesibilidad de la población a la salud, y a evitar el derroche de recursos e insumos y el colapso de los hospitales “filtrando” las derivaciones.

La política de descentralización del sistema público culmina en los '90. El Ministerio de Salud de la Nación planifica las políticas a través de programas específicos. Estos se implementan por convenios con las provincias, que ejecutan los gobiernos locales.

Los hospitales y centros de atención primaria de la salud (CAPS) dependen de diversas jurisdicciones (nacional, provincial o municipal). El gobierno nacional delega a provincias y municipios su administración y financiamiento. Los programas de salud pública aportan recursos materiales para la atención, promoción y prevención de la salud materna e infantil (medicamentos, material descartable, vacunas, folletos, cursos y talleres de capacitación), financiados por el gobierno nacional mediante fondos públicos y créditos internacionales (Banco Mundial, por ejemplo). Los gobiernos provinciales y locales aportan el lugar de atención (infraestructura y servicios), los profesionales y equipos (ecógrafo, electrocardiógrafo, etc.), financiándolos con fondos propios.

4.2 Los programas nacionales vinculados a la salud materna e infantil.

Tras privilegiar objetivos de eficiencia económica en los años '90, los organismos internacionales exhortan a dar rumbos más igualitarios a las políticas de salud de países en desarrollo (PNUD, 2000). Surgen así los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), como una guía para que los países asignen metas específicas. Para Argentina, aquellos vinculados a la salud materna e infantil son los siguientes:

- Objetivo 5: Reducir la mortalidad infantil.

META 10. Reducir en 3/4 la mortalidad de menores de 5 años y en un 20% la desigualdad entre provincias entre 1990 y 2015.

- Objetivo 6: Mejorar la salud materna.

META 11. Reducir en 2/3 la tasa de mortalidad materna y en un 20% la desigualdad entre provincias entre 1990 y 2015.

- Objetivo 7: Combatir el VIH/SIDA, la Tuberculosis y el Chagas.

META 12. Haber detenido e iniciado la reversión de la propagación del VIH/SIDA en el 2015.

META 13. Reducir la incidencia de la tuberculosis un 8% anual y la tasa de mortalidad por tuberculosis un 10% anual, y haber certificado la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas en todo el país en el año 2015.

Los programas nacionales que responden a dichas metas y ODM, y las acciones que éstos desarrollan para alcanzarlos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Programas nacionales vinculados a la salud materna e infantil.

PROGRAMA	OBJETIVOS	ACCIONES EN SALUD	
		PREVENCIÓN	ATENCIÓN
PROGRAMA MATERNO INFANTIL (Programas de Salud Perinatal e Integral del Niño)	Reducir la morbimortalidad materna e infantil mejorando la situación preconcepcional, el control prenatal, el parto y la asistencia al recién nacido y a niños hasta 6 años. Intervenir sobre población con malos indicadores de salud.	Asistencia técnica y apoyo a equipos y autoridades provinciales. Evaluación de servicios, vigilancia, control de la morbimortalidad Material de difusión.	Medicamentos esenciales Equipamiento e insumos Provisión de leche fortificada Instrumental Libretas sanitarias
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE	Responder a la mortalidad materna a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados, al embarazo adolescente y al contagio de SIDA u otras ETS a causa de relaciones sin protección, sin	Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales. Capacitación a los equipos de salud. Producción y entrega	Exámenes periódicos para la mujer, PAP, serología en ETS, examen de mamas. Controles ginecológicos. Preservativos. Anticonceptivos hormonales

