

Territorios 25 / Bogotá, 2011, pp. 151-171
ISSN: 0123-8418
ISSNe: 2215-7484

Transporte urbano y movilidad cotidiana

Insumos para una gestión intersectorial de políticas públicas: movilidad y acceso

*Resources for an Intersectorial Management of Public Policies:
Mobility and Access*

*Insumos para uma gestão intersetorial de políticas públicas:
mobilidade e acesso*

Andrea Gutiérrez*

Recibido: 27 de mayo de 2010
Aprobado: 23 de agosto de 2010

Para citar este artículo

Gutiérrez, A. (2011), "Insumos para una gestión intersectorial de políticas públicas: movilidad y acceso", en *Territorios* 25, pp. 151-171.



* Licenciada y doctora en Geografía. Conicet-UBA-FFyL-Programa transporte y territorio. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Correo electrónico: angut@filo.uba.ar / angut2@gmail.com

Palabras clave

movilidad cotidiana, acceso, gestión intersectorial, políticas públicas, Buenos Aires, salud materna.

Key Words

mobility, access, cross management, public policies, Buenos Aires, maternal health care.

Palavras chave

movilidade cotidiana, acesso, gestão intersetorial, políticas públicas, Buenos Aires, saúde materna.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es integrar la movilidad, como componente transversal, a la gestión sectorial de políticas públicas. El caso de estudio refiere a los servicios de la salud pública de Argentina, y a las condiciones de movilidad de madres del periurbano de la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA).

En términos metodológicos, se trabaja sobre el concepto de “acceso” con el objetivo de identificar, medir y evaluar la relación entre las condiciones de movilidad y la atención de la salud materna. El acceso se pondera conforme a la prestación de los servicios de salud, y no conforme a la llegada a los lugares donde se ofrecen.

Como resultado se obtiene evidencia empírica innovadora, útil para funcionar como indicador y tornar más relevante el rol de la movilidad en la agenda pública de salud y de transporte, pues es un derecho social básico y subyacente al acceso que requiere de un abordaje coordinado y transversal de políticas sectoriales.

ABSTRACT

The objective of this paper is to integrate mobility as across component of the management of specific public actions. The case of study concerns the public health services in Argentina, and mother's mobility conditions in the suburban of the Buenos Aires Metropolitan Area.

In terms of methodology, the paper working on the concept of access trying to identify, measure and evaluate the relationship between mobility conditions and maternal health care. Access is weighted according to the realization of health services, and not according to the arrival at the places where they are offers.

The result is innovative empirical evidence, useful as an indicator to make more relevant the role of mobility within the public agenda of transport and others specific sectors, asa basic social right behind the access that requires coordinated actions and cross-sectoral approaches.

RESUMO

O objetivo do trabalho é integrar a mobilidade como componente transversal à gestão setorial de políticas públicas. O caso de estudo refere aos serviços da saúde pública da Argentina, e as condições de mobilidade de mães do peri-urbano da região metropolitana de Buenos Aires.

Em termos metodológicos, trabalha-se sobre o conceito de acesso buscando identificar, medir e avaliar a relação entre as condições de mobilidade e a atenção da saúde materna. O acesso se pondera conforme a realização dos serviços de saúde, e não conforme a chegada aos lugares onde se oferecem. Como resultado se obtém evidencia empírica inovadora, útil para funcionar como indicador e tornar mais relevante o rol da mobilidade na agenda pública de saúde e de transporte, um direito social básico e subjacente ao acesso que requiere uma abordagem coordenada e transversal de políticas setoriais.

Introducción¹

Argentina dispone de un sistema de salud pública con políticas de acceso universal y gratuito, así como políticas de subvención al transporte público. Además, transita una última década de fuerte y sostenido crecimiento económico. Sin embargo, no logra cumplir el compromiso de reducir la mortalidad materna un 20% conforme a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La tasa es de 5,5 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos en 2009, la más alta desde 1986.

En la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) la mortalidad materna e infantil es 8% mayor en su periferia más externa que en la interna. En las últimas décadas Buenos Aires ha crecido, tanto en población como en superficie, en la periferia lejana o periurbano: un territorio caracterizado por fuertes contrastes, donde la población de altos ingresos —residente en urbanizaciones cerradas, ubicadas alrededor de las nuevas autopistas— coexiste con aquella más pobre, la cual es expulsada hacia zonas carentes de infraestructura y servicios, con problemas de inundaciones y contaminación, entre otros.

¿Cómo organizar la gestión de las políticas públicas para asegurar que sus programas y servicios lleguen efectivamente a quienes los necesitan?

Entre los principales factores del aumento de la mortalidad materna se reconocen las fallas de acceso a los servicios de salud, el comienzo tardío de los controles prenatales por parte de las mujeres pobres,

una creciente tasa de embarazo adolescente y abortos inseguros. Pero la literatura sobre la articulación entre movilidad y salud es escasa en Argentina. Hay un vacío de evidencia que vincule la movilidad con la salud de la población en general, y en particular con aquella de grupos vulnerables, como las embarazadas.

Por estas razones se elige estudiar la movilidad de embarazadas del periurbano de Buenos Aires hacia los servicios de salud pública, como caso a partir del cual se podría entender mejor la relación entre la movilidad y el acceso.

Movilidad cotidiana e inclusión socioterritorial

La movilidad es un concepto que admite acepciones diversas. Se comienza por distinguir aquellas de interés para este trabajo. Una básica refiere a distinguir entre movilidad social y movilidad territorial. Otra, a distinguir entre movilidad cotidiana y residencial.

La movilidad social apunta a un ascenso o descenso en la posición social, socioeconómica o cultural de las personas. La movilidad territorial, a un cambio en la localización territorial de bienes o personas, resultado de su desplazamiento físico o material.

La movilidad territorial da cuenta de diferentes escalas espaciotemporales. La movilidad cotidiana se vincula con los viajes de la vida diaria por motivos de trabajo, educación, compras, visitas a familiares, etc. La

¹ Los resultados de este trabajo forman parte de la investigación "Movilidad, pobreza y salud adolescente en Argentina. El caso del rurbano bonaerense", Gutiérrez, A. (2006), perteneciente al Programa Internacional de Investigación en Red sobre Movilidad y Salud del International Forum for Rural Transport Development, con sede en la Universidad de Buenos Aires.

movilidad residencial trata de los cambios del lugar de vivienda. Hoy día, la dinámica de la globalización admite la movilidad territorial cotidiana urbana o interurbana. Movilidad cotidiana y urbana solían identificarse a mediados del siglo pasado.

