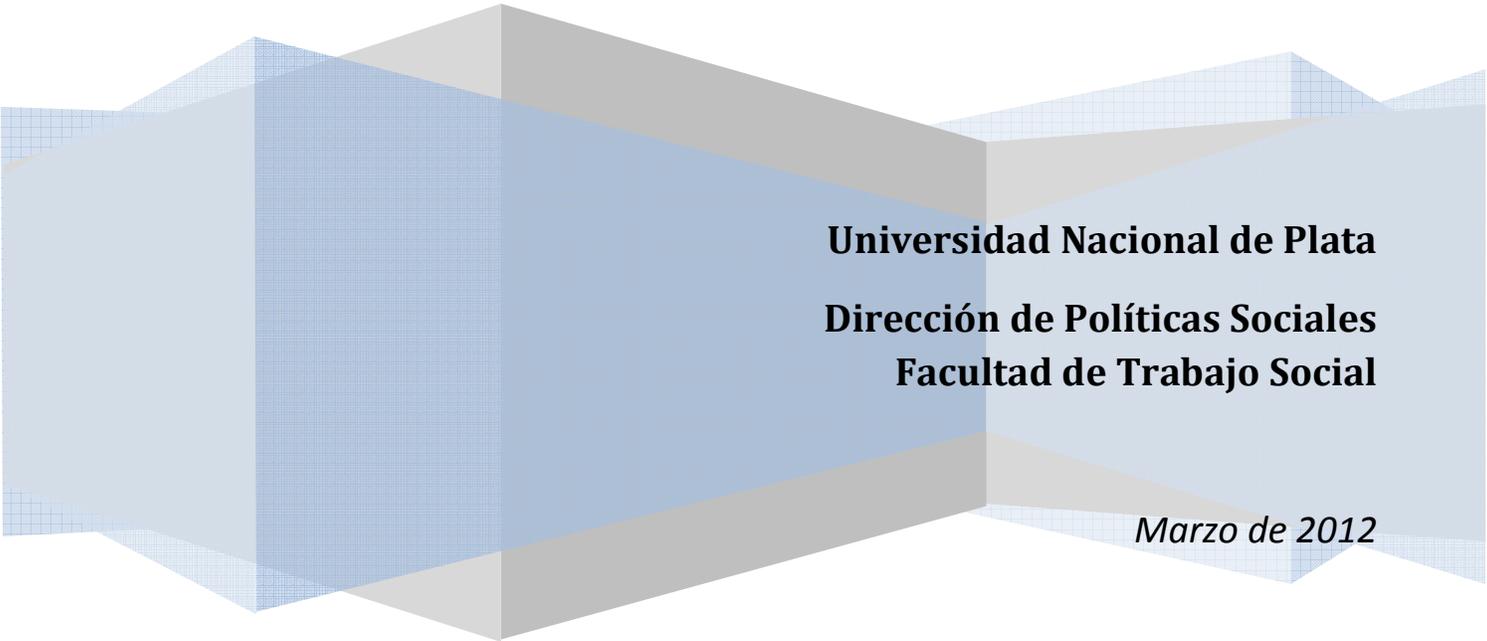


*ACCESIBILIDAD A TURNOS AMBULATORIOS
EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES*

Informe Final



**Universidad Nacional de Plata
Dirección de Políticas Sociales
Facultad de Trabajo Social**

Marzo de 2012

Coordinador/Responsable: Mg. Mariano Barberena

Equipo técnico:

Lic. Virginia Terzaghi (Lic. en Trabajo Social)

Dra. Liliana Romero (Médica Tocoginecóloga)

Mariela Medina (Socióloga)

Colaboradoras:

Claudia Lugano (Licenciada en Trabajo Social)

Alejandra Wagner (Licenciada en Trabajo Social)

Expertos consultados:

María Teresa Poccioni (Lic. en Periodismo y Comunicación Social)

Sergio Perdoni (Lic. en Geografía)

Colaboraciones en Trabajo de Campo

Realizaron las encuestas a usuarios:

Lic. Sonia Sanchez (Hospital de Pergamino)

Lic. Paula Maneiro (Hospital de Alte Brown, Berazategui, Florencio Varela)

Lic. Natalia Torres (Hospitales de Mar del Plata y Penna de Bahía Blanca)

Estudiante avanzada Eugenia Castaño y Lic. Estrella Corigliano (Hospitales de La Plata)

Lic. Carlos Aguirre (Hospital de La Matanza)

Carga de Datos:

Cecilia Molina

Unidad Ejecutora del Convenio: Dirección General de Políticas Sociales
UNLP

Lic. Mercedes Iparraguirre (Directora de Gestión de Políticas Sociales)

Lic. Mariela Tramontini (Responsable técnica/administrativa)

El documento que se presenta a continuación pretende cumplir con dos finalidades complementarias entre sí: producir conocimiento sobre un área de interés para la salud pública provincial y la sistematización de información como insumo que permita al Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires contar con un análisis de los procesos de gestión de las organizaciones públicas sobre las que los ciudadanos realizan reclamos y/o consultas en el marco de las competencias de defensa de sus derechos.

La investigación “Accesibilidad a hospitales públicos” realizada durante el período enero 2011 a febrero 2012, permite que quien la lea identifique las dificultades y problemas más frecuentes con los que se encuentran no solo los ciudadanos, sino también quienes gestionan cotidianamente esas instituciones de salud. El acceso a la salud es un derecho, pero también supone que quienes trabajan en sostenerlo desde los diferentes espacios institucionales, comprendan que los procesos mediante los cuales se intentan garantizar son complejos, interdependientes y requieren de miradas y abordajes que den cuenta de esa característica de complejidad.

En este sentido es que la investigación se enmarca en una concepción de política pública que encuentra a la universidad y al estado provincial en este caso en un escenario de coordinación constante de acciones.

El acuerdo institucional entre la UNLP y el Defensor del Pueblo para la concreción de la presente investigación, dice en sus considerandos que “las quejas recibidas por la Defensoría permiten determinar áreas que requieren de indagaciones rigurosas para enriquecer la sistematización y el análisis de los datos obtenidos”.

De esta manera la tarea de indagación traspasa el objetivo de producción de conocimiento y avanza en cumplir con una función institucional y social que coloca a la universidad pública en un rol de acompañamiento de los procesos de implementación de las políticas.

El análisis riguroso de los mismos permite interpelar a los problemas que atraviesan el quehacer cotidiano de las organizaciones públicas y su vinculación con la ciudadanía, generando insumo de calidad para que el Defensor pueda incorporar ese análisis en el dictamen con sus recomendaciones a cada jurisdicción. La protección y cumplimiento de los derechos ciudadanos es abordada entonces, con datos empíricos y el procesamiento de perspectivas multiactorales sistematizadas en este caso desde la universidad pública, sobre los cuales los equipos técnicos y profesionales del Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires podrán trabajar en función de las quejas y pedidos de información recibidos por los ciudadanos de la provincia.

Esta experiencia representa entonces una oportunidad de cogestión del conocimiento que pretende influir positivamente en la calidad de la gestión y una mejor atención de salud y garantía de los derechos de quienes habitamos el suelo bonaerense.

Mgter Mariano Barberena

Coordinador equipo de investigación

Mgter Maria Bonicatto

Directora Políticas Sociales UNLP

Índice

1. Introducción	Pág. 5
2. Características Generales del Estudio	Pág. 6
2.1. Problema.....	Pág. 6
2.2. Objetivos.....	Pág. 8
2.3. Referencias conceptuales.....	Pág. 8
2.4. Metodología.....	Pág. 10
2.5. Trabajo de Campo.....	Pág. 11
3. Resultados y análisis preliminar de las Entrevistas	Pág. 13
3.1. Comentarios generales.....	Pág. 13
3.2. Ejes estratégicos.....	Pág. 14
3.3. Algunos aportes desde y para la gestión.....	Pág. 21
4. Resultados y análisis preliminar del Relevamiento Institucional	Pág. 22
4.1. Comentarios generales.....	Pág. 22
4.2. Sistemas de administración de turnos.....	Pág. 23
4.3. La implementación de turnos telefónicos.....	Pág. 23
4.4. Nudos críticos relevados.....	Pág. 24
5. Resultados y análisis preliminar de las Encuestas a Usuarios	Pág. 25
5.1. Comentarios generales.....	Pág. 25
5.2. Características de la población encuestada.....	Pág. 26
5.3. Algunos hallazgos relevantes respecto de los objetivos centrales del presente estudio	Pág. 32
6. Otras aproximaciones realizadas	Pág. 44
6.1. Accesibilidad y Regionalización: los traslados de población del interior, el caso de las combis municipales.....	Pág. 44
6.2. Accesibilidad y Señalética: la señalización como indicador de calidad en los Hospitales.....	Pág. 46
6.3. Accesibilidad geográfica a Hospitales Públicos.....	Pág. 53
7. Comentarios finales	Pág. 98
8. Bibliografía	Pág. 101
9. Anexos	Pág. 103
9.1. Anexo I (Instrumentos).....	Pág. 104
9.2. Anexo II (Resultados encuestas, por hospital).....	Pág. 119
9.2. Anexo III (Mapas, complemento estudio accesibilidad geográfica).....	Pág. 183

1. Introducción:

Para realizar controles de salud o consultas ambulatorias que no requieren de una atención de urgencia, es recomendable no acudir a una guardia para ser atendido/a, sino a una consulta ambulatoria con un clínico o con el profesional de la especialidad que corresponda. No obstante, en muchas oportunidades la población enfrenta dificultades para acceder a los turnos ambulatorios y recurre a los Servicios de Emergencia o Guardias para la atención de su problema, aun sin presentar una urgencia. En algunos casos, incluso, desiste de realizar el control o la consulta que necesita.

La Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires ha recibido quejas relacionadas con la dificultad de conseguir turnos ambulatorios en algunos hospitales y/o con el deficitario funcionamiento del sistema de dación de turnos telefónicos (recientemente instaurado en muchos de estos efectores).

La actual gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dentro del decálogo de políticas planteadas, se ha propuesto poner en marcha un Modelo de Gestión Centralizada de Pacientes, apuntando a un universo de 77 Hospitales Públicos Provinciales.

Este modelo plantea diferentes estrategias como la de agenda centralizada y la de turnos telefónicos, buscando una organización racional de la demanda, para lo cual centra su análisis en el seguimiento del flujo de la misma.

Hacia mediados del año 2010, cerca de 60 Hospitales Provinciales comenzaron a instrumentar la modalidad de turnos telefónicos para las consultas ambulatorias, con el objeto de facilitar y agilizar el acceso¹. No obstante, sea por deficiencias propias de la organización del sistema o por la no consideración de otros componentes no previstos al momento de su puesta en marcha, en muchos casos esto no sucede y las personas encuentran serios obstáculos para acceder a la atención. Incluso no siempre existe la alternativa de gestionar el turno de otro modo, toda vez que la vía telefónica no logra concretarse.

Teniendo en cuenta este mapa preliminar, el presente estudio se propone precisar y profundizar en torno al conjunto de obstáculos y dificultades que condicionan el acceso a la atención ambulatoria en Hospitales Públicos, considerando para ello dos modalidades de abordaje: la primera consiste en una descripción del sistema de gestión de turnos para servicios ambulatorios (con énfasis en la atención materno-infantil), y su funcionamiento en cada Hospital seleccionado, lo que definiremos como la oferta actual; la segunda, supone recuperar la perspectiva del usuario sobre la accesibilidad a los turnos ambulatorios, aspectos referidos a las prácticas que se ponen en juego en la utilización del sistema de salud, y el nivel de conocimiento de las modalidades de acceso a turnos.

Este último abordaje se propone también, una aproximación a las situaciones padecidas por población que no accede a la atención ambulatoria, eje de análisis que excede el presente estudio y sobre el cual entendemos prioritario profundizar las indagaciones en una segunda etapa.

2. Características generales del Estudio

2.1. Recorte y antecedentes del problema:

¹ Cabe aclarar que algunos ya habían comenzado a implementar esta modalidad en instancias previas.

La problemática de acceso a la atención hospitalaria no se erige en una cuestión novedosa en el territorio bonaerense. La misma ha sido abordada en numerosas oportunidades, tanto desde el campo de la investigación (Chiara M. y otros, 2010; Aveni y Ares, 2008; Grunfeld V. y otros, 2010); como en materia de políticas del sector específicamente orientadas al tratamiento del tema a nivel provincial, regional y municipal.

Realizado un primer relevamiento de documentos institucionales pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, puede observarse la referencia al tema en diversos documentos de Programas Sanitarios y/o Proyectos orientados a la accesibilidad a la atención de la población materno infantil (*PROMIN, Programa Materno Infantil, Proyecto de Fortalecimiento de Referencia y Contrarreferencia, Seguro Público de Salud, Tu turno en el Barrio, Plan Nacer, etc.*).

Asimismo, la cuestión del acceso a la atención hospitalaria propiamente dicha, ha sido objeto de análisis y toma de decisiones en numerosas jornadas institucionales (Consejos Regionales de Salud), y en planes estratégicos realizados en hospitales públicos provinciales durante los últimos años².

A principios del 2006, la Subsecretaría de Salud de la Provincia realizó en conjunto con OPS/OMS Argentina, un proceso de evaluación las Funciones Esenciales en Salud Pública. En dicha oportunidad, los valores mas bajos estuvieron ligados a la Función 7, referida precisamente al acceso equitativo de la población a los servicios de salud³. Entre las explicaciones con las que el propio sector sustentaba las razones de esta evaluación tan desfavorable, se asumía que no se lograban encontrar mecanismos de apoyo para propiciar el acceso de los sectores mas excluidos y no se contaba con suficiente personal especializado capaz de dar cuenta de las barreras de acceso y mejorar la utilización de los mismos.

Las problemáticas relacionadas con la accesibilidad cobraron así particular peso en la agenda del sector durante el año 2006, momento en que el Ministerio de Salud puso en marcha el Programa de Mejora de Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos (PMAC).

Constituido en un de los cuatro ejes estratégicos de la Agenda Provincial de Salud 2006/2007, el PMAC centró su accionar en “*optimizar el acceso y circulación de los usuarios de servicios públicos de salud*”, al tiempo que se propuso avanzar en el desarrollo de condiciones propicias para que los trabajadores de dichas instituciones se involucraran activamente en la transformación del modelo de atención según esta lógica⁴.

En ese marco, en distintas oportunidades se aplicaron encuestas a usuarios en más de 40 hospitales provinciales, indagando sobre cuestiones referidas a: *accesibilidad, calidad de la información que se brinda, demora en la obtención de turnos para la atención, y tiempo de espera para ser atendidos*⁵. Asimismo, se realizó un abordaje cualitativo consistente en una

²Planes Estratégicos de los Hospitales: San Roque, de Gonnet (1999); Evita Pueblo, de Berazategui (2000); El Cruce, de Florencio Varela (2010); etc.

³ Para mayores detalles :<http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/fesp/FESP2006.pdf>

⁴Mas información en: http://www.ms.gba.gov.ar/programas/atencionComunidad/docs/Programa_Mejora_Publicac.pdf

⁵ Las encuestas se implementaron en dos oportunidades: la primera entre los meses de abril y julio de 2006 y la segunda entre octubre de 2006 y abril de 2007. En el primer relevamiento se encuestaron usuarios de 44 hospitales elegidos en base

observación de usuarios seleccionados al azar, desde el momento que ingresaban al hospital, acompañándolos en las distintas instancias de su recorrido hasta que recibieran atención (transcurso durante el cual se procedía a entrevistarlos).

Entre los resultados de estas observaciones, efectuadas en distintos hospitales del conurbano bonaerense, se relevó que el sistema de acceso a turnos no era homogéneo entre los hospitales (lo cual ocasionaba confusión y malos entendidos). Similar situación de diversidad, se observó incluso entre servicios de un mismo Hospital.

Por otra parte, se relevó que a pesar de que en algunos servicios existían posibilidades de obtener turnos con anticipación o ser atendidos en el día, en otros la cantidad de turnos que se otorgaban era muy limitada, exigiendo a los usuarios permanecer en el hospital durante la mayor parte del día⁶.

En junio del año 2010, el Ministerio de Salud Provincial impulsó una política orientada a implementar en todos los Hospitales Provinciales el sistema integral de turnos telefónicos gratuitos para la atención ambulatoria. Según el Ministro, el principal propósito de la iniciativa apostaba a que no haya más colas para obtención de turnos en los Hospitales Públicos⁷. Inicialmente se estimaba instalar una misma línea para todo el territorio, aunque luego se fueron adoptando modalidades intermedias conforme a posibilidades y capacidad instalada en los distintos hospitales.

Como podemos ver, el problema de la accesibilidad a la atención ambulatoria no resulta simple ni novedoso en el campo de la salud pública; tampoco resulta una situación exclusiva de un territorio, jurisdicción o un nivel de atención. Las medidas gubernamentales tendientes a darle respuesta han sido -en general- parciales y/o discontinuas, con las consabidas dificultades que esto ha significado para la población usuaria (sobre todo para quienes históricamente se encuentran en situación de desventaja en términos de ejercicio de derechos).

Mucho se ha escrito desde el sanitarismo y desde las ciencias sociales acerca de las desigualdades respecto del riesgo de enfermarse y de morir según el sector social que se integre, y/o según las oportunidades y beneficios a los cuales se tenga acceso. Muchas son las complicaciones y consecuencias negativas que trae aparejado el hecho de no ser atendido de manera oportuna cuando se padece una dolencia o se manifiesta una patología en su etapa aguda. Esta y otras razones son las que permiten inferir la relevancia de abordar este problema desde un enfoque explicativo-analítico, que no se agote en la caracterización del problema en sí mismo, sino que aporte a la retroalimentación de las intervenciones realizadas y avance en la identificación de nuevos componentes propositivos.