(Ley Nacional N°25673/2002)	discriminación de clases sociales y género.	gratuita de materiales didácticos de difusión. Actividades de comunicación social y campañas. Información. Consejería.	(inyectables, para lactancia, combinados, y de emergencia). Dispositivos intrauterinos (DIU) y cajas de instrumental para su colocación.
PLAN NACER (en implementación a nivel nacional)	Aumentar la cobertura de los servicios de salud para mujeres embarazadas hasta 45 días posteriores al parto, y a niños/as hasta los 6 años de edad, sin cobertura de salud.	Educación e información. Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales. Capacitación a los equipos de salud. Materiales de difusión.	5 controles médicos. Odontología. Análisis de sangre y orina (grupo sanguíneo, chagas, sífilis, sida, cultivo de orina, etc.). Vacuna doble (tétano y difteria, 2 dosis en el embarazo), y doble viral (sarampión y rubéola, 1 dosis luego del parto). 2 ecografías. Parto atendido por especialistas en el hospital. Atención del recién nacido, derivaciones
PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO, SIDA Y ETS	Prevenir la transmisión sexual y perinatal, por sangre, hemoderivados, transplantes, y durante procedimientos . Prevenir la infección entre usuarios de drogas. Reducir el impacto individual, familiar y socio-económico. Reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia. Consolidar los aspectos administrativos, gerenciales y de gestión del programa.	Folletos de información. Talleres de capacitación y prevención. Materiales de difusión.	Análisis de VIH gratuitos y confidenciales. Tests rápidos de VIH para partos sin control. Medicación e insumos para el tratamiento y control. Preservativos masculinos y femeninos. Medicación antirretroviral y de profilaxis secundaria. Vacunación ETS. Medicación y leche para el recién nacido. Bolsones de comida para pacientes en tratamiento.
PROGRAMA PROAPS – REMEDIAR	Fortalecer la atención primaria y promover políticas con gestión participativa. Asegurar el acceso a medicación esencial por parte de la población más vulnerable, debajo línea de pobreza o sin cobertura de obra social.	Capacitación de equipos en participación comunitaria, planificación local participativa y formulación de proyectos. Financiamiento y asistencia técnica.	Prescripción y suministro gratuito de medicamentos esenciales, en botiquines.

Fuente: Elaboración propia según <http://www.argentina.gov.ar>; <http://www.msal.gov.ar/>; <http://www.ms.gba.gov.ar/>; y base de datos (entrevistas).

El sistema público define un modelo de salud para el control de embarazos sanos, que contiene las prestaciones mínimas a cubrir en forma gratuita, garantizadas por medio de los programas nacionales detallados en la Tabla 1.

En la Tabla 2 se observa que el control del embarazo sano implica prestaciones básicas y especializadas. Las primeras son acciones de promoción, prevención y atención de la salud que no requieren de equipos o infraestructura especializada (por ejemplo, el examen clínico). Las segundas requieren equipos y visitas a otros profesionales, y son indispensables para prevenir, detectar y atender enfermedades que afectan la salud del embarazo (por ejemplo, exámenes de laboratorio para detectar ETS, VIH, toxoplasmosis, chagas, anemia, diabetes; ecografías para detectar mal formaciones, etc.).

Para asegurar la calidad y eficacia del modelo de salud materna, se sostiene que el control debe ser precoz (iniciar en el primer trimestre de la gestación, para la detección temprana de embarazos de riesgo), periódico (cinco controles mínimo), y completo (cubrir todos sus contenidos). Vale destacar, pues, que puede haber acceso a la salud en cantidad de controles (visitas o estudios), pero no en calidad. La postergación de un viaje puede llevar controles o exámenes tardíos, insuficientes o incompletos, perdiendo efectividad en el cuidado de la salud.

Tabla 2. Prestaciones gratuitas del sistema público para la salud materna y prenatal (embarazo de bajo riesgo o sano).

TIPO DE PRESTACION	TIPO DE ACCION EN SALUD	PRESTACION	OBJETIVO DE LA PRESTACION
BASICA	PROMOCION/ PREVENCION	VISITA AL MEDICO	Preparación para la maternidad, educación. Recomendaciones para detectar síntomas de alarma. Examen mamario y recomendaciones para la lactancia. Consejería sobre métodos anticonceptivos. Actividades para reducir el tabaquismo.
			Cálculo de amenorrea. Historia Médica y evaluación de riesgo. Peso corporal, medida de la tensión arterial. Examen clínico completo, talla, medida de la altura uterina.
	Diagnóstico de la vitalidad fetal y cantidad de líquido amniótico.		
	MEDICACION	Suplemento con ácido fólico + hierro.	
	VACUNACION	Vacunación antitetánica.	
ESPECIALIZADA	ATENCIÓN	EXAMEN DE LABORATORIO	Prueba de embarazo.
		EXAMEN GINECOLOGICO	Examen ginecológico, PAP, colposcopia.
		EXAMEN DE LABORATORIO	Detección de grupo sanguíneo y factor Rh. Toxoplasmosis, Chagas, ETS y vaginosis, otras ETS – Sífilis. Detección de VIH con consentimiento informado. Determinar hemoglobina, diabetes, orina completa, cultivo de orina.
			Detección ETS y vaginosis. Otras ETS – Sífilis. Detección de VIH con consentimiento informado, Determinar hemoglobina, diabetes, orina completa, cultivo de orina.
		EXAMEN ODONTOLOGICO	Examen odontológico.
		ESTUDIO ECOGRAFICO	Detección de embarazo múltiple. Descartar presentación pelviana. Evaluar capacidad pelviana y relación feto pélvica.

Fuente: Elaboración propia, según <http://www.argentina.gov.ar> y base de datos (entrevistas).