Académicos, técnicos y tomadores de decisiones en el ámbito político coinciden en que la movilidad territorial cotidiana es central para la reproducción de la vida en sociedad y está estrechamente vinculada con la movilidad social. Pero el contenido en el que se fundamenta dicha vinculación va cambiando. Tras las políticas neoliberales de los años noventa, a comienzos de este milenio se articuló una literatura en torno a la movilidad y la inclusión-exclusión social que lleva una impronta subjetiva de análisis. Se hace énfasis en el universo de opciones de las personas o grupos sociales y en la capacidad de elección poseída para satisfacer las necesidades cotidianas de producción y reproducción de su vida, como trabajar, estudiar, mantener vínculos familiares y sociales, etc. (Castel, 1997). Orfeuil (2004) la entiende 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 en general.

La movilidad territorial aparece como una condición para la movilidad social (ascendente o descendente): incluye o excluye. La inclusión-exclusión se trata de una integración social mediante una estructura de oportunidades, que también refiere a la estructura de oportunidades para satisfacer los requerimientos de movilidad.

Cuando la estructura de oportunidades de movilidad es mínima, la existencia de las personas en sociedad es contingente. Según Le Breton (2005) la movilidad interviene reduciendo, limitando (impidiendo) o canalizando el capital social de las personas.

Las opiniones reseñadas se sitúan en el contexto actual de la globalización y las prácticas territoriales que devienen de esta, pero no hacen explícita referencia a una construcción teórica basada en la articulación de los conceptos de movilidad, globalización y territorio, tal como se rescata en la producción de los años setenta, enmarcada en el pensamiento del materialismo histórico y la economía política. En el libro de Fernández Durán, *Transporte, espacio y capital*, la economía política del transporte, por ejemplo, apunta a construir una regularidad explicativa, donde el modo de producción y reproducción social del capitalismo entra en asociación con un modo de organización y circulación territorial, es decir, que el capitalismo reconoce un “patrón” histórico de organización socio-territorial (Fernández, 1980).

Dado todo lo anterior, en este trabajo se entiende la movilidad cotidiana en términos de una práctica social de viaje. La noción de práctica social apunta a destacar tres cuestiones fundamentales:

1. Las prácticas de viaje son prácticas en el territorio, entendido como espacio producido por la sociedad.
2. La idea de reiteración de comportamientos.

3. La existencia de conductas que reflejan las condiciones medias de un momento histórico (en términos técnicos, socioeconómicos y territoriales). Esto quiere decir que una práctica social de viaje implica una frecuencia de realización de un comportamiento de desplazamiento en el territorio que define un patrón (pauta o modelo) determinado históricamente (Gutiérrez, 2010).

El motor explicativo de los análisis enmarcados en el pensamiento del materialismo histórico es la (in)satisfacción de necesidades sociales de desplazamiento. Conforme crece la importancia de lo subjetivo en los análisis recientes, se suman los deseos y preferencias individuales así como las capacidades. Esto es, hay una ida y vuelta entre sujeto y contexto, entre lo micro y lo macro, tanto para evaluar la práctica de movilidad como para interpretarla. El sujeto es actor de la movilidad territorial cotidiana, y centro de su análisis.

De este modo, el trabajo completa la definición de movilidad cotidiana entendiéndola como una práctica social de viaje que conjuga deseos y necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) y capacidades para satisfacerlos. Ambas son resultado y condición de la inserción de un grupo en un contexto social, definido por una combinación y multiplicidad de factores (físicos, locacionales, económicos, regulatorios, culturales, de género y étnicos, entre otros).

La movilidad, entonces, realiza en el territorio (concreta, materializa) relaciones

sociales —de producción y reproducción, y sus contradicciones— histórica y espacialmente condicionadas.

Esta recuperación de lo subjetivo (re) construye prácticas de movilidad cotidiana en un territorio de análisis que sigue siendo material. El territorio material prevalece en el análisis de lo subjetivo.

Las prácticas de viaje se realizan en el territorio, pero describen trayectorias que articulan lugares con un sentido. Este sentido describe un territorio subjetivo, experimentado, que no se lee solo a partir de la disposición material de lugares en el territorio.

¿Qué pasa si se cambia el territorio de análisis de la movilidad cotidiana? ¿Qué surge? ¿Es posible capturar el territorio subjetivo, experimentado, de modo tal que sirva como insumo para la gestión pública? ¿Cómo traducir análisis ricos en complejidad, con el fin de darle sustento a acciones realizables?

Un modelo para estudiar la relación entre el transporte, la movilidad y otras políticas públicas

Siguiendo lo planteado arriba, las oportunidades de la vida en sociedad están mediadas por las condiciones de movilidad territorial. Pero ¿qué media entre movilidad y oportunidades? La literatura coincide en relacionar esta mediación con los términos de acceso y accesibilidad. Nuevamente, se comienza por distinguir el interés de este trabajo respecto a dichos conceptos.

Acceso y accesibilidad son términos usados sin demasiada distinción, pero están sujetos a diversas acepciones. Pueden entenderse como una medida sobre la intervención de ciertos factores (el transporte, los ingresos, las condiciones físicas, etc.) en la relación de grupos sociales con una cierta actividad o servicio. También como un valor general sobre la capacidad de alcanzar los bienes y servicios que posibilitan la integración de las personas a la vida social, el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de una vida autónoma.

En términos generales, cuando accesibilidad y acceso se relacionan con transporte, dichos conceptos refieren al desplazamiento material de bienes y personas en el territorio. Del mismo modo, las distintas acepciones sobre accesibilidad comparten una idea subyacente que apunta al grado de facilidad con que se “llega” a un lugar. La accesibilidad suele interpretarse, pues, como un atributo de los lugares.

Subyace al problema de la accesibilidad y el acceso una visión “cartográfica”, que observa viajes “lineales” entre lugares. Esta visión prevalece en estudios de transporte. Pero estudiar la movilidad y su intervención en el acceso, conforme al arribo a un lugar, ofrece una visión simplificada de un problema complejo.

El acceso media las oportunidades de las personas. Personas que habitan en un mismo lugar, que comparten un mismo perfil socioeconómico, pueden tener un acceso diferencial a las actividades, bienes y servicios, los cuales tienen que ver con la

producción y reproducción de la vida de una persona en sociedad.

¿De qué depende el acceso?

