

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LA
MATANZA

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LA MATANZA

DIRECTORA: GABRIELA MARISA LOURTAU

EQUIPO DE TRABAJO: BLANCA GRICELDA GIMÉNEZ PRIETO | DANIELA

LUZ MOYANO | JORGE CHAUI | MARIO ELMO | PATRICIA ANDREA

MARÍA SPINELLI | RAÚL OSCAR BIANCHI

COLABORADORES ESTUDIANTES: LUCAS ALETTA | SABRINA APPECEIX

ELÍAS MALDONADO | NAHIR DENTI



Secretaría de Ciencia y Tecnología

Universidad Nacional de La Matanza

Colección VINCULAR CyT | Salud | Vol. 12

Accesibilidad al Sistema Público de Salud en La Matanza / Gabriela Mari Lourtau ... [et al.] ; contribuciones de Lucas Aletta ... [et al.]. - 1a ed. - San Justo : Universidad Nacional de La Matanza, 2020. 70 p. ; 20 x 14 cm. - (Vincular CyT / Salud ; 12)

ISBN 978-987-4417-76-3

1. Salud. 2. Acceso a la Salud. I. Lourtau, Gabriela Marisa. II. Aletta, Lucas, colab.

CDD 362.042

© Universidad Nacional de La Matanza, 2020
Florencio Varela 1903 (B1754JEC)
San Justo / Buenos Aires / Argentina
Telefax: (54-11) 4480-8900
editorial@unlam.edu.ar
www.unlam.edu.ar

Diseño: Editorial UNLaM

Hecho el depósito que marca la ley 11.723
Prohibida su reproducción total o parcial
Derechos reservados

CONTENIDO

RESUMEN	9
1. INTRODUCCIÓN	11
2. DESARROLLO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES DEL TEMA	13
3. METODOLOGÍA.....	35
4. RESULTADOS	41
5. CONCLUSIONES	55
6. BIBLIOGRAFÍA	63
SOBRE LOS AUTORES	69

RESUMEN

El presente trabajo caracteriza diferentes situaciones de acceso a los servicios del Sistema Público de Salud (SPS) en el Municipio de La Matanza, provincia de Buenos Aires, Argentina, de personas residentes, identificando barreras y dificultades, desde la perspectiva de la población en general y de los usuarios en particular.

Es un estudio descriptivo, transversal. La metodología es de corte cualitativo y multivariado.

El universo de estudio, 402 entrevistados, es una muestra representativa de la población residente en localidades seleccionadas del municipio: Virrey del Pino, González Catán, Gregorio de Laferrere, Rafael Castillo, San Justo y Lomas del Mirador

Pudimos observar que la población sin cobertura asciende al 57,7 %, superando así la media nacional del 35% aproximadamente. El dato destaca la informalidad laboral y el alto índice de desocupación. Esta población debe recurrir al Sistema Público de Salud (SPS); se infiere un déficit de oferta sanitaria para responder a las necesidades de atención de la salud.

Como dato significativo sólo un 13,2% de los encuestados refirió que cuando él/ella o un familiar se enferma, no sufren gastos. El resto los reportó. Los más prevalentes fueron: medicación (79,9%), pérdida del día laboral (31,1%), estudios complementarios (27,3%) y transporte (20,4%).

Palabras clave

Accesibilidad- Barreras- Sistema Público de Salud- Derecho a la Salud.

I. INTRODUCCIÓN

La importancia que tiene la salud para el bienestar y desenvolvimiento personal, económico y social de la población es incuestionable. Por ello, el presente y futuro de la atención de la salud se enfrenta con distintos desafíos en torno a los cuales resulta ineludible generar un debate abierto. Uno de los más importantes es garantizar con eficacia y eficiencia el funcionamiento del sistema en el conjunto de su territorio, como así también garantizar la equidad en el ejercicio al derecho a la salud.

El modelo de organización y oferta de Servicios de Salud busca ofrecer una cobertura universal, sin embargo, son frecuentes las referencias sobre inequidad y obstáculos en la accesibilidad al Sistema Público de Salud (SPS), asociada a barreras físicas, personales, geográficas, económicas y/o de carácter administrativas, y culturales. El presente trabajo indaga las condiciones de acceso a los servicios del Sistema Público de Salud en el Municipio de La Matanza, desde la perspectiva de la población en general y de los usuarios en particular. El propósito que lo guía es identificar barreras y dificultades en el ejercicio del derecho a la salud a través de un estudio descriptivo transversal basado en una metodología de corte cualitativo y multivariado.

2. DESARROLLO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES DEL TEMA

En este apartado presentamos los antecedentes de los que partimos en torno a la situación actual del objeto que investigamos. Describimos:

- el sistema de salud argentino;
- las características generales y sanitarias del partido investigado;
- los aspectos sociodemográficos de la población involucrada.

Desarrollamos también los conceptos operativos que sustentaron la investigación, principalmente, el concepto de accesibilidad al sistema de salud; y salud y derecho a la salud.

Sistema de Salud y Gestión Local

El sistema de salud argentino se caracteriza por ser fragmentado, heterogéneo, con oferta segmentada según sector socioeconómico y poco equitativo, tanto en la organización y financiamiento como en la accesibilidad a los servicios de parte de la población. Una de las causas radica en las dificultades, o la ausencia, de integración de los subsectores: público, privado y seguridad social. A su vez, dentro del sistema público de salud existe una división por jurisdicciones: nacional, provincial y municipal, entre las cuales, dado la complejidad administrativa y de financiamiento dispar, tampoco existe una adecuada coordinación.

Por otro lado, distinguimos la fragmentación que deviene de las diferencias que separan a aquellos que cuentan con cobertura

de la seguridad social formal o medicina prepaga, de aquellos que se desempeñan en sectores informales de la economía, que no tienen obra social y que no pueden hacer frente a los niveles elevados de gasto de bolsillo que significa la atención de la salud.

Por último, observamos la fragmentación territorial que deriva de la existencia de sistemas de salud a nivel subnacional con coberturas dispares de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de cada provincia, de cada municipio y en nuestro caso también, con cada cordón del conurbano (Cetrángolo, 2014).

Desde otro punto de vista, nuestro sistema de salud está basado en la oferta pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, independientemente de que tengan cobertura privada u obra social. Sin embargo, existen múltiples publicaciones que refieren que el sistema de salud no logra cubrir satisfactoriamente la demanda e informan la existencia de barreras de acceso al mismo (OPS/OMS/ PNUD/CEPAL)¹.

Según el estudio de la Dirección de Economía de la Salud de la Secretaría de Gobierno de Salud, en conjunto con la Dirección Nacional de Política Fiscal e Ingresos del Ministerio de Hacienda y la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en el año 2017 el Gasto en Salud Corriente alcanzó el 9,4% del Producto Bruto Interno (PIB)². Este 9,4% del PIB, se divide de la siguiente manera: el 2,7% corresponde al Gasto Público en Salud, el 3,9% al de la Seguridad Social (incluye el PAMI) y 2,8% al Gasto Privado (Ministerio de Salud, 2019; Cetrángolo, 2014).

Tomando como criterio el tipo de financiamiento y su inscripción institucional, suele plantearse un esquema de tres subsectores para analizar el campo de la salud en Argentina: el llamado subsector “privado”, dirigido a una población con capacidad de financiamiento, y compuesto por la medicina prepaga, las

¹ Aportes para el Desarrollo Humano en la Argentina. OPS/OMS- PNUD-CEPAL, diciembre 2011.

² Noviembre de 2019: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gasto-en-salud-represento-el-94-por-ciento-del-pbi-en-el-ano-2017>

clínicas y mutuales, más los consultorios particulares; las obras sociales sindicales, provinciales, más el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI), abocadas al universo de los trabajadores formales (activos y pasivos) y sus familias; y el subsector público, en el que alguna de las tres instancias jurisdiccionales –nación, provincia o municipios– presta servicios a través de hospitales, centros de salud y/o programas específicos (Moro, en Airovich, 2012).

Estos tres subsectores presentes en el subsistema de salud argentino presentan un alto grado de autonomía al interior de cada una. A su vez al interior del propio subsistema estatal, la multiplicidad de jurisdicciones, las asimetrías regionales, más las dificultades en la articulación y funcionamiento en red hacen que la fragmentación se imponga como su principal característica.

No obstante, es necesario reconocer que la descentralización del sistema de salud generó una ventana de oportunidad para acercar las definiciones de políticas de salud a las necesidades de la población.

Según la definición, la Atención Primaria de la Salud (APS) debería abarcar las necesidades sanitarias de una persona a lo largo de su vida, incluyendo la prevención, la enseñanza de hábitos saludables e inmunizaciones, el tratamiento de las enfermedades que se presenten, la rehabilitación en caso de necesitarlo y los cuidados paliativos cuando se requieran. Este primer nivel de atención prioriza estratégicamente aquellos servicios de salud cruciales destinados a las personas y las familias, a través de la asistencia primaria, así como a la comunidad toda, mediante funciones de salud pública como elementos centrales de servicios integrados de salud. La APS posibilita tratar a las personas y las comunidades como agentes clave en la producción de su propia salud, en el autocuidado y su bienestar que es fundamental para entender y dar respuesta a las complejidades de nuestro mundo en constante evolución. (OMS, 2019)

Las enfermedades crónicas han sido consideradas durante mucho tiempo como propias y exclusivas de las sociedades

prósperas, pero hoy este concepto se ha desplazado. Ahora los países de ingresos medianos y bajos se encuentran en un proceso de Transición epidemiológica³ y soportan la mayor parte de la carga de morbilidad debida a esas enfermedades.

Es sabido que los costos de la atención sanitaria que demandan estas enfermedades, cuando las personas no tienen acceso al Sistema Público de Salud, pueden tener efectos catastróficos sobre todo en las familias ya empobrecidas (Chan, 2017).

Características generales y Sanitarias de La Matanza

El partido de La Matanza se encuentra ubicado en la provincia de Buenos Aires, es uno de los 24 partidos que forman el Gran Buenos Aires y uno de los 14 municipios que conforman la Cuenca Matanza-Riachuelo. Su extensión geográfica es de 325,71 km². Su densidad poblacional es de 5438.15 habitantes por km². Su extensión geográfica es atravesada por los tres cordones del conurbano bonaerense. Esto lo convierte en el municipio de mayor extensión y en el único que posee población con características urbanas, semi rurales y rurales. Constituye el único municipio, a nivel provincial, que supera el millón de pobladores.

³ La transición epidemiológica abarca tres procesos básicos a tener en cuenta:
a) la sustitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones;
b) el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada; y
c) el cambio de una situación de predominio de la mortalidad en el panorama epidemiológico a otra en la que la morbilidad es lo dominante.

En la región y en nuestro país se observa que la transición se caracteriza por la incidencia simultánea de enfermedades pre y post transicionales, resurgimiento de enfermedades infecciosas. Este concepto pone en relieve la importancia de la atención primaria y su rol protagónico en este momento. El aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles conlleva una pesada carga adicional para los sistemas sanitarios originalmente organizados para la atención de los agudas

El distrito limita al noroeste con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al sudoeste con los partidos de Cañuelas y Marcos Paz; al sudeste con los partidos de Lomas de Zamora y Esteban Echeverría; y por último, al noroeste con Marcos Paz, Merlo, Morón y Tres de Febrero.