4.3 La salud materna en la periferia de Buenos Aires: los partidos de Pilar y General Rodríguez.

Los partidos de General Rodríguez y Pilar se ubican en el arco noroeste de la Región Metropolitana de Buenos Aires, a una distancia media de 50 kilómetros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ciudad central de la región metropolitana), esto es, en lo que comúnmente se denomina tercer corona o corona perirubana o externa de transición. Es una zona de significativa expansión territorial y poblacional de la RMBA en las últimas décadas, y constituye un caso paradigmático de la situación periurbana en Buenos Aires (ver Ciccolella, 2002; Gutierrez, 2008^a, entre otros).

La población atendida por el sistema público de salud en Pilar y General Rodríguez asciende al 56% (130.130 y 38.028 personas respectivamente). Esta población “periurbana”, dispersa en 718 km² de territorio, puede necesitar viajar 30 km en Pilar y 20km en Rodríguez para llegar al hospital (ver Mapa 1).

Ambos partidos tienen un hospital con maternidad para atender embarazos de alto riesgo y partos. En Pilar, el Hospital Materno-Infantil “Comodoro Meisner” depende del gobierno local y atiende unos 3000 partos anuales. En Rodríguez, el Hospital Interzonal “Vicente López y Planes” depende del gobierno provincial y atiende unos 2000 partos anuales.

Lo extenso del territorio y disperso de su población requiere estrategias complementarias por parte de los gobiernos locales para acercar la salud pública a los barrios. De hecho, en ambos se implementan acciones de distinto tipo.

En Pilar el Hospital Central “J. C. Sanguinetti” (ubicado en Pilar, la localidad principal), se separa en especialidades en 2004, y se instala una nueva maternidad en la localidad de Presidente Derqui y un nuevo Hospital Pediátrico “Federico Falcón” en la localidad de Del Viso.

Asimismo, ambos partidos implementan en los últimos años una red de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) (llamados “salitas”), que los coloca en una situación preferencial respecto a otros partidos periurbanos. En los CAPS se realizan los exámenes clínicos básicos para el control del embarazo de bajo riesgo. En general prestan servicio diurno en días hábiles. Pilar posee 24 CAPS con obstetras que atienden unas 2000 embarazadas por mes. Rodríguez posee 16, sólo la mitad con atención obstétrica. Atienden unas 400 embarazadas por mes. Tres CAPS en Pilar y 1 en Rodríguez (llamados principales) hacen ecografías y exámenes de laboratorio además de los hospitales (en Pilar tienen 1 ambulancia fija y guardia médica las 24 horas)

Para acercarse a la población más vulnerable Pilar dispone además de una Unidad Sanitaria Móvil (o “camión sanitario”) y postas sanitarias. En Rodríguez, las postas son implementadas por el Hospital Nacional “Baldomero Sommer” en 2004, reconociendo la inaccesibilidad al sistema de salud pública por falta de medios de transporte, caminos transitables y recursos económicos.

Para el traslado de emergencias, Pilar cuenta con unas 15 ambulancias, entre ellas una unidad de terapia intensiva móvil y una neonatal. La maternidad tiene 1 ambulancia designada. El municipio contabiliza un promedio mensual de 1100 traslados. En Rodríguez el servicio está a cargo de una empresa privada desde hace 2 años. Posee 8 de ambulancias y en 2006 realiza 7830 traslados desde los CAPS al Hospital Vicente López.

Las autoridades locales de salud de ambos partidos reconocen una demanda insatisfecha de movilidad para acceder a la salud, y toman iniciativas al respecto. Realizan viajes con vehículos propios de pacientes ambulatorios bajo tratamiento periódico en hospitales (no emergencias), que llaman de “traslado humanitario”. Pilar ofrece 2 remises de lunes a lunes, y Rodríguez 3 combis y 5 autos (2960 viajes en 2006).

En conclusión, en ambos partidos crece la población y las desigualdades sociales, y se realizan importantes esfuerzos por llevar la salud pública y gratuita a las madres pobres. Las estadísticas de salud materna e infantil indican, sin embargo, que resultan ineficaces.

5. MOVILIDAD Y ACCESO: EL VIAJE A LA SALUD DE LAS EMBARAZADAS EN LA PERIFERIA.

Desde la visión convencional del viaje presente en los estudios en transporte (esto es, como el vínculo entre dos lugares), el acceso a los cinco controles del embarazo establecidos por las autoridades públicas, requiere cinco viajes (con independencia de la cantidad de medios de transporte o necesidad de trasbordos). Asimismo, la organización del sistema de salud a partir de CAPS barriales, emite la imagen de viajes cercanos para controlar el embarazo.