El transporte es parte del acceso e involucra los medios de desplazamiento (bicicletas, trenes, autos, etc.) y los servicios e infraestructuras para utilizarlos. Pero el acceso no solo depende del transporte, pues está intervenido por cuestiones que lo sobrepasan.

El acceso es un terreno de tensiones e intercambios entre aspectos personales, familiares y vecinales del sujeto, del transporte y de la actividad o servicio que el viaje tiene como fin (en estos dos últimos casos, involucrando tanto infraestructura como servicios). Aspectos que forman parte de un contexto social, histórica y territorialmente determinado.

Los aspectos personales y del servicio o “actividad fin del viaje” suelen estar subestimados en los estudios sobre problemas de acceso o accesibilidad, o bien subordinados a aspectos de la “oferta” de transporte (su existencia, precio, calidad, distancia del desplazamiento, etc.). Subyace a las propuestas y análisis en cuestión la idea de “acercar” los servicios a la gente (escuela, hospital, comercios, etc.) o de “llevar” a la gente a los servicios (mediante el transporte). En esta visión, al estar unos u otros cerca de la gente, el acceso parece estar resuelto: la distancia material prevalece en un abordaje “cartográfico” del acceso.

Sin embargo, no siempre la movilidad de las personas responde a esta lógica. Pue-

de que las personas viajen a un hospital más lejano porque no quieren ser reconocidas por vecinos, porque tienen un transporte más directo o porque tienen más probabilidades de ser atendidas. Y tampoco el acceso responde siempre a esta lógica. Puede haber hospital y transporte, pero estar ausente el médico, haber cambiado sus horarios o días de consulta al momento en que la persona asiste al hospital, sin haber recibido previo aviso.

El concepto de acceso, entonces, entraña un enfoque intersectorial de estudio. Y el viaje es parte intrínseca del acceso.

El transporte y la movilidad territorial contemplan el viaje como unidad de estudio. Ontológicamente, un viaje es el trayecto material de bienes o personas entre lugares distantes. En términos metodológicos es una unidad de estudio que admite otra definición.

Si retomamos las opiniones expuestas antes, acceder es “realizar” las oportunidades de la vida en sociedad; esa es la palabra clave que recoge este trabajo, y por ello aborda el acceso a partir del sentido o fin último de la movilidad territorial, que es la “realización” de los servicios o actividades que un viaje tiene como fin, además de la llegada al lugar donde se ofrecen.

En este trabajo, movilidad y acceso se evalúan conforme a la satisfacción del fin perseguido por un viaje. El fin de un desplazamiento es realizar o concretar una actividad o servicio; tiene motivos (educación, trabajo, salud, compras) y tiene fines (asistir a clases, hacerse un análisis de sangre, entregar o retirar una documentación, etc.). Los

motivos son más genéricos y agrupan fines diversos y más concretos de viaje.

Por ende, se define acceso como la realización o concreción de los fines de un desplazamiento. Y la accesibilidad como una medida de la realización de los deseos y necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) de un grupo social en relación con fines de viaje. En el caso de estudio al que se aplica este marco conceptual, se observa el acceso a las prestaciones de los programas de salud pública materna de Argentina.

A partir de esta definición teleológica de acceso, el trabajo estudia el viaje como el trayecto entre un fin y su realización (Gutiérrez, 2007, 2009 y 2010). En el caso seleccionado por este estudio, tiene que ver con la visita médica, los análisis de laboratorio, las ecografías, etc. y no según el trayecto entre la casa y el hospital (esto es, entre un lugar de origen y un lugar de destino).

Estudiar el viaje conforme a la relación entre un servicio y su realización habilita la emergencia de una visión “biográfica” por sobre una cartográfica. El viaje puede ordenarse mediante una cronología de momentos en los que prevalecen los aspectos personales (previaje), los del transporte (viaje) y los del servicio/fin (posviaje). Esto también refleja una visión intersectorial del viaje y del acceso y permite capturar la secuencia de viajes involucrada en la realización de un servicio o actividad (sacar turno, obtener la orden médica, realizar el examen, retirar los resultados y entregarlos al médico, por ejemplo).

² La República Argentina es un estado Federal constituido por 23 Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que cumple la función constitucional de ser la capital de la República. Cada provincia tiene a su vez subdivisiones territoriales que se denominan departamentos, salvo en la Provincia de Buenos Aires donde se llaman partidos.

Capturar la trama de viajes y lugares que involucra el acceso a un servicio aporta un insumo nuevo para la toma de decisiones. Este trabajo propone, así, un indicador de acceso, de acuerdo con los resultados obtenidos de su aplicación al caso de estudio reseñado a continuación.

Metodología de selección y estudio del caso

La elección del caso se fundamenta en la estructura de un modelo conceptual que combina tres variables: un viaje “tipo” (a la salud), un grupo social “tipo” (mujeres embarazadas), y un territorio “tipo” (periurbano) (Gutiérrez y Minuto, 2006). Partir de un modelo conceptual apunta a hacer generalizables las observaciones del caso.

El lugar de estudio se seleccionó identificando un conjunto de dieciocho barrios con población potencial en los partidos² (municipios) Pilar y General Rodríguez, a partir de la georreferencia de información censal de la RMBA al menor grado de desagregación disponible (barrio o manzana). Los datos en campo se recogen mediante entrevistas semiestructuradas a mujeres embarazadas, funcionarios y agentes de salud y transporte.

El diseño de la entrevista permitió capturar sus prácticas de viaje, como recorridos biográficos organizados en una secuencia cronológica de momentos, orientados a identificar la intervención de aspectos personales, de los sistemas de transporte y salud, así como desconexiones de articulación entre ambos. Se trabajó con las “historias

de viaje” (Gutiérrez, 2010) de 34 gestantes de más de 7 meses y puérperas entre 14 y 19 años, entrevistadas en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), hospitales, postas sanitarias y en domicilio (en barrios con y sin CAPS).

El caso: la política de salud pública argentina y los programas maternos

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, los cuales están orientados a población con capacidad de pago y 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 para dar 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, servicios médicos y tecnológicos).

El Plan Federal de Salud de hoy día, impulsado en 2004, reconoce la estrategia de “Atención primaria de la salud” (2011) como puerta de entrada y organizadora del sistema. 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 (personas que no llegan al hospital, ya que pueden ser atendidas en los CAPS).

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

Los hospitales y CAPS dependen de diversas jurisdicciones (nacional, provincial o municipal). El Gobierno nacional delega a provincias y partidos 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.