La Matanza pertenece al conjunto de los municipios del conurbano bonaerense, pero es el único que por su extensión forma parte simultáneamente del primero, segundo y tercer anillo del conurbano de una metrópolis que llega a 15 millones de personas con enormes diferencias en el ejercicio del derecho a la salud. (Varela, B. Vinuesa, J, 2012)

La extensión del partido presenta una profunda segmentación espacial, está dividido en 15 localidades, que se subdividen en tres grandes zonas o regiones muy diferenciadas en cuanto a sus características sociohabitacionales, económicas y culturales. Siguiendo al Plan Estratégico de La Matanza (PELM)⁴ dichas zonas son tres:

- **Primer Cordón.** Corresponde territorialmente desde la Avenida General Paz hasta el Camino de Cintura. Las localidades que lo componen son: Ramos Mejía, Villa Luzuriaga, Lomas del Mirador, Aldo Bonzi, Tapiales, Tablada, San Justo y Ciudad Madero. Esta zona es limítrofe con la Ciudad de Buenos Aires y, según resultados de una investigación realizada por el Observatorio Social de la Universidad Nacional de La Matanza (Secretaría de Ciencia y Tecnología y Dto. de Cs. Económicas, 2019), muestran que los habitantes tienen mayores posibilidades de acceder a los servicios de agua potable, cloacas

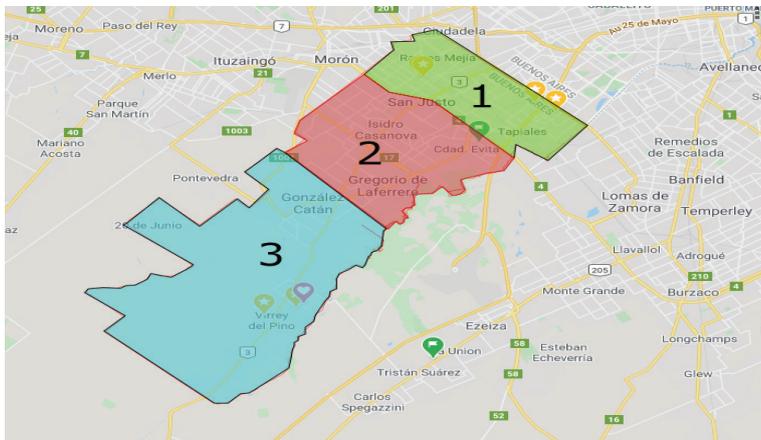
⁴ El Plan Estratégico de La Matanza es un documento elaborado entre mayo y noviembre del 2004 y publicado en 2005 por la Secretaría de Gobierno del Municipio de La Matanza con el fin de “optimizar la gestión de gobierno y permitiendo la activa participación del municipio, aún contra las limitaciones y la falta de recursos, en la generación de crecimiento y bienestar en el marco de una comunidad organizada”, y ofrecer a la vez un diagnóstico profundo de la actualidad socio-económica, infraestructural, territorial, medioambiental e institucional del municipio de La Matanza.

y cuentan con la mayoría de las calles asfaltadas. La presencia de villas y asentamientos está focalizada en sectores relativamente reducidos ya que se encuentran en menor medida comparado con el segundo y tercer cordón del partido. Es la zona de mayor recaudación fiscal y de menores índices de pobreza e indigencia y ello debido al mayor desarrollo económico y de infraestructura a lo largo de los años.

- **Segundo Cordón.** Comprende desde el Camino de Cintura hasta la Avenida Intendente Federico Pedro Russo. Las localidades ubicadas en este cordón son: Isidro Casanova, Ciudad Evita, Rafael Castillo y Gregorio de Laferrere. En esta zona, la densidad poblacional es intermedia. Recién en los últimos años se amplió la cobertura de agua potable y cloacas ya que al momento del desarrollo del PELM (2005) era sólo del 50%, además sólo la mitad de las calles se encuentran asfaltadas. La forma de acceso es a través de las RN3 y RN4. La zona carece de avenidas transversales que faciliten la circulación en la misma. Los niveles de ingreso de la población son regulares y la recaudación impositiva es regular y/o mala.
- **Tercer Cordón.** Comienza en la Avenida Intendente Federico Pedro Russo y llega hasta el límite oeste del municipio. González Catán, Virrey del Pino y 20 de Junio son las únicas localidades que componen este cordón. Esta zona es la que presenta peores condiciones de habitabilidad. La mayoría de los vecinos no poseía agua potable ni cloacas en 2005, y la situación continúa. Es el territorio donde existen los mayores déficits infraestructurales y sociales. La posibilidad de acceso a servicios, centros educativos y de salud disminuye respecto a las otras zonas, siendo casi nulos. Los índices de pobreza son los mayores del distrito llegando hasta casi un 80% (PELM, 2005). Esta zona se ubica geográficamente más alejada de la ciudad de Buenos Aires y con mayor población en

condiciones de vulnerabilidad económica y social, sin embargo, es la más extensa de las tres como se puede observar en el Mapa 1. El territorio es de tipo urbano/rural con una densidad poblacional media (Secretaría de Ciencia y Tecnología y Dto. de Cs. Económicas, 2019).

Mapa 1



Referencias: En verde: primer cordón. En rojo: segundo cordón. En celeste: tercer cordón. Nota: Captura de Google maps a la que se le realizó la división de los cordones del partido de La Matanza. Fuente: elaboración propia

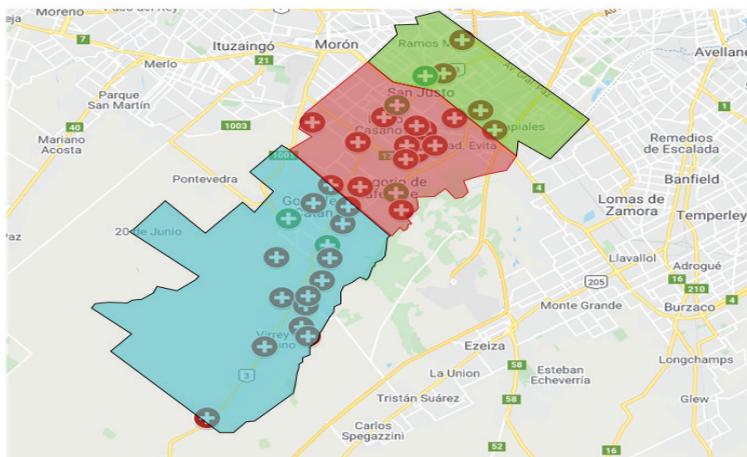
El Partido de La Matanza corresponde a la Región Sanitaria XII de la provincia de Buenos Aires y se encuentra organizado sanitariamente en tres regiones de salud, cada una de las cuales cuenta con efectores de primer nivel (Unidades Sanitarias y Centro de salud) y un Hospital cabecera (2.do nivel). Suman un total de 52 efectores de primer nivel y 3 Hospitales municipales de segundo nivel: Policlínico Central, Dra. Teresa Germani y Dr. José Equiza. A estos se suma el Hospital Dr. René Favalaro, inaugurada en 2015, sin embargo, en la actualidad funciona como un

Centro de Salud, con servicios básicos (clínica médica, pediatría, obstetricia, laboratorio y vacunación) y atención ambulatoria. Estas regiones tienen a su cargo formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial, en articulación con iniciativas de índole municipal, provincial y nacional.

Por fuera de la gestión de cada Región contamos con el Hospital Municipal del Niño (3.er Nivel), el Centro de Vías Respiratorias, el Centro de Rehabilitación Física y el Departamento de Epidemiología y Profilaxis.

También en el Partido se encuentran los hospitales provinciales, “Dr. Diego Paroissien” en Isidro Casanova, “Dr. Alberto Balestrini” en Ciudad Evita y el “Simplemente Evita” en González Catán.

Mapa 2. Mapa de la ubicación geográfica de los diferentes efectores de Salud del Partido.



Captura de Google maps a la que se le realizó la geolocalización de los efectores sanitarios de las localidades que componen las 3 regiones sanitarias.

Fuente: Elaboración propia.

Detallamos a continuación las tres Regiones de La Matanza y la oferta sanitaria de cada una de ellas

REGIÓN DE SALUD I – UBICACIÓN: Equiza 4067, González Catán. TELÉFONO 02202- 4 25605 / 4 25174.

- Hospital Materno Infantil, Dr. José Equiza Dr. Equiza (Ex Cuyo) N°4246.
- Centro de Salud Dr. Domingo Roca (N ° 2), Miller e/ Camargo y Bignon.
- Centro de Salud Dr. Ignacio Ezcurra (N ° 1), Monseñor López May N°6560 e / Achupallas y Atalco, V. Dorrego
- Unidad de Salud Virrey del Pino (Km.41), Arengreen y Manzanares N°5165.
- Unidad de Salud Francisca Caputto, San Carlos y N. York.
- Unidad de Salud Albert Sabín, Manuel Arias N°4241.
- Unidad de Salud Los Ceibos, Bordoy e/M. Acosta y Dragones.
- Unidad de Salud La Foresta, California y Colorado.
- Unidad de Salud Los Álamos, Córdoba e/Camarones y Cachimayo.
- Unidad de Salud Barrio Nicolle, Calle 8 e/102 y 103 RN. 3 Km. 35.
- Unidad de Salud Móvil Esperanza, J. Verne y El Dorado.
- Unidad de Salud La Esperanza, Apeninos N°600.
- Unidad de Salud San Pedro, Martín García y Santiago del Estero
- Unidad de Salud Dr. Roque Pérez Carabajal N°1428.
- Unidad de Salud Móvil Municipal (Las Casitas), Scarlatti y Clay Bo. Lasalle.

- Unidad de Salud Eva Perón (N° 22), Federico P. Russo N°4200.
- Unidad de Salud Bo. Independencia, Juan Cobo e/José Hernández y E. de Lucas Bo. Independencia.

REGIÓN DE SALUD II – UBICACIÓN: Avenida Luro 6561, Gregorio de Laferrere. TELÉFONO: 4457-2583/6322.

- Hospital Materno Infantil Dra. Teresa Luisa Germani, Av. Luro N°6561.
- Centro de Salud Dr. Ramón Carrillo (N°3), Av. Central y 200.
- Centro de Salud Dr. Alfonso Sakamoto (N°4), Dávila 2110 esq. Jaramillo
- Unidad de Salud 17 de Marzo, Gavilán y S. Sombra.
- Unidad de Salud Arcos del Mirador, Soldado Sosa N°3071.
- Unidad de Salud Don Juan Salvigni, e/ Tafi y Tarija.
- Unidad de Salud El Tambo (APS,) Juan Sebastián Bach y Obligado.
- Unidad de Salud Juan Manuel de Rosas, Ruiz de Los Llanos N°267.
- Unidad de Salud Juan XXIII (22 de Enero), Los Claveles y Crisantemos.
- Unidad de Salud Laferrere, Unidad de Salud Juan XXIII (22 de Enero).
- Unidad de Salud Malvinas Argentinas, San Petersburgo y Gaboto.
- Unidad de Salud María Elena Rizzo, Patrón y Ortega.
- Unidad de Salud Monseñor Bufano, Alagón y Las Flores.
- Unidad de Salud La Quila, entre El Tiburón y La Mulita.
- Unidad de Salud Puerto Argentino, Cir. I, Sec. I, Mza.3 Casa 13 y 14. Ciudad Evita.
- Unidad de Salud Rafael Castillo, Yanzi e Ipiranga.

- Unidad de Salud San José Obrero. Los Toldos Manzana 29.
- Unidad de Salud San Pedro, Bedoya N°6367.
- Unidad de Salud El Torero, El Poncho e Itaú Unidad de Salud Villa Giardino Recuerdo e Iguazú.