Sin embargo, identificar los viajes que deben realizar las embarazadas partir de las prestaciones de los programas de salud pública (Tabla 2), hace emerger un panorama diferente. Estos viajes son caracterizados seguidamente observando cuatro variables: distancia, cantidad de viajes, gasto y tiempo. Por su intermedio se evalúa el acceso a la salud y el impacto de la movilidad.

En primer lugar se observa que *los viajes al control varían su destino según el riesgo del embarazo*. Aquellos de “alto riesgo” se atienden sólo en hospitales, por requerir prestaciones cualitativamente diferentes y de mayor complejidad. Se distinguen, pues, viajes al control de embarazos sanos y de riesgo.

5.1 Cómo incide el viaje en el acceso al control del embarazo “sano”?

El modelo de control determinado por el sistema de salud pública argentino para un embarazo sano (o de bajo riesgo) considera necesario acceder a las siguientes prestaciones gratuitas: exámenes clínicos básicos (5), exámenes de laboratorio (3), ecografías (2), examen odontológico (1) y ginecológico (1) (Tabla 2). *Se advierte que su realización (echo que concreta el acceso a la salud), no requiere un único viaje, sino varios, conexos y a distintos lugares.*

Respecto a los **lugares de la prestación**, *se observa que una embarazada “sana” que se atiende en un CAPS, debe viajar igualmente a otros lugares: 4 de las 5 prestaciones del modelo de control, requieren viajes a lugares lejanos*. El examen clínico básico puede realizarse en el CAPS, pero las prestaciones especializadas (ecografía, examen de laboratorio, odontológico o ginecológico) requieren viajar hasta el hospital o CAPS principal.

Asimismo, el acceso a *cada prestación requiere una serie de viajes conexos*. Los exámenes clínicos implican un único viaje cada uno (ida). Pero las prestaciones especializadas implican entre 3 y 5 viajes por examen (ida). La secuencia conexa de viajes a realizar es la siguiente: 1) viaje para retirar la orden que lo prescribe, al CAPS; 2) viaje para solicitar turno, al hospital; 3) viaje para realizar el examen, al hospital; 4) viaje para retirar los resultados, al hospital; 5) viaje para entregar los resultados al profesional, al CAPS (Tabla 3).

En los exámenes de laboratorio (si la extracción se hace el día en que se solicita turno), y odontológicos (si no hay que retirar resultados); puede que se realicen 2 viajes (ida) al hospital, y 2 al CAPS. Suponiendo que los viajes al CAPS para obtener las órdenes y/o entregar los resultados se puedan hacer coincidir con aquellos por exámenes clínicos básicos, y presumiendo resultados normales (sin necesidad de nuevos exámenes o viajes por tratamiento), una *embarazada “sana” realiza 22 viajes ida durante la gesta para acceder al control mínimo de salud. Esto es, más de 3 viajes mensuales: 5 al CAPS y 17 al hospital. Por consiguiente, aún de haber un CAPS en el barrio, sólo un tercio de los viajes necesarios para cuidar un embarazo sano son “viajes cercanos”*.

Tabla 3. Esquema de viajes para el control del embarazo sano, por prestación.

PRESTACIONES	VIAJES AL CAPS	VIAJES AL HOSPITAL O CAPS PRINCIPAL	GASTO DE VIAJE POR PRESTACIÓN	TIEMPO DE VIAJE POR PRESTACION	Nº DE PRESTACIONES	Nº DE VIAJES TOTAL	GASTO DE VIAJE TOTAL	TIEMPO DE VIAJE TOTAL
EXAMEN CLINICO BASICO	1	-	\$0.-	1 hora	5	5	\$0.-	5
EXAMEN GINECOLOGICO	2	3*	\$18.-	11 horas	1	5	\$18.-	11
EXAMEN ECOGRAFICO	2	3	\$18.-	11 horas	2	10	\$36.-	22
EXAMEN ODONTOLÓGICO	2	2*	\$12.-	8 horas	1	4	\$12.-	8
EXAMEN DE LABORATORIO	2	2	\$12.-	8 horas	3	12	\$36.-	24

Fuente: Elaboración propia.

Nota: valores por viaje ida y vuelta.

* Excepcionalmente, estos exámenes pueden hacerse en el CAPS del barrio.