Los programas nacionales vinculados con la salud materna e infantil

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) guían a los países en la asignación de 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 mal de Chagas.
META 12. Haber detenido e iniciado la reversión de la propagación del VIH-sida en 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 del mal de Chagas en todo el país en el año 2015.

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 programas nacionales.

En la Tabla 1 se observa que el control del embarazo sano implica prestaciones básicas y especializadas. Primero aparecen acciones de promoción, prevención y atención de la salud que no demandan

equipos o infraestructura especializada (por ejemplo, el examen clínico). Las segundas prestaciones requieren de equipos y visitas a otros profesionales, y son indispensables para prevenir, detectar y atender enferme-

Tabla 1. Prestaciones gratuitas del sistema público argentino para la salud materna (embarazo de bajo riesgo o sano)

Tipo de prestación	Tipo de acción en salud	Prestación	Objetivo de la prestación
Básica	Promoción-prevencción		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.
		Visita al médico	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.	
	Medicación	Suplemento con ácido fólico más hierro.	
	Vacunación	Vacunación antitetánica.	
Especializada	Atención	Examen de laboratorio	Prueba de embarazo.
		Examen ginecológico	Examen ginecológico, Papanicolaou (PAP), colposcopia.
		Examen de laboratorio	Detección de grupo sanguíneo y factor Rh. Toxoplasmosis, mal de 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 odontológico	Examen odontológico.
Estudio ecográfico	Detección de embarazo múltiple. Descartar presentación pelviana. Evaluar capacidad pelviana y relación feto pélvica.		

Fuente: Elaboración propia, según <http://www.argentina.gov.ar>

dades que afectan la salud del embarazo —por ejemplo, exámenes de laboratorio para detectar Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), VIH, toxoplasmosis, anemia, diabetes; ecografías para detectar malformaciones, 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). Es importante destacar que la postergación de un viaje puede conllevar a controles o exámenes tardíos, insuficientes o incompletos, afectando la efectividad en el cuidado de la salud. Puede haber acceso a la salud en cantidad de controles (visitas o estudios), pero no en calidad.

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

Los partidos Pilar y General Rodríguez se ubican en el arco noroeste de la RMBA, a una distancia media de 50 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ciudad central de la RMBA), esto es, en lo que comúnmente se denomina tercera corona, corona perirubana o externa de transición. Es un área de expansión territorial y poblacional significativa de la RMBA en las últimas décadas, y constituye un caso paradigmático de la situación periurbana en Buenos Aires.³

La población atendida por el sistema público de salud en Pilar y General Rodrí-

guez asciende a 56% (130.130 y 38.028 personas respectivamente). Esta población “periurbana”, dispersa en 718 km² de territorio, necesita viajar 30 km desde Pilar y 20 km desde Rodríguez para llegar al hospital (ver Mapas 1 y 2).

Ambos partidos tienen un hospital con sector de maternidad para atender embarazos de alto riesgo y partos. En Pilar, el Hospital Materno-Infantil “Comodoro Meisner” depende del gobierno local y atiende unos 3.000 partos al año. En General Rodríguez, el Hospital Interzonal Vicente López y Planes depende del gobierno provincial y atiende unos 2.000 partos al año.

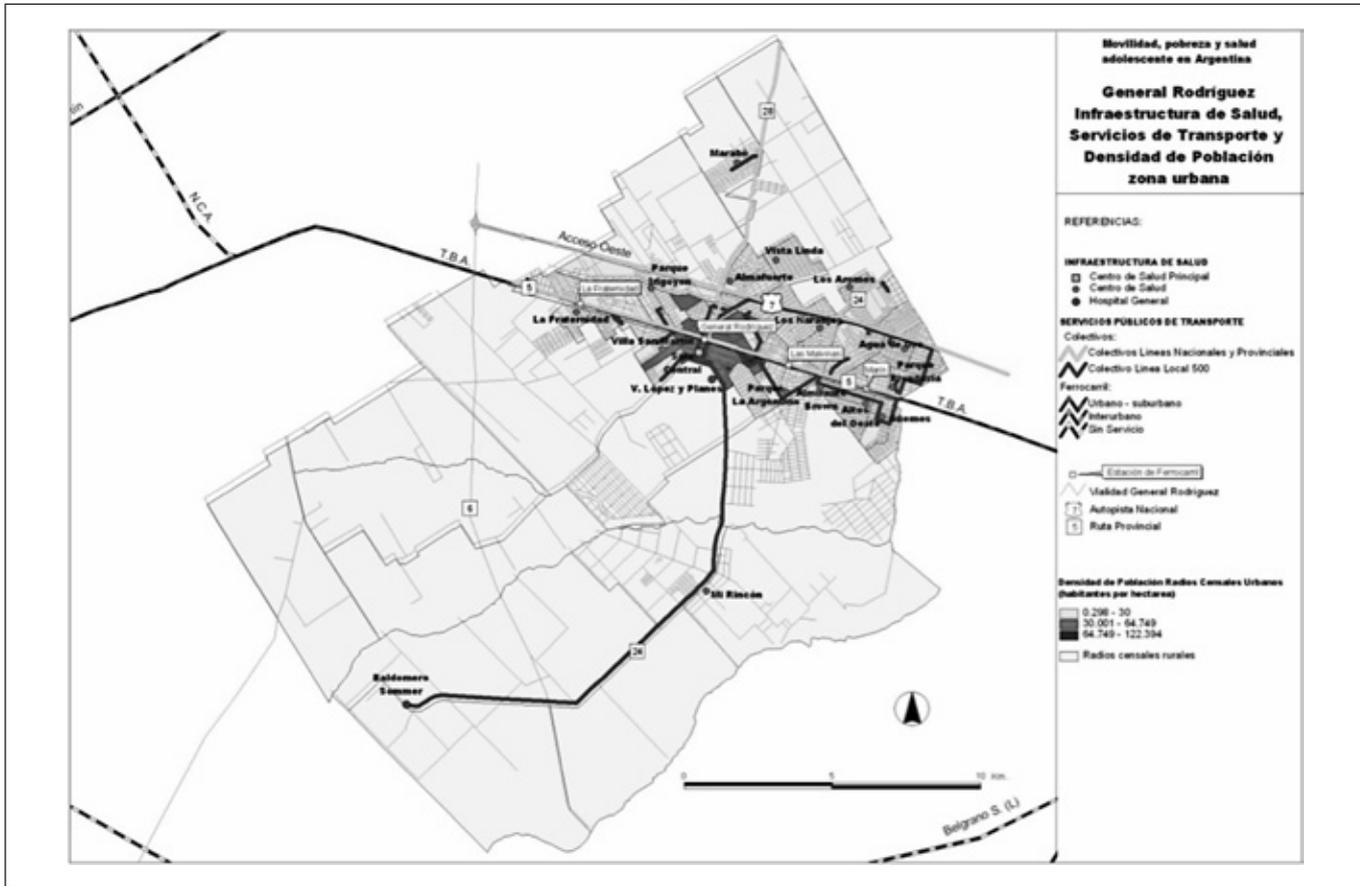
Lo extenso del territorio y lo disperso de su población pone de manifiesto la necesidad de estrategias complementarias por parte de los gobiernos locales para acercar la salud pública a los barrios. De hecho, en cada uno se implementan acciones distintas:

En 2004, el Hospital Central J. C. Sanguinetti” (ubicado en la localidad de Pilar, la principal del partido) se reestructuró, se organizó por especialidades y, en consecuencia, se instaló una nueva sede para la maternidad en la localidad Presidente Derqui y un nuevo Hospital Pediátrico Federico Falcón en la localidad Del Viso.

Asimismo, ambos partidos han implementado en los últimos años una red de CAPS (llamados “salitas”), que los pone 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.

³ Véase Ciccolella, 2002; Gutiérrez, 2008a, entre otros.

Mapa 1

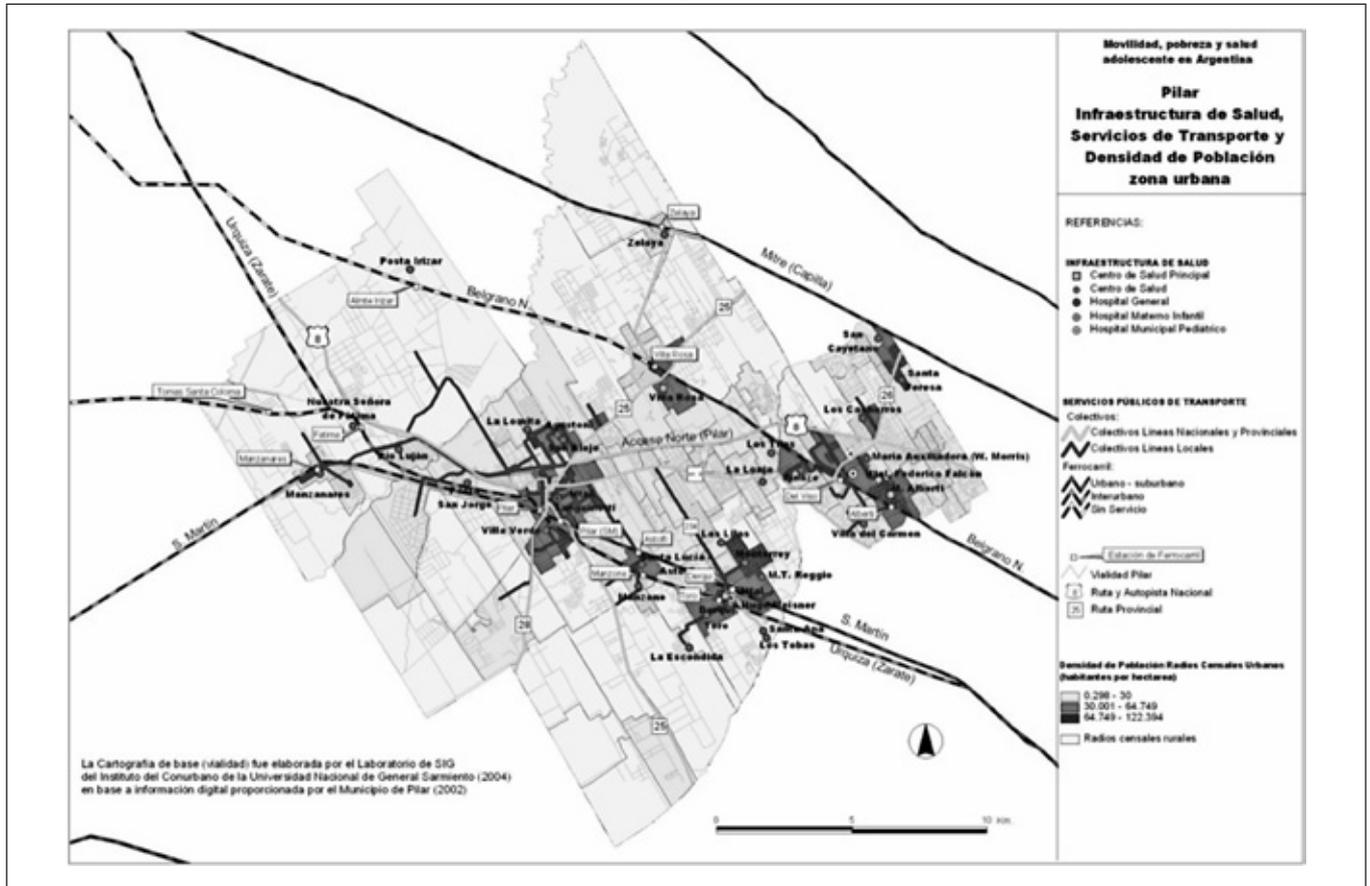


En general prestan servicio diurno en días hábiles. Pilar posee veinticuatro CAPS con obstetras que atienden alrededor de dos mil embarazadas por mes. Rodríguez posee dieciséis, solo ocho con atención obstétrica y sus profesionales atienden alrededor de cuatrocientas embarazadas por mes. Los tres CAPS de Pilar y uno de General Rodríguez (llamados principales) hacen ecografías y exámenes de laboratorio, además

de los hospitales (en Pilar tienen una ambulancia fija y guardia médica las 24 horas).

Además, para acercarse a la población más vulnerable Pilar dispone de una unidad sanitaria móvil (o “camión sanitario”) y de postas sanitarias. En General Rodríguez, las postas son implementadas por el Hospital Nacional Doctor Baldomero Sommer en 2004, reconociendo la inaccesibilidad al sistema de salud pública por falta de me-

Mapa 2



dios de transporte, caminos transitables y recursos económicos.