**REGIÓN DE SALUD III - UBICACIÓN: Entre Ríos
3037 1.º Piso, San Justo. TELÉFONO 4441-7259 /
4482-3211.**

- Policlínico Central Almafuerde N°3016.
- Unidad de Salud La Tablada, Nazar N°548 y Leguizamón.
- Unidad de Salud Aldo Bonzi, Pilcomayo N°1217 y Cucha Cucha.
- C.I.C. Almafuerde, Peribebuy N°3789.
- Centro de Salud Dr. Francisco Giovinazzo (N°5), Av. Seguí N°6164
- Unidad de Salud Padre Mario, Montgolfier N°1939, Bo. Altos Laferrere.
- Unidad de Salud San Carlos, Llavallol N°1095 y Edison.
- Unidad de Salud 17 de Agosto, Edison y Lafayette.
- Unidad de Salud Griselda del Giudice, Atenas y Granaderos S/N.
- Unidad de Salud Dr. Manuel Viera Villa Rebase (N°6), Balcarce N°1909 y Posadas. Bo. Lomas del Millón.
- Unidad de Salud Santos Vega, Formosa N°3350 y Nazca. Bo. Santos Vega.
- C.I.C. Las Antenas, Av. San Martín N°4350.
- Unidad de Salud Saturnino Seguro, Necochea N°4226.
- Centro de Salud Dr. Eizaguirre (N°7), González Chávez y Juárez Celman S/N Bo. Juan Manuel de Rosas.
- C.I.C. 2 de Abril, Mariquita Sánchez de Thompson y Colectora Autopista Richieri (hacia aeropuerto).
- Unidad de Salud Fournier, Agüero N°1038 Bo. Fournier.

- Centro de Salud Villa Recondo (N°8), Av. Avelino Díaz N°500 Bo. Vicente López y Planes.
- P.C.C. José Hernández, Los Nogales e/Lobos y P. de los Andes.
- Unidad de Salud Justo Villegas, Guatemala N°4905 Bo. Justo Villegas.

Según datos extraídos del documento de trabajo para la creación del Hospital Dr. René Favalaro de Rafael Castillo y Néstor Kirchner de Gregorio de Laferrere, la población con **Necesidades Básicas Insatisfechas** (2010) del partido es del 15,6 por ciento.

La **asistencia a instituciones escolares** es del 94,22% (1.116.984) siendo los de mayor proporción los habitantes del primer cordón bonaerense.

Respecto de **la consulta a los servicios de salud**, del análisis de datos publicado por Ministerio de Salud Prov. de Buenos Aires, desde la Dirección de Información en salud - estadísticas, en la serie Rendimientos 2017, surgen los siguientes datos:

- En el municipio de La Matanza se realizaron en 2017, unas 4.227.879 consultas de las cuales los efectores de salud municipales recibieron 3.670.862 consultas médicas, y en los provinciales del distrito: 557.017 consultas.
- Respecto a las consultas por nivel de atención surge que en el primer nivel de atención consultaron 2.091.487 personas y al segundo y tercer nivel de atención 2.136.392.

Estos números reflejan que más de la mitad de la población concurre a un efector del segundo o tercer nivel de atención, cuando según los registros las consultas mayoritariamente corresponden a problemas de baja complejidad del primer nivel de atención. ¿Por qué? El interrogante fue una de las cuestiones guías de esta investigación y su respuesta la focalizaremos al analizar los resultados.

Para adentrarnos en el tema, realizamos una evaluación comparativa de las consultas en relación con el potencial de crecimiento de la población en el partido de La Matanza (el dato

de consultas se corresponde con la información del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires sobre rendimientos hospitalarios de los años que se indican). Esto permitió medir la evolución de las consultas por habitante por año. Tomando como una medida estándar, o nivel deseado, entre 4 a 6 consultas por habitante/año, y partiendo del hecho de que en el año 2015 obtuvimos un valor de 3,1 consultas, observamos que la atención por cápita fue decreciendo.

Tabla 1. Evolución de las consultas por habitante por año

AÑO	POBLACIÓN	CONSULTAS TOTALES	CONSULTAS/ HABITANTE/ AÑO
2015	1.977.465	6.139.039	3,19
2016	2.087.359	4.995.985	2,39
2017	2.136.695	4.230.901	1,98
2018	2.185.597	3.684.080	1,68

En la Tabla 1, se puede apreciar una baja significativa en la demanda de manera consecutiva en los últimos años, el dato, si bien no es objetivo de esta investigación, nos abrió otros interrogantes respecto a cuáles son los motivos que generan esta disminución en la demanda de asistencia por parte de la población y la posible vinculación entre la disminución y las barreras de acceso al sistema de salud.

Accesibilidad al Sistema público de Salud

Tomamos como una primera aproximación al concepto de *accesibilidad* a los sistemas de salud, la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (Chiara, M et al, 2010). No obstante, compartimos también el planteo de Frenk (1985), que especifica que es preciso delimitar

el concepto de accesibilidad, ya que es frecuente su utilización como sinónimo de otros como disponibilidad y aceptabilidad; con una ambigüedad inherente a considerarla como propiedad de los recursos para la atención a la salud de la población de usuarios potenciales de los servicios. Frenk cita a Avedis Donabedian, quien considera la accesibilidad como rasgo adicional a la mera presencia o disponibilidad del recurso en cierto lugar y momento dado, y como grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención a la salud.

La accesibilidad por sí misma está supeditada a la conjunción de aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto, más allá del derecho de las personas para recibir atención a su salud, de la disponibilidad de las instituciones y de los medios para lograrla. (Flores-Sandí, 2012)

De acuerdo con el análisis realizado por Ballesteros (2013) a partir del análisis de las dos encuestas nacionales (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2009 por el Ministerio de Salud la Nación y la Encuesta de la Deuda Social Argentina realizada en el 2010 por la Universidad Católica Argentina), que muestran las diferentes posibilidades de acceso a los servicios de salud, se hacen evidentes las desigualdades en los Procesos de Salud -Enfermedad -Atención / Cuidado. La clase social, el género y la etnia generan distintas posibilidades de acceso a los servicios de salud y condicionan además su utilización. También inciden las redes, los círculos sociales y sus contextos biográficos.

Wallace y Enríquez (2001) complejizan más el concepto de accesibilidad, incorporando tres dimensiones: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad. *La disponibilidad* referida a la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas de la población; *la accesibilidad* remite a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión, los cuales deben responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que se vean motivados a utilizarlos apropiadamente; y por último, *la aceptabilidad* de los servicios

de salud alude a la satisfacción que manifiestan los usuarios. Otros autores agregan a las dimensiones antes mencionadas la adecuación funcional y la capacidad financiera (Figuroa Pedraza, 2014)

A nivel regional, Hirmas Aday & Col (2013), en una revisión sistemática sobre barreras y facilitadores en el acceso a cuidados de la salud, identificaron los siguientes puntos a tener en cuenta:

- 1) Costo de medicamentos, consultas y exámenes.
- 2) Temor o vergüenza a ser atendido en un Servicio de salud.
- 3) Desconfianza de los equipos de salud y en el tratamiento prescrito.
- 4) Estigma social, creencia y mitos.

Finalmente, algunos autores hacen hincapié en el rol importante que tienen los sujetos en la construcción de accesibilidad. Consideran que no es correcto organizar un servicio sin tener en cuenta el grupo de usuarios al que está dirigido. Pensado el concepto como un problema de encuentro / desencuentro entre población y servicios de salud, estos autores definen accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Es decir, se concibe la accesibilidad como la posibilidad y/o capacidad de los usuarios de recibir cuidados de salud de manera adecuada, cuando lo necesitan, lo que permite centrarse en la articulación entre la oferta de los servicios de salud y las características de la demanda.

Vista así, la noción de accesibilidad se muestra como un concepto relacional, ya que se refiere al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud, siendo imposible plantearse el acceso sin considerar la articulación entre ambos. De este modo, cobra sentido el concepto de barreras de acceso, que limitan la posibilidad de acceder a una atención satisfactoria en el ámbito de la salud. Se denominan barreras a aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria (Sto-

lkiner y otros, 2000; Villarreal Ríos, 2000; Figueroa Pedraza, 2014; Landini, 2014).

Por otra parte, autores como Moseley (1979) ponen mayor énfasis en la accesibilidad física, aquella vinculada al azar del lugar elegido o no de residencia. Este rasgo resulta de interés en el estudio de la accesibilidad de la población rural, que La Matanza también posee en una proporción relativamente importante. La variable adquiere significación en la medida en que dos personas pueden vivir a una misma distancia, en nuestro caso de un Centro de Salud, y sin embargo ser accesible a uno, pero inaccesible al otro porque sus atributos y condiciones individuales expresan diferencias de oportunidades de acceso; no solo es la distancia geográfica entonces, sino también lo vinculado a lo social, sus valores, educación, creencias y percepciones de situación de salud-enfermedad determinante de la accesibilidad física cuando entran en juego los otros componentes.

La población migrante, y aquella estrechamente vinculada culturalmente con la comunidad indígena o pueblos originarios del país y otros países del continente, radicados o en tránsito pero con fuertes nexos familiares con residentes, es portadora de una cosmovisión diferente a la perspectiva de la medicina occidental; a este rasgo se agrega una dispersión por idioma, pautas culturales y costumbres que se sostienen en defensa de su propia identidad a lo que se agrega la condición económica de precariedad que usualmente caracteriza a dicha población. La suma de todo esto implica diferencias sustantivas al momento de percibir la necesidad de atención de su salud y efectivizarla a través de una demanda a los Servicios de Salud. Por otra parte, los Servicios de Salud adolecen de programas específicos de acercamiento y comprensión de esas diferencias culturales. En forma solapada o manifiesta muchas veces aparecen expresiones de segregación o incomprensión, que terminan afectando al trato digno y a una atención de calidad. Esto a su vez inhibe la decisión de realizar las consultas necesarias y puede ser un factor conocido, pero invisibilizado en la planificación de la

oferta de servicios. Si bien el presente estudio no considera la variable de la procedencia no le es ajeno tenerla presente a la hora de realizar sus propias conclusiones.

La identificación de barreras y de elementos facilitadores en el acceso a la atención de la salud es un aporte que contribuye a hacer un monitoreo de la equidad en salud para mejorar el acceso de toda la población y reducir las inequidades sociales y de salud en la que se encuentran las poblaciones más vulnerabilizadas y de riesgo. (Hirmas, 2013).

Considerando los conceptos citados, que abordan el término *accesibilidad*, en el presente estudio trabajaremos exclusivamente sobre accesibilidad, entendida como la existencia de medios para acceder a los servicios del Sistema Público de Salud en el proceso de búsqueda de atención por parte de los individuos en un momento dado, determinado por su necesidad o requerimiento y no el vinculado a la oferta, ni a la calidad de los servicios de salud disponibles en la localidad.

La distribución y localización adecuada de los servicios son requisitos indispensables para el cumplimiento del derecho a la salud. Esta supone la existencia de una oferta oportuna y sistemática de los servicios adecuados a la cantidad y a las características de las necesidades de la población y de las necesidades o problemas de la población en materia de salud.

Debemos también considerar el concepto de desigualdades en salud, que hace mención del impacto que tienen sobre la distribución de la salud y sobre la enfermedad en la población aquellos factores como la economía, la educación, la ocupación, la vivienda si es urbana semi rural o rural y las condiciones sociales del lugar donde vive o se desempeña laboralmente (Flores-Sandí, 2012).

