

Revisando el papel del transporte y la movilidad en la gestión de políticas públicas sectoriales: el caso de la salud. Programa Interdisciplinario de la UBA en Transporte (PIUBAT)

Autor:

Gutiérrez, Andrea

Revista:

Revista Transporte y Territorio

2014, 10, 158-161



Artículo

Revisando el papel del transporte y la movilidad en la gestión de políticas públicas sectoriales: el caso de la salud. Programa Interdisciplinario de la UBA en Transporte (PIUBAT)*



Andrea Gutiérrez

CONICET, Programa Transporte y Territorio, Instituto de Geografía, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires

Resumen

El trabajo tiene como objetivo facilitar un abordaje intersectorial de políticas públicas y superar una restricción de enfoque sobre la movilidad respecto al ordenamiento territorial, subyacente a las diferentes políticas sectoriales en forma transversal (incluyendo la de transporte).

Para ello se revisa y elabora un marco conceptual original. El estudio de la movilidad a partir de la configuración material del territorio, esto es, a partir del uso u ocupación del suelo, conduce a interpretar la satisfacción de las necesidades o deseos que motivan el desplazamiento territorial de las personas según la llegada a los lugares donde se localizan las actividades o servicios (por ejemplo, se identifica el acceso a la salud con la accesibilidad entre el hogar y el hospital o “salita”, o el acceso a la educación con la accesibilidad entre el hogar y la escuela). Se obtiene como resultado una *Geografía de la Accesibilidad*, una *lectura cartográfica del viaje como nexo material entre lugares*. Buscando superar este sesgo material en la lectura del territorio, el trabajo estudia la movilidad a partir de la realización de actividades o servicios concretos (por ejemplo, controlar la salud materna o tener clases), y no de la llegada a lugares. Se obtiene como resultado una *Geografía del Acceso*, una *lectura biográfica del viaje como nexo material entre necesidades y servicios*. La complementación de ambos enfoques permite discernir entre la materialidad de la movilidad (y del transporte, como medio de desplazamiento) y su significado o sentido.

Para aplicar el marco conceptual se diseña una entrevista semiestructurada denominada historia de viaje, como herramienta metodológica para levantar datos en campo. El estudio del viaje como nexo material entre necesidades y servicios se organiza en el tiempo, como encadenamiento de momentos o etapas: una “pre viaje”, enfocada en su decisión y organización; otra “viaje”, enfocada en los medios y condiciones de transporte; y otra “pos viaje”, enfocada en el servicio o actividad fin del viaje. El diseño de la herramienta permite recoger e integrar información sobre aspectos del sujeto y su entorno material

*Difundimos este artículo breve que recibió el Premio al Mejor Trabajo Científico, otorgado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, el 8 de noviembre de 2013, en ocasión de la realización de la Jornada de los Programas Interdisciplinarios de la Universidad de Buenos Aires

(familiar, barrial, hábitos, arbitrajes, lugares conocidos, frecuentados, etc.). Y también recoger e integrar información sobre el transporte y los sectores del servicio o actividad de “destino”, a cuya concreción se orienta el viaje (salud, educación, etc.).

La evidencia y hallazgos obtenidos provienen de la aplicación del método a estudios de caso, combinando trabajo de campo con datos cuantitativos provenientes de estadísticas oficiales. Los presentados aquí refieren a la política de salud materna, caso desarrollado en dos etapas. Primero se estudiaron gestantes o puérperas de hasta 1 año de estratos bajos atendidas en la salud pública (31) y luego de estratos medios altos atendidas en la salud privada (21), en el Partido de Pilar.

Contexto: la integración de políticas como problema de gestión

La salud materna es el objetivo de desarrollo del milenio más lejos de ser alcanzado a nivel mundial. La meta en Argentina es reducir la mortalidad materna al 1,3‰ en 2015. En 2011 fue del 4‰ (y del 5,8‰ en Pilar). Es un resultado paradójico, pues se inscribe en un contexto de políticas públicas de avanzada y acordes con las estrategias internacionales, y de diagnósticos consensuados respecto a las causas y las intervenciones posibles. El transporte se recoge como parte de las barreras “geográficas” y económicas de acceso, y las demoras se destacan como claves en el tratamiento de complicaciones perinatales. Pero las intervenciones se enfocan en el sector salud, el transporte participa poco y como un anexo, agregado más que integrado al funcionamiento del sistema y sus servicios. La información espacial producida en la última década para evaluar problemas de acceso apunta a la localización y distancia entre maternidades, y a la disponibilidad de transportes y comunicaciones para organizar la referencia de urgencias y cuidados que parecen resolverse con un único viaje al médico, “origen-destino”. Esto es, una información sobre la Geografía de la Accesibilidad, una lectura cartográfica de la movilidad a partir del uso material del suelo, no de la concreción de servicios. En tanto, el Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009-2011 del Gobierno Nacional y su evaluación en 2012, siguen enfatizando la necesidad de acciones innovadoras, transversales al proceso de atención, y de la integración de políticas.