Para el traslado de emergencias, Pilar cuenta con unas quince ambulancias, entre ellas una unidad de terapia intensiva móvil y una neonatal. La maternidad tiene una ambulancia designada. El partido contabiliza un promedio mensual de 1.100 traslados. En General Rodríguez el servicio está a cargo de una empresa privada desde hace dos

años. Posee ocho ambulancias y en 2006 realizó 7.830 traslados desde los CAPS hasta el Hospital Municipal Vicente López.

Las autoridades locales de salud de ambos partidos reconocen que hay una demanda insatisfecha de movilidad para acceder a la salud, y han tomado acciones al respecto: realizan viajes con vehículos propios de pacientes ambulatorios bajo tratamiento periódico en hospitales (no emer-

gencias); estos viajes son conocidos como “de traslado humanitario”. Pilar ofrece dos remises de lunes a lunes, y Rodríguez tres combis y cinco autos.

En conclusión, en ambos partidos crecen la población y las desigualdades sociales, y se realizan importantes esfuerzos por llevar la salud pública y gratuita a las madres de escasos recursos. Las estadísticas de salud materna e infantil cuestionan su eficacia.

Argentina no logra cumplir el compromiso de reducir 20% la tasa de mortalidad materna, asumido conforme a los ODM. Esto a pesar de transitar una última década de fuerte y sostenido crecimiento económico, y de disponer de políticas de acceso universal y gratuito a la salud pública. En 2009 la tasa de muertes maternas fue de 5,5 por cada 10.000 nacidos vivos, la más alta desde 1986.

Movilidad y acceso a la salud pública: el viaje de las embarazadas en la periferia

Como se dijo anteriormente, desde un punto de vista material, un viaje es un desplazamiento de bienes o personas entre dos lugares distantes entre sí. Esta concepción del viaje como trayecto entre lugares está presente en los estudios de transporte y de todas aquellas disciplinas que trabajan con su concepción material (no simbólica, subjetiva, psicológica, etc.).

A simple vista, el acceso a los cinco controles del embarazo dispuestos por las autoridades públicas requiere cinco des-

plazamientos (con independencia de la cantidad de medios de transporte o de trasbordos). De igual manera, la organización del sistema de salud a partir de CAPS barriales emite la imagen de viajes cercanos para que las mujeres se hagan los controles del embarazo.

El “acceso a lugares” dibuja una geografía en el territorio para cada servicio, en este caso, para los servicios públicos de salud materna. Conforme al diagnóstico antecedente, los programas de salud pública argentinos involucran CAPS (para los controles) y hospitales (para el parto).

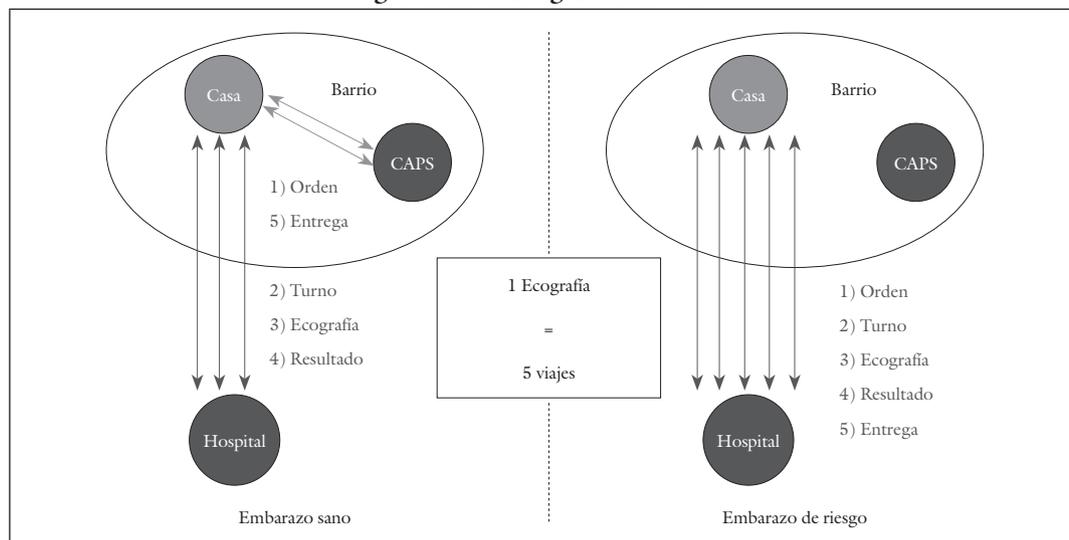
El “acceso a servicios” también dibuja una geografía en el territorio, pero distinta. Los programas de salud pública argentinos involucran servicios de control (en CAPS y hospitales) y servicios de parto (en hospitales). Puede observarse que los servicios de control “varían su destino según el tipo de prestación y según el riesgo del embarazo”. Las prestaciones especializadas involucran los hospitales, y los embarazos de alto riesgo solo se atienden en estos.

A continuación estos viajes son caracterizados observando tres variables convencionales: distancia, gasto y tiempo de viaje; y dos variables nuevas: cantidad y lugares de viaje. Estas variables permiten construir indicadores para evaluar el acceso a la salud y su relación con la movilidad.

Movilidad y acceso al control de salud de un embarazo sano

El modelo de control dispuesto por el sistema de salud pública argentino para un

Figura 1. La “Geografía del acceso”



Fuente: elaboración propia. <http://sites.google.com/site/seminairemobiliteinega.lites/home>

embarazo sano (o de bajo riesgo) considera necesario acceder a las siguientes prestaciones gratuitas: cinco exámenes clínicos básicos, tres exámenes de laboratorio, dos ecografías, un examen odontológico y un examen ginecológico (ver Tabla 2). Se advierte que su realización (hecho 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: cuatro de las cinco prestaciones del modelo de control hace necesarios los viajes a lugares lejanos. El examen clínico básico puede realizarse en el CAPS, pero las prestaciones especializadas (ecografía, examen de laboratorio, odon-

tológico o ginecológico) requieren viajar hasta el hospital o CAPS principal.

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

Los exámenes de laboratorio (si la muestra se toma el día en que se solicita turno), y odontológicos (si no hay que retirar resultados) podrían realizarse en dos

⁴ Valores por viaje ida y vuelta.

⁵ En veces equivalentes al gasto medio diario en comida por persona.

⁶ El tiempo de viaje al CAPS se considera de 30 minutos y de 90 minutos el viaje al hospital (ida).

⁷ Excepcionalmente, estos exámenes se hacen en el CAPS del barrio.