Los datos sobre la distribución de la atención de salud dentro de la localidad y entre los subgrupos de población son muy importantes, ya que estos ayudan a identificar inequidades⁵ en

⁵ A este respecto es importante no confundir desigualdad con inequidad. Las desigualdades, según las define la OMS, son diferencias en el estado de salud,

el acceso a la atención en salud, aquellas diferencias injustas y evitables en la prestación de los servicios sanitarios.

Estas inequidades se derivan de factores tales como la educación, el nivel socioeconómico, la ubicación geográfica, el sexo, entre otros y tal como hemos descrito anteriormente el partido de La Matanza por su extensión presenta grandes diferencias socioeconómicas de acuerdo con ubicación geográfica.

Salud y Derecho a la Salud

De acuerdo con el nuevo concepto de Salud, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el estado de completo bienestar, físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad”, actualmente no se puede hablar de un único factor que desencadena la enfermedad, sino de múltiples causas que interactúan e influyen sobre el individuo. La Constitución de la OMS establece que la salud es un derecho, no un privilegio y la reconoce como un derecho inalienable e inherente a todo ser humano, implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de salud de calidad suficiente. (OMS, 2017)

La Constitución Nacional Argentina (1994) establece en su artículo 42:

Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información

o en la distribución de sus determinantes, entre un grupo de población y otro; las inequidades, en cambio, son aquellas desigualdades que se consideran evitables, innecesarias e injustas, a éstas últimas orientamos nuestro esfuerzo con el fin de lograr un acceso a la salud equitativo (OPS, 2017).

adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno.

La Constitución de la Provincia de Buenos Aires (1994) establece en su artículo 36:

La Provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales.

Y en su inciso 8, sostiene:

La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico dependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización.

En este sentido es importante destacar que el derecho a la salud comprende cuatro elementos fundamentales:

1. Disponibilidad, implica contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud. Se mide a través de los recursos humanos, materiales y de infraestructura para dar atención a los problemas de salud de la población en relación con la población que en este caso el Estado representado por el SPS, está potencialmente obligado a atender (Peranovich, 2017).
2. Accesibilidad, se refiere a la facilidad con la que el usuario puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o

necesite. Es sabido que el acceso a los servicios de salud está vinculado a la posibilidad de obtener atención en salud que sea independiente de características como el ingreso económico de las personas, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a una raza, nacionalidad o minoría. Implica la eliminación de todas las barreras u obstáculos, ya sean de tipo físico, económico, social o de información para el uso de los servicios de salud (OMS, 2017; Peranovich, 2017).

3. Aceptabilidad, implica que los establecimientos, bienes y servicios deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; también deben ser sensibles a los requerimientos del género y el ciclo de vida. Es importante que los servicios puedan responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que los motiven a utilizarlos de forma apropiada y dignamente.
4. Calidad, señala que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

En este caso, la Atención Primaria de la Salud (APS) pasó a ser uno de los pilares fundamentales para el cumplimiento de este derecho. La APS fue definida como el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza y de autodeterminación. La atención primaria forma parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema de salud, acerca los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar

donde la gente vive y trabaja y, según la declaración Alma Ata, constituye el primer eslabón de atención ideal.

La APS no constituye únicamente el agente sanitario y las acciones de terreno, sino que además ofrece la mejor calidad prestacional con tecnología apropiada y da a las personas una red de complejidades crecientes que les permite acceder al máximo nivel de atención del sistema sanitario. En nuestro país, el acceso a los diferentes niveles de atención se da a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la red de instituciones que la componen.

3. METODOLOGÍA

El presente es un estudio descriptivo, transversal sobre la población del Municipio de La Matanza. La metodología adoptada es de corte cualitativo y multivariado.

La técnica de recolección de datos utilizada consistió en una encuesta semiestructurada diseñada a tal fin, la misma fue previamente validada, la elección de esta técnica obedeció al hecho de considerar que este instrumento nos permitiría obtener y analizar los datos de manera sencilla y confiable. A partir de la importancia atribuida a la distribución de la atención sanitaria en el distrito, se realizó un recorrido por los diferentes centros de salud, unidades sanitarias y hospitales distribuidos en las diferentes localidades seleccionadas. Gracias a este recorrido fue posible visualizar ubicación geográfica, predominio de calles de tierra o asfalto en el barrio, tipo de acceso al centro de salud -por calle de tierra o asfalto-, acceso con transporte público en las cercanías, y también fue posible identificar las inequidades mencionadas anteriormente, inequidades presentes en un mismo partido entre los distintos subgrupos de población que residen en ella.

En la distribución geográfica, se observó que el acceso a los servicios públicos de salud no es el mismo en el distrito. Cuanto más cerca de la Av. General paz, cordón que divide el partido de CABA, las condiciones de acceso son diferentes, las calles son asfaltadas, hay mayor acceso a transporte público y también mayor oferta de servicios del sistema de salud, mientras que en las localidades más alejadas de dicha avenida, el acceso disminuye, incluso el acceso a los servicios básicos (gas, cloaca, agua).

Como ejemplo extremo de la diferencia en el acceso a estos servicios es relevante destacar los datos obtenidos por la in-

investigación realizada por el Observatorio Social de la UNLaM (2019), que señala que solamente el 3.1 % de las personas que residen en el tercer cordón acceden a cloaca, frente al 58.8 del segundo cordón y 94.2 del primer cordón.

Asimismo, el transporte público en las localidades más alejadas es mucho menor, existen solamente cuatro líneas que atraviesan esta zona: 96, 88, 620 y 218; y algunas de estas líneas no ingresan a los barrios, sino que atraviesan los barrios por la RN. N°3, motivo por el cual las personas deben caminar numerosas cuadras hasta la ruta o alguna calle asfaltada para acceder a este servicio. Esto último encuentra serias dificultades en días de lluvia intensa, cuando muchas calles quedan anegadas porque se inundan con frecuencia.

Nuestro universo de estudio es una muestra representativa de la población que reside en las siguientes localidades seleccionadas del partido de la Matanza: Virrey del Pino, González Catán, Gregorio de Laferrere, Rafael Castillo, San Justo y Lomas del Mirador. La elección de estas localidades es representativa de los tres cordones que integran el partido y en los cuales se distribuyen los distintos efectores sanitarios. De esta manera, las localidades garantizan la inclusión de las particularidades y características de la población residente según ubicación geográfica.

Respecto de nuestro proyecto original, se modificó una de las localidades seleccionadas en el proyecto inicial: se reemplazó Ramos Mejía, por Lomas del Mirador, ya que por una cuestión de organización de la recolección de datos se decidió tomar los principales cordones de la red de transportes que conectan a las diferentes localidades: RN 3, RP 21, RP 1001 y el Tren Belgrano Sur.

La fuente de datos es primaria y la misma se obtuvo a través de una encuesta semiestructurada diseñada a tal fin, la encuesta ha sido previamente validada. La validación se realizó a través de relevamientos piloto de los datos en dos etapas: la primera se realizó en el mes de julio, en la plaza de San Justo y la segunda

en el mes de noviembre en paradas de colectivos de la zona de Laferrere y San Justo.

A los efectos de la validación de la encuesta, se realizó una primera prueba piloto por parte del equipo y posteriormente se capacitó a 4 estudiantes de 4to año de la carrera de medicina a los efectos de tener estandarizada la forma de la toma de la encuesta. Luego, se hizo una segunda prueba, la cual fue realizada por los encuestadores capacitados, quienes en este piloto tomaron 10 encuestas cada uno. La información obtenida de estas cuarenta (40) encuestas fueron procesadas y junto a los encuestadores se analizaron las dificultades y necesidades de ajuste en la realización del cuestionario.

A partir de este análisis, se incorporaron otras preguntas que permitieran ampliar la información de los encuestados. Finalmente, también, a fin de lograr un instrumento lo más efectivo y completo posible a los efectos de la investigación y a partir de la presentación de un resumen de este trabajo en el precongreso de *Health Global System*, CABA y GBA, acudimos a la revisión de las sociólogas Mónica Levcovich y Ethel Terreno, con experiencia en el diseño de este tipo de instrumentos. Las especialistas aportaron la sugerencia de incluir un espacio abierto para que los encuestado pudieran comentar, elogiar, criticar o proponer algo con relación al tema del acceso a los servicios públicos de salud (Hospitales y Unidades sanitarias). Gracias a esta indicación que seguimos, la población se ha expresado y hemos hallado allí una de las mayores críticas o sugerencias respecto de la obtención de turnos y el tiempo de espera.

La elección de la muestra se estableció inicialmente por conveniencia con las personas que concurren o transitan por las plazas centrales de las localidades seleccionadas, considerando la afluencia numerosa de la población local en estos lugares. Luego esta muestra se amplió a las paradas de colectivos en las localidades seleccionadas en el tramo del cordón de Ruta 3, desde el Km 47.700 hasta la Av. Gral. Paz, el cordón de ruta 21 desde Gregorio de Laferrere a González Catán; a las paradas de

colectivos en diferentes tramos de la ruta 1001 entre G. Catán y Rafael Castillo y la estación de tren de Rafael Castillo. Tal modificación respondió a que a partir del piloto realizado en la plaza se notó mayoritariamente presencia de mujeres y a fin de tener una muestra más heterogénea, se consideró necesario hacer esta modificación.

Las encuestas se realizaron en diferentes días y horarios diurnos: mañana, mediodía y tarde.

Previamente, se calculó el tamaño muestral para una población estimada de 1.389.564 habitantes pertenecientes a las localidades seleccionadas (Virrey del Pino, González Catán, Rafael Castillo, Gregorio de Laferrere, San Justo, Lomas del Mirador, según datos del último censo poblacional (2010). Considerando un nivel de confianza del 95%, un error esperado del 5% y una prevalencia esperada del evento de estudio del 50% el tamaño muestral mínimo de sujetos a encuestar fue de 381. Para mejorar la estimación se agregó un 5% más, por lo que la muestra final planificada para este trabajo fue de 400, finalmente se hicieron 402 encuestas.

Para cumplir con los objetivos de investigación, se seleccionaron las siguientes variables de análisis:

- Distancia al centro de salud, unidad sanitaria u hospital al que asiste con mayor frecuencia
- Tiempo de traslado al centro de salud, unidad sanitaria u hospital al que asiste con mayor frecuencia
- Modo de traslado al centro de salud, unidad sanitaria u hospital al que asiste con mayor frecuencia

Estas variables fueron analizadas por edad, sexo, educación y también comparativamente por localidad.

A fin de acceder a la información requerida para los objetivos del presente proyecto, ante la imposibilidad de realizar la muestra a través de encuestas domiciliarias por motivos de financiamiento, tiempo de ejecución (que implicaría un relevamiento de ese estilo) y por razones de seguridad, se optó por encuestar a la población en las paradas de transporte público

que conectan a las localidades seleccionadas, garantizando, de esta manera, una toma cercana a los domicilios de las personas.

Inicialmente se había planteado realizar la toma de muestras en las plazas centrales de las localidades seleccionadas, pero visto que habitualmente los centros de salud y hospitales tienen a poca distancia plazas centrales y barriales a las que acuden mayoritariamente mujeres, con niños, a los efectos de disminuir el sesgo y obtener mayor heterogeneidad en la muestra, se optó por hacerlo en las paradas de transporte público de pasajeros, como se explicó más arriba.

Para llevar a cabo el análisis de los datos se utilizó el sistema estadístico STATA.

4. RESULTADOS

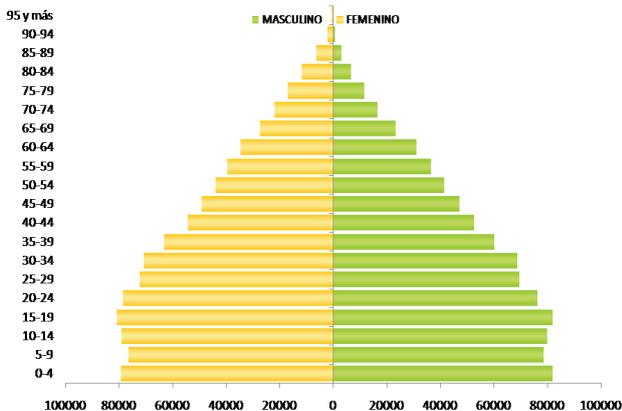
Antes de presentar los datos obtenidos a partir de la investigación, presentamos una serie de datos demográficos de interés y a continuación describimos a las y los encuestados a modo de identificar el perfil de la muestra presentada.

4.1 Información Sociodemográfica del partido

Población. Según el Censo Nacional 2010, la población es de 1.775.816 personas y en el proyectado se estima un crecimiento para el año 2020 del 23%, llevando la población a 2.281.194.

Los 1.775.816 habitantes en 2010 representan un 39% de variación con respecto a 2001 y conforman de esta manera el 11.34 % de la población de la provincia. La población femenina es 909.126 en 2010, lo cual muestra que se incrementó un 40% con respecto a 2001. La población masculina es 866.690, aumentó un 38% con respecto a 2001. El Gráfico 1 muestra el tema con más claridad.

Gráfico 1. Población y género



Fuente: Censo 2010. INDEC.

Edad. En el municipio de La Matanza la franja etaria con mayor cantidad de moradores es la que va desde los 15 a los 19 años, con 909.126 personas, en una población en la cual predominan los menores de 40 años. Asimismo, La Matanza cuenta con 96 personas de más de 100 años, de las cuales 28 son hombres y 68 mujeres (INDEC, 2010)⁶

Procedencia. El porcentaje de extranjeros del conurbano bonaerense es de 7,5 sobre la población total, mientras que en La Matanza es mayor y alcanza al 9,7%

Vivienda. La cantidad de viviendas existentes en el Municipio de La Matanza al 2010 es de 484.909, lo que indica un promedio de 3,66 habitantes por domicilio. Analizando los datos nacionales se visualiza que se pasa de un promedio de 3,7 personas por vivienda en 2001 a 3,5 personas por vivienda habitada en 2010, encontrándose La Matanza en este rango nacional.

⁶ Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Obtenido de Censo Nacional Población Hogares y Vivienda 2010: https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135

4.2 Perfil de la población encuestada

La estructura por edad, sexo, localización geográfica, cobertura social e instrucción de los encuestados es un primer aspecto del problema que nos ocupa.

Tabla 2. Características generales de la muestra (n=402)

Características	n (%)
Sexo	
Femenino	220 (54,7)
Masculino	182 (45,3)
Edad	
16-21	49 (12,2)
22-30	105 (26,1)
31-40	89 (22,1)
41-50	75 (18,7)
51-60	43 (10,7)
60 o más	41 (10,2)
Localidad	
Virrey del Pino	101 (25,1)
G. Catan	71 (17,7)
Laferrere	64 (15,9)
R. Castillo	48 (11,9)
S. Justo	68 (16,9)
Lomas del Mirador	50 (12,4)
Nivel de Educación	
Primario Incompleto	71 (17,7)
Primario completo	11 (2,7)
Secundario incompleto	207 (51,5)
Secundario completo	58 (14,4)
Superior	53 (13,2)

NS/NC	2 (0,5)
-------	---------

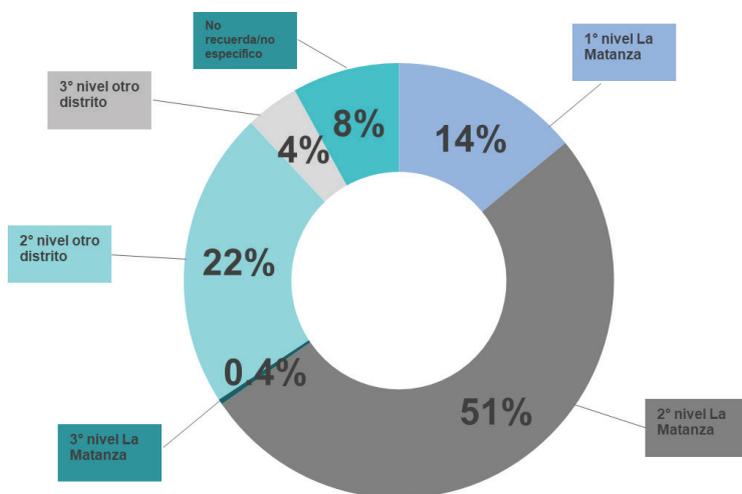
Cobertura en salud	
Obra Social IOMA o PAMI	57 (14,2)
Obra Social Sindical	100 (24,9)
Prepaga	11 (2,7)
No Tiene	232 (57,7)
NS/NC	2 (0,5)
Ocupación actual	
Monotributo	15 (3,7)
Cuentapropista Ni Inscripto	51 (12,7)
Relación de dependencia informal (trabajo en negro)	109 (27,1)
Relación de dependencia formal (trabajo con aportes)	94 (23,4)
Estudiante	33 (8,2)
Jubilado	30 (7,5)
Desocupado	66 (16,4)
NS/NC	4 (1)

Elaboración propia, UNLaM. Diciembre, 2019

Como puede observarse en la Tabla 2, el 55% de la muestra estuvo conformada por mujeres y el resto por hombres. Los rangos etarios predominantes fueron entre 22 y 40 años (48%). Casi el 73% de la muestra se localizó en Virrey del Pino, G. Catan, Laferrere y San Justo. Un dato importante, es que más de la mitad de los/as entrevistados/as manifestaron tener secundario incompleto y un 58% de esa población declaró no tener obra social. Este dato es sumamente relevante en tanto que estas personas son las que requieren del sistema público de salud ante las diferentes necesidades de atención. Solo el 23% reportó una ocupación actual en relación de dependencia formal.

Cuando se le preguntó a los/as entrevistados el lugar donde accedían frecuentemente a los servicios de salud, el 51% manifestó asistir a efectores de salud pertenecientes al 2° nivel de atención, administrados por el Municipio de La Matanza y un 22 % a establecimientos de 2° nivel de otro distrito. El 14 % de la muestra reportó que asiste al 1° nivel de atención perteneciente a La Matanza, tal como se muestra en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Distribución de la utilización de servicio de salud pública según nivel de atención (n=255)



Elaboración propia, UNLaM. Diciembre, 2019

El gráfico de la figura 2 resulta relevante respecto al rol del primer nivel de atención en el sistema público de salud, donde deberían resolverse la mayoría de las necesidades de atención de la población, sin embargo, es posible observar que el 73% de las personas encuestadas optan por utilizar el 2do. nivel de atención. En este sentido es necesario destacar que según datos oficiales del Ministerio de Salud de La Nación, el 90%

de las consultas realizadas en el segundo nivel de atención son por cuestiones banales o menores, que podrían resolverse en el primer nivel de atención.

Asimismo, llama la atención que el 22% de las personas encuestadas utilizan el 2do. nivel de atención de otros distritos, este dato podría responder al déficit del sistema sanitario del partido para abastecer las necesidades de la población. Adicionalmente debería jerarquizarse e indagarse con más información y precisión respecto a los motivos por los cuales no acuden al primer nivel de atención del distrito de pertenencia, dado que no solo puede deberse a accesibilidad física sino también a capacidad resolutoria y calidad de la atención. Otro aspecto que podría incidir en esta elección es la percepción de prestigio que pueden tener servicios de distritos lindantes sobre otros locales, por memoria histórica de la población, asociada a complejidad de la tecnología, la impronta de la infraestructura edilicia y también acciones y comentarios del propio personal del equipo de salud que refuerzan dicha percepción.

Del total de la muestra (n=402), el 71,8% (289/402) refirió utilizar ocasionalmente algún servicio de salud pública mientras que el 28,1% (113/402) manifestó no utilizarlos. Dentro del subgrupo que reportó que no utilizó servicios públicos, los motivos principales fueron: 84,2% porque tiene medicina prepaga, 8,8% porque no se enferma y un 2,4% porque no lo considera necesario.

En la Tabla 3, a partir de una muestra de 255 respondedores, se puede observar que la mayor parte de la población encuestada asistió al 2° nivel de atención (72,9% IC 67,1-78,1). Dentro de este subgrupo se visualizó una prevalencia más alta en las mujeres (75,7% IC 68,1-81,9) que en los hombres (69,1% IC 59,7-77,2); en el grupo de más de 40 años (76% IC 66,6-83,4) que en el de menos de esta edad (70,9% IC 66,6-83,4); y en el grupo de primario incompleto/completo (81% IC 70,1-89,3).

Tabla 3. Utilización de servicios de salud según nivel de atención (n= 255)

Características	Primer nivel de atención			Segundo nivel de atención			Tercer nivel de atención		
	%	EE	(IC 95%)	%	EE	(IC 95%)	%	EE	(IC 95%)
Total	13,7	2,1	9,9-18,5	72,9	2,8	67,1-78,1	4,7	1,3	2,7-8,1
Sexo									
Femenino	12,8	2,7	8,3-19,3	75,7	3,5	68,1-81,9	5,4	1,9	2,7-10,5
Masculino	14,9	3,5	9,3-23,1	69,1	4,5	59,7-77,2	3,7	1,8	1,4-9,6
Edad									
De 16-40 años	15,5	2,9	10,6-22,1	70,9	3,6	63,3-77,6	4,5	1,7	2,1-9,2
Más de 40 años	11	3,1	6,2-18,9	76	4,3	66,6-83,4	5,0	2,1	2,1-11,5
Educación									
Primario incompleto/completo	12,3	4,1	6,2-22,9	81,5	4,8	70,1-89,3	3,1	2,1	0,7-11,7
Secundario incompleto/completo	14,4	2,7	9,8-20,6	69,5	3,6	62,0-76,0	5,4	1,7	2,8-10,1
Superior	13,6	7,5	4,3-35,6	72,7	9,7	50,4-87,5	4,5	4,5	0,6-27,3

EE: Error Estándar.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Autorreporte de utilizar ocasionalmente servicios en salud

*Se definió como: **Primer nivel de atención:** a las unidades sanitarias/UPAs. **Segundo nivel de atención:** efectores de baja y mediana complejidad con atención asistencial y diagnóstica. **Tercer nivel de atención:** efectores de alta complejidad médica y tecnológica.

Dentro del subgrupo que asistió ocasionalmente al sistema de salud público (n=289), un 35,7% manifestó que la asistencia es periódica y un 62,5% manifestó que solo asiste cuando se enferma. Y el turno lo obtiene de manera programada en un 37,6% y un 44,5% por demanda espontánea (sin turno). Un 17,8% no respondió a esta pregunta.

Cuando se preguntó al participante con cuanto tiempo de anticipación tiene que concurrir para la obtención del turno o al ser atendido en el centro de salud (n=305) un 31,2% mani-

festó que menos de una hora; un 43,2% más de una hora hasta 3; mientras que un 14,8% reportó más de 3 horas de espera.