Hallazgos y evidencia

La Geografía del Acceso muestra que concretar un servicio de salud involucra una red de viajes funcionalmente unidos pero operativamente fragmentados entre diferentes días y lugares, así como desconexiones intersectoriales en la gestión de salud y transporte que interfieren en el acceso a políticas públicas universales, gratuitas, y basadas en la descentralización territorial de servicios.

La política de salud materna establece cinco controles prenatales en centros barriales de atención primaria y parto hospitalario, con acceso universal y gratuito en el sistema público. Los controles involucran un conjunto mínimo de servicios: exámenes clínicos (5), de laboratorio (3), ecografías (2), examen odontológico (1) y ginecológico (1). Si bien la salud pública invierte en centros de salud barriales buscando “proximidad” (accesibilidad “material” a los lugares), la organización de los servicios hace pasar a las madres por el hospital. En Pilar hay 24 centros barriales, la mitad con atención obstétrica. En ellos se realizan los exámenes clínicos pero sólo en tres, o en el hospital, los estudios complementarios. El 100% de las madres entrevistadas, atendidas en centros barriales, viaja como mínimo a dos y hasta 5 lugares distintos (fuera del barrio) para concretar los servicios del esquema de control.

La organización del sistema público de salud requiere asimismo una red de viajes para acceder a un servicio: viajes al centro de salud para obtener información, solicitar turnos, hacer el examen clínico, recibir la orden y entregar los resultados de estudios complementarios. Y viajes al hospital para solicitar turno, hacer y retirar los resultados de estudios complementarios. Los cinco controles prenatales requieren 27 viajes (ida) mínimo: 10 al centro de salud y 17 al hospital, sin complicaciones de salud de la embarazada, del servicio de transporte o de la atención médica. El 41% de los viajes son innecesarios, derivados de tramites (gestión de turnos o resultados). El viaje tipo al hospital entre las madres entrevistadas es de 18km (hasta 30), 60 minutos, combina caminata (por vialidad de tierra) y trasbordo (dos colectivos o colectivo y tren) y un presupuesto equivalente al diario en comida por persona para los hogares de las entrevistadas. El 80% de las madres menciona viajes inútiles al centro barrial u hospital, esto es, sin poder concretar el servicio (el 50% por problemas del servicio de salud –ausencias, cambios de días u horarios de atención, paros - y 28% por problemas del servicio de salud y de transporte – irregularidad, cambio de recorrido, suspensión de servicio-). El 50% de las madres atendidas en centros barriales paga ecografías en servicios privados: el gasto se compensa por la adición de viajes que requiere el servicio en la salud pública, y de pasajes para hacerlo en compañía de la pareja, sumado a restricciones de horarios, demoras en la obtención de turnos, indisponibilidad de la imagen impresa para compartir con familiares y poca explicación sobre el bebé.

Medir la intervención de la movilidad en los resultados de la política de salud materna es difícil, pero es posible interpretarlos mejor. Se recoge la siguiente evidencia entre las madres entrevistadas atendidas en la salud pública: el 100% hace un esquema incompleto de control; el 21% menciona haber dejado controles, siendo la lluvia el motivo dominante (71%); el 100% de las madres con embarazos de riesgo hace controles en lugares inadecuados (todos o alguno); el 50% menciona urgencias (35% por demoras en la atención del parto hospitalario y 65% por complicaciones prenatales prevenibles o tratables); el 100% de las madres con escolaridad incompleta (primaria o secundaria) abandona el estudio, y el 100% de las que trabajan fuera del hogar dejan el empleo.