2.2 Objetivos

Objetivo General

Identificar, caracterizar y analizar las dificultades que actualmente obstaculizan el acceso a la atención materno-infantil ambulatoria y a otros servicios con altísima incidencia en la atención de patologías prevalentes en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires

a la cantidad de consultas, superando todos las 100.000 consultas anuales. En el segundo, se hizo lugar al pedido de algunos directores de hospitales con menor cantidad de consultas.

⁶ En el documento del PMAC se alude a una señora que manifestó permanecer en el Hospital durante 24 hs. para lograr un turno.

⁷ Gacetilla de prensa, página del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos

1. Describir las distintas modalidades actualmente existentes para el acceso a la atención ambulatoria en las especialidades de pediatría, ginecología, obstetricia, clínica médica, cardiología y otras que surjan de las entrevistas de campo, considerando hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires.
2. Identificar y caracterizar los nudos críticos existentes en la provisión de turnos para consultas de este tipo, a efectos de mapear las barreras de acceso y recuperar las explicaciones que con respecto a estos temas tienen tanto los *usuarios* (efectivos y potenciales) como los *trabajadores* de las áreas directamente implicadas e informantes claves con experiencia en el sector
3. Describir y analizar el sistema de gestión de turnos que desarrollaron hospitales públicos reconocidos como experiencias exitosas en materia de acceso a la atención ambulatoria a nivel provincial.
4. Procesar y analizar la información relevada con énfasis en la formulación de recomendaciones orientadas a fortalecer las políticas del sector respecto de la accesibilidad a la atención ambulatoria, considerando intervenciones de corto, mediano y largo plazo

2.3. Referencias conceptuales

El proyecto se enmarca en el concepto de accesibilidad desde la perspectiva relacional entre población y servicios. Pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos, en tanto éstos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los mismos (Comes y otros, 2008).

Históricamente las investigaciones realizadas sobre accesibilidad a servicios de salud han analizado diferentes dimensiones de la misma. Entre las dimensiones de accesibilidad que orientaron el presente estudio se destacan Geográfica, Económica, Organizacional y Cultural o Simbólica, y Jurídica, a saber:

Geográfica: se trata de una accesibilidad que se mide por la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, por lo tanto por un lado se analiza la distribución y la localización de los servicios, según sea la distancia que la separa y las dificultades que enfrente la población para llegar a ellos. En este sentido concluye F. Ferrara diciendo que

“la población asienta en determinado lugar geográfico; generalmente los que más necesitan de los bienes y servicios sanitarios son aquellos que menos han podido elegir su destino geográfico. Habitan donde pueden y precisamente allí es donde no están o están muy lejos los recursos de salud. Esta es la experiencia histórica más clara y terminante” (Ferrara, 1985).

En esta investigación se pretende complejizar esta dimensión de análisis incorporando por un lado, la distancia a los servicios de salud de los diferentes barrios, y por otro los medios de transporte para el acceso y el tiempo destinado diferenciando si es de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales.

Esta dimensión implica pensar lo territorial desde un sentido que incluye lo cultural, la pertenencia, la idea de “mi barrio”, por lo tanto será abordado tanto en la dimensión geográfica como la cultural.

Económica: en esta dimensión se hace hincapié en la gratuidad como factor constitutivo del derecho a la salud. Sin embargo, sabemos que los cambios sufridos en las últimas décadas han generado una mayor intromisión del mercado en el acceso a los servicios de salud. Esto se estudiará desde el vínculo entre la capacidad adquisitiva de la población frente al arancelamiento que se expresa de manera explícita o encubierta, a los costos de medicamentos, estudios, traslados (costo de bolsillo). Asimismo resulta relevante estudiar los gastos asociados, habitualmente no contemplados: si tuvo que pagar personal que cuide los niños, el costo de las tareas de las que tuvo que delegar y/o los ingresos que dejó de obtener en el caso de trabajadores cuentapropistas.

Organizacional: esta dimensión aborda las estrategias político institucionales de los servicios de salud que refieren a la modalidad y sistemas de organización y administración de turnos, oferta de franja horaria, días de atención y circuitos dentro del sistema, si son directos o requieren pasos previos, si los trámites son personales o pueden realizarlo terceras personas, si hay modalidad de turnos telefónicos. Por lo tanto, se estudiará cuales de estos aspectos se constituyen en barreras a la accesibilidad a los servicios de salud, así como aquellas experiencias institucionales exitosas que hayan generado modificaciones positivas en este sentido.

Cultural o simbólica: en esta dimensión se estudia la percepción de las personas y la implicancia que esto tiene en las elecciones que realiza en relación al lugar de atención. Esto incluye el prestigio de las instituciones, la tradición de respuestas que ha tenido en su historia. Por otra parte se considerará cómo entra en juego la capacidad de entender y hacerse entender de las personas en el diálogo con los efectores de salud para el acceso a los servicios. Siguiendo a Álvarez Sintés (2001), la accesibilidad cultural se refiere a la posibilidad de la comunidad de acceder a los servicios de salud en espacios capaces de comprender su lenguaje, sus raíces histórico-culturales, sus tradiciones y costumbres.

Por otra parte, tal como afirman algunas autoras (Comes, 2006) *“los Servicios de Salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos”*. Así entendida, la accesibilidad se constituye en una instancia profundamente interactiva, en la cual ambos componentes de la relación deben ser analizados y contemplados a la hora de orientar un proceso de toma de decisiones e implementación de nuevas prácticas.

En similar sentido, diversos documentos de organismos internacionales han comenzado a desarrollar la noción de *aceptabilidad*, entendida como prácticas institucionales culturalmente apropiadas y sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida, que contemplen el respeto a la confidencialidad (OPS/OMS, 2002).

Jurídica: en esta dimensión, desarrollada oportunamente por Ferrara (1985), se confrontan las declaraciones formales respecto del derecho a la salud, con los obstáculos y complicaciones que en el cotidiano se enfrentan los usuarios que intentan acceder a la asistencia o cobertura de programas preventivos.

En el mismo sentido, diversos organismos internacionales se han pronunciado al respecto. Un ejemplo concreto se encuentra en la publicación de OPS/OMS relativa a Salud y Derechos Humanos (2002), en la cual advierten que la constatación de la vigencia del derecho a la salud que rige en un Estado puede realizarse a través de la evaluación de criterios similares a los desarrollados en párrafos anteriores, aludiendo a la *disponibilidad* a establecimientos y programas, así como a la *no discriminación* y el *derecho a la información* (aspecto este último que no sólo se asocia al consentimiento informado, sino también a otros aspectos relativos a las lógicas institucionales, circuitos administrativos, asesoramiento y orientación intra-servicios).

Analizar la accesibilidad desde cada una de las dimensiones permite identificar barreras, pasibles de ser medidas. Por lo tanto nos proponemos estudiarlas y al mismo tiempo estudiar las propuestas que permitan superarlas.

Otras dimensiones que consideramos útil incorporar, refieren a dos tipos de accesibilidades, que necesariamente deben ser contempladas cada una en su especificidad y ambas en su interdependencia: nos referimos a la *accesibilidad inicial* (de primer contacto con el sistema, frente a determinado control de patología o urgencia), y la *accesibilidad ampliada* (vinculada a la continuidad de la asistencia en lo que refiere a consultas ulteriores, estudios complementarios, etc.) (Solitario y otros, 2006)

2.4 Metodología

La metodología a implementar complementará enfoques cuantitativos y cualitativos.

En el caso de técnicas cuantitativas, se aplicarán encuestas, considerando que las mismas posibilitan el relevamiento de información estandarizada y susceptible de ser procesada estadísticamente. Sin embargo, este tipo de instrumentos presenta algunas debilidades, tales como la inclusión de preguntas cerradas con alternativas fijas.

Se considera que por las características y los objetivos del presente estudio, los resultados provistos por las encuestas se complementarán con la aplicación de técnicas cualitativas.

Las metodologías cualitativas proponen aproximarse y comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores. Optando por ellas, la realidad que adquiere especial trascendencia al momento de la descripción y el análisis, es aquella que las personas involucradas perciben como *importante* (Bogdan y Taylor, 1987).

Las metodologías cualitativas proponen diseños flexibles, priorizan un razonamiento esencialmente *inductivo*. Suponen un esfuerzo deliberado por identificar temas, categorías y conceptos emergentes –y recurrentes- para luego elaborar hipótesis y supuestos que se irán generando y contrastando en el proceso de investigación.

Mediante la combinación de los resultados derivados de la aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas, se puede lograr una visión más comprehensiva de las expectativas, valoración y experiencias cotidianas de gestores y usuarios con relación a la accesibilidad a los servicios

sanitarios. En base a ello, se podrán desarrollar intervenciones factibles y adecuadas a cada contexto.

La estrategia metodológica incluye diferentes abordajes:

- Entrevistas a funcionarios e informantes clave
- Descripción institucional de acceso a turnos ambulatorios
- Encuesta a usuarios en los Hospitales.
- Estudios específicos:
 - *Sistemas de Combis Municipales* (Lobos; General Belgrano; González Chávez; Presidente Perón; Cañuelas y Chascomús)
 - *Accesibilidad y Señalética*
 - *Accesibilidad geográfica*

En este marco, se diseñaron y aplicaron los siguientes instrumentos (se adjuntan modelos en Anexo 1):

- Encuestas a población.
- Encuesta de relevamiento institucional
- Guión de entrevistas a funcionarios e informantes claves
- Encuesta de relevamiento de Combis Municipales

2.5. Trabajo de campo.

Se trabajó intensivamente sobre 12 hospitales, complementando el trabajo de campo con contactos con autoridades provinciales e informantes clave de regiones sanitarias y de otros hospitales públicos en los que se aplicaron el resto de los instrumentos.

La selección de los hospitales estuvo sujeta a criterios que combinaron la concentración de consultas; la cobertura de efectores relevantes de diferentes regiones sanitarias (capital de provincia, conurbano, interior); el señalamiento de algunos de estos casos como 'testigos' en materia de implementación de la modalidad de turnos telefónicos⁸, y la efectiva predisposición encontrada para recibirnos y colaborar con el presente estudio⁹.

⁸ Sugerencias relevadas en la entrevista con autoridades provinciales, ya sea por tratarse de efectores que presentaron resistencias iniciales a la propuesta, o servicios en donde existe mayor trayectoria en materia de organización del acceso a la atención ambulatoria.

⁹ Mas detalles relacionados con aspectos metodológicos del muestreo, ir a ítem 5.2, referido a comentarios generales sobre las encuestas.

Cuadro 1. *Hospitales Provinciales visitados según Región Sanitaria y tipo de trabajo de campo desarrollado*

Región Sanitaria	Hospital	Municipalidad	Encuestas realizadas	Entrevista a Funcionarios	Guía de Relevamiento institucional
Región Sanitaria I	Hosp. Interz. Gral. De Ag. Dr. J. Penna	Bahia Blanca	50	Si	Si
Región Sanitaria IV	Hosp. Interz. Gral. de Ag. San José	Pergamino	50	Si	Si
Región Sanitaria VI	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. Lucio Meléndez	Alte Brown	50	Si	Si
	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Evita Pueblo	Berazategui	50	Si	Si
	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Mi Pueblo	Florencio Varela	50	Si	Si
	Hosp. Interz. Gral. de Ag. Luisa C. de Gandulfo	Lomas de Zamora	No	Si	Parcial
Región Sanitaria VIII	Hosp. Interz. Esp. Mat. Infantil Don V. Tetamanti	Mar del Plata	50	Si	Si
	Hosp. Interzonal General de Agudos "Dr. O. Alende"	Mar del Plata	50	Si	Si
Región Sanitaria XI	Hosp. Interz. de Ag. y Crón. San Juan de Dios	La Plata	50	Si	Si
	Hosp. Zonal Gral. de Ag. San Roque	La Plata	50	Si	Si
	Hosp. Zonal Esp. Dr. Noel H. Sbarra	La Plata	50	Si	Si
Región Sanitaria XII	Hosp. Interz. Gral. de Ag. Dr. Paroissien	La Matanza	50	No	Parcial

Fuente: elaboración propia.

A esta cobertura de efectores, se sumaron otras entrevistas realizadas a informantes clave (funcionarios provinciales, ex funcionarios y referentes regionales). Asimismo, se reunieron evidencias de otros trabajos realizados por algunos integrantes de este equipo de investigación en relación al ámbito académico, sobre todo en lo que respecta al tratamiento de la accesibilidad desde la perspectiva de los usuarios¹⁰.

3. Resultados y análisis preliminar de las Entrevistas

3.1. Comentarios generales.

De las entrevistas realizadas nos proponemos identificar temas, categorías y conceptos emergentes que nos permiten elaborar algunas hipótesis y supuestos que alimentaran fundamentalmente las propuestas del estudio.

Se han entrevistado Directores y ex Directores de Hospital, un asesor de la Dirección Provincial de Hospitales, diferentes referentes de Regiones Sanitarias y Secretarios de Salud Municipales.

Las temáticas identificadas y las categorías no serán novedosas en el sentido de no conocidas, sin embargo planteamos consideraciones de las mismas que ayudan a comprender la problemática de los turnos ambulatorios.

3.2. Ejes estratégicos

Se desarrollan planteos en torno a cuatro ejes estratégicos identificados en las entrevistas; la agenda centralizada de turnos; la necesidad de mejorar la oferta; la articulación con los Centros de Atención Primaria de la Salud y consideraciones sobre los turnos telefónicos.

Agenda centralizada de turnos

Señala un asesor de la Dirección Provincial de Hospitales que la Agenda Centralizada es una condición necesaria para la organización de los turnos ambulatorios. La gestión centralizada del paciente y dentro de ella el turno telefónico como un ordenador de la demanda. *“El flujo de pacientes hoy es irracional”*, al decir de algunos funcionarios del sector. Se debe hacer un seguimiento del flujo de pacientes. Directores de Hospital han manifestado que en muchos casos la resistencia de los servicios es que al perder el control de la agenda, perciben que pierden la libertad. En muchos casos la oferta tiene que ver más con lo que le conviene a los trabajadores del Hospital. Sin embargo las realidades son muy variadas en los diferentes servicios. Donde ya estaba organizada, la línea telefónica funcionó enseguida. Esta es una debilidad que tienen muchos Hospitales, por ejemplo el Rossi que hay muchos servicios con

¹⁰ Nos referimos aquí al bagaje de información recolectado en investigaciones recientes, acreditadas por UNLP, así como en actividades de extensión universitaria. Por citar un caso, nos referimos al proyecto de investigación: *La Accesibilidad a los servicios sociales en los territorios de relegación de la Región Capital. Un estudio de casos a escala barrial (2010-2013)*.

agenda de turnos propia. Las formas de administración de los turnos van desde la administración precaria en un cuaderno, hasta sistemas y software especiales.

El estudio de la Matriz de la Oferta es sumamente complicado, es una matriz en permanente movimiento, "*pareciera vivo*".

Un tema a trabajar es el del 2do turno, la pregunta es si no debiera ser un esfuerzo organizativo del hospital y no que la persona tenga que ingresar nuevamente al sistema ya que se puede convertir en una barrera para la continuidad de algún tratamiento.

En algunos servicios esto funciona muy bien, por ejemplo en hematología (hospital San Juan de Dios, por ej.) donde el servicio tiene una secretaria y esta lo gestiona. Pero son pocos los servicios que tienen secretaria.

En el Hospital Penna la agenda de turnos está centralizada.

Otro tema a analizar es que si bien se pueden reducir los tiempos de espera para obtener el turno en muchos casos no se reduce el tiempo de espera de los profesionales, instancia que requiere avanzar sobre otros componentes del problema.

Necesidad de Mejorar la Oferta

Funcionamiento efectivo del Turno Vespertino

Los fundamentos que se esgrimen en la entrevistas se enmarcan en la necesidad de enriquecer la oferta hospitalaria que se considera como escasa frente a la demanda de la población. Una de las razones de mayor peso es la importancia para aprovechar la capacidad instalada que cuenta el Hospital, la cual es utilizada en forma intensa en el horario matutino y disminuye su intensidad o directamente no es aprovechada en el horario de tarde. Si bien en muchos casos el turno vespertino aparece como funcionando en lo formal, inclusive en las horas de contratación del personal, se trata de un problema complejo que ya ha sido abordado y que tiene diferentes implicancias. La disponibilidad de personal dispuesto a cubrir esta franja horaria es una de las dificultades que se han encontrado en los intentos por cubrirlo. Algunos de los entrevistados plantean que el multiempleo de los profesionales es el que dificulta el cumplimiento del horario y que el mismo no se puede analizar sin considerar el nivel de las remuneraciones que actualmente perciben. Por lo tanto las propuestas de bloqueo de título deben considerarse junto con las de una remuneración acorde. Sin duda la alternativa de bloqueo de título evita que el tiempo del hospital público compita con el del empleo privado.

Manifiestan algunos Directores de Hospital que un argumento que esgrimen los profesionales para resistirse a ofertar turno vespertino es que no hay en los usuarios una cultura vespertina de uso del Hospital. En el análisis de este argumento los entrevistados manifiestan que es necesario un tiempo para que la población pueda optar por un servicio que no esta dentro de la oferta tradicional. Varios casos desmienten este argumento siendo exitosas las ofertas de turno vespertino que son ofrecidas para algunos servicios.

Experiencias de algunos servicios del Hospital Gandulfo y del Hospital Noel Sbarra, entre otras, demuestran la factibilidad del turno vespertino. En el hospital Gandulfo tienen en turno vespertino: cardiología, oftalmología; neurología, traumatología, medicina general, pediatría; code pediátrico y code adultos.