Y consideraron que los principales síntomas que lo motivan a acudir a una consulta médica fueron: dolor (38,7%), fiebre (15,6%), controles de salud (9,3%), accidente y emergencia (8,6%), gripe (7,4%), el resto de las categorías fueron en porcentajes menores al 6%.

Sin embargo, una parte importante de la muestra (68,3%) no tuvo la necesidad o algún malestar para asistir en los últimos 30 días al centro de salud. Dentro del subgrupo que sintió un malestar o necesidad de atención en los últimos 30 días y no consultó (n=39) los principales motivos de no asistencia fueron: no era importante el malestar (43,6%), no podía abandonar el trabajo (25,6%) y no tuvo tiempo (15,6%). Este último dato es llamativo y consideramos importante destacarlo ya que coincide con un análisis realizado por este grupo de investigación -a partir de los datos publicados por la dirección de informatización y estadísticas del Ministerio de Educación-, respecto de la variación interanual de las consultas, que visualiza una baja en las consultas médicas, por lo que creemos que es un tema para investigar.

Como lo muestra la Tabla 4, se puede observar que, en el total de la muestra, el 44,6% (IC 38,9-50,4) se encontró entre 10 y 50 cuadras del centro de salud que utiliza con frecuencia; otro aspecto importante es en cuanto al tiempo de traslado en el 72% fue hasta 30 min y un 53,6% se traslada por transporte público.

Tabla 4. Distancia, tiempo y modo de traslado al centro de salud que utiliza con frecuencia (n=289)

Características	Mujeres			Hombres			Total		
	%	EE	(IC 95%)	%	EE	(IC 95%)	%	EE	(IC 95%)
Distancia al centro de salud									
Hasta 10 cuadras	25,6	3,5	19,4-33,0	24,4	3,8	17,7-32,7	25,1	2,6	20,4-30,5
Entre 10-50 cuadras	39,4	3,9	32,1-47,2	51,2	4,4	42,5-59,8	44,6	2,9	38,9-50,4
Entre 50-100 cuadras	11,2	2,5	7,2-17,2	7,1	2,3	3,7-13,1	9,4	1,7	6,5-12,4
Más de 100 Cuadras	16,2	2,9	11,3-22,8	11,8	2,9	7,2-18,7	14,3	2,1	10,7-18,8
NS/NC	7,5	2,1	4,3-12,8	5,5	2,0	2,6-11,2	6,6	1,5	4,3-10,2
Tiempo de traslado									
Hasta 30 Min.	68,9	3,6	61,3-75,6	75,6	3,8	67,3-82,3	71,9	2,6	66,4-75,8
Entre 30 Min.-60 min.	19,9	3,1	14,4-26,8	16,5	3,3	10,9-24,1	18,4	2,3	14,3-23,3
Entre 60 min.-120 min.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Más de 120 min.	7,4	2,1	4,3-12,7	3,1	1,5	1,2-8,1	5,5	1,3	3,4-8,9
NS/NC	3,7	1,5	1,7-8,1	3,7	1,5	1,7-8,1	4,2	1,2	2,4-7,2
Modo de traslado									
Caminando	29,0	3,6	22,5-36,5	26,0	3,9	19,1-34,4	27,7	2,6	22,8-33,1
Transporte público	56,2	3,9	48,4-63,7	50,4	0,4	41,7-59,1	53,6	2,9	47,8-59,3
Automóvil familiar	12,9	2,6	8,6-19,1	20,5	3,6	14,3-28,4	16,3	2,2	12,4-21
Otro medio de transporte	0	0	0	2,4	1,3	0,7-7,1	1	0,6	0,3-3,2
NS/NC	1,8	0,8	0,1-5,6	0,8	0,8	0,1-5,4	1,4	0,7	0,5-3,6

Elaboración propia, UNLaM. Diciembre, 2019

En las categorías de más de 50 cuadras con respecto al centro de salud, las mujeres tuvieron prevalencias más altas que los hombres, por ejemplo, el 16,2% (IC 11,3-22,8) de las mujeres reportaron recorrer más de 100 cuadras vs. 11,8% (IC 7,2-18,7) de los hombres. Esta tendencia se visualizó también en el tiempo de traslado, en la categoría entre 30-60 minutos de recorrido se observó una prevalencia de 19,9% (IC 14,4-26,8) en las mujeres y de 16,5% (IC 10,9-24,1) en los hombres. Esta tendencia se observó en categorías de más de 120 minutos de recorrido. En el modo de traslado, el 56,2% (IC 48,4-63,7) de las mujeres asistieron en colectivo con respecto a un 50% (IC 41,7-59,1) en los hombres; mientras que el uso de automóvil

familiar fue de 12,9% (IC 8,6-19,1) en mujeres vs. 20,5 (IC 14,3-28,4) en los hombres.

Del total de la muestra bajo análisis que asistió al sistema de salud público (n=289), solo un 13,2% refirió que cuando él/ella o un familiar se enferma, no se le ocasiona ningún gasto. El resto de la muestra reportó algún tipo de gasto, donde los más prevalentes fueron: medicación (79,9%), pérdida del día laboral (31,1%), estudios complementarios (27,3%) y transporte (20,4%). Un 47,6% refirió que puede afrontar este gasto, mientras que 47,6% expuso que no puede afrontarlo/o solo puede afrontarlo en algunas ocasiones. Las principales estrategias que utilizan para hacerle frente son: pedir prestado en un 18,9%; pedir ayuda familiar en el 11,4%, no completar el tratamiento en un 5,3% y buscar ayuda social en un 5,3%; mientras que el resto de categorías fueron menores al 5%. Cabe resaltar que el 49,2% de los participantes que respondieron a la pregunta de esta variable (n=132) correspondió a la categoría de no sabe/no contesta.

El 40,7% percibió que es muy accesible/accesible acceder al sistema de salud, mientras que el 6% refirió que es poco accesible/medianamente accesible/poco accesible y un 3,3% directamente refirió que es inaccesible.

La Tabla 5 presenta la distribución de barreras percibidas por los y las participantes. En el análisis de datos totales, el tiempo de espera (26,7% IC 20,8-33,6) y la obtención de turnos (27,8% IC 21,8-34,7) se plantean como los más críticos. Cuando se realizó un análisis de subgrupo según género, la distancia como barrera fue reconocida por el 13,9% de hombres y por el 7,4% de las mujeres; mientras que la obtención de turnos como barrera fue reconocida predominantemente por las mujeres (35,2% IC 26,7-44,7), respecto de los hombres (17,7% IC 10,7-27,9).

Tabla 5. Principales barreras de acceso a la salud (n= 187)

Características	Mujeres			Hombres			Total		
	%	EE	(IC 95%)	%	EE	(IC 95%)	%	EE	(IC 95%)
Tiempo de espera	26,8	4,3	19,3-36,1	26,6	5,0	17,9-37,5	26,7	3,2	20,8-33,6
Distancia	7,4	2,5	3,7-14,2	13,9	3,9	7,8-23,6	10,2	2,2	6,5-15,4
Gastos	5,5	2,2	2,5-11,9	6,3	2,7	2,6-14,5	5,9	1,7	3,3-10,3
Obtención de turnos	35,2	4,6	26,7-44,7	17,7	4,3	10,7-27,9	27,8	3,3	21,8-34,7
No poder ausentarse del hogar	3,7	1,8	1,4-9,5	1,3	1,3	0,2-8,6	2,7	1,2	1,1-6,3
No poder ausentarse del trabajo	13,9	3,3	8,5-21,9	27,8	5,1	19,0-38,8	19,8	2,9	1,5-2,6
Servicios/especialidades disponibles	5,5	2,2	2,5-11,9	3,8	2,2	1,2-11,3	4,8	1,6	2,5-9,0
Todos los anteriores	1,8	1,3	0,4-7,2	1,3	1,3	0,2-8,6	1,6	0,9	0,5-4,9
Otro	0	0	0	1,3	1,3	0,2-8,6	0,5	0,5	0,07-3,8

Elaboración propia, UNLaM. Diciembre, 2019

La barrera de “no poder ausentarse del hogar” fue más prevalente en el grupo de mujeres (3,7% IC 1,4-9,5) versus los hombres (1,3% IC 0,2-8,6); mientras que la barrera de “no poder ausentarse del trabajo” se observó de manera inversa, donde los hombres (27,8% IC 19,0-38,8) la manifestaron más que las mujeres (13,9% IC 8,5-21,9).

En la Tabla 6, se visualiza que las distancias mayores a 10 cuadras fueron más altas en el subgrupo de participantes residentes en la localidad de Lomas del Mirador con respecto a las otras localidades, donde el 63,3% (IC 44,7-78,7) de ellos la distancia fue entre 10 y 50 cuadras y un 20% (IC 9,1-38,4) mayores a 100 cuadras. Esta situación se da porque al ser la localidad más cercana a la Av. General Paz, donde el partido limita con la Capital Federal, la mayoría de los encuestados refirieron asistir a efectores fuera del distrito, hospital Santojanni, Vélez Sarsfield, entre otras. En este sentido destacamos que tal como

se describió, de acuerdo con las características del distrito, aquellas localidades más cercanas a la Av. General Paz y a través de ella a la Capital Federal poseen mayor acceso a determinados servicios, como ser el transporte público.

Dentro de la categoría de entre 30 min. y 60 min. de tiempo de traslado al centro de salud se vio un porcentaje más alto en la localidad de Virrey del Pino (26,8% IC 18,3-37,5); y dentro de la categoría de traslado a través de transporte público, se observó que en San Justo fue más alta la tasa (65,2% IC 50,3-77,6) que en el resto de las localidades.

Tabla 6. Distancia, tiempo y modo de traslado al centro de salud que utiliza con frecuencia según localidad (n=289)

Características	Virrey del Pino		G. Cazan		Laferrere		R. Castillo		S. Justo		Lomas del Mirador	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Distancia al centro de salud												
Hasta 10 cuadras	12,3	6,7-21,6	43,6	31,1-57,1	29,4	18,4-43,4	29,2	14,3-50,4	32,6	20,6-47,5	3,3	0,4-20,9
Entre 10-50 cuadras	43,2	32,8-54,3	40	27,8-53,5	47,1	33,7-60,8	41,7	23,7-62,1	39,1	26,1-53,9	63,3	44,7-78,7
Entre 50-100 cuadras	9,9	4,9-18,6	3,6	0,8-13,6	7,8	2,9-19,3	1,2	3,9-33,1	13,0	5,9-26,4	13,3	4,9-31,1
Más de 100 Cuadras	17,3	10,4-27,2	7,3	2,7-18,0	13,7	6,6-26,3	12,5	3,9-33,1	15,2	7,3-28,9	20	9,1-38,4
NS/NC	17,3	10,4-27,2	5,4	1,7-15,8	1,9	0,2-12,9	4,2	0,5-25,3	-	-	-	-
Tiempo de traslado												
Hasta 30 Min.	52,4	41,6-63,1	87,0	75,0-93,7	66,7	52,5-78,3	79,2	58,0-91,2	89,1	76,1-95,5	74,2	55,8-86,7
Entre 30 Min.-60 min.	26,8	18,3-37,5	9,2	3,9-20,6	21,6	12,3-35,1	20,8	8,7-41,9	8,7	3,2-21,2	19,3	8,8-37,3
Entre 60 min.-120 min.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Más de 120 min.	7,3	3,3-15,4	3,7	0,9-13,9	9,8	4,4-21,7	-	-	2,2	0,2-14,2	6,4	1,6-22,9
NS/NC	13,4	7,5-22,7	-	-	19,6	0,2-12,9	-	-	-	-	-	-
Modo de traslado												
Caminando	28,0	19,3-38,8	45,4	32,7-58,8	23,5	13,8-37,2	29,2	14,3-50,4	19,6	10,4-33,7	12,9	4,8-30,2
Transporte público	48,8	36,1-59,6	45,4	32,7-58,8	52,9	39,2-66,3	62,5	41,6-79,5	65,2	50,3-77,6	58,1	40,1-74,1
Automóvil familiar	18,3	11,3-28,3	5,4	1,7-15,8	21,6	12,2-35,1	8,3	2,0-38,6	15,2	7,3-28,8	29,0	15,6-47,4
Otro medio de transporte	-	-	3,6	0,8-13,6	1,9	0,2-12,9	-	-	-	-	-	-
NS/NC	4,9	1,8-12,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Elaboración propia, UNLaM. Diciembre, 2019

5. CONCLUSIONES

Presentamos a continuación una serie de conclusiones y propuestas en torno a los interrogantes que dieron origen a nuestra indagación, aquellos que hacían referencia a las causas de la disminución de la demanda de atención en los servicios de salud y, en particular, en los servicios de asistencia primaria, tan necesarios para una población que mayoritariamente carece de seguro de salud. La investigación ha logrado describir una serie de situaciones en las que se aprecian las dificultades existentes en torno a la accesibilidad a los servicios.