⁸ Excepcionalmente, estos exámenes se hacen en el CAPS del barrio.

viajes (ida) al hospital y dos viajes (ida) al CAPS. Suponiendo que los viajes al CAPS para obtener las órdenes y entregar los resultados pueden coincidir con aquellos para realizarse exámenes clínicos básicos, y presumiendo resultados normales (sin necesidad de nuevos exámenes o viajes por tratamiento), una embarazada sana realiza veintidós viajes (ida) durante la gestación para acceder al control mínimo de salud. Es decir, más de tres viajes mensuales: cinco al CAPS y diecisiete al hospital. Por consiguiente, aun habiendo un CAPS en el barrio, solo 1/3 de los viajes necesarios para cuidar un embarazo sano son viajes cercanos.

Respecto a la distancia, el viaje al CAPS es el más cercano. No obstante, algunas embarazadas recorren hasta 3 km para llegar a ellos. La mayor parte del trayecto es por calles sin asfalto. Solo 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 se movilizan en bicicleta (llevando de uno a tres niños), aun bajo específica prohibición médica. Suelen abandonar este transporte al avanzar la gestación, o pasan a ser transportadas por algún familiar.

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

Respecto al gasto del viaje, ir al hospital equivale o supera a lo que las entrevistadas gastan a diario en alimento por persona para sus familias. La compañía de la pareja o un familiar multiplica este gasto. La suma

Tabla 2. Viajes por servicio.⁴ Control de salud de embarazos sanos

Servicio	No. de viajes al CAPS	No. de viajes al hospital o CAPS principal	Gasto de viaje por servicio ⁵	Tiempo de viaje por servicio ⁶	No. de prestaciones	No. total de viajes	Gasto total de viaje	Tiempo total de viaje
Examen clínico básico	1	-	0	1 hora	5	5	0	5 horas
Examen ginecológico	2	3 ⁷	4	11 horas	1	5	4	11 horas
Examen ecográfico	2	3	4	11 horas	2	10	8	22 horas
Examen odontológico	2	2 ⁸	2,5	8 horas	1	4	2,5	8 horas
Examen de laboratorio	2	2	2,5	8 horas	3	12	8	24 horas

Fuente: Elaboración propia.

de pasajes para ir acompañada al hospital en transporte público (subsidiado) equivale al gasto en remis,⁹ y al de una ecografía en una clínica privada.¹⁰

Respecto al tiempo del viaje, ir al hospital implica noventa minutos (ida). Considerando el tiempo de transporte ida y vuelta, más el de las esperas, trámites y atención médica, para ir al hospital se debe disponer de medio día mínimo. Por lo tanto, una ecografía implica tres viajes al hospital de medio día cada uno, y dos para exámenes de laboratorio, ginecológico y odontológico (sin contar tiempos para ir al CAPS). El control mínimo de la salud en un embarazo de bajo riesgo requiere alrededor de diecisiete viajes de medio día al hospital, más de tres medios días al mes.

El acceso a los cinco controles de salud materna implica, para una embarazada sana, mínimo de veintidós viajes (ida) durante la gestación. Por cada desplazamiento al CAPS del barrio (si lo hay) necesita dos al hospital, los cuales implican un gasto por persona equivalente al diario en comida y medio día de tiempo cada uno (ver Tabla 3). Esto cuando no hay necesidad de realizar nuevos exámenes, viajes por tratamiento u otras complicaciones de salud.

En conclusión, los controles que más inciden en la calidad del cuidado de la salud materna e infantil implican viajes lejanos, largos y costosos. Las prestaciones especializadas son las que más dificultades presentan, por requerir que la embarazada sea atendida en lugares a donde debe desplazarse con mayor esfuerzo de viaje, dinero, distancia, duración y trasbordos.

Movilidad y acceso al control de salud de un embarazo de riesgo. El caso del VIH

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

Para una embarazada portadora del virus del VIH se suman prestaciones destinadas a determinar la medicación y el tipo de parto.¹¹ Las prestaciones mínimas garantizadas por los programas de salud pública son: 1. Medicación mensual a partir del tercer mes de embarazo; 2. Para determinar la carga viral en la sangre, dos exámenes de laboratorio; 3. Para determinar las defensas en sangre (CD4),¹² dos exámenes de laboratorio; 4. Aplicación de AZT¹³ endovenoso (momento del parto); 5. Medicación y leche especial para el bebé durante seis meses¹⁴ (ver Tabla 3).

Cada prestación se lleva a cabo en momentos distintos y específicos del embarazo, y conlleva una serie de viajes conexos. Para realizar cada examen de laboratorio (CD4 o Carga Viral), la secuencia de desplazamientos es: 1. Para retirar la orden que lo prescribe; 2. Para autorizar la orden en la oficina de servicio social; 3. Para solicitar turno y realizar la extracción de sangre; 4. Para retirar los resultados; 5. Para entregarlos resultados al profesional. Todos los desplazamientos son al hospital. Considerando la posibilidad de solicitar turno telefónico con el médico, cada examen de laboratorio

⁹ El remis es un auto particular de alquiler que realiza viajes puerta a puerta, con tarifa libre por kilómetro.

¹⁰ Se registran casos de embarazadas que se atienden en el sistema público, pero que se realizan estudios en el sistema privado, en especial ecografías, por requerir menos tiempo y cantidad de viajes y mayor calidad de atención (turno telefónico, entrega de la imagen impresa e inmediata de resultados).

¹¹ El parto puede ser vaginal si la carga viral previa es menor a 1.000 copias (o cantidad de virus por gota de sangre) y las defensas están entre 700 y 1.300 por gota de sangre. En caso contrario, requiere cesárea hemostática (o parto seco).

¹² CD4: cúmulo de diferenciación 4.

¹³ AZT: azidotimidina.

¹⁴ Se entrega al salir del hospital, y posteriormente sigue retirándose la leche de allí.

Tabla 3. Viajes por prestación. Control de salud de un embarazo de riesgo (VIH-sida)

Servicio	No. de prestaciones	Viajes por prestación	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 ¹⁵ hospital
Encuesta social (para el negativo)	1	1	1	hospital

Fuente: Elaboración propia.

implica un mínimo de cinco viajes (ida) al hospital, lo que multiplicado por la cantidad de exámenes a realizar (cuatro), da un total de veinte viajes.

La secuencia de viajes para obtener la medicación es: 1. Para obtener la fórmula médica; 2. Para retirar la medicación. Ambos al hospital. Si la embarazada quiere acceder a la medicación gratuita del sistema público de salud debe 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 tres viajes a dos destinos diferentes: 1. Para realizar una encuesta social, al hospital; 2. Para tramitar la certificación, a la Administración Nacional de Seguridad Social (Anses); 3. Para presentar la certificación en la oficina del servicio social, al hospital. El “negativo” se renueva cada seis meses, por lo que acceder a la medicación para el VIH involucra un mínimo de dos desplazamientos mensuales (ida) al hospital, y otros tres cada seis meses. Considerando el inicio del trata-

miento en el tercer mes de gestación y solo un “negativo”, los viajes a lugares “lejanos” por medicación (hospital o Anses) suman quince en todo el embarazo.

Por consiguiente, el control mínimo de una embarazada portadora sana de VIH implica realizar treinta y cinco viajes por exámenes de laboratorio para determinar el tratamiento y parto, adicionales a los veintidós al hospital, correspondientes a los controles de bajo riesgo. En total cincuenta y siete viajes (ida), unos nueve desplazamientos 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. Para privilegiar el anonimato, las personas con VIH buscan atención en hospitales fuera del partido de residencia. La distancia, cantidad de trasbordos, gasto y tiempo de desplazamiento son, pues, mayores en estos casos.

Conclusiones

Para conocer de manera adecuada el vínculo entre movilidad e inclusión es indispensable trabajar sobre el concepto de acceso. Para abordar el problema del acceso, evaluar y medir la intervención 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 está muy identificada con su ontología como desplazamiento material en el territorio, esto es, como trayecto entre lugares. Tal identificación resulta en una definición metodológicamente subsocializada, pues aunque sostenga una concepción del territorio como producto social, este abordaje “especializado” del viaje permanece inalterado.

La evidencia recogida por el trabajo revela la importancia de renovar el pensamiento sobre el viaje y el acceso. Definir metodológicamente 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 servicios, y evidencia una malla de viajes “oculta” tras una prestación (en este caso, sacar turno, retirar resultados, etc.).

Una embarazada sana no necesita cinco sino veintidós viajes para acceder al control mínimo de salud. Aun recibiendo atención en un CAPS, por cada viaje “cercano” hace más de tres “lejanos” (al hospital), que im-

plican un gasto por persona equivalente al diario en comida y medio día de tiempo de cada uno. Una embarazada sana portadora de VIH necesita cincuenta y siete viajes ida, unos nueve mensuales, todos a lugares lejanos (al hospital).

También se evidencia que a mayor riesgo de salud se necesita de desplazamientos más complejos y vulnerables, pues los controles especializados y las 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.

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

En Argentina el sistema de salud pública es gratuito, hay diversos programas especializados en salud sexual, materna infantil y VIH-sida impulsados en conjunto por el Gobierno nacional y los gobiernos provinciales y locales. Los gobiernos locales de Pilar y General 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 revelan una incapacidad para registrar de manera adecuada los problemas del acceso y la intervención de la movilidad.

Los esfuerzos públicos pueden potenciarse con pequeños cambios e inversiones,

a escala local y corto plazo. Para esto es necesario capturar mejor el vínculo entre transporte, movilidad y acceso, renovando un enfoque intersectorial de estudio del viaje.

El transporte conlleva una visión lineal del viaje mientras que la movilidad y el acceso no, pues involucran redes de desplazamientos (y lugares) definidos a partir de prestaciones. Esto hace prevalecer una visión “biográfica” del mismo según la combinación de aspectos personales, del transporte y del sistema de salud; y asimismo permite revelar una “malla” de viajes oculta tras el acceso a un bien o servicio.

Capturar el territorio o la “Geografía del acceso” es particularmente relevante para situaciones que demandan periodicidad de viaje o su sostén en el tiempo, como hacer controles periódicos o tratamientos prolongados de salud o asistir a la escuela, entre otros.

Medir la intervención de la movilidad en el acceso a bienes, actividades o servicios (empleo, educación, salud, documento nacional de identidad, jubilación, exportación de carnes, etc.) sirve para mejorar la gestión de la movilidad *desde* los bienes, actividades o servicios gestionados por otras políticas sectoriales.

Referencias

“Atención primaria de la salud” (2011) [en línea], disponible en <http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/pa->

[ginas.dhtml?pagina=113](http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/pa-ginas.dhtml?pagina=113), consultado el 28 de septiembre de 2011.

Castel, R. (1997), *Las metamorfosis de la cuestión social*, Buenos Aires, Paidós.

Fernández Durán, R. (1980), *Transporte, espacio y capital*, Madrid, Nuestra Cultura.

Gutiérrez, A. y Minuto, D. (2006), “Una aproximación metodológica al estudio de lugares con movilidad vulnerable”, en *Geografando*, No. 2, Vol. 1.

Gutiérrez, A. (2006), “Movilidad, pobreza y salud adolescente en Argentina. El caso del rururbano bonaerense”, en *Primeras jornadas “Las necesidades sociales y la universidad”*, pp. 81-83.

Gutiérrez, A. (2007), “Global Campaign Against AIDS: Towards an Inter-Sectoral Focus on Health and Mobility” [en línea], disponible en http://www.ifrtd.org/new/issues/winner_oct07.php, consultado el 28 de septiembre de 2011.

Gutiérrez, A. (2009), “La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires” [en línea], disponible en www.egal2009.easyplanners.info/area05/5272_Gutierrez_Andrea.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2011.

Gutiérrez, A. (2010), “Movilidad, transporte y acceso: una renovación aplicada al ordenamiento territorial”, en *Scripta Nova*, Vol. XIV, No. 331.

Gutiérrez, A. (2008), “Los desplazamientos motorizados y el esparcimiento urbano ilimitado”, en Henry, E. (Coord.)

Mégapoles, transports et mobilités: confrontations, PMG / Inrets, París, pp. 145-160.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec) (2001), “Censo Nacional de Población y Vivienda” [en línea], disponible en <http://www.indec.mecon.ar/webcenso/index.asp>, consultado el 28 de septiembre de 2011.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec) (2010), “Censo Nacional de Población y Vivienda” [en línea], disponible en <http://www.indec.mecon.ar>, consultado el 28 de septiembre de 2011.

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

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

Segura, R. (2006, julio), “Segregación residencial, fronteras urbanas y movilidad territorial. Un acercamiento etnográfico”, en *Cuadernos del IDES*, No. 6.

Thaddeus, S. y Maine, D. (1994), “Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context”, en *Soc. Sci. Med.*, Vol. 38, pp.1.091-1.110.