En el Hospital Noel Sbarra hay un horario extendido que contempla la atención vespertina. Es un Hospital pediátrico que funciona de 8 a 20 hs. Al extender el horario se han reducido los tiempos de espera. Esta extensión se ha logrado por consenso con el personal con quien se ha organizado los tiempos de trabajo.

Es cierto que resulta complejo extrapolar experiencias por las particularidades de perfiles, trayectorias institucionales y requerimientos poblacionales, pero pareciera un factor clave el hecho de evaluar con atención en qué servicios conviene extender horarios, además de analizar el mapa zonal de oferta asistencial, a efectos de definir instancias complementarias.

Algunos Directores de Hospital ejemplifican que solo el 3% de la oferta está a la tarde, y señalan que en muchos casos la demanda de la población está acomodada a la oferta y comodidad de los profesionales. Una alternativa en la que manifiestan interés es en trabajar sobre la posibilidad de lo vespertino, en un horario que en principio abarque de 16 a 18 hs.

Uno de los temas a estudiar, que puede servir para una implementación gradual de turnos vespertinos es analizar aquellos servicios que los cuales hay un cuello de botella en la demanda. Un ejemplo puede ser el de Diagnóstico por imágenes, en el caso del Hospital San Juan de Dios.

No necesariamente vinculados con los turnos vespertinos, pero otros casos donde se pudieron identificar servicios en los que se cuenta con ofertas muy restringidas es en el Hospital Penna de Bahía Blanca son los de traumatología, gastroenterología, alergia y otorrinología en los que se cuenta solo de cinco a siete turnos por día. Otro caso crítico es el de las ergometrías de adultos que hay una oferta de solo veintiocho por mes. Los servicios que están en situación más crítica en el sentido de una demanda que no se puede satisfacer son: oftalmología; neumonología de adultos y para estudios

Esta oferta restringida en algunos casos se vincula a una oferta reducida de profesionales. En el caso de la zona de Bahía Blanca (RS I) hay un solo neurólogo infantil en toda la región, inclusive contemplando las provincias del sur y La Pampa; solo dos oftalmólogos y un otorrinolaringólogo.

Disponibilidad de Médicos para la atención de la Demanda Espontánea

Uno de los temas claves que se ha identificado en las experiencias que mejor han resuelto la atención de los turnos ambulatorios es el que disponen de un consultorio de atención médica abocado a la demanda espontánea. En la mayor parte de los casos estos consultorios son atendidos por médicos generalistas que atienden en conjunto entre setenta y cien pacientes diarios. Esto tiene la fortaleza de orientar la demanda espontánea, desde profesionales con capacidad de escuchar a las personas. Es una de las vías de entrada de la misma cuando el

turno ambulatorio no viene derivado de otro profesional, dado que en muchos casos la demanda original del paciente se inclina hacia un especialista.

Sin embargo, se observa que esta capacidad de respuesta ha sido construida en forma artesanal en el sentido de que dependió de la capacidad del hospital de captar recursos humanos médicos que ya estaban en el sistema, generalmente personal provincial de los CAPS. Es el caso de los consultorios denominados OIR en el Hospital San Roque de Gonnet y en el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela.

En el Hospital San Roque de Gonnet, estas oficinas funcionan desde el año 2006, son 6 médicos generalistas que atienden de 8 de la mañana a 17 hs aproximadamente, cubriendo 70 turnos diarios. Los lunes se hace mayor la demanda. El objetivo es descomprimir la guardia y ver al paciente por primera vez, aunque puede hacerle hasta dos citaciones. Ha ayudado mucho a ordenar la guardia y los consultorios externos.

En el caso del Hospital San Roque de Gonnet esta estrategia se combina con la Oficina de Atención del Usuario, allí se reciben los reclamos. Muchos los resuelven internamente con turnos y otros se dejan por escrito en un acta, y en un plazo perentorio el paciente recibe una respuesta (funciona con 2 personas). Es uno de los puntales, comenzó a funcionar previo a las áreas programáticas. La gestión de los reclamos, también esta inserta en el sistema de gestión de la calidad. El 70 % de los reclamos tiene que ver con los Servicios de Ginecología y Obstetricia. Sirve para revisar funcionamiento. Se va chequeando para que no se alarguen los tiempos.

En el Hospital Noel Sbarra de La Plata es central la organización de la recepción: hay dos personas que reciben, y derivan a cuatro administrativos que completan la historia clínica. Es una Historia Clínica Familiar y la persona recibe un papel con el número su historia y el teléfono del hospital.

Según datos de los que dispone esta institución, el ochenta por ciento de las personas que allí asisten cuentan con celular, en algunos casos se ha utilizado ese medio para comunicarse (por ejemplo suspensión de turno del fonoaudiólogo por enfermedad). Aquí aparece un tema que puede pensarse en términos de accesibilidad, se le pide a la persona o bien el número de HC o el nombre. Muchos por temor a que no los atiendan si es que no se acuerdan el número dicen que no lo tienen hecho. Aquí no se rechaza a nadie. Hay una cultura institucional muy importante de escritura en la HC.

Con respecto a la atención en números, diariamente se atienden 500 personas. Como suele pasar en el grupo materno infantil, esta cifra varía de acuerdo a la estacionalidad (sobre todo en Demanda Espontanea y Control de Niño Sano). En invierno el porcentaje es 70% demanda espontanea, y 30% turnos.

Una característica de este hospital es que la persona elige al médico. En ese sentido los turnos que se dan en Control del Niño Sano son generalmente para el mismo médico. La gente valora mucho que se registre todo su historia clínica En la entrevista remarcan la necesidad de personal administrativo para la confección de HC nuevas y búsqueda de HC ya existentes

Articulación con los Centros de Atención Primaria de la Salud

Entre los problemas típicos de articulación con los CAPS, podemos identificar la alta rotación del personal profesional de los CAPS, en muchos casos originada en las bajas remuneraciones y en las forma precarias de contratación que tienen algunos municipios como el de La Plata.

En este estudio proponemos algunas categorías que permitan a futuro un análisis entre los dos niveles de atención.

Una de las categorías que nos indican el grado de articulación logrado entre el Hospital y los CAPS del área programática es la cantidad de turnos disponibles y utilizados por los CAPS en el Hospital. Otra categoría es el grado de institucionalidad y consolidación observable en las planillas de derivación y de Referencia – Contrareferencia efectivamente utilizadas. Otra categoría es la de la cantidad de reuniones concretadas en el año entre el Hospital y los referentes de los CAPS así como también las temáticas de las mismas y los resultados comprobables de las acciones iniciadas. Otra categoría a considerar son las horas de trabajo entre los dos niveles y los mecanismos de adecuación ante los cambios de profesionales.

Una de las categorías que permite evaluar la productividad de la articulación es la de efectores que hayan logrado una mayor producción de determinados servicios, algunos servicios fácilmente comprobable son el de diagnóstico por imágenes; rayos y laboratorio.

Otro analizador para evaluar el peso de la articulación en el total de las consultas hospitalarias es el de porcentaje de turnos ambulatorios para los CAPS y casos en los que el propio hospital agota los turnos con la propia reconsulta.

Oficinas de referencia y Contrareferencia

La instalación de Oficinas de Referencia y Contrareferencia ha sido la estrategia de articulación que ha privilegiado la Región Sanitaria VI; se han desarrollado estas oficinas en el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela; en el Hospital Lucio Meléndez y en el Hospital Gandulfo, entre otros.

El caso del Hospital Gandulfo, evalúan que mejoró muchísimo la articulación desde que se instalaron las Oficinas de Referencia y Contrareferencia. Dicha oficina está compuesta por cinco personas; dos de provincia; dos sumadas por el hospital y dos del municipio. Se incorporó recientemente una persona de la UPA (de la Unidad de Pronta Atención) por lo cual se ha ganado en coordinación.

El funcionamiento de la Oficina es el siguiente: cuando una persona se atiende en los CAPS, los administrativos de los Centros llaman a la Oficina de RF y CRF, les pasan el listado de turnos que necesitan y las administrativas de esta dependencia consiguen los turnos y se los pasan. Cuando una persona estuvo internada, al momento del alta se le hace la conexión con el CAPS que le corresponde y se le da el turno.

El seguimiento en los casos de no concurrencia a los turnos se trabaja con las promotoras de salud para identificar el problema. Hay promotoras propias del Hospital, que llegaron a ser unas setenta, a las que luego se sumaron promotoras del Municipio. Este sistema se implementó en un principio con los bebés que se iban de alta de neonatología y maternidad. Se

trabajó así a partir de la política de Alta Conjunta ¹¹, que después en el Hospital se adoptó para el resto de las atenciones. Junto con estas altas se empezó a implementar el 'carnet rojo', que se entrega en el alta del recién nacido clasificado en situación de riesgo. El niño que llega con carnet rojo a cualquier servicio de salud pública de Lomas de Zamora debe ser atendido sí o sí. Sin turno y como prioridad uno. En resultados, "cuando se comenzó la gestión había un poco más de 16 por mil de TMI, y ahora no llega a 11". Eso también se hace con el IRAB, todo niño que pasa por esa instancia de internación abreviada es contrarreferenciado para seguimiento. Y si por alguna razón discontinúa la atención, esto se evidencia y los promotores activan la red.

En el caso del Hospital Penna se atienden entre cincuenta y sesenta turnos diarios para los CAPS, considerando un total de entre 250 y 800 turnos diarios hospitalarios, siendo el promedio de 450 turnos.

Articulación con médicos de cabecera de obras sociales (PAMI; PROFE; OS sindicales)

Una de las experiencias identificadas que ha favorecido la accesibilidad al sistema de salud ha sido el trabajo en el PAMI de Bahía Blanca. Se dio especialmente con los nuevos afiliados y en diálogo permanente con los diferentes centros.

El lema de gestión del PAMI de la Región Bahía Blanca fue el de remover obstáculos para mejorar la accesibilidad, y partieron de identificar problemas de accesibilidad en la utilización de la obra social PAMI, principalmente en aquellos jubilados que ingresaron a partir de la extensión de la cobertura previsional. Muchos casos no contaban con experiencia de utilización de obra social.

Se hicieron veintiún Centros de Informes, se capacitaron voluntarios. También se conformaron siete centros de PAMI en barrios periféricos, donde atiende un empleado de entre tres y cinco días de la semana. Estos empleados tienen la función de hacer asistencia pero además de salir a buscar la demanda oculta.

Se puso en práctica una estrategia de Talleres para ingreso de nuevos afiliados. En el momento de la inscripción, se les entrega una tarjeta y se les toma un teléfono. Se los llama para una reunión mensual. A esta reunión del promedio de entre 250 y 350 afiliaciones mensuales, concurren setenta afiliados. La reunión la presentaba el director de PAMI y se explicaba en una hora y media aproximadamente, la historia de PAMI, los servicios y prestaciones concretas de las que dispone el afiliado, etc. En las reuniones se planteaban gran cantidad de preguntas desde los nuevos afiliados, situaciones que orientaron la toma de decisiones en materia organizacional.

También trabajaron con los médicos y elaboraron un **Manual de Trámites para el Médico**, además de todas las explicaciones estaban las planillas de manera que el afiliado cuando consultaba pudiera irse con todo completo.

¹¹ **Alta Conjunta** fue una de las estrategias implementadas por el Ministerio de Salud en el marco del Plan Nacer y de la articulación con Maternidad e Infancia, allá por mediados del 2009 (dentro de batería para prevenir defunciones infantiles y mejorar la continuidad de la atención... 'accesibilidad ampliada', pa' nosotros)

Desde PAMI se hizo mucho trabajo comunitario, se hacia una reunión mensual con los dirigentes de los Centros de Jubilados. Además se visitaban Centros dos veces por semana para tomar nota de las preocupaciones/quejas de los afiliados.

Hay en Bahia Blanca 61 Centros de Jubilados y 117 centros de jubilados en toda la Región.

La discusión acerca del Área Programática: ¿Qué pasa con los hospitales Interzonales o los Especializados? Los límites del área como posible barrera

El vínculo de los hospitales con la comunidad toma particularidades de acuerdo al tipo de hospital que se trate, pero en algunos casos deben revisarse visiones muy arraigadas que impiden una mejor relación. Por ejemplo el HIGA San Martín tiene una escasísima relación con los CAPS; mucho se podría adjudicar a su carácter de Hospital Interzonal. Sin embargo, estudios demuestran que es altísimo el porcentaje de personas de la zona que concurren a dicho efector. Por esta visión arraigada de 'Interzonal', no se ha desarrollado un vínculo de coordinación con los CAPS, lo cual podría estar mejorando la accesibilidad a turnos ambulatorios entregados desde el primer nivel de atención.

Por ejemplo: en la maternidad hay entre los 2500 y los 3000 nacimientos anuales. Estos nacimientos son en su mayor porcentaje de la zona. Más allá de que existen otros servicios que son claramente interzonales, tales como el de oncología, hematología, etc.

Organización-gestión del turno telefónico

En las entrevistas con los Directores de Hospital se han identificado nudos críticos a tener en cuenta en la implementación de los turnos telefónicos, estos nudos críticos¹² hacen referencia a a) Recursos humanos b) espacio físico c) problemas técnicos de las líneas, a saber:

- a) Recursos humanos: debe ser un recurso calificado ya que orienta la demanda. Debe captar si hubo una consulta previa, si la persona ya consulto (por ejemplo en un CAPS o en un consultorio PAMI). En el Hospital San Roque de Gonnet se señala el riesgo de no captar una urgencia o una derivación incorrecta. En el Hospital Sbarra hacen hincapié en que en la consulta pediátrica es difícil de decodificar por lo cual el telefonista debe estar muy preparado, debe explicarse por lo que ellos denominan Turno Telefónico Explicado. La atención telefónica lleva entre cuatro o cinco minutos por turno dado. El criterio que debe tener el telefonista, en los hospitales estudiados, para los casos que nunca tuvieron consulta previa, no se les da turno en algunos Hospitales y en otros se les da para clínico aunque pidan turno con especialista.

El telefonista debe tener un régimen horario especial y a partir de allí calcular la necesidad de recurso humano para cubrir un turno (previendo licencias y sus reemplazos)

¹² Otros aspectos ligados a usuarios se suman en ítem 4.4 *Principales nudos críticos observados en relevamiento institucional.*

- b) Espacio físico: En las entrevistas señalan que según especialistas, el espacio necesario está estipulado en 1,5 m² por persona. En muchos casos los gabinetes de atención telefónica no lo alcanzan. Las categorías a observar son el espacio dedicado al área de turnos y el personal que esta dedicado a la tarea de atención. En cuanto al personal la exclusividad o no de su tarea es otro tema a considerar. Los cambios en los últimos tiempos (si es que ha habido ampliaciones o mejoras).

En el caso del Hospital San Juan de Dios, por ejemplo, se amplió el área de turnos y de una telefonista que había, ahora son tres personas y hay cuatro ventanillas para turnos presenciales (antes había sólo dos turneras). Se realizó una nueva organización del espacio. Antes en un mismo pasillo esperaba una embarazada y circulaba un paciente con lepra o patología infectocontagiosa. Inclusive la sala de espera todos miran al mismo lado para evitar contagios.

- c) Problemas técnicos de las líneas: en relación a las líneas rotativas se genera saturación y situación de línea ocupada constantemente; por otra parte, el 0800 no es gratuito para los teléfonos celulares. Por otra parte, en muchos efectores no hay disponibilidad de líneas para afectar a este tema por déficit estructural.

3.3. Algunos aportes desde y para la gestión

En la comunidad hospitalaria hay ideas en disputa, una de ellas refiere al paradigma de la Calidad, que fue muy fuerte en los 90'. El riesgo, según advierten algunos voceros, es que se tome acríticamente.

Una primera observación que se pueden hacer es que da lugar a la aparición de los 'expertos en calidad' en la mayoría de los casos externos a la organización. La segunda observación que se puede hacer es cuando se mezcla calidad con procesos de acreditación y están imbricados los organismos que acreditan. A esto se puede agregar una corriente norteamericana muy fuerte que vincula acreditación con formas de pago.

Como tercera observación se puede decir que el paradigma de calidad tradicional no siempre comprende las características de las organizaciones hospitalarias en toda su complejidad. Las organizaciones valoran su autonomía y temen su pérdida (lo cual puede ligarse a las lógicas de burocracias profesionales¹³). Para lograr aceptación de un cambio, "*la semilla del cambio debe estar adentro de las organizaciones*", alega una de las fuentes consultadas.

Se puede observar que este es el caso del Hospital San Roque de Gonnet, donde los propios profesionales se han ido formando en el tema calidad y han motorizado los cambios. Aunque el propio Hospital Gonnet tiene su propia historia como Hospital de la Comunidad. La historia institucional hace que diferentes propuestas de cambio "*prendan rápido*". El Gonnet fue creado por una propuesta proveniente de la OPS referida como Hospitales de la Comunidad. Eso incluía los Consejos de la Comunidad. En la actualidad este es uno de los Hospitales con mayor relación con los CAPS municipales. Por otra parte, hay quienes aseguran que han tenido una

¹³ Mintzberg, H. (1991) Diseño de las Organizaciones Eficientes. Ed. El Ateneo. Buenos Aires.

habilidad en no crecer en nivel de complejidad, a pesar de tener muchas características que lo indicarían. El crecer en nivel de complejidad también podría complicarlos y tensar este vínculo.

En el año 99 - 2000 se impulso desde el Ministerio de Salud, una perspectiva llamada "Compromisos de Gestión". Se generaron compromisos de gestión sobre la base de objetivos de política. El planteo era que cada Hospital eligiera a que comprometerse. Se diferencia del modelo del Banco Mundial de contratos de Gestión. Llego a haber en el año 2000 alrededor de 20 hospitales con compromisos de Gestión.