Para comenzar tenemos que decir que los resultados obtenidos muestran la necesidad que tiene la población de acceder a los servicios de salud ya que el total de población sin cobertura social asciende al 57,7% (valor cercano a la cifra que manejamos en el 2003). Este porcentaje, que es mayor que el de la media nacional - 35% aproximadamente- y que la media del conurbano - 36,4- (Observatorio UNGS, 2019), nos permite inferir que el distrito presenta un déficit en la oferta sanitaria en relación con las necesidades de atención de la población y que es necesario además considerar la accesibilidad en función de los datos de obstáculos encontrados

En este sentido, considerando que el mayor porcentaje de personas entrevistadas corresponden a la localidad de Virrey del Pino y González Catán, las cuales pertenecen a las zonas más periféricas del municipio con más dificultades de acceso a los efectores, y teniendo en cuenta también que la mayoría son mujeres y el 48% de los entrevistados pertenecen al grupo etario comprendido entre los 20 y los 40 años, es decir, madres y población activa, concluimos que sería necesario que se implementaran políticas públicas en esta región para mejorar la

accesibilidad al primer nivel de atención, como así también se desarrollaran todas aquellas acciones que puedan contribuir a mejorar el acceso a los servicios básicos, que son determinantes en el acceso a la salud.

Respecto a la atención en los distintos niveles, como ya se ha indicado en otros apartados, focalizamos sobre el hecho de que solamente el 14% de la población concurre al primer nivel de atención. En una situación ideal el primer nivel de atención debería tener una capacidad de contención mayor al 80% de las necesidades de la población. Este nivel, por definición, es la puerta de entrada al sistema público de salud y el lugar en el cual se desarrollan las acciones de prevención necesarias para evitar que la población enferme. Es también el espacio en el que las personas deben ser empoderadas respecto al cuidado de su salud. Por lo tanto entendemos que este es un sector a trabajar.

Prosiguiendo con este tema, es necesario considerar que, si la atención por guardia en los hospitales de segundo nivel se corresponde en un 90% con patologías banales, de baja complejidad (según el relevamiento realizado por la Dirección de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, sobre las consultas realizadas en los Servicios de emergencias, entre los meses de enero y mayo de 2019), esta mayor demanda podría originarse por déficit de otros sectores, tanto sea de la atención ambulatoria del hospital, como del primer nivel, y en este destacamos situaciones como la restricción de horarios, la escasez de turnos, la falta de capacidad resolutive, la cultura del hospitalocentrismo y la falta de medicamentos, entre otros. Así mismo, subrayamos la importancia del relanzamiento del Programa Remediar⁷, una política que prioriza la estrategia de Atención Primaria de la Salud y que seguramente incidirá en una mayor participación del primer nivel de atención. Cabe aclarar que este programa fue discontinuado y, en algunos rubros, suspendido por el Gobierno de Mauricio Macri durante el

⁷ Creado en el año 2002, es un programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales de uso ambulatorio para el Primer Nivel de Atención de la Salud

periodo 2015-2019. Es una hipótesis que esta decisión pueda estar vinculada con la disminución de las consultas en el primer nivel de atención.

En relación más estrecha con la accesibilidad, es necesario considerar los siguientes datos. De las 402 encuestas un 71,9% es decir 289 personas, asistieron ocasionalmente al sistema de salud público; un 35,7% manifestó que la asistencia es periódica y un 62,5% manifestó que solo asiste cuando se enferma. Al preguntar si la asistencia es programada: un 37,6% respondió que sí y que lo hace mediante un turno, y un 44,5% asiste por demanda espontánea (sin turno). Entre las razones que dificultan el acceso, el dinero es uno de los motivos.

Casi la mitad de la población encuestada, el 47,6%, refirió que no puede afrontar siempre el gasto de bolsillo y para hacerlo recurre a diversas estrategias. Muchos de los encuestados no respondieron esta pregunta.

Otro factor que dificulta el acceso es el de las barreras personales, físicas y geográficas. La barrera personal de “no poder ausentarse del hogar” fue más frecuente en el grupo de mujeres con un 3,7% (IC 1,4-9,5) mientras que los hombres solo lo manifestaron en un 1,3% (IC 0,2-8,6); respecto a la barrera de “no poder ausentarse del trabajo”, se observó de manera inversa, donde los hombres la refirieron en un 27,8% (IC 19,0-38,8) y las mujeres en un 13,9% (IC 19,0-38,8).

Vinculado con las barreras geográficas, un último aspecto a considerar en las dificultades de acceso, es el tema de los traslados y distancias, del análisis de la Tabla 5, se desprenden las consecuencias que originan las demoras en el acceso a los centros de salud. En la variable modo de traslado se destaca la población que lo realiza caminando, esto es una limitante por los tiempos que debe dedicarle al traslado y además son causales de limitantes a los accesos. Esto se da en la zona más alejada a los centros más urbanizados del partido de La Matanza, como Virrey del Pino, lo cual ratifica que esta es una zona que necesita un direccionamiento de políticas públicas en el sentido de

minimizar los problemas de accesibilidad al Sistema Público de Salud y otras medidas que seguramente serán parte de otro proyecto de investigación.

El caso que más llama la atención es el de Lomas del Mirador, donde se registra que más del 80% de la población está ubicada entre 10 a 100 cuadras de distancia, lo que determina que muchas veces las necesidades de atención se resuelven fuera del distrito, por lo que la accesibilidad local tiende a no corregirse; estas personas deciden trasladarse a efectores ubicados en Capital Federal, como ser el Hospital Santojanni, Vélez Sarsfield entre otros. En este sentido resulta importante destacar que la ubicación geográfica y la mayor urbanización del partido en las localidades limítrofes a la CABA facilita el acceso a determinados servicios, como ser el transporte público. Para estas personas resulta más accesible y sencillo trasladarse hacia Capital, que hacia el interior del Municipio.

Un estudio de indicadores de accesibilidad geográfica a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) durante el periodo 2002-2009 (*Panam Salud Publica*, 2013), a partir de cuatro indicadores geo sanitarios,⁸ mostró que algunos CAPS no son demandados según lo esperado, que existen sectores de la CMR donde la atención primaria está alejada de la población, que para ciertas especialidades algunos pocos CAPS concentran la demanda de toda la región y finalmente que algunos CAPS tienen obstáculos territoriales o no están interconectados al transporte público lo que puede incidir en una disminución de su demanda real. Dado que este estudio utilizó un método diferente de análisis sus resultados no pueden compararse, sin embargo, surgen del

⁸ Los indicadores fueron definidos como Demanda real según número de recetas prescriptas por CAPS, Demanda potencial ajustada por proximidad al CAPS mediante la unidad de distancia de 10 cuadras; Demanda diferencial extrapolando una muestra de proximidad más cercana al CAPS y el área de su influencia; el cuarto indicador correspondió a la Movilidad y conectividad, según un área de servicio de 15 minutos tanto sea a pie como transporte automotor.

mismo, que también existen núcleos de población vulnerable con claras dificultades de acceso según distancia y movilidad

Si coincidimos en que la accesibilidad física constituye un factor fundamental para el acceso a los SPS, la planificación de políticas sanitarias debe relevar permanentemente estos datos y confrontarlos con la tasa de uso de servicios de 1er y 2do nivel y el de jurisdicciones vecinas. El desafío de la regionalización de la oferta de centros de atención permite además tener mejores indicadores desagregados para identificar las problemáticas locales, y una mejor asignación de recursos y responsabilidades. Dicho relevamiento posibilitaría además evaluar el impacto de los programas según necesidades del territorio o área programática optimizando la gestión y reasignación de los recursos humanos, de insumos y equipamiento

Por otra parte, como el conocimiento de la estructura demográfica y la densidad poblacional de cada zona es susceptible de variaciones periódicas por migraciones o situaciones socioeconómicas y laborales, es fundamental que los indicadores de accesibilidad y modo de traslado se actualicen con regularidad, dado que pueden emerger nuevos o diferentes problemas de accesibilidad. Dicho conocimiento permitiría, eventualmente, corregir deficiencias o inequidades en la oferta de servicios de salud que, de lo contrario, podrían no ser percibidas cuando se evalúan de manera general. La utilización y monitoreo sistemático de estos indicadores de accesibilidad geográfica y los medios que dispone la población zonificando el territorio, puede convertirse de este modo en un poderoso instrumento de planificación sanitaria

Un desafío adicional es construir indicadores confiables y disponibles para los efectores y planificadores de fácil obtención, que permitan desagregar datos para identificar los núcleos de población más vulnerables y/o con más dificultades de accesibilidad a los servicios de salud, considerando además que las necesidades ocultas o demanda potencial no se transforman en demandas efectivas justamente por dicho problema. Para com-

prender esta propuesta observemos los siguientes datos. Según estadísticas de la Provincia de Buenos Aires en Salud, se realizaron en el año 2018 un total 69.146.443 consultas (Estadísticas Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, 2020). De estos datos corresponde a la Región Sanitaria XII (Municipio de La Matanza) la cantidad de 3.684.080 consultas médicas representando el 5.33% del total de las consultas (Estadísticas Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, 2020). Como hiciéramos referencia anteriormente, estos datos muestran además que la consulta por habitante sólo alcanza a 1,68 consultas, número que se encuentra francamente por debajo de los estándares internacionales. Puede conjeturarse que existe un problema que atraviesa la demanda de atención que debe ser abordado desde otra perspectiva.

Para terminar, observamos que la infraestructura de servicios de salud, a pesar de su magnitud, se encuentra relativamente subdimensionada en relación con la velocidad de crecimiento poblacional del municipio y a la proporción de población sin obra social. Es muy importante para mejorar la accesibilidad en salud que la población encuentre servicios integrales e integrados que respondan a las necesidades de todos los grupos sociales y para eso va a ser necesario efectuar grandes cambios en el modelo de atención y en la manera en que está organizada la prestación de dichos servicios

Queda reflejado en las estadísticas de los servicios de salud, la disminución relativa de consultas realizadas con relación al número de habitantes, dado el crecimiento demográfico en los últimos años. Que la necesidad de salud no se transforme en demanda y efectivización de la consulta y atención puede obedecer a múltiples fenómenos, además de los obstáculos de accesibilidad. Estos podrían constituir un nuevo campo de hipótesis para la investigación social.

Limitaciones y fortalezas

El diseño del estudio fue transversal y descriptivo y permitió brindar información sobre las prevalencias de diferentes variables de barreras de acceso al sistema de salud, siendo un dato con escasos antecedentes a nivel del país y de la provincia de Buenos Aires.

En este trabajo no es posible descartar potenciales sesgos de selección, complacencia y confusión.

- Sesgo de selección: la aplicación de la encuesta solo se realizó a participantes que accedieron a contestarla y que circulaban por puntos estratégicos de las diferentes localidades (paradas de colectivo), donde la selección de sujetos fue intencional y no siguió un muestreo aleatorio y probabilístico; además la motivación para realizar la encuesta pudo haber resultado un factor condicionante para la efectiva realización de la misma. Sin embargo, se verificó que la muestra obtenida llegue a un número mínimo de individuos a incluir a partir del cálculo de tamaño muestral y que se obtengan cuotas mínimas entre los participantes de las diferentes localidades y el género por lo cual este sesgo entre los aceptadores y no aceptadores fue minimizado.

- Sesgo de complacencia social (información): este sesgo se puede producir cuando la persona encuestada, tiende a alterar sistemáticamente las respuestas en la dirección que percibe como buena o deseable, mientras que las consideradas socialmente indeseables tienden a omitirse. Sin embargo, los datos se recolectaron a través de un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, directas e indirectas y fue implementado por un investigador/a previamente entrenado/a donde además se realizó una instancia piloto del instrumento, lo que podría disminuir la influencia de este sesgo.

- Sesgo de confusión: al analizar las variables relacionadas a las barreras de acceso según características sociodemográficas como género, puede resultar en una sobre o subestimación de las diferencias encontradas por la acción de una tercera variable que

no es controlada (confundidoras), por lo que se requieren futuros estudios que incorporen modelos estadísticos ajustados por potenciales confundidores para explorar posibles asociaciones.

Este estudio tiene importantes fortalezas en el campo de la epidemiología y de las políticas sanitarias. Las más relevantes fueron que la muestra tuvo un número mínimo suficiente de individuos para poder arribar a conclusiones y que permitió hacer estimaciones de la prevalencia sobre un tema de escasos antecedentes documentados a nivel local.

Como lo postula la OMS, las inequidades en salud son aquellas desigualdades que se consideran evitables, innecesarias e injustas y se deben a políticas sociales o a obstáculos que interfieren con el ejercicio de los derechos esenciales; por lo que esta propuesta cobra relevancia al momento de obtener resultados valiosos a nivel poblacional de este problema de salud pública.

Si bien los datos obtenidos en este estudio pertenecen a las localidades del Partido de La Matanza, no pueden extrapolarse a toda la población del partido y/o de la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo, esta propuesta aporta evidencia a un tema que hoy necesita de mayor cantidad de estudios poblacionales con rigurosidad metodológica.

Los resultados obtenidos pueden constituirse en insumo para definir acciones en el campo de la salud pública.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Ariovich, A.; Chiara, M.; Divirgilio, M.; Jimenez, C.; Moro, J. (2012). La atención desde la urdimbre de los servicios locales: un contrapunto entre los municipios de Malvinas Argentinas y San Fernando. *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires; compilado por Magdalena Chiara*. – 1.^a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Bs. AS.* | Año 8, Vol. 13, pag. 145-183 | ISSN 1850-6933
- Chan, M. (2007). Contribución de la atención primaria de salud a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Alocución de apertura Directora General de la Organización Mundial de la Salud ante la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo*. Buenos Aires, Argentina.
- Chiara, M.; Ariovich, A. Divirgilio, M.; Jimenez, C.; Moro, J. (2010). *Accesibilidad a la atención de salud en el Municipio de San Fernando*. Universidad Nacional de General Sarmiento. ISBN: 9789876300841
- Chiara M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; Vol. 15, Num30, Pag 10-22.

- Constitución de la Nación Argentina. Ley N° 24.430. Año 1994. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infologInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- Constitución de la Provincia de Buenos Aires. Año 1994. Recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=173
- De Pietri, D.; Dietrich, P.; Mayo, P.; Carcagno, A.; De Titto, E. (2013), Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria. *Rev Panam Salud Publica*, Vol 34, Num 6,
- Estadísticas Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (29 de 1 de 2020). Recuperado: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/estadistica/recursos-y-servicios-de-salud/>
- Figueroa Pedraza, D.; Cavalcanti Costa, G.M. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(33), 267-278. Recuperado en 15 de marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013&lng=es&tln=es.
- Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, [S.l.], Vol. 27, Núm. 5, pág. 438- 453 | ISSN 1606-7916. Recuperado de en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422>
- Flores-Sandí, G. (2012). Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta Médica Costarricense*, 54(3), 181-188. Retrieved March 15, 2020, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300010&lng=en&tln=es.
- Hirmas Aday, M; Pofflad Angulo, L; Jasmén Sepulveda, AM; Aguilera Sanhueza, X; Delgado Becerra, I; Vega Morales, J;. (2013). Health care Access Barriers and facilitators: A

- qualitative Systematic Review. *Rev PANAM Salud Publica*, mar 33(3) 223-9.
- INDEC (2010). Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Censo Nacional Población Hogares y Vivienda. Recuperado de [https:// www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135). Consultado 26 de noviembre de 2019
- Landini, F; Cowes, V; Damore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 231-244. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000200231&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 15 marzo 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>.
- Ministerio de Salud de la Nación El gasto en salud representó el 9,4 por ciento del PBI en el año 2017. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gasto-en-salud-represento-el-94-por-ciento-del-pbi-en-el-ano-2017>
- Ramírez, M.L. (2003). Cálculo de medidas de accesibilidad geográfica, temporal y económica generadas mediante sistemas de información geográfica. Primer congreso de la ciencia cartográfica y VIII semana Nacional de cartografía, Buenos Aires.
- Moro, J. (2012). Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local. *Heterogeneidad y fragmentación del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Moseley M. (1979). *Accessibility: the rural challenge*. Londres: Methuen and Co. Ltd.
- Observatorio Universidad Nacional General Sarmiento, 24 partidos del Conurbano Bonaerense, Ciudad Autónoma de

- Buenos Aires y total país. Años 2003-2018; Equipo Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO/UNGS). Elaboración propia con base a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), INDEC.2019. Recuperado de <http://observatoriocounurbano.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/399-Poblacion-sin-cobertura-de-salud.pdf>
- OMS 2017 Educación para la Salud. Salud como derecho. http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/educacion_salud/la_salud_como_derecho.html
- OMS 2019 Atención Primaria. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- OPS, (2012) Declaración Alma ATA: Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS Inequidades y Barreras en los sistemas de salud https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017?post_type=post_t_es&p=312&lang=es
- OPS/OMS- PNUD-CEPAL, (2011) Aportes para el Desarrollo Humano en la Argentina. http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_aportesdesarrollo.pdf
- Peranovich, A.C. (2017). *Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús ISSN 1669-2381 | EISSN 1851-8265 | doi: 10.18294
- Sanchez Torres D.A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. Vol. 55, Num 1:82-9
- Stolkiner, A. (2009). El sector salud en la Argentina: ¿qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001? Documento presentado en XV Conference of internacional association of health policy XXVIII annual meeting on public health services debate. Health and Global Crisis, Toledo (Spain), September 24 to 26.

- Stolkiner, A.; Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, Ro., (2006). *El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y Servicios*. Secretaría de investigaciones, anuario de investigaciones, volumen XIV. Facultad de Psicología. UBA,
- Secretaría de Ciencia y Tecnología y Dto. de Cs. Económicas, (2019). La cuestión social al comienzo del siglo XXI. La Matanza 2017-2019. Recuperado de https://observatorio_social.unlam.edu.ar/descargas/19_sintesis_145.pdf
- Varela, B., Vinuesa, J. (2012). *Metrópolis. Dinámicas urbanas*. España: Ed electrónica
- Villarreal Ríos, E.; González Rocha, J.; Salinas Martínez, A. M.; Garza Elizondo, M.E.; Núñez Rocha, G.; Uribe Martínez, M.G. (2000). Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Monterrey Nuevo León México Atención Primaria*. Vol. 25. Núm. 7. pág. 475 - 479
- Wallace, S; Enriquez, H. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de EE. UU. *School of Public Health Care for Center Police Research* Vol 18. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(1), <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpsp/v10n1/5847.pdf>

SOBRE LOS AUTORES

Lourtau, Gabriela Marisa. Médica (UBA). Especialista en Clínica Quirúrgica, Economía y Gestión de la Salud y Salud Pública. Maestranda en Gestión de la Educación Superior y Doctoranda en Ciencias de la Salud. Jefa de Coordinación Sanitaria, Región V, Pcia. de Buenos Aires. Profesora universitaria-investigadora UNLaM. Coordinadora Carrera de Medicina hasta 2019. Secretaria Académica, Dpto. de Ciencias de la Salud (UNLaM).

Bianchi, Raúl Oscar. Licenciado en Administración (UNLP). Experticia en Sistemas de Salud Pública y Gestión de Establecimientos Asistenciales; Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Dirección Provincial de Hospitales; Formación de recursos humanos al personal en actividad y cargos de conducción. Docencia en grado y posgrado: UNLaM, ISALUD, UNLa.

Chauí, Jorge Alberto. Médico especialista en Nutrición. Posgrado en Salud Pública y Epidemiología. Maestría en Epidemiología (London School of Hygiene, Universidad de Londres). Diplomado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública (UBA). Docente e investigador en el Instituto de Epidemiología, Academia Nacional de Medicina hasta 2005. Profesor adjunto (UNLaM).

Elmo, Mario Hugo. Médico (UBA). Especialista en Pediatría. Maestrando en Salud Pública (UBA) y en Gestión de la Educación superior (UNLaM). Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Ex Secretario del Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria y Ex integrante de la Comisión

Directiva de la SAP. Profesor asociado (UNLaM). Vicedecano Dpto. de Ciencias de la Salud (UNLaM).

Giménez Prieto, Blanca. Licenciada en Relaciones Laborales (UNLaM). Maestranda en Políticas Sociales Urbanas (UNTREF). Asesora de asuntos académicos del Departamento de Ciencias de la Salud desde su creación en 2011. Responsable RRHH Hospital Dr. Rene Favaloro desde 2015. Docente e Investigadora en el Dpto. de Ciencias de la Salud (UNLaM).

Moyano, Daniela. Licenciada en Nutrición (UNC), Doctoranda en Ciencias Biomédicas (UCA), Magister en Salud Pública (UNC), Magister en Efectividad Clínica (UBA), Especialista en Políticas Públicas (UNC) y Diplomada en Derechos Sociales, Económicos y Culturales (UMET). Integrante del Programa de Liderazgo Latinoamericano de Nutrición (Programa LILANUT). Docente UNLaM.

Spinelli, Patricia Andrea María. Médica (UBA). Especialista en Terapia Intensiva de adultos. Maestranda en Salud Pública. Directora Nacional de Emergencias Sanitarias. Ex Directora de Emergencias de la Provincia de Buenos Aires. Docente Universitaria, Carrera de Medicina, Dpto. de Ciencias de la Salud (UNLaM).