** El gasto del viaje al CAPS se considera de \$0.-, y de \$6.- el del viaje al hospital, por persona.

*** El tiempo de viaje al CAP se considera de 30 minutos y de 90 minutos el viaje al hospital (ida).

Respecto a la distancia, el *viaje al CAPS* es el más cercano. Sin embargo, algunas embarazadas recorren hasta 3 kilómetros para llegar a ellos. La mayor parte del trayecto es por calles de tierra. Sólo tramos muy cortos están pavimentados, y generalmente son los próximos al CAPS. La mayoría realiza estos viajes a pie, mediante caminatas de hasta una hora. Algunas también en bicicleta (llevando de 1 a 3 niños), aún bajo específica prohibición médica. Suelen abandonar este transporte al avanzar la gesta, o pasan a ser transportadas por algún familiar.

El *viaje al hospital* se realiza en transporte público, y este requiere al menos un trasbordo. El itinerario más reiterado combina caminata de hasta 2 kilómetros hacia la parada más cercana, trasbordo de medio de transporte (dos colectivos, o colectivo y tren), y caminata final de hasta 500 metros.

Respecto al *gasto del viaje*, ir al hospital requiere \$6.- *por persona* (ida y vuelta). Este valor es el más frecuente, pero alcanza hasta \$15.- entre las entrevistadas. El gasto en viaje por persona equivale o supera a lo que las entrevistadas *gastan diariamente en alimento por persona para sus familias*. La compañía de la pareja o un familiar multiplica este gasto. *La suma de pasajes para ir acompañada al hospital en transporte público (subsidiado) equivale al gasto en remis¹, y al de una ecografía en una clínica privada². La salud es gratuita, el acceso a la salud no.*

Considerando de \$0.- el gasto del viaje al CAPS (realizado a pie o en bicicleta), y sin necesitar reiterar exámenes ni viajes por tratamiento, cada ecografía implica un gasto en viaje de \$18.- por persona, y cada examen de laboratorio uno de \$12.-. El control mínimo de salud de un embarazo sano requiere unos \$102.- en viajes al hospital (Tabla 3)³.

Respecto al *tiempo del viaje*, ir al hospital insume 90 minutos (ida). No obstante, las entrevistadas indican salir hasta tres horas antes del horario de atención, lo cual revela dificultades para planificar el viaje, debido a inconvenientes en el servicio de transporte público.

Considerando el tiempo de transporte ida y vuelta, más el de las esperas y/o trámites y la atención médica, un viaje al hospital oscila en medio día mínimo. Por tanto, una ecografía requiere tres

¹ El remis es un auto particular de alquiler que realiza viajes puerta a puerta, con tarifa libre por kilometro.

² Se registran casos de embarazadas que se atienden en el sistema publico pero realizan estudios en el sistema privado, en especial ecografias, por requerir menos tiempo y cantidad de viajes y mayor calidad de atención (turno telefonico, entrega de la imagen impresa e inmediata de resultados).

³ Asimismo, pueden requerirse gastos complementarios (en alimentos, bebidas, pañales, etc.) debido al tiempo insumido por el viaje y la atención en el hospital.

viajes al hospital de medio día cada uno, y 2 un examen de laboratorio, ginecológico u odontológico (sin contar tiempos de viaje al CAPS). El control mínimo de la salud en *un embarazo de bajo riesgo requiere alrededor de 17 viajes de medio día al hospital, más de 3 medios días al mes.*

En resumen, *para acceder al control mínimo de salud una embarazada “sana” realiza 22 viajes ida durante la gesta. Esto es, más de 3 viajes mensuales. Por cada viaje al CAPS del barrio (si lo hay) necesita dos al hospital, los cuales implican un gasto de \$6.- por persona (equivalente al gasto en comida) y medio día de tiempo cada uno.*

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

5.2 ¿Cómo incide el viaje en el acceso al control de un embarazo de riesgo?. El caso del VIH.

La atención de los controles prenatales de alto riesgo involucra equipos y profesionales especializados, por lo que no se realiza en los CAPS, sino en el hospital. Por tanto, *en un embarazo de alto riesgo todos los controles se realizan en lugares lejanos.*

Para una embarazada portadora del virus *se suman prestaciones destinadas a determinar la medicación y el tipo de parto*⁴. Las prestaciones mínimas garantizadas por los programas de salud pública son: 1) medicación mensual a partir del tercer mes de embarazo, 2) 2 exámenes de laboratorio para determinar la carga viral en sangre 3) 2 exámenes de laboratorio para determinar las defensas en sangre (CD4), 4) aplicación de AZT endovenoso (momento del parto); 5) medicación y leche especial para el bebé durante 6 meses⁵ (Tabla 4).

Tabla 4. Viajes para el control del embarazo de riesgo (VIH/SIDA).

PRESTACIÓN	Nº DE PRESTACIONES	Nº VIAJES POR PRESTACION	TOTAL DE VIAJES	LUGAR DE LA PRESTACIÓN
EXAMEN DE LABORATORIO (CD4)	2	5	10	HOSPITAL
EXAMEN DE LABORATORIO (CARGA VIRAL)	2	5	10	HOSPITAL
MEDICACIÓN	6	2	12	HOSPITAL
CERTIFICADO DE CARENCIA DE COBERTURA DE SALUD (NEGATIVO)	1	2	2	ANSES HOSPITAL
ENCUESTA SOCIAL (PARA EL NEGATIVO)	1	1	1	HOSPITAL

Fuente: Elaboración propia.

Cada prestación se lleva a cabo en momentos distintos y específicos del embarazo, y se desdobra en una serie de viajes conexos. La secuencia conexa de viajes para realizar cada *examen de laboratorio (CD4 o Carga Viral)* es la siguiente: 1) viaje para retirar la orden que lo prescribe; 2) viaje para autorizar la orden en la oficina de servicio social; 3) viaje para solicitar turno y realizar la extracción de sangre; 4) viaje para retirar los resultados; 5) viaje para entregar los resultados al profesional. Todos al hospital. Considerando la posibilidad de solicitar turno telefónico con el médico, *cada examen de laboratorio implica un mínimo de 5 viajes (ida) al hospital*, lo que multiplicado por la cantidad de exámenes a realizar (4), da un total de 20 viajes.

La secuencia conexa de viajes para obtener la *medicación* es la siguiente: 1) viaje para obtener la receta; 2) viaje para retirar la medicación. Ambos al hospital. Acceder a la medicación gratuita del

⁴ El parto puede ser vaginal si la carga viral previa es menor a 1000 copias (o cantidad de virus por gota de sangre), y las defensas están entre 700 y 1300 por gota de sangre. En caso contrario, requiere cesárea hemostática (o parto seco).

⁵ Se entrega al salir del hospital; y posteriormente se continúa retirando de allí la leche.

sistema público de salud requiere cumplir con un trámite previo (llamado “negativo”) que consiste en certificar la no posesión de cobertura en el sistema de obras sociales o en el privado. Este trámite involucra 3 viajes a dos destinos diferentes: 1) viaje para realizar una encuesta social, al hospital; 2) viaje para tramitar la certificación, a la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES); 3) viaje para presentar la certificación en la oficina del servicio social, al hospital. El “negativo” se renueva cada 6 meses, por lo que acceder a la medicación para el VIH involucra un mínimo de 2 viajes mensuales (ida) al hospital, y otros 3 cada medio año. Considerando el inicio del tratamiento en el tercer mes de gesta y sólo un “negativo”, *los viajes a lugares “lejanos” por medicación (hospital u ANSES), suman 15 en el embarazo.*

Por consiguiente, *el control mínimo de una embarazada portadora sana de VIH, requiere realizar 35 viajes por exámenes de laboratorio para determinar el tratamiento y parto, adicionales a los 22 viajes al hospital correspondientes a los controles de bajo riesgo. En total 57 viajes (ida), unos 9 viajes mensuales, siempre a lugares lejanos (fuera del barrio).*

Cabe destacar que el **viaje al hospital** comparte las características descriptas para la atención especializada del embarazo de bajo riesgo, pero sus mediciones pueden variar. Surge que, privilegiando el anonimato, las personas con VIH eligen atenderse en hospitales fuera del partido de residencia. La distancia, cantidad de trasbordos, gasto y tiempo de viaje, pues, son mayores en estos casos. Viajar al Hospital Vicente López desde el Partido de Moreno (lugar principal de residencia de población de otros partidos), requiere dos trasbordos de medios de transporte público con una tarifa mayor. *El gasto mínimo (ida y vuelta) es superior a \$7 por persona. Entonces, cada examen de laboratorio (CD4 o carga viral) supone un gasto de \$35.- en viaje, y uno de \$14.- cada viaje por medicación (o \$35.- contando el “negativo”).* Se remarca nuevamente que este gasto no incluye gastos extras (comida, etc.).

No acceder a la medicación del VIH por la incidencia del viaje al hospital, contrasta con la inversión pública realizada para su provisión gratuita (entre u\$s 300 y u\$s 10000 mensuales por paciente).

6. CONCLUSIONES.

Para conocer adecuadamente el vínculo entre movilidad e inclusión es indispensable trabajar sobre el concepto de acceso. Para abordar el problema del acceso y para evaluar y medir la intervención en el de la movilidad, es fundamental adoptar un enfoque intersectorial. Para ello es oportuno comenzar por renovar los métodos y definiciones de estudio.

Los estudios convencionales en transporte evalúan el acceso a lugares y no a servicios. El viaje es la unidad de análisis de la movilidad, y su definición metodológica esta fuertemente asociada su condición material de desplazamiento en el territorio, esto es, como nexo entre lugares. Pero esta definición resulta en cierta manera subsocializada, aun partiendo de una concepción del territorio como producto social, esta definición permanece inalterada.

La evidencia recogida por el trabajo revela la importancia de renovar el pensamiento sobre el viaje. Definir el viaje como nexo entre un fin y su satisfacción pone en acción un enfoque intersectorial, que conecta el transporte con otras actividades, bienes y/ o servicios, y evidencia una malla de viajes “oculta” tras una prestación (en este caso, sacar turno, retirar resultados, etc.).

Una embarazada “sana” no necesita 5, sino 22 viajes para acceder al control mínimo de salud, esto es, más de 3 viajes mensuales (ida). Aún atendándose en un CAPS, por cada viaje “cercano” hace mas de 3 “lejanos” (al hospital) que implican \$6.- de gasto por persona (equivalente al diario en

comida) y medio día de tiempo cada uno. Una embarazada portadora sana de VIH necesita 57 viajes ida, unos 9 mensuales, todos a lugares lejanos (al hospital).

También se evidencia que a mayor riesgo de salud, viajes más complejos y vulnerables. Controles especializados y situaciones complicadas requieren viajes al hospital, que demandan dos transportes públicos con caminata, medio día de tiempo y un gasto equivalente al diario en comida por persona. La suma de pasajes para ir acompañada al hospital en transporte público (subsidiado) equivale al gasto en remis, y al de una ecografía en una clínica privada. La salud pública en Argentina es universal y gratuita, el acceso a la salud no.

Estos hallazgos ofrecen un insumo para la formulación y evaluación de políticas públicas tanto sectoriales como intersectoriales, y aportan evidencia sobre la necesidad de políticas intersectoriales.

En Argentina el sistema de salud pública es gratuito, hay diversos programas especializados en salud sexual, materna infantil y VIH/SIDA, impulsados en colaboración por el gobierno nacional, y los provinciales y locales. Los gobiernos locales de Pilar y Rodríguez, seleccionados para recoger la evidencia empírica, asumen una actitud activa y realizan inversiones y esfuerzos significativos para favorecer el acceso a la salud pública y mitigar el impacto del viaje (nuevos hospitales, CAPS, postas, unidades móviles, ambulancias, vehículos para traslado humanitario). Los hallazgos obtenidos, pues, revelan una incapacidad para registrar adecuadamente el problema del acceso y la intervención de la movilidad.

El método de estudio revela asimismo problemas de gestión o administración pública, vacíos de articulación intersectoriales, y distribución territorial de servicios que redundan en mayor cantidad de viajes a lugares lejanos, tiempos de espera más prolongados, mayores esfuerzos y un incremento en los gastos, vulnerando el acceso a la salud pública, universal y gratuita. Los esfuerzos de los gobiernos por la salud pública pueden potenciarse con pequeños cambios e inversiones, a escala local y corto plazo. Únicamente si se captura adecuadamente el vínculo entre transporte, movilidad y acceso, renovando un enfoque intersectorial de estudio del viaje.

Bibliografía.

Argentina - Ministerio de Salud de la Nación - Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud – INDEC (2006) *Argentina 2006. Indicadores básicos*.

Castel, R. (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social*, Ed. Paidós, Bs. As.

Ciccolella, Pablo e I. MIGNAQUI (2002) Buenos Aires: Sociospatial Impacts of the Development of Global City Functions. En: Saskia Sassen (ed.) *Global Network-Linked Cities*, Routledge, New York-London.

Gutiérrez, A. y D. Minuto (2007) Una aproximación metodológica al estudio de lugares con movilidad vulnerable. En: XIV CLATPU, Río de Janeiro, Tema Transporte y Exclusión Social, N°366 (en CD ROM).

Gutiérrez, A. (2008) Geografía, transporte y movilidad. En: Espacios de Crítica y Producción, N°37, FFyL-UBA, Mayo 2008.

Gutiérrez, A. (2008a) Déplacements motorisés et l'étalement illimité de Buenos Aires. En: Mégapoles, transports et mobilités: confrontations, PMG / INRETS, Paris, pp. 145-160. <http://www.megapole.org/Deplacements-motorises-et.html>. También en español.

Gutiérrez, A. (2009) Movilidad o inmovilidad: ¿qué es la movilidad?. Aprendiendo a delimitar los deseos. En: XV CLATPU, Buenos Aires.

Le Breton, E. (2005) *Bouger pour s'en sortir. Mobilité quotidienne et intégration sociale*, Armand Colin, París.

Orfeuill, J. P. (dir.) (2004) *Transports, pauvretés, exclusions. Pouvoir bouger pour s'en sortir*, éditions de L'Aube, Paris.

Segura, R. (2006) Segregación residencial, fronteras urbanas y movilidad territorial. Un acercamiento Etnográfico. En: Cuadernos del IDES, N° 6.

<http://www.argentina.gov.ar>

<http://www.indec.mecon.ar/>

<http://www.ms.gba.gov.ar/>

<http://www.msal.gov.ar/>

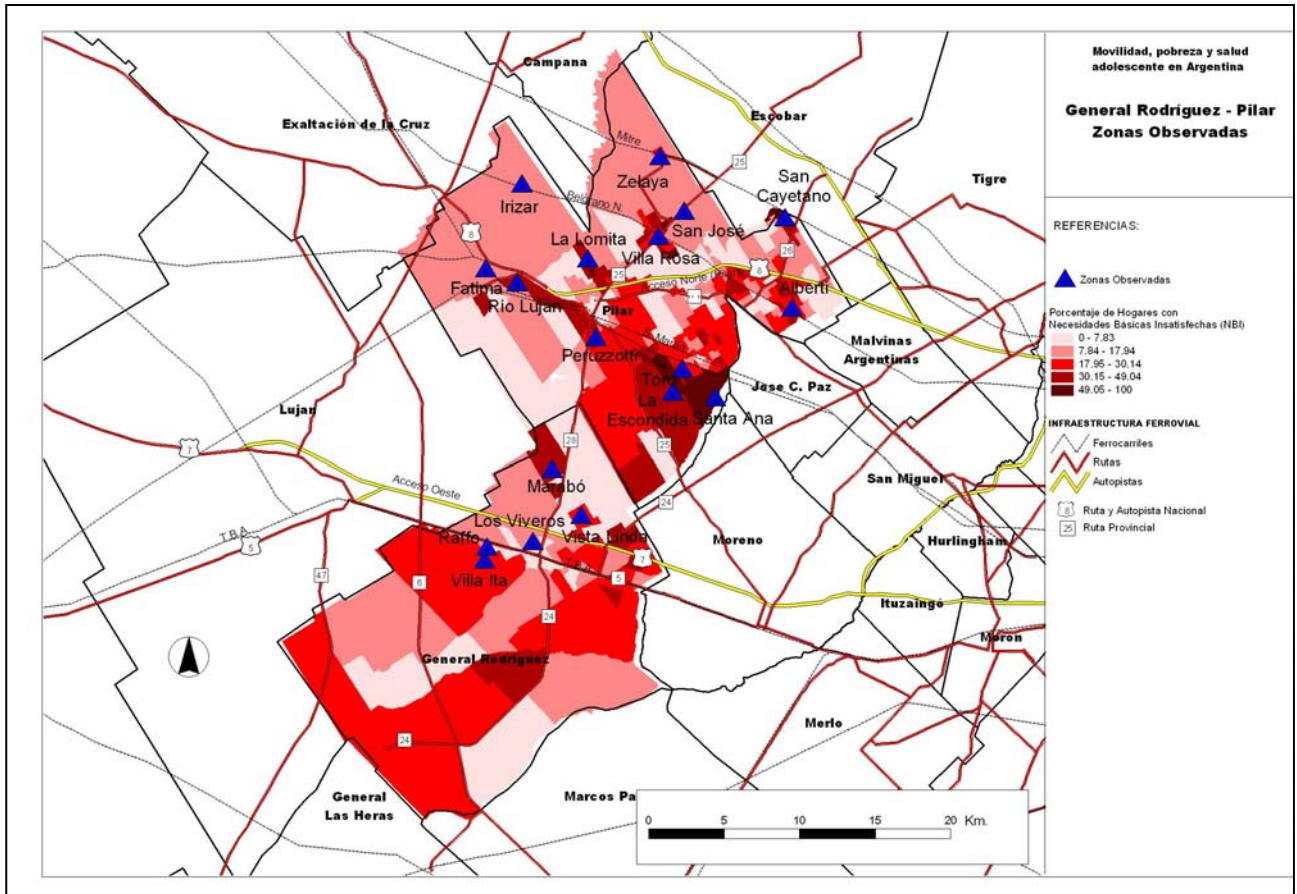
<http://www.generalrodriguez.com/>

<http://www.pilar.com.ar/>

<http://www.worldbank.org/>

<http://www.odm.politicassociales.gov.ar>

Mapa 1



Elaborado por Andrea Gutiérrez y Diego Minuto. Fuente: INDEC - Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.