Años después, entre el 2006/07 esta iniciativa renació asociada al *Programa de Mejora de Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos*, instalando nuevamente la lógica de compromisos de gestión sobre los cuales se avanzó en muchos hospitales de la provincia con lógicas, alcances y resultados sumamente diversos.

La herramienta de Compromisos de Gestión, entendida y asumida como tal, constituye una modalidad potente para establecer acuerdos y objetivos cotejables, posibles de seguimiento y tipos de análisis que aporten a la orientación de toma de decisiones fundamentalmente *situacionales*.

4. Resultados y análisis preliminar del Relevamiento Institucional

4.1 Comentarios generales

Tratar de realizar una reconstrucción y caracterización de las diferentes modalidades en que está organizada la atención ambulatoria y la gestión de turnos en los hospitales, devino en un proceso sumamente complejo.

Generalmente no fue posible identificar un único interlocutor capaz de saldar el tema con cierta integralidad en cada hospital. Más allá de las declaraciones formales, no parecen existir modalidades consolidadas al respecto. En el cotidiano del trabajo hospitalario coexisten acuerdos formales emanados desde algún director asociado responsable del tema, más ajustes y replanteos coyunturales resueltos por responsables de áreas de admisión o por los propios trabajadores de ventanilla o de atención telefónica.

Plantillas de turnos estimados para administrar según disponibilidad de recurso humano y perfil de demanda, conviven con posibilidades y restricciones establecidas por los propios jefes de servicio y/o por profesionales de las especialidades (rápidamente clasificados por el personal administrativo como más o menos 'flexibles' para extender la oferta de turnos o aceptar algún cambio puntual, conforme a imprevistos).

Tal como afirman los analistas respecto de la complejidad de los procesos de implementación de políticas públicas (Aguilar Villanueva, 1998), el tema de la gestión y administración de turnos como componentes de una política tendiente a mejorar el acceso de la población a los hospitales públicos, adolece de los clásicos factores que ponen en riesgo la implementación: por un lado la multiplicidad de participantes (actores involucrados, niveles, dependencias), y por otro lado y derivado de aquello, la multiplicidad de entendimientos y perspectivas respecto de los procedimientos a desarrollar y las conveniencias.

Dichos factores, generan dos efectos negativos básicos: la pluralidad de objetivos y trayectorias de decisión; y la aparición de decisiones inesperadas para las cuales no hay una única vía de resolución (Pressman y Wildavsky en Aguilar Villanueva).

En este sentido, los estudios abocados a analizar este tipo de tensiones, recomiendan revertir la histórica tendencia a disociar *diseño* de la *implementación* de medidas de política, dado que la diversidad de coyunturas y complejidades que comportan algunos temas de agenda pública (la accesibilidad es uno de esos casos), exigen establecer acuerdos progresivos y trabajar arduamente para lograr la implicación y el compromiso de los distintos niveles de decisión y agentes co-partícipes, incluyendo en este tramado a la población usuaria, dado el enfoque relacional de la accesibilidad que el presente estudio adopta¹⁴.

Habitualmente subestimado, el momento de la implementación cobra una importancia estratégica en marco de las políticas públicas actuales (Sotelo, 2003). Esto exige no descuidar el mapa de actores involucrados e involucrables¹⁵, ni la secuencia de acciones mas conveniente o las operaciones de viabilización que resulta necesario jerarquizar y llevar a cabo toda vez que intenten instalarse medidas que buscan revertir inercias y lógicas institucionales tradicionales, así como prácticas arraigadas en la población (más allá de los cuestionamientos y reclamos que puedan realizarse al respecto)¹⁶.

4.2 *Sistemas de administración de turnos*¹⁷

La mayoría de los servicios hospitalarios relevados, presenta un sistema de admisión mixto, que incluye asignación de turnos por vía telefónica, y presenciales (por ventanilla).

En general, persiste la modalidad presencial cuando se trata de primera consulta hospitalaria y/o para estudios complementarios (laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.). Entre las razones que se esgrimen para sostener la instancia en ventanilla para el caso de primera consulta o interconsulta auto-administrada por el paciente, se encuentra el hecho de personas que concurren al hospital solicitando asistencia en determinadas especialidades sin una adecuada evaluación clínica que descarte otras posibilidades u oriente con mayor precisión la secuencia asistencial.

4.3 *La implementación de turnos telefónicos: algunas repercusiones internas y externas*

En algunos hospitales del conurbano bonaerense aluden a un aumento del ausentismo de pacientes que obtuvieron su turno por vía telefónica (se mencionaron aumentos del 10 al 25%

¹⁴ Ver en Marco Teórico, aportes de Solitario y otros (2006), y Comes (2006).

¹⁵ Nos referimos con involucrables al tipo de actores que se descuidan en un primer análisis. Puede tratarse tanto de quienes no teniendo un papel relevante en apariencia, viéndose afectados por las consecuencias de los cambios de carga de trabajo o alteración de rutinas, dejan de ser indiferentes para tornarse obstaculizadores o detractores de la propuesta; así como de quienes pueden tornarse aliados tácticos pese a no estar oficialmente implicados en estos proceso (por citar solo un ejemplo, personal de mantenimiento y limpieza, personal de seguridad, etc.)

¹⁶ Esto es, la crítica o el deseo de que determinados mecanismos de acceso a los turnos cambien, no supone que los usuarios asuman que las nuevas propuestas efectivamente resulten superadoras; ni que las medidas tomadas incidan en los aspectos del problema que más quejas generan.

¹⁷ No se detallan aquí ejemplos ni situaciones particulares de cada hospital, dado que los aspectos más sobresalientes sobre el tema se han explicitado en punto anterior, referido a entrevistas.

desde la implementación de la nueva modalidad de gestión de turnos). En uno de los Hospitales de la ciudad de La Plata, nos informaron que el ausentismo por segunda vez supone la pérdida de posibilidad de solicitar turno telefónicamente, debiendo presentarse por ventanilla, a modo de 'sanción'.

En este sentido, las reflexiones de los voceros institucionales se inclinan hacia el hecho de que *"al ser menos costoso el acceso al turno por esa vía, la gente se vuelve más informal, lo asume de otra manera"*. Visto los testimonios de autoridades provinciales y del propio Ministro de Salud, queda claro que se trata de un cambio organizacional y cultural sobre el cual habrá que trabajar con miras a mediano plazo, despojando prejuicios, experiencias y representaciones hacia adentro y hacia afuera de los hospitales.

Con respecto a la actitud de los/as usuarios/as, si bien no puede ni debe caerse en generalizaciones en relación a este tema, sí hemos relevado que algunas personas prefieren sostener la gestión presencial, no sólo por las dificultades que les genera la comunicación telefónica, sino por la seguridad que les da tener alguna constancia que certifique que son portadores de un turno específico (esto deviene de malas experiencias que incluso exceden al sector salud, la población tiende a desconfiar de sistemas que involucran trámites que no les dejan constancia tangible o formal mediante lo cual puedan realizar reclamos posteriores por incumplimiento, o por dudar de que aquel que les asegura un turno, cumplirá su palabra de registrarlo efectivamente, o que ese único paso sea suficiente para confirmar la gestión).

Cabe aclarar que en algunos casos, estas desconfianzas se sustentan en experiencias negativas por parte de los usuarios, tales como haber registrado su turno en un servicio equivocado por error del operador (o un malentendido que el usuario asigna al operador); o haber perdido el turno por información errónea; etc.

4.4 Principales nudos críticos relevados:

- **Déficit de personal administrativo y debilidades en el perfil de los mismos.** Asociado a esto, algunos directores mencionaron con preocupación el alto grado de ausentismo que observan en el personal en general (en un Hospital del conurbano sur refirieron entre el 40 y 45% de ausentismo diario). Por otra parte, para ciertos trabajadores el hecho de ser asignado a la ventanilla de turnos supone un 'castigo', dado que este espacio es visto con mucha carga de trabajo, escaso reconocimiento diferencial, y frecuentes situaciones de tensión con los usuarios (cuando no con profesionales de algunos consultorios).

Otro aspecto crítico lo constituye la información que debe manejar quien se aboca a la atención telefónica para orientación y asignación de turnos. Al existir tanta heterogeneidad de situaciones y criterios, a la vez que tanta vitalidad en el mapa de oferta asistencial, resulta sumamente complejo asegurar una actualización constante del personal, dando lugar a errores y complicaciones derivadas.

- **Inadecuados e insuficientes (en algunos hospitales directamente nulos) materiales de comunicación institucional sobre sistema de turnos** vía carteleras y/o afiches o cartillas de asesoramiento pensado para perfil poblacional. En casos de existir cartelera, se distingue escasamente en medio de otras informaciones superpuestas, o los datos que se brindan resultan escuetos y/o ambiguos respecto de la multiplicidad de situaciones que el Hospital

sostiene en los hechos (generando confusiones o mayores dudas). Las informaciones sobre esta nueva modalidad suele estar concentrada en su totalidad en la entrada de las instituciones, mientras que en los lugares de circulación masiva o de espera, hemos detectado carteles caseros con contenidos más bien prescriptivos o advertencias referidas a lo que no se debe hacer o preguntar.

- **Déficit de equipamiento y líneas telefónicas acordes a los nuevos requerimientos:** en algunos hospitales nos informaron que la adecuación de instalaciones fue sumamente compleja, sobre todo en lo que atañe a disponibilidad de líneas y ausencia de sistema de líneas rotativas. De este modo, no sólo se generaron conflictos internos, dado que se quitaron líneas de algunos servicios para ser afectados a este tema; sino también externos, en relación a las quejas de la población en relación a las dificultades para comunicarse por encontrarse los números colapsados y por lo tanto, permanentemente ocupados.

Por otra parte, la reubicación de personal y la creación de espacios de trabajo apropiados exclusivamente abocados a la atención telefónica no resultó tarea fácil en algunos hospitales en los cuales la disponibilidad de metros cuadrados en zonas clave constituye un elemento de disputa, además del mobiliario¹⁸.

- **Resistencias a la nueva propuesta entre ciertos profesionales, administrativos, directivos, y algunos usuarios:** en este sentido se alude no sólo a las clásicas resistencias propias de toda innovación por parte de quienes se encuentran apegados a otras prácticas y modalidades; sino también a las experiencias negativas que algunos de estos actores fueron teniendo en el proceso de implantación de la iniciativa. En el caso de ciertos profesionales y servicios, este foco de atención puesto en cuántos turnos se asignan y/o la intervención de diversos actores observando el rendimiento y grado de cumplimiento de los servicios, no deja de hacerlos sentir expuestos frente a manejos más discrecionales que otrora desarrollaban. En cuanto a los administrativos, las dificultades para orientar al usuario con las complicaciones que toda comunicación telefónica supone, así como los acuerdos internos que deben reconstruirse a partir de esta nueva modalidad, genera en algunos malestares y desgastes que los llevan a cuestionar el cambio.

Finalmente, en el caso de la población, las dificultades ya mencionadas en relación a la escasa disponibilidad de líneas en algunos hospitales, así como las debilidades de quienes los atienden y orientan, son razones que llevan a las presiones de algunos grupos en pos de revertir esta decisión y/o reconsiderar la vigencia de la misma en las condiciones actualmente establecidas.

5. Resultados y análisis preliminar de las Encuestas a Usuarios

5.1. Comentarios generales

¹⁸La mayoría de los servicios hospitalarios relevados, presenta un sistema de admisión mixto, que incluye asignación de turnos por vía telefónica, y presenciales (por ventanilla).

Para estudiar el conocimiento de la población sobre el servicio de turnos telefónicos, se procedió a utilizar la encuesta como metodología de investigación para relevar los datos. Se realizaron tres muestras para llevar a cabo el relevamiento: una muestra de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires, una muestra de la población a investigar en cada hospital y una muestra general compuesta por la suma de cada muestra de hospital.

En la primera muestra se tomaron once Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires:

- Hospital Interzonal Gral. de Agudos “San José” de Pergamino
- Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” de Mar del Plata
- Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Alende” de Mar del Plata
- Hospital Evita Pueblo de Berazategui
- Hospital Paroissen de La Matanza,
- Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela
- Hospital Interzonal General Dr. José Penna de Bahía Blanca
- Hospital San Roque de Gonnet,
- Hospital San Juan de Dios de La Plata
- Hospital Dr. Noel H. Sbarra
- Hospital Zonal General Agudos Lucio Meléndez

La muestra poblacional general está compuesta por 549 casos de los once hospitales públicos relevados. Para realizar el relevamiento, se diseñó un cuestionario estructurado de 24 preguntas con su respectiva codificación y se utilizó el paquete estadístico SPSS para realizar el posterior análisis de la información (Ver Anexo 1).

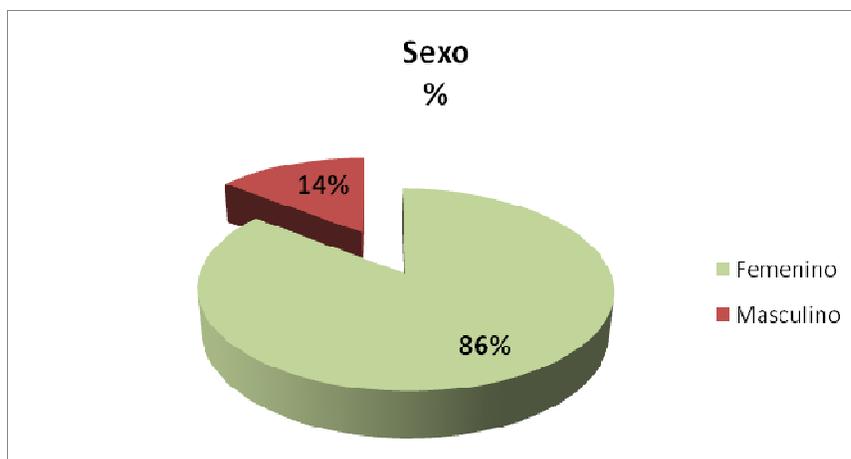
5.2. Características de la población encuestada¹⁹

Sexo

Del total de 542 encuestados, los datos manifiestan una alta presencia femenina (86%) en la población que asiste a los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires respecto a la población masculina (14%). La tendencia no escapa a los hallazgos que arrojan la mayoría de los estudios vinculados al uso diferenciado del sistema de salud por parte de mujeres y varones, dado además el rol que desempeña la mujer en tanto cuidadora del grupo familiar.

Gráfico 1

¹⁹ Se aclara que todos los cuadros que dieron origen a los gráficos que aquí se presentan, en detalle, se encuentran disponibles en Anexo 2.



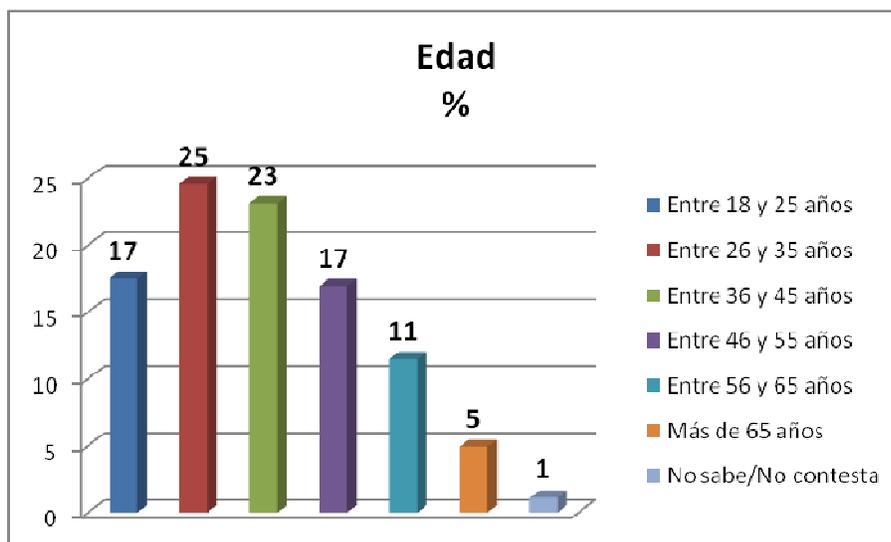
Fuente: Elaboración propia

Edad

Cuando observamos los datos de la edad de la población muestral que asiste a las instituciones públicas de salud de la provincia, éstos muestran que la franja etárea que más concurre a una consulta médica se encuentra entre los 26 y 45 años (48 %). Esto puede deberse a que dicho grupo representa la población que se encuentra en edad de trabajar y es la que se encuentra mas expuesta a sufrir un deterioro en la salud que requiera una visita al médico (además de tratarse de población que necesita recuperarse para retornar al trabajo y/o para poder desempeñarse acorde a las exigencias que el mismo supone).

Las franjas etáreas que le siguen son las que comprenden la edad entre 18 y 25 años y entre 46 y 55 años, con un 17 % cada una. Con un 11% está la franja entre 56 y 65 años, mientras que la población de más de 65 años asiste a una consulta médica en un 5%.

Gráfico 2

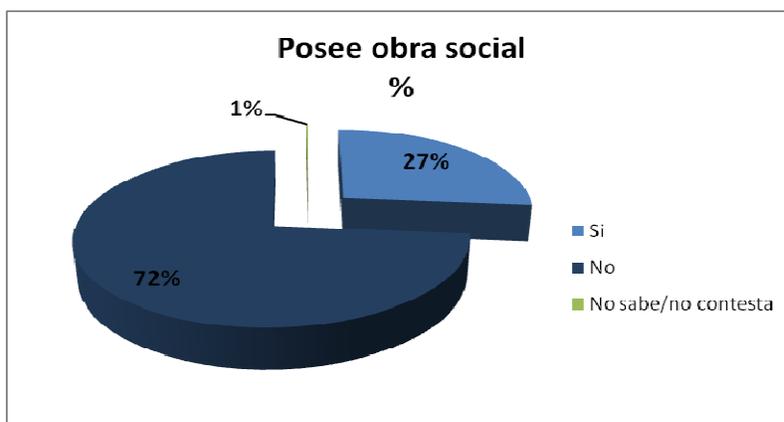


Obra Social

Respecto a la cobertura de salud de la población que asiste a los Hospitales Públicos, un marcado 72 % no posee obra social, mientras que un 27 % si la tiene. Estos datos reflejan la función que cumplen los Hospitales Públicos en cuanto a brindar atención gratuita en salud para aquella población que se encuentra en situación de vulnerabilidad social y no puede afrontar los gastos que implica una atención médica.

Esta situación da cuenta también de las precarias condiciones de trabajo que aun persisten en determinados grupos de población, más allá de no desconocer que existen ocasiones en las que las personas tienden a negar la cobertura que tienen por lo deficitario del servicio que algunas Obras Sociales les ofrecen, y/o por las dificultades que agrega a la dinámica cotidiana el hecho de resolver un conjunto de trámites accesorios referidos a autorizaciones y/o gestiones derivadas del tema (barreras burocráticas de cobertura sobre las que resulta necesario seguir trabajando).

Gráfico 3



Fuente: Elaboración propia

Para enriquecer el contenido de esta investigación, se diseñaron preguntas dentro del cuestionario que relevaron información socio-demográfica de la población que asiste a los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires. De esta manera, se registraron datos respecto a la vivienda, la educación y el trabajo, a saber:

Vivienda

Al analizar los datos sobre la situación dominial de las personas que asisten al Hospital Público, conforme a lo expresado por ellas, se observa que el 57% es propietario de la vivienda y del

terreno donde habitan, el 15% vive en una vivienda prestada que no paga alquiler, mientras que el 14% es inquilino de la vivienda donde reside. Le sigue el propietario que es dueño solo de la vivienda con un 7% y el ocupante de hecho con un 5%.

Se desprende de los datos que un 43% de quienes consultan en Hospitales Públicos Provinciales no son propietarios del lugar que habitan o mantienen alguna situación de irregularidad que los expone a una situación de vulnerabilidad social que podemos considerar estructural. Este punto requiere de un estudio específico que lo pueda abordar en profundidad.

Cuadro 24. Situación dominial de Vivienda. Población que asiste a Hospitales Públicos.
Año 2011

Vivienda	Absolutos	%
Propietario de la vivienda y el terreno	310	57
Propietario de la vivienda solamente	38	7
Inquilino de la vivienda	75	14
La vivienda es prestada y no paga alquiler	84	15
Ocupante por pago de impuestos/expensas	7	1
Ocupante de hecho (sin permiso)	28	5
No sabe/No contesta	7	1
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

La no tenencia regular de vivienda genera una lógica situación de incertidumbre. Podríamos señalar que aquellas iniciativas tendientes a favorecer la tenencia regular de la vivienda propician el desarrollo de capacidades para mejorar la propia vivienda incluyendo en estas mejoras el acceso a los servicios. Se han identificado iniciativas municipales que han logrado con éxito mejoras en la accesibilidad a los servicios de agua, gas y a la regularización dominial.

En algunas Regiones Sanitarias como la VI, han estimado que el 15% de la población vive en asentamientos. Son numerosos los estudios que vinculan el acceso al agua potable o su no disponibilidad con la existencia de enfermedades hídricas. También son conocidas las relaciones entre la precariedad de la vivienda y su relación con las enfermedades respiratorias. Investigaciones desarrolladas han demostrado el impacto en la salud de los niños vinculados con la forma de calefacción, fundamentalmente el impacto nocivo de la calefacción a leña en casas sin espacios de ventilación, además del riesgo de incendio.

Se pueden identificar intervenciones que han tratado de favorecer la accesibilidad a servicios públicos que se han desarrollado en los últimos años. Por ejemplo, en el Municipio de la Matanza se han incorporado un millón de habitantes a la red de agua potable en los últimos ocho años. La adecuación de las realidades familiares y la prestación de servicios acorde, tales como la extensión de la red de agua desde la casa central del terreno hacia la vivienda construida en el fondo del mismo. En el Municipio de General Belgrano han desarrollado un

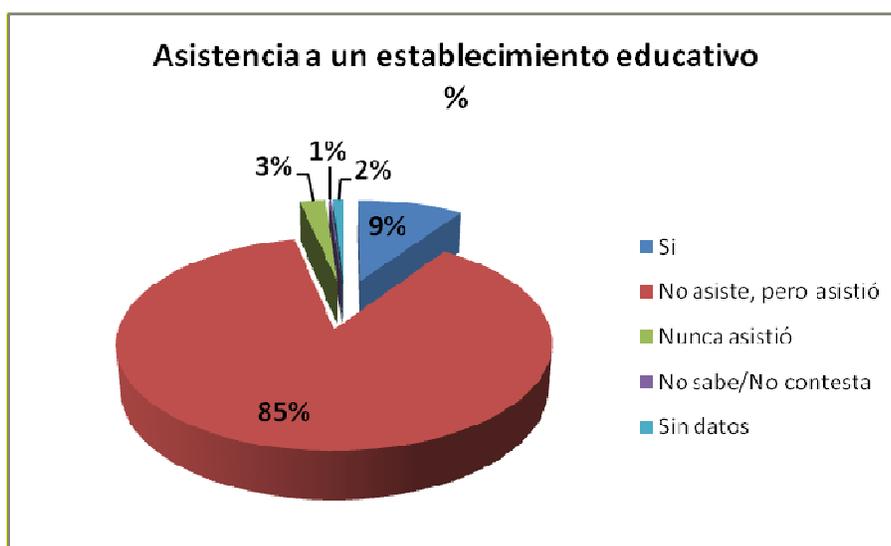
programa de mejora de la accesibilidad a las conexiones de la red domiciliar de gas para familias en situación de vulnerabilidad social.

Asistencia a establecimiento educativo

De la población encuestada, un 85% no asiste a un establecimiento educativo (cabe aclarar que se trata de personas cuya franja de edad esta en general por encima de quienes habitualmente están transitando el sistema educativo, lo cual no quiere decir que no hayan concurrido oportunamente), mientras que un 9% se encuentra asistiendo actualmente, seguido de **un 3% que nunca asistió** a la educación pública ni privada.

Este último porcentaje, aunque bajo, no deja de resultar atendible al momento de contemplar múltiples barreras de acceso a la atención derivadas del analfabetismo y las dificultades de saldar trámites y/o comprender prescripciones médicas, por citar sólo algunos ejemplos.

Gráfico 23



Fuente: Elaboración propia

Nivel educativo alcanzado

En cuanto al nivel educativo alcanzado²⁰ por la población muestral que asiste al Hospital Público, se observa que un 43% ha alcanzado el nivel primario mientras que sólo un 40% llegó al nivel secundario. Le sigue con un 7% el nivel terciario no universitario, el E.G.B. con un 4%, el Universitario con un 3%, y finalmente el Polimodal con un 2%.

²⁰ Independientemente de haber finalizado o abandonado ese nivel educativo.

Cuadro 27. Nivel Educativo de población consultada que asiste a Hospitales Públicos.

Año 2011.

Nivel educativo alcanzado	Absolutos	%
Primario	96	43
E.G.B.	10	4
Secundario	89	40
Polimodal	5	2
Terciario No Universitario	15	7
Universitario	6	3
No sabe/No contesta	2	1
Total	223	100

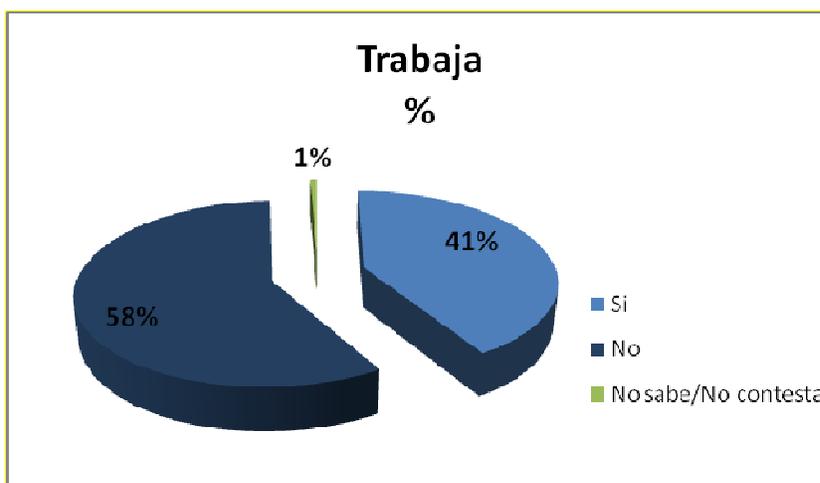
Fuente: Elaboración propia

Trabajo

Al analizar la situación laboral de la población encuestada, se observa que el 41% se encuentra trabajando mientras que el 58% no lo hace. Vale aclarar que entre los encuestados se encuentran mujeres a cargo de recién nacidos y/o niñas/os de escasa edad; y personas mayores de edad.

En relación a ese 58% que no cuenta con trabajo, no se indagó en este estudio acerca de si se trata de una condición que quisiera revertir y no puede, o consultas similares que permitirían profundizar el análisis en relación a esta dimensión.

Gráfico 25



Fuente: Elaboración propia

Tipo de Trabajo

Respecto de la situación laboral del encuestado, se observa que un 61% tiene un trabajo permanente mientras que un 39% tiene una situación laboral precaria (Temporario 1%, Changas 22%, y Duración desconocida 16%).

Cuadro 30. Tipo de Trabajo de consultados que asisten a Hospitales Públicos. Año 2011.

Tipo de trabajo	Absolutos	%
Permanente/Fijo	138	61
Temporario	1	1
Changas	49	22
Duración desconocida	37	16
Total	225	100

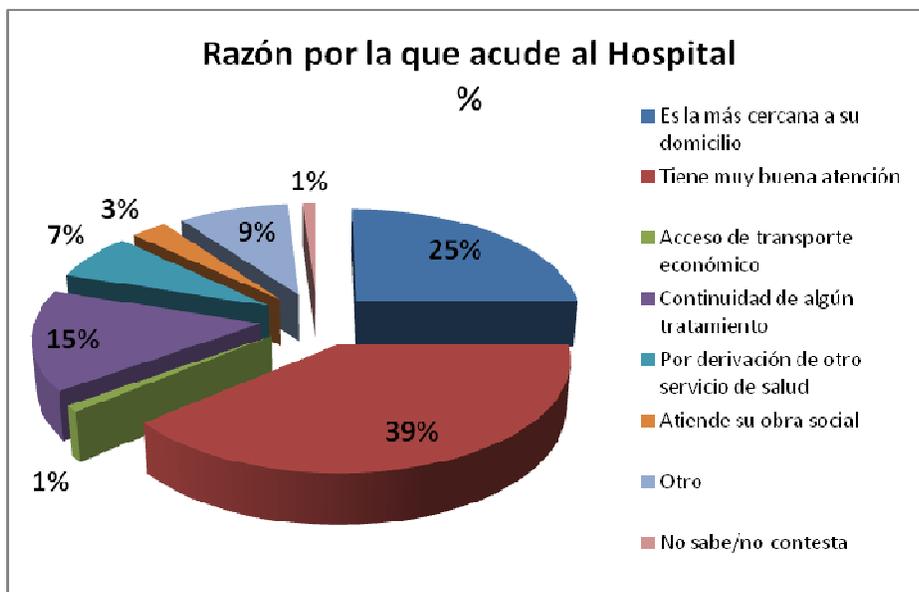
Fuente: Elaboración propia

5.3. Algunos hallazgos relevantes respecto de los objetivos centrales del presente estudio

Razón por la que acude al Hospital

Al analizar las razones por la cuáles asisten al Hospital Público cuando necesitan de atención médica, se observa que los argumentos más elegidos fueron la muy buena atención recibida por parte del plantel médico (39%) y la cercanía de su domicilio al Hospital (25%). También eligen como razón representativa la de asistir al Hospital por la continuidad de algún tratamiento indicado (15%).

Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia

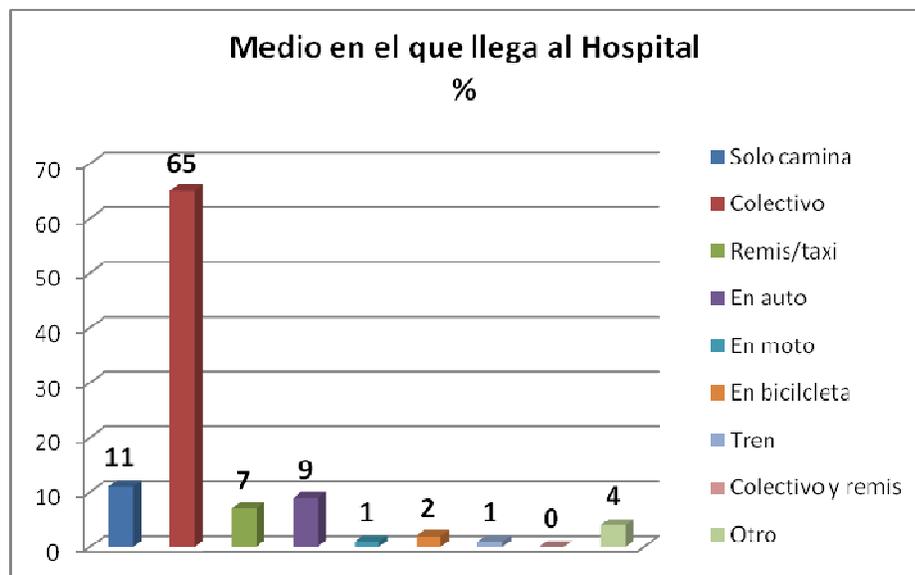
Medio en el que llega al Hospital

En relación al medio que utiliza la población encuestada para llegar al Hospital, se observa que el colectivo público de pasajeros es el más utilizado con un 65%. Muy por debajo se ve que la población solo camina para llegar a la institución pública de salud, con un 11%, mientras que menos del 10 % llega en auto.

Teniendo en cuenta estos datos, resulta relevante contemplar la accesibilidad geográfica de los diferentes barrios de cada distrito al/los hospitales de referencia, considerando líneas de colectivo disponibles, necesidad de trasbordos y costos que en este sentido se incrementan para determinadas zonas mas relegadas en materia de transporte público²¹.

Gráfico 5

²¹ Ver mas detalle en estudio específico sobre accesibilidad geográfica, ítem 6.3 de este mismo documento

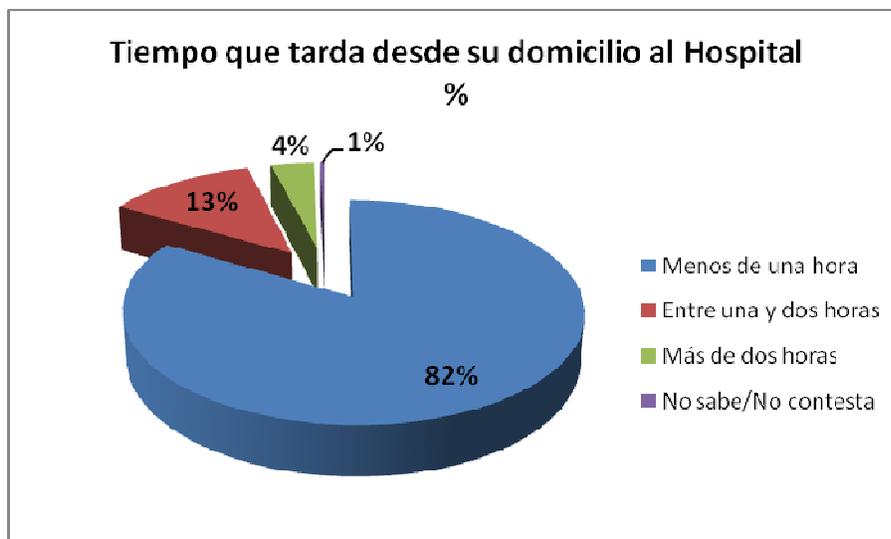


Fuente: Elaboración propia

Tiempo que tarda desde su domicilio al Hospital

Un 83% de los encuestados tarda menos de una hora en llegar desde su domicilio al lugar donde se encuentra el servicio hospitalario, mientras que un 13% tarda entre una y dos horas.

Gráfico 6



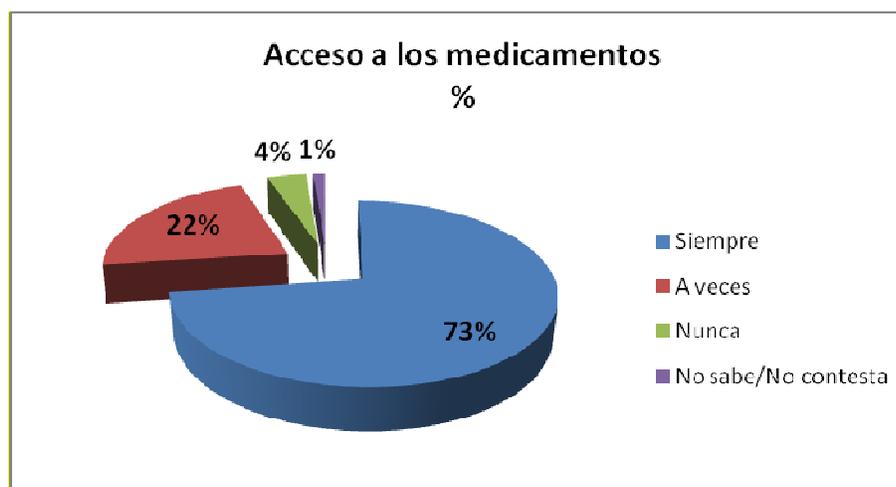
Fuente: Elaboración propia

Acceso y medio por el que acceden a los medicamentos

Al estudiar sobre el acceso que tiene la población a los medicamentos, los datos muestran que un 73% expresa que siempre accede, un 22% lo consigue a veces, mientras que un 4% manifiesta que **nunca** tiene acceso a los mismos (Gráfico 7).

Los medicamentos los obtienen en su mayoría en el Hospital Público exclusivamente (un 31%), en tanto que un 24 % lo consiguen a través del Hospital Público y dinero propio. Le sigue el acceso a través de solo dinero propio con un 19%, mientras que a través de dinero propio y de la sala de salud se ubican el 6% de los encuestados. (Cuadro 8)

Gráfico 7



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 8. Medio por el cual accede a los medicamentos la población encuestada. Año 2011.

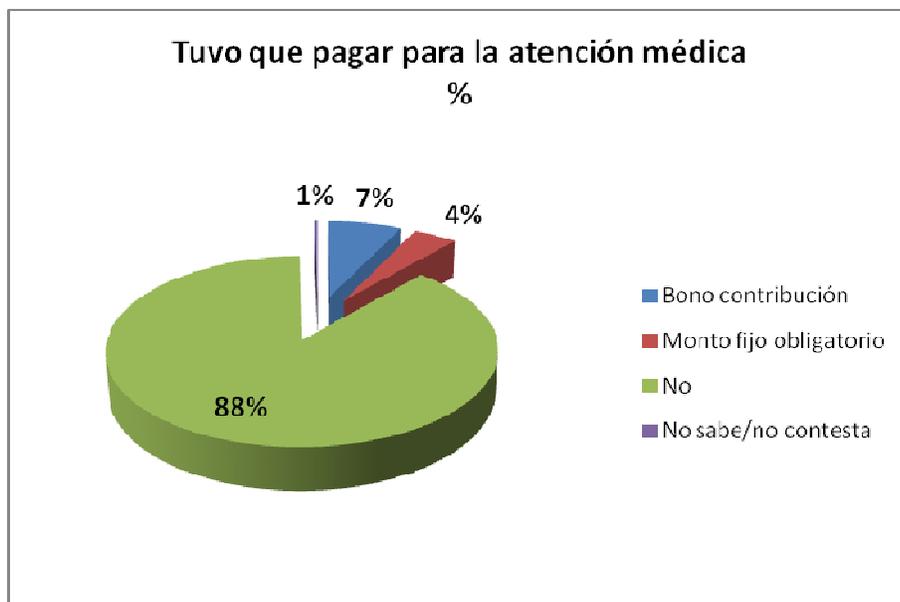
Medio por el que accede a los medicamentos	Absolutos	%
Dinero propio	97	19
Dinero prestado	1	0
Hospital Público	156	31
Sala de Salud	20	4
Dinero propio y obra social	18	4
Dinero propio y hospital público	118	24
Dinero propio y municipio	10	2
Dinero propio y Sala de salud	31	6
Sala de salud y Hospital Público	22	4
Hospital Público y obra social	7	1
Otro	20	4
No sabe/no contesta	4	1
Sin datos	45	19
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Pago por la atención médica

Al analizar si las personas tuvieron que pagar para atenderse con un médico en el Hospital, se relevó que un **11% de los encuestados manifestó que tuvo que pagar**, un bono contribución (7%) o un monto fijo obligatorio (4%); mientras que el 88% no tuvo que dar dinero para atenderse.

Gráfico 9



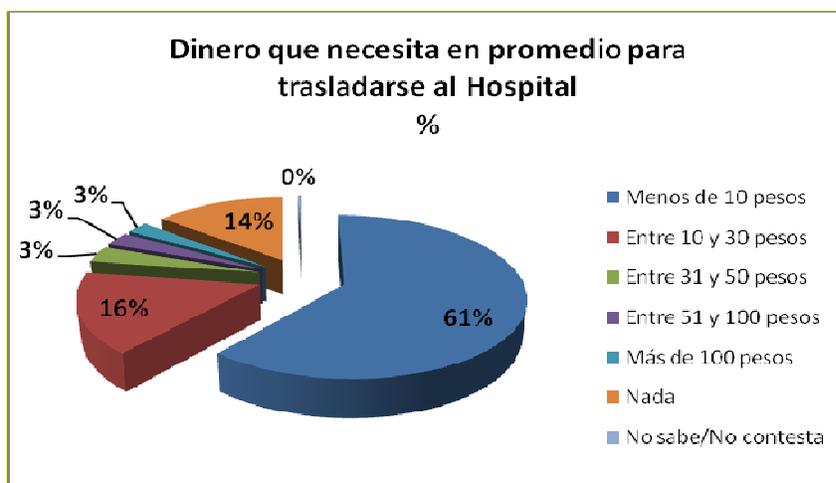
Fuente: Elaboración propia

Dinero que necesita para trasladarse hasta Hospital y dinero que necesita para otros gastos que le genera ir a la consulta médica

Un 61% de la población muestral que asiste al Hospital Público necesita para trasladarse hasta el mismo menos de diez pesos, un 16 % necesita entre diez y treinta pesos, mientras que un 14% no necesita dinero para trasladarse hasta el Hospital (Gráfico 10)

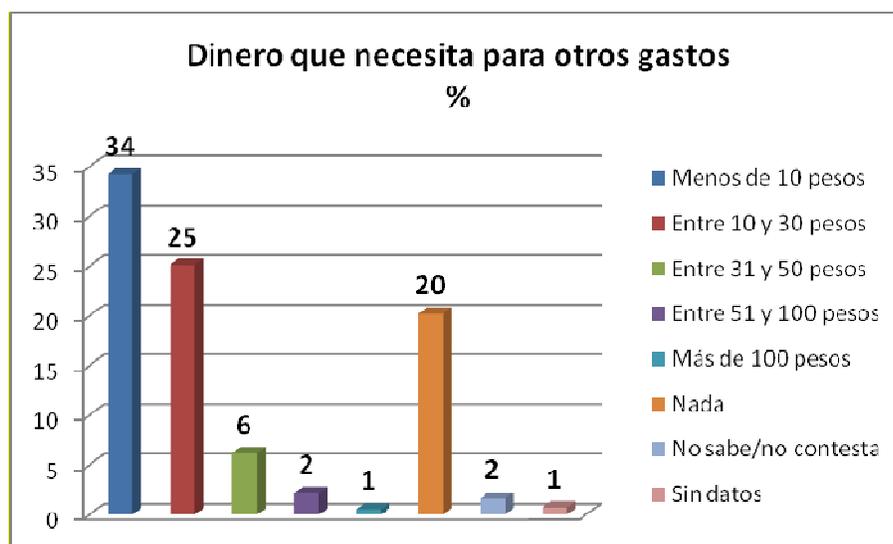
Respecto al dinero que necesita para otros gastos, la población necesita en un 34% menos de diez pesos, un 25% necesita entre diez y treinta pesos mientras que un 20% no necesita dinero para otros gastos (Gráfico 11)

Gráfico 10



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11



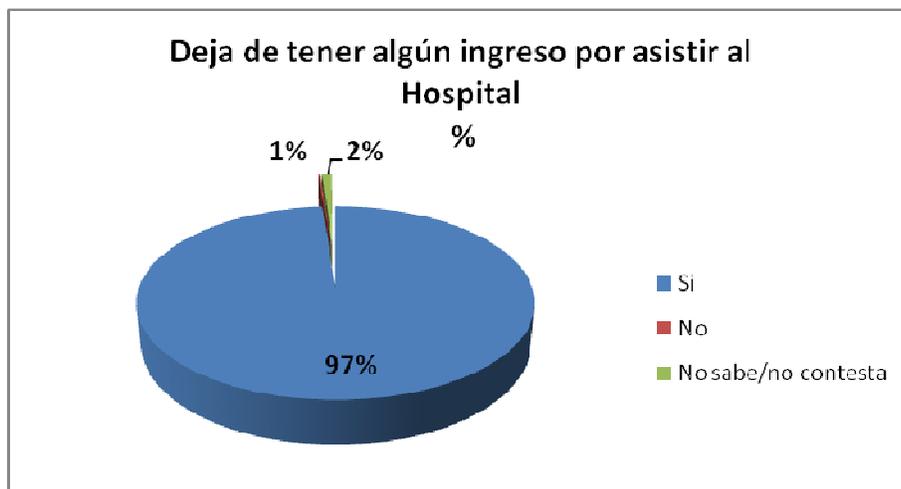
Fuente: Elaboración propia

Deja de tener algún ingreso por asistir al Hospital

Al analizar si la población que asiste al hospital deja de tener algún tipo de ingreso por asistir al mismo, indagando respecto de trabajadores cuentapropistas y/o trabajadoras del servicio doméstico o similar, se observa que el 97 % deja algún tipo de trabajo que le genera ingresos, mientras que el 1% no falta a un trabajo para asistir al Hospital.

Esta amplia concentración de respuestas expresando la pérdida de ingresos del día, habitualmente invisibilizada, genera barreras de accesibilidad del tipo indirecto que repercuten negativamente no sólo para los propios usuarios (los cuales terminan optando por la consulta médica en casos de fuerza mayor); sino también para el grupo familiar que se encuentra en situación de dependencia del ingreso en cuestión. Estas cuestiones debieran ser contempladas a la hora de evaluar la oferta asistencial, sobre todo en lo que refiere a franja horaria y/o formas alternativas de organización de los servicios.

Gráfico 12



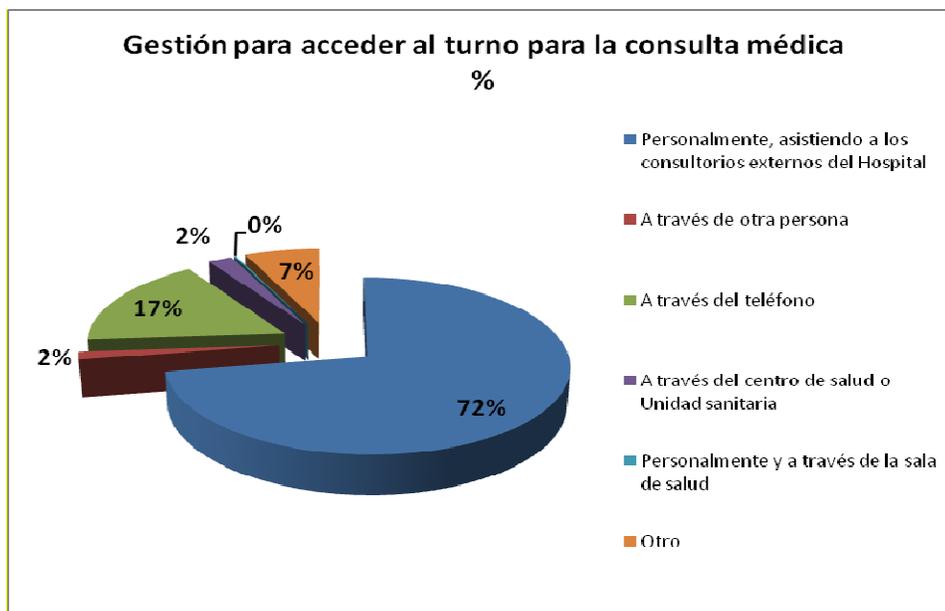
Fuente: Elaboración propia

Gestión para acceder al turno para la consulta médica

Al observar cómo la población accede al turno para una consulta médica, un amplísimo porcentaje de los consultados (un 72%) aun lo hace personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital; mientras que tan sólo un 17 % lo realiza a través del teléfono.

Esta situación da cuenta de la diversidad de realidades que se observan en relación a la instalación de la nueva modalidad de acceso al turno, a un año de su puesta en marcha. En este sentido, se refuerzan las reflexiones vertidas por este equipo en relación a la multiplicidad de modalidades y particularidades que subsisten en las áreas de admisión de los hospitales provinciales en la actualidad, con las consabidas consecuencias que eso supone tanto para los decisores políticos que bregan por la transformación del sistema; como para la población usuaria.

Gráfico 13



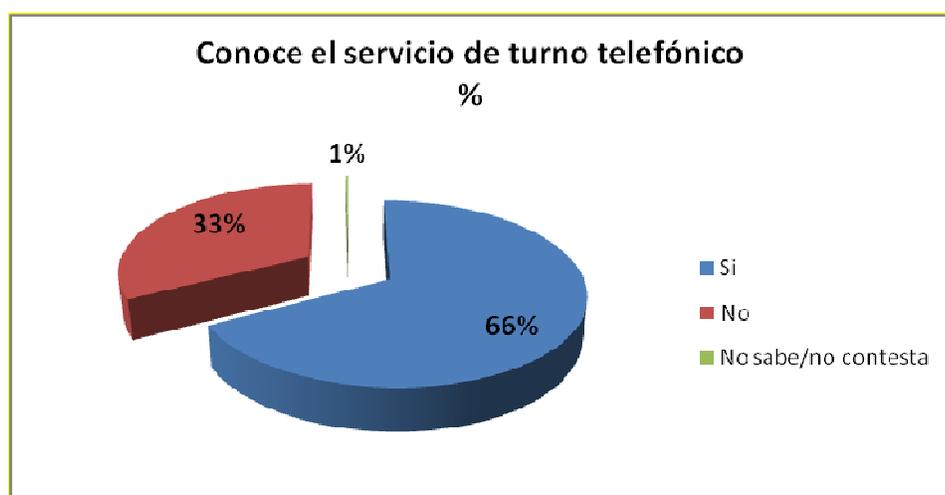
Fuente: Elaboración propia

Conocimiento y utilización del servicio de turnos telefónicos

Al analizar si la población conoce el servicio de turno telefónico de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires, se observa que un 66% si lo conoce, mientras que aun **un 33% manifiesta no conocerlo**. (Gráfico 14)

Al indagar sobre la utilización de este servicio, un 41% de la población muestral lo utiliza, mientras que **un 58 % no lo utiliza**. (Gráfico 15)

Gráfico 14



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15



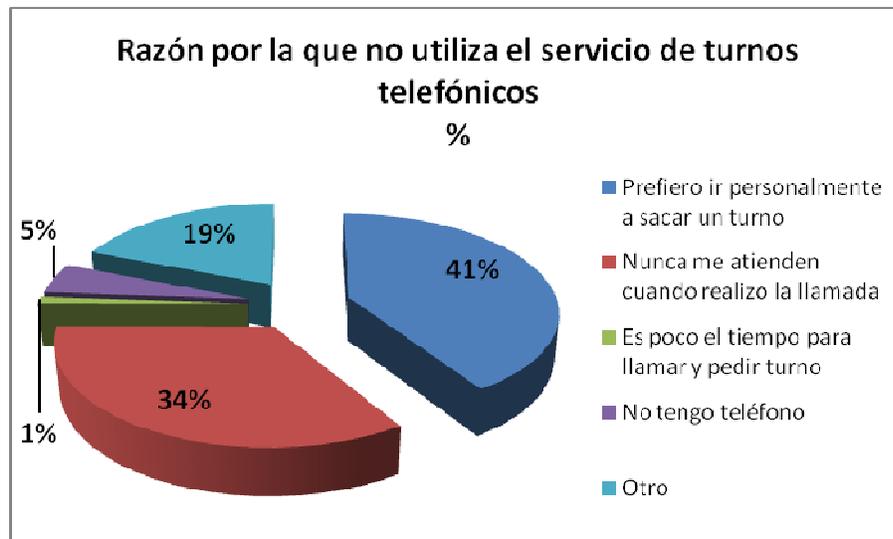
Fuente: Elaboración propia

Razón por la que no utiliza el servicio de turnos telefónicos

Al indagar sobre las razones por las que no utilizan el servicio de turnos telefónicos, la población consultada expresa que prefiere ir personalmente a sacar un turno (41%) ya que no la atienden cuando realizan las llamadas (34%). Algunas razones que pertenecen a la categoría *Otro* (19%) en esta pregunta de la encuesta, han manifestado que en el turno telefónico le dan turnos con mucho tiempo de demora de días mientras que personalmente pueden acceder a turnos más cercanos, también que para algunas especialidades no se pueden sacar turnos para atención médica por teléfono o que brindan muy poca cantidad de turnos telefónicos.

Estos testimonios se corresponden en gran medida con las reflexiones que este mismo equipo realizara al momento de procesar las respuestas obtenidas en los relevamientos institucionales de áreas de admisión y afines.

Gráfico 16



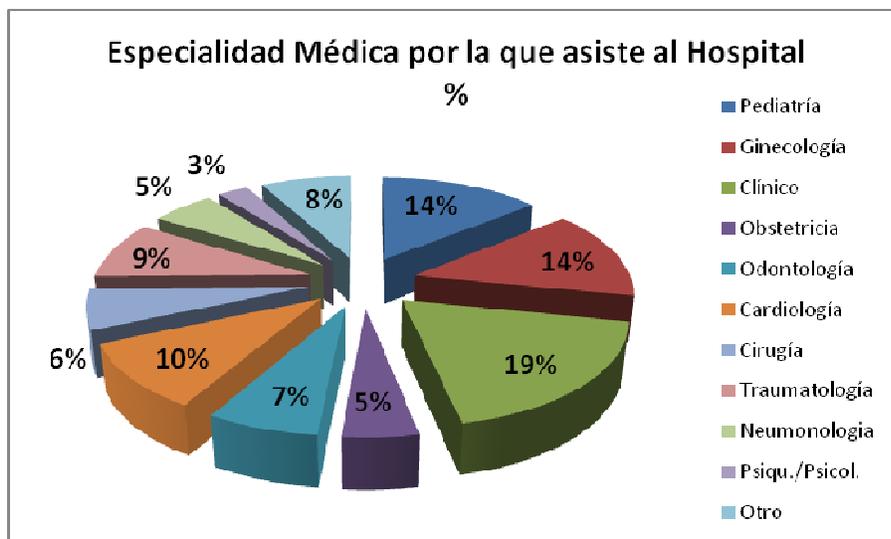
Fuente: Elaboración propia

Especialidad médica por la que asiste al Hospital

En cuanto a la especialidad médica por la que asisten al Hospital, se observa que las especialidades más consultadas son la medicina Clínica con 19%, la Pediatría con 14% y la Ginecología con 14% (demanda de oferta básica que en alguna medida puede estar asociada a un déficit de la cobertura de las mismas en el primer nivel de atención, cuestión sobre la que sería pertinente indagar). Mientras que la medicina Cardiológica es consultada por el 10% de la población encuestada, y Traumatología en el 9%.

Entre las especialidades comprendidas en la opción *Otros*, (8%) se destacan Dermatología, Gastroenterólogo, Neurología, Alergista, Oftalmólogo, Endocrinología, Dermatología, Otorrinología, Infectología, laboratorio de análisis clínicos, Oncología, Urología, Diabetes y Kinesiología. Cabe aclarar que varias de estas especialidades han sido referidas en el relevamiento institucional como las más deficitarias en cuanto a cantidad de turnos disponibles por día.

Gráfico 17



Fuente: Elaboración propia

Tiempo entre que consigue el turno y asiste a la consulta médica

Al observar el tiempo que espera la población consultada entre que consigue el turno y asiste a la consulta médica, un 42% espera menos de siete días, un 23% entre 7 y 15 días y un 24% entre 15 y 30 días, mientras que un 6% espera más de 30 días para lograr atenderse.

Gráfico 18



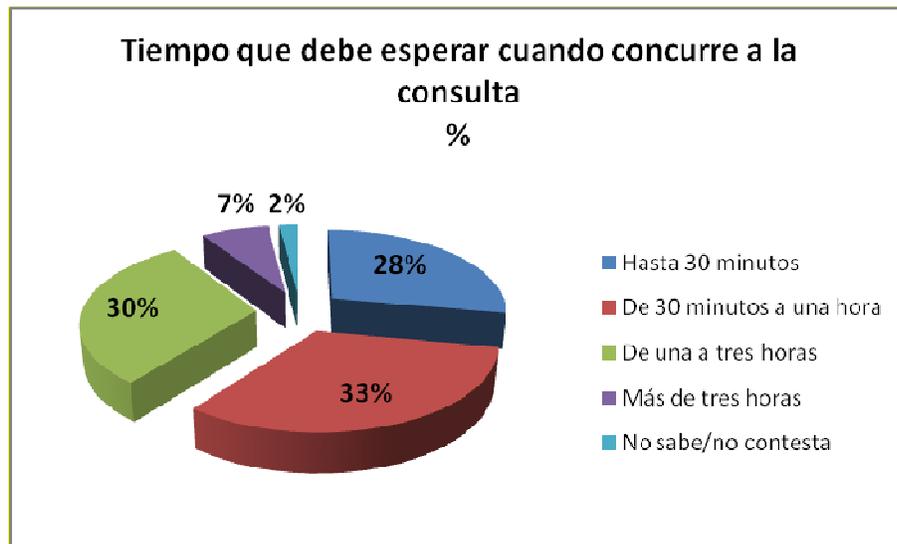
Fuente: Elaboración propia

Tiempo que debe esperar la población cuando concurre a la consulta, y opinión sobre los plazos de esta espera

En cuanto al tiempo que debe esperar la población encuestada cuando concurre a la consulta para ser atendido por el profesional, un 33% manifiesta que demora de 30 minutos a una hora, un 30% aguarda de una a tres horas, y un 28% hasta 30 minutos. El 7% expresó tener que esperar más de tres horas. (Gráfico 19)

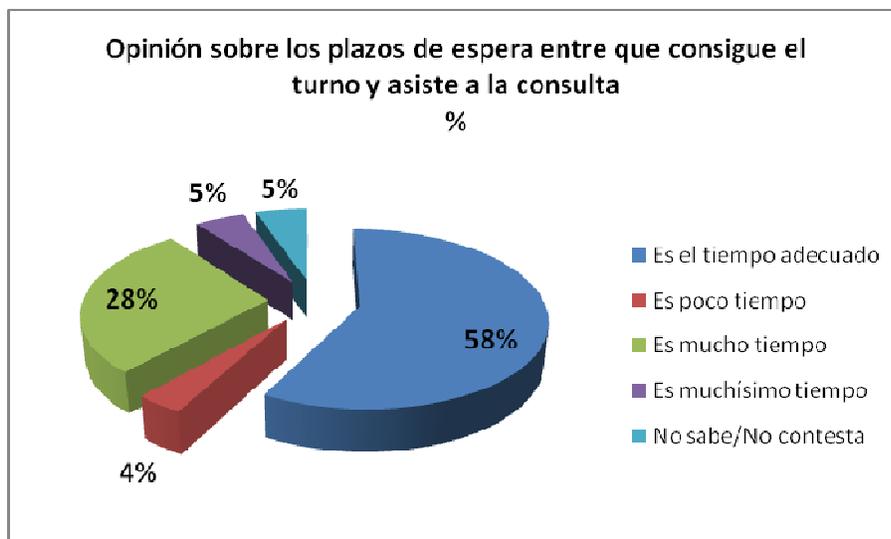
La opinión que manifiesta respecto del tiempo que deben esperar, un 58% piensa que es el tiempo adecuado, mientras que un 28% opina que es mucho. Tales usuarios, asociados al 5% que considera que tal plazo resulta demasiado, conforman el 33% del total de consultados que mayores quejas expresaron al respecto. (Gráfico 20)

Gráfico 20



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 21



6. Otras aproximaciones realizadas

6. 1. Accesibilidad y Regionalización: los traslados de población del interior, el caso de las combis municipales

Desde hace años, gran parte de los municipios han ido desarrollando una estrategia que es la de contar con Combis municipales para traslado de pacientes a los hospitales de distritos con mayor oferta de servicios. Esta estrategia tiene un impacto muy importante en la mejora de la accesibilidad de las personas a turnos hospitalarios. Se realizó un estudio de algunos casos en el que se evaluaron los siguientes ítems: frecuencia de viajes; cantidad de personas por viaje; antigüedad del servicio; hospitales a los que concurren; horarios y lugares de ida y regreso; modalidad para acceder al turno de viaje; área responsable dentro del municipio; costo para el municipio; sugerencias e inconvenientes de la modalidad de las combis y servicios complementarios.

El ochenta por ciento de los casos estudiados presta servicios de combis de lunes a viernes. El veinte por ciento realiza dos viajes por semana. En cada viaje se trasladan entre diez y diecinueve personas, en algunos casos las personas van con acompañante.

El horario de salida de las combis es entre las 5 y las 7 de la mañana, y el de regreso al municipio es entre las 15 y las 17 hs. En algunos casos se parte del municipio, y en otros se pasa a buscar a los usuarios casa por casa.

Con respecto a la modalidad de acceso al turno de viaje, la modalidad típica es la de una persona que lleva un cuaderno y otorga los turnos de viaje para lo que exige que ya se tenga un turno otorgado. En todos los casos se trata de especialidades para las cuales no existe oferta en el Municipio.

La antigüedad del servicio oscila entre los 11 y los 20 años. Siendo en el ochenta por ciento de los casos de más de 16 años.

El área responsable varía entre la Secretaria de Desarrollo Social del Municipio y el Servicio Social del hospital municipal. En muchos casos es coordinado entre los dos servicios siendo el servicio social del Hospital quien obtiene los turnos en los hospitales provinciales, y el área de Desarrollo Social quien organiza el cronograma y los turnos de las combis.

En los casos estudiados se trata de municipios con una distancia menor a los 150 km a su hospital de referencia. Los Hospitales a los que se concurre son: en La Plata al Hospital Rossi; Gutiérrez, Sor María Ludovica; San Martín; Melchor Romero; y San Juan de Dios. En el caso de la zona de Bahía Blanca, al Hospital Penna. Según las fuentes consultadas, los servicios mas demandados son traumatología infantil, nefrología, endocrinología, gastroenterología, cardiología, servicio de resonancia y tomografía, neurología, neurofisiología, urología, oftalmología, dermatología, ginecología y obstetricia, odontología, laboratorios, odontología, diagnostico por imágenes, irradiados.

El costo para el municipio es fundamentalmente el del combustible, el chofer es empleado municipal. El mantenimiento del vehículo, seguro y patentes de mismo, lo abona el municipio. El Municipio gasta con la modalidad de las combis entre \$10.000 y \$20.000 mensuales, trasladando entre 250 y 400 personas por mes.

Hay modalidades complementarias en donde desde el área de Desarrollo Social se pagan Remisse, en el que en algunos casos van tres personas; o se pagan los pasajes de colectivos. En algunos casos especiales, de tratamiento o estudios específicos cuyos horarios son distintos al matutino, la modalidad de remisse es la más utilizada. En algunos tratamientos como los oncológicos la modalidad mas utilizada es el remisse y un acompañante.

Entre las dificultades operativas que se pueden observar se destaca la de la coordinación del regreso, ya que se trata de diferentes hospitales y tiempos de demora variables. En la mayoría de los casos la organización esta dada alrededor del teléfono celular del chofer, quien realiza una coordinación directa con los teléfonos celulares de los pacientes. Hay horarios prefijados para el regreso que son acordados con quienes viajan, un horario, en un hospital, en un lugar acordado. Se menciona como dificultad que en reiteradas oportunidades combi y paciente se desencuentran. En muchos casos se llama desde la combi al área de Desarrollo Social del municipio quien triangula con el servicio social del hospital respectivo, se comunican con el servicio que fue a atenderse la persona y se la logra ubicar.

De todas las modalidades, la más económica y racional es la de la Combi municipal ya que es la que ocupa el menor rango horario, la que le cuesta menos dinero al municipio y el traslado es a la puerta del Hospital. Enviar un remisse compartido para el municipio tiene un costo que es diez veces mayor que la Combi municipal.

La compra de los vehículos utilizados para los turnos ha sido uno de los temas de gestión municipal priorizados por los Intendentes. En algunos casos han recibido un subsidio del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. El modelo de mayor capacidad de los estudiados es un Mercedes Benz, modelo Sprinter 413 CDI/C 4025, tipo Minibus, que cuenta con 19 asientos mas el chofer.

El vehículo es utilizado también para otros fines en el municipio tales como traslados a los torneos juveniles bonaerenses u otras competencias deportivas o eventos culturales.

Respecto de posibles líneas de acción a desarrollar en relación al tema de traslados para acceder a atención ambulatoria en efectores públicos, considerando que se trata en general de población de alta vulnerabilidad sociosanitaria, proponemos contemplar:

- Identificar y establecer mecanismos de subsidios parciales de estos transportes, estableciendo convenios con municipios a cambio de acuerdos y/o compromisos de gestión respecto del seguimiento y la complementación de una atención integral de tales usuarios en cada territorio.

- Fortalecer la gestión de turnos de este tipo, promoviendo modalidades y circuitos que agilicen la administración de los mismos y formalicen la modalidad con la identificación de roles y funciones, y jerarquización de interlocutores (de cada hospital receptor, y de cada municipio)²². En este mismo sentido, la agilización debiera estar centrada no sólo en el acceso a un turno en sí, en términos de administración, sino también en lo que respecta a la organización de la asistencia de este tipo de pacientes, dado los horarios acotados que se establecen para que las combis emprendan el regreso al municipio de origen.
- Analizar la concentración de consultas por especialidades en cada distrito, evaluando costo efectividad y considerando variantes (tales como designar profesionales de ciertas especialidades que realicen visitas itinerantes a efectores públicos de un conjunto de distritos del interior de una misma región o zona, modalidad que en los pueblos de menor densidad de habitantes ya suele aplicarse desde la oferta privada).

6.2. Accesibilidad y Señalética: la señalización como indicador de calidad en los Hospitales

La señalización como indicador de calidad en hospitales²³

*“Cuando llegué no sabía adónde tenía que ir...”,
“no hay nadie que te informe o te diga qué hacer”, “fui adonde indicaba el cartel pero la oficina de
atención al público ya no funciona ahí”.*

Estas son algunas de las expresiones que se escuchan cuando se indaga acerca de los modos a partir de los cuales las personas acceden a la atención en los hospitales públicos. Incluso he vivido esa situación en varias ocasiones, recorriendo hospitales, atravesando laberintos incomprensibles, sin una lógica que permita encontrar algún criterio para la orientación.

Hospitales apabellonados, en los cuales hay un edificio principal y luego distintos pabellones para áreas o servicios diferentes, en medio de predios enormes y surcados por calles o pasillos; viejos edificios que pudieron parecer grandes en su origen, pero que fueron quedando chicos para contener la demanda, imposibles de modificar en algunos casos por ser patrimonio histórico y por lo tanto, ampliados por medio de edificios anexados, comunicados de las formas más diversas; hospitales nuevos pero con la señalización original, indicando espacios, áreas o

²² Buscando sobre todo evitar el caso de personas que pierden combi por demoras excesivas en el acceso a la atención propiamente dicha, o el cambio de interlocutores o acuerdos que suelen establecerse entre personal de municipios y de hospitales sin mas respaldo institucional que ‘la buena voluntad individual’.

²³ La totalidad de este ítem corresponde a un Informe elaborado por la experta **María Teresa Poccioni**, Licenciada en Comunicación Social – Especialista en Metodología de la Investigación Científica y Técnica - Docente de Posgrado en la Especialización en Comunicación y Salud (UNLP) y de Grado en la materia de Semiótica en la Universidad Nacional de La Plata y de Comunicación en Salud en la Universidad Nacional Arturo Jauretche – Coordinadora Programa de Mejora de la Atención (Ministerio de Salud Prov. Bs.As.)

servicios que en función a la demanda o a la organización del hospital se fueron modificando aunque los carteles sigan ahí.

Imagen 1: Hospital Gral. San Martín – La Plata



Imagen 2: Hospital Vicente López y Planes – Gral. Rodríguez



Podría decirse que en la mayoría o casi totalidad de los hospitales algún tipo de cartelería hay, lo que podemos afirmar es que salvo honrosas excepciones, ninguno responde a la idea de “señalética” entendida como un sistema de señales que proporciona información instantánea, funcional e inequívoca que permite orientar a los usuarios en su recorrido por el hospital.

Los carteles que existen habitualmente o bien han sido producidos por distintos laboratorios (Roemmers ha sido el laboratorio que más llegada ha tenido en los hospitales públicos con este tema) o bien han podido realizarse a partir de otras donaciones o por gestiones de fundaciones o asociaciones de amigos de la institución (en algunos hospitales existen estas fundaciones que reciben donaciones o realizan actividades para recaudar fondos que luego se utilizan para la mejora de diversas áreas del hospital, como por ejemplo el Hospital Zonal General de Agudos Petrona V. de Cordero de San Fernando).

En muchos otros casos, viejos carteles conviven o son reemplazados por carteles “caseros”, hechos con materiales precarios, por los propios trabajadores del hospital – y a veces no sólo como forma de facilitar el tránsito a los usuarios sino también para evitar ser interpelados permanentemente para brindar la información necesaria.

También se observa habitualmente la desactualización, inconsistencia en el contenido y superposición de carteles que indican los procedimientos y horarios para la atención. Esto genera la necesidad de recurrir a la pregunta al personal administrativo para evacuar dudas o para confirmar que la información contenida en los mismos “continúa vigente”.

Imagen 3: Cartelería donada por laboratorio Roemmers



Calidad y señalización

Cuando se habla de calidad de atención de la salud, se hace referencia a un amplio abanico de cuestiones que, debido a la diversidad de aspectos que recubre, se ha transformado en un concepto complejo, siendo necesario buscar distintas dimensiones para poder comprenderla y evaluarla.

En general se considera que la calidad de atención tiene que ver con la provisión de servicios sanitarios adecuados al conocimiento, accesibles y equitativos, con disponibilidad de recursos y logrando la satisfacción del usuario / paciente.

Las dimensiones que se toman en cuenta para su evaluación suelen ser la calidad científico-técnica, la efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, aceptabilidad, adecuación, continuidad, seguridad.

Para Avedis Donabedian, una de las figuras más destacadas – y más citadas - en el campo de la calidad de la atención en salud, hay tres componentes de la asistencia sanitaria que, relacionados entre sí, constituyen el conjunto de atributos determinantes de la calidad asistencial: los aspectos técnico-científicos, la relación interpersonal y diversos elementos del entorno.

Entre los elementos del entorno, al cual Donabedian ha llamado también “amenidades”, se encuentran las cuestiones vinculadas al nivel de confort, al servicio de “hotelería” para las internaciones, la información y el resguardo de la intimidad del paciente como las más destacadas. En este aspecto entra la consideración de la señalización, vinculada a la información que los servicios ofrecen para poder ser utilizados en forma correcta, y como forma de reducir la incertidumbre que se genera al ingresar al hospital.

La señalética también tiene conexión con la dimensión de accesibilidad, la cual suele ser entendida como la facilidad con la cual la población puede buscar y recibir la atención que necesita. Cuando esto no sucede, hablamos de “barreras a la accesibilidad”, las cuales pueden ser desde barreras geográficas, culturales, económicas, sociales y se ha ido incorporando cada vez más la idea de las barreras organizativas y de comunicación. Es ahí donde aparece entonces la necesidad de observar dentro de esta dimensión, las posibilidades que tiene la población usuaria de los hospitales públicos de realizar un buen uso de los servicios que allí se prestan atendiendo a las señales que se utilizan para orientarlos.

Las barreras de comunicación son uno de los motivos principales por los cuales las personas suelen encontrar numerosas dificultades para lograr la atención. En particular, las personas

con bajo nivel de alfabetización, las personas migrantes que no manejan fluidamente el español y las personas con dificultades visuales, motrices u otras que suponen algún tipo de discapacidad son las que resultan más perjudicadas.

Una perspectiva interesante para considerar la accesibilidad constituye la provista por un equipo de investigación que trabajó sobre la accesibilidad desde una mirada relacional, quienes proponen definirla como *“una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse”*.

Este encuentro con el otro, si bien está pensado en dicho estudio desde un aspecto relacional, implica también todo el recorrido previo para “llegar a encontrarse” equipo de salud y sujetos que demandan atención. Y en este punto, en las distintas experiencias realizadas de evaluación de la satisfacción de los usuarios, surgen invariablemente cuestiones vinculadas a la identificación de problemas en la orientación dentro del hospital, con la localización de los servicios lo cual se transforma muchas veces en una verdadera barrera para lograr acceder a la atención.

Señalética

Si bien suele definirse la señalética como una disciplina de la comunicación visual, pensada desde el diseño gráfico, es importante comprender que la señalética tiene un sentido comunicacional mucho más amplio, no sólo consiste en un conjunto de señales o signos que sirven para guiar, situar o proponer un recorrido a las personas en determinados lugares, tales como museos, aeropuertos, organizaciones de salud, instituciones educativas, y edificios públicos en general.

En el área de salud, incluye también, tal como señalamos precedentemente, la posibilidad de constituirse en una herramienta para la accesibilidad, en la medida en que contribuye al encuentro entre equipo de salud y usuarios. *“Si el diseño no sirve para que la gente viva mejor, entonces no sirve para nada”*, afirma en una entrevista Ronald Shakespear, uno de los máximos referentes de nuestro país en cuanto a Señalética se refiere.

Joan Costa, diseñador español, también sociólogo y experto en comunicación visual, se considera el mentor de esta disciplina. Según él, la irrupción de esta nueva disciplina en el ámbito de las comunicaciones visuales vinculadas a la arquitectura y al diseño espacial y ambiental, obtuvo una rápida y muy amplia acogida, porque vino a clarificar y organizar una vieja práctica empírica: la de “poner señales”. Fue él quien denominó “señalética corporativa” a la actividad surgida por la multiplicación de materiales y tecnologías para el desarrollo de estrategias globales de orientación en las instituciones.

En 1987 Joan Costa definió a la señalética como *“parte de la ciencia de la comunicación que estudia las relaciones funcionales entre los signos de orientación en el espacio y el comportamiento de los individuos”*. Su mirada se orientaba principalmente hacia el modo en que las señales que se utilizan en las organizaciones forman parte de la identidad corporativa y en qué medida constituyen una suerte de “lenguaje universal” que pueda ser comprendido y accesible para todas las personas.

Posteriormente, amplía la concepción del ámbito de pertenencia de la señalética e incorpora el concepto de “comunicación ambiental”. Es así que propone considerarla de la siguiente manera: *“señalética es una disciplina de la comunicación ambiental y de la información que tiene*

por objeto orientar las decisiones y las acciones de los individuos en lugares donde se prestan servicios”.

Este es el sentido que nos interesa destacar, la señalética como servicio, como un aspecto que hace a la calidad porque contribuye a garantizar el acceso a la atención de la salud, al hacer “inteligibles los espacios de acción de los individuos sobre todo en el mundo de los servicios y donde cada caso y cada espacio es diferente”.

Contextos teóricos para pensar la señalética

Es necesario pensar qué conceptualización de la comunicación se requiere para considerar la señalética desde una perspectiva social y por lo tanto, de qué manera interviene la cultura y los modos de significación vigentes para lograr orientar las decisiones y acciones de las personas, tal como plantea Costa.

Es que la concepción de comunicación que debe sostenerse para poder entender el proceso por el cual las señales producen algún sentido en quien la percibe, no puede basarse en la perspectiva informacional representada en su modelo típico de Emisor – Mensaje – Receptor. Según este modelo, parecería posible una comunicación “perfectamente transparente” en la medida en que el receptor “decodifica” el mensaje enviado por el emisor adjudicándole el mismo sentido con el cual fue producido.

Desde esta perspectiva, entonces, bastaría generar un sistema de señales claro y unívoco para que los usuarios de los hospitales supieran exactamente dónde dirigirse en cada momento de su recorrido hasta lograr la atención de su salud. Pero esto no sucede tan mecánicamente, lo cual nos obliga a echar mano a una concepción de la comunicación que esté fuertemente anclada en un modelo semiótico y que permita pensar que lo que se produce en realidad es una pluralidad de significaciones posibles a partir de un signo o señal.

Sin embargo uno de los problemas que plantea la señalética es que se basa en la búsqueda de una cierta “universalidad” del lenguaje, en tanto debe ser de utilidad en un mismo espacio físico para una diversidad de personas provenientes de contextos socioculturales diferentes. De allí la dificultad de encontrar una propuesta que logre satisfacer a todos los receptores posibles, y que resista todas las críticas.

Esta contradicción entre universalidad y particularidad, si bien difícilmente pueda superarse, puede y debe ser tomada como punto de partida para cualquier propuesta que se realice en este sentido. Al indispensable relevamiento del espacio físico propio de un proyecto señalético, es fundamental realizar una indagación en relación a las prácticas de los usuarios. No solo de las prácticas en cuanto a sus recorridos y sus dificultades, sino también en cuanto a los signos más adecuados según las prácticas simbólicas de las personas que acuden a los hospitales públicos.

Una imagen puede ser más factible de ser reconocida que un texto (o en términos semióticos, un ícono puede ser más fácilmente identificable que un símbolo, desde la perspectiva de Charles Peirce), como por ejemplo si pensamos en la necesidad de identificar la Maternidad del hospital y tenemos como opciones la leyenda “Maternidad” (considerada símbolo en tanto es un signo que guarda una relación puramente convencional con el objeto que representa) y un ícono (signo que guarda cierta analogía con el objeto representado):

Imagen 4: Pictograma representativo de la Sala de Maternidad



El pictograma intenta representar esquemáticamente el lugar o servicio que se desea señalar. Como toda esquematización, toma algunos aspectos del objeto y desecha o no incorpora otros. Supone que en la mente del receptor existirá una memoria que se activará a partir de las figuras propuestas y que permitirá reconocer el objeto representado por su adecuación a los modelos gráficos que tiene almacenados en dicha memoria.

Si bien es cierto que tendemos a considerar más convencional y necesitado de un aprendizaje previo al signo simbólico, también las imágenes, signos icónicos, pictogramas, requieren de un aprendizaje en tanto nada garantiza que dicha imagen nos interpelará a todos de la misma manera. El pictograma de la figura 4, claro y elocuente para muchos receptores, podría entenderse en forma diferente por personas provenientes de otras etnias o con escaso nivel de alfabetización. De allí que muchas propuestas de señalización de diversos servicios (entre los cuales se incluye el Hospital Garrahan, de la ciudad de Buenos Aires) han optado por apelar a distintos tipos de signos, incluyendo el color como el “cualisigno” más fácilmente identificable por todos, utilizándolo para demarcar áreas a través de líneas del color correspondiente en las paredes o en el piso indicando el recorrido por dicho sector. Obviamente, este recurso puede utilizarse en determinados tipos de edificios, y no a los que nos referimos al inicio de este trabajo.

Para elaborar un proyecto de señalética...

Todo proyecto que tenga como objetivo normalizar los sistemas de señalización de los hospitales públicos para hacerlos accesibles a la población en cuanto a información se refiere, debería mínimamente respetar los siguientes pasos metodológicos:

- *Realización de diagnóstico a través de la recolección de datos cuali y cuantitativos, como así también planos y gráficos que permitan un reconocimiento edilicio.* De este modo se pueden identificar tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los propios trabajadores del hospital cuáles son los aspectos que dificultan el acceso a la información, así como los recursos y soluciones que permitan eliminarlos en tanto obstáculos. Además del estudio de planos arquitectónicos, la observación y las entrevistas, como también las encuestas, son herramientas que permiten relevar la información necesaria en este sentido.
- *Desarrollo de un sistema señalético* utilizando todos los recursos vislumbrados en el diagnóstico, y considerando las limitaciones edilicias propias del hospital donde se implementará. Elaboración de prototipos para una primer evaluación o testeado del material.

- *Evaluación a través de un trabajo piloto* que permita testear si los signos propuestos para la identificación de servicios o para la orientación de recorridos son comprendidos por los usuarios.
- *Incorporación de modificación y diseño final.*

6.3 Accesibilidad geográfica a Hospitales Públicos en la Provincia de Buenos Aires

Definimos a la accesibilidad como el grado de posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, por lo tanto por un lado se analiza la distribución y la localización de los servicios, según sea la distancia que la separa y las dificultades para llegar a ellos. En este sentido concluye F. Ferrara diciendo que “la población asienta en determinado lugar geográfico; generalmente los que más necesitan de los bienes y servicios sanitarios son aquellos que menos han podido elegir su destino geográfico. Habitan donde pueden y precisamente allí es donde no están o están muy lejos los recursos de salud. Esta es la experiencia histórica más clara y terminante”.²⁴ En el estudio se pretende complejizar esta dimensión de análisis incorporando en el estudio por un lado, la distancia a los servicios de salud desde diferentes barrios, los medios de transporte para el acceso y costo del viaje, diferenciando si es de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales, en medios alternativos o en vehículos particulares.

Para poder comprender el concepto de accesibilidad geográfica en un territorio como el de la provincia de Buenos Aires y en especial, en el Área Metropolitana es imprescindible tener en cuenta la disponibilidad espacial de servicios adecuados para el transporte de personas entre el hogar y sus diversos destinos. Esta disponibilidad implica, no sólo el supuesto de que no exista ningún medio de transporte cercano o que lo haya, pero que se acceda con severas dificultades, sino que estos existan, pero que no conecten con los destinos deseados, por ejemplo, llegar al hospital zonal, o al que ofrece el servicio más adecuado en función de las necesidades de atención de la salud de determinada población. De esta manera, un “indicador de accesibilidad” puede medir la calidad del sistema de transporte público entre dos zonas determinadas, evaluando su distribución, interconexión, etc., teniendo en cuenta la distancia o tiempo de viaje, la influencia de su costo y la oportunidad para realizar actividades fuera de la zona de que se trata.

En sentido estricto, definimos a la accesibilidad geográfica como el conjunto de factores territoriales que permiten a la población trasladarse hasta un centro de salud determinado.

Los factores que analizaremos en este estudio son:

- Distancia absoluta
- Grado de Conectividad (definida como la presencia/ausencia de transporte público que permita unir los puntos de origen y destino)
- Costo en \$

²⁴ Ferrara Floreal “teoría social y salud”, catálogo ediciones, Bs As, 1985

Supuestos subyacentes

El análisis se realiza bajo una serie de supuestos generales, sin que esto implique necesariamente que se cumplirán en todos los casos. El primer supuesto es considerar que las personas concurren al Hospital de la Región Sanitaria a la que corresponde su distrito así como al más cercano a su lugar de residencia. Otro de los supuestos que subyacen, especialmente para el Área Metropolitana, es que las personas se trasladan en transporte público priorizando la ecuación “costo-tiempo” por sobre la comodidad. Cómo sabemos, estos supuestos revisten un extremado carácter relativo, por cuanto existen un sinnúmero de factores que alteran esta lógica. No obstante, la imposibilidad concreta de abarcar todas esas lógicas diferentes (y sus posibles combinatorias) en el ámbito de este trabajo, nos obliga a sostener estos presupuestos para el conjunto de los Hospitales provinciales.

Abordaje regional y dimensiones de análisis

Debido a las diferencias sustantivas tanto a nivel humano como territorial entre el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y el interior de la provincia, realizaremos para cada una de las regiones un análisis con perspectivas metodológicas particulares.

En el primer caso, se analizará la relación entre la localización de los Hospitales provinciales en función de las redes de transporte y los niveles de conectividad, tomando una serie de análisis testigo; en tanto que en el interior, se priorizará el factor distancia y costo del transporte como dimensiones más significativas para el análisis.

Hospitales Provinciales en el Área Metropolitana de Buenos Aires

A los fines del presente informe, consideramos al Área Metropolitana de Buenos Aires en un sentido amplio, a la región integrada por los siguientes partidos: *Alte. Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Campana, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de La Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, Gral. Las Heras, Gral. Rodríguez, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, La Plata, Lanús, Lomas De Zamora, Lujan, Malvinas Argentinas, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón, Pilar, Pte. Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Martín, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vte. López, Zarate*. Si bien la Ciudad Autónoma de Buenos Aires forma parte del continuo urbano que desde el punto de vista geográfico se denomina Área Metropolitana de Buenos Aires, no será considerado en el presente análisis debido a la separación que presenta desde el punto de vista jurisdiccional.

Sistema de Transporte Público de Pasajeros

Los habitantes del Área Metropolitana de Buenos Aires, disponen en general de un alto nivel de accesibilidad geográfica al transporte público de pasajeros. Aun cuando esta descripción general del sistema es correcta, debajo de la misma se esconde la experiencia cotidiana de miles de personas que no “acceden” a estas ventajas. Esta dimensión del transporte aparece generalmente menos visible y afecta principalmente a ciudadanos pobres que habitan en barrios o asentamientos de baja densidad o intersticios suburbanos, que alejados de las principales vías de transporte conforman demandas no atractivas para la operatoria privada.

Según un trabajo de la Fundación Poder Ciudadano²⁵, una baja accesibilidad geográfica al transporte público de pasajeros, constituye un mecanismo que refuerza el círculo vicioso de la pobreza. Sin transporte público se dificulta el acceso a la educación y especialmente a la salud en situaciones de emergencia. Disminuye asimismo las chances para obtener y mantener el trabajo y el presentismo. En palabras de uno de informantes clave de dicha investigación:

“en los lugares marginales hay un problema de accesibilidad, la accesibilidad básica es un derecho como la salud en un área como la de Bs. As, la accesibilidad básica es la que necesitas para ejercer tus propios derechos, es decir no se puede decir que tengas acceso a la justicia si no puedes acceder a los tribunales o a la salud si no tenés la posibilidad de acceder al hospital o a la sala.”²⁶

La accesibilidad geográfica no afecta de la misma manera a todos los distritos que integran el AMBA. De acuerdo con datos elaborados por la investigadora Susana Kralich²⁷, “en promedio”, los distritos más afectados son: Esteban Echeverría, el antiguo municipio de General Sarmiento (San Miguel, José C. Paz y Malvinas Argentinas), Moreno y Florencio Varela.

Oferta de servicios

El Área Metropolitana Buenos Aires cuenta con un sistema de transporte desarticulado pero relativamente completo, conformado por una red de siete ferrocarriles con 840 kilómetros de longitud y un ubicuo sistema de transporte público automotor configurado por buses (colectivos) correspondientes a las jurisdicciones provincial y municipal, en más de trescientas rutas con una extensión de 25 mil kilómetros y una flota de 15 mil unidades, operado por 182 empresas privadas. El sistema de transporte público colectivo se encuentra complementado por unos 40 mil taxis, seis mil remises, 600 vehículos de oferta libre (vans y minibuses) y una apreciable cantidad de vehículos "informales".

Con respecto al remis, su uso muestra abarcar un amplio espectro, así como todas las categorías socioeconómicas, siendo llamativo en este sentido su uso frecuente por personas de bajos ingresos, jubilados, asalariados, residentes en barrios precarios (villas y asentamientos) en los que inclusive se detecta la radicación de agencias. Se destaca que el servicio ofrece la seguridad de viajes puerta a puerta y con la confortabilidad e intimidad que brinda el automóvil. Detectamos en tal sentido viajes de madres con niños, embarazadas, personas mayores, convalecientes, discapacitados temporarios o definitivos, viajes nocturnos, traslados desde o hacia hospitales y otros centros de salud, o como forma de conectar con Centros de Traslado Regionales (CTR), estaciones ferroviarias, etc.

Discapacidad y transporte público de pasajeros en el AMBA.

Se ha detectado tres familias de puntos críticos en relación a esta cuestión:

- Persiste aun, como consecuencia de la no incorporación de unidades especialmente adaptadas para el transporte de personas con movilidad reducida, una baja accesibilidad de las

²⁵ Staffa Damián, “Transporte Público de pasajeros en el AMBA: puntos críticos y acciones de incidencia desde la sociedad civil para su superación”. Fundación Poder Ciudadano. 2007.

²⁶ *Íbidem*

²⁷ Kralich Susana, “Transporte urbano, accesibilidad y situación socioeconómica en los partidos del Gran Buenos Aires”. Primera reunión anual sobre pobreza y distribución del ingreso, Buenos Aires. 2000.

mismas al transporte público automotor de pasajeros. Según señalan algunas investigaciones recientes, esta situación estaría mejorando en el transporte sometido a Jurisdicción Nacional, abriéndose un interrogante para el nivel provincial y municipal.

- Limitaciones a la accesibilidad de las personas con movilidad reducida al transporte público por ferrocarril como consecuencia de la falta de cumplimiento a lo prescripto por el Decreto N° 914/1997 (adecuación física) y al derecho consagrado por la Ley N°22.431, por el que se le reconoce a las personas con movilidad reducida la posibilidad de viajar gratuitamente en el transporte público de pasajeros, eliminando las limitaciones en cuanto al destino que pueden concurrir.²⁸

Centros de Tránsito

El Área Metropolitana de Buenos Aires presenta una serie de nodos urbanos que se