En tanto, la organización del sistema privado de salud permite pasar por un único lugar para realizar los servicios del control prenatal. El 76% de las madres entrevistadas viaja a un único lugar (el 24% restante elige hacer los exámenes clínicos en el consultorio particular del obstetra). El viaje tipo es de 21km, 30 minutos, directo, en auto o remis. Asimismo, la organización del sistema no requiere una red de viajes para realizar un servicio. Los estudios complementarios no adicionan viajes al propio del examen clínico y se eliminan los viajes innecesarios. Un 24% menciona viajes inútiles (60% por problemas de transporte) y un 33% viajes inútiles evitados (pospuestos y reprogramados por teléfono). El 100% de las madres entrevistadas supera los controles del esquema prenatal y no hay mención de urgencias (excepto una por complicación prenatal).

Conclusiones

Mejorar la cantidad y calidad de los controles de salud, la accesibilidad al sistema y sus servicios, calificar los recursos humanos, proveer insumos y equipamiento suficientes, articular acciones sectoriales y políticas intersectoriales brindando una atención continua e integral, son lineamientos de la política pública de salud. Todos involucran movilidad y necesitan transporte. La Geografía del Acceso apunta a capturar mejor la vinculación del transporte y la movilidad con las distintas políticas sectoriales.

La Geografía del Acceso es singular para los diferentes servicios, bienes o actividades de cada política pública, variando conforme a su gestión sectorial, en interacción con

las condiciones de transporte. Asimismo, es singular a los diferentes grupos sociales y expresa un balance complejo entre preferencias y limitaciones bajo condiciones diferenciales. Poder capturar y mensurar esto es el aporte principal del trabajo.

La movilidad detrás del acceso a un servicio no es un nexo lineal entre lugares, “origen – destino”. El acceso es un proceso de movilidad en el territorio que describe redes, no por encadenamiento de viajes a distintos servicios, sino a un mismo y único servicio. La Geografía del Acceso traza gráficas distintas a las comúnmente estudiadas en el campo del transporte y exportadas a las distintas políticas sectoriales. La lectura cartográfica de la movilidad como nexo entre lugares sub-registra su peso (y el del transporte) en el funcionamiento de las políticas públicas. Puede encubrir asimismo una proximidad ineficaz. Finalmente, capturar los viajes por servicio evidencia no sólo aquellos de las personas sino también de los recursos humanos y materiales involucrados en su prestación.

En síntesis, el trabajo aporta a evidenciar la intervención de la movilidad en el acceso a bienes, servicios o actividades, a redimensionar su peso de manera más acorde a la realidad experimentada por las personas, y a hacerlo a través de las distintas políticas públicas sectoriales. La movilidad puede ser incluida como dimensión de análisis para la gestión y evaluación de políticas sectoriales ajenas al transporte.

Recomendaciones

Es posible mejorar el acceso a la salud materna mediante acciones simples, a bajo costo, corto plazo y recogiendo información a nivel local sobre la movilidad a los servicios.

Se recomiendan medidas como: abreviar y agilizar la organización de los servicios del sistema público de salud; mejorar la comunicación de requisitos, procedimientos, suspensiones y/o modificaciones de la atención, a través de las trabajadoras sociales, escuelas, radios locales y/o telefonía celular; coordinar con las autoridades locales de transporte horarios de prestación y ubicación de paradas respecto a los hospitales y centros de salud; mejorar la información y cumplimiento de los servicios programados de transporte mediante tecnologías de telecomunicación disponibles y/o telefonía celular; señalar calles y casas para facilitar servicios domiciliarios de transporte en urgencias y partos (ambulancias o remises), gestionar colaboración técnica ante autoridades provinciales o la universidad pública para definir una red barrial e inter barrial prioritaria, con alternativas de manejo de la vialidad de tierra, y organizar el ordenamiento territorial de servicios asociados a dicha red prioritaria.

Los resultados y recomendaciones del trabajo se difunden en publicaciones académicas y reuniones científicas (de salud y transporte). Se realizan asimismo 5 audiovisuales (subidos a la plataforma 2.0 Comunidad UBA) y otros 5 están en elaboración. El trabajo obtuvo apoyo de financiamientos nacionales e internacionales, y está siendo adoptado por otros estudios. Se crea el Grupo MoVida <https://www.facebook.com/emovida>

Andrea Gutiérrez / angutz@gmail.com

Licenciada y Doctora en Geografía de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigadora CONICET y docente del Departamento de Geografía (UBA). Coordinadora del Programa Transporte y Territorio del Instituto de Geografía (UBA), y directora de sus distintos Proyectos UBACyT desde 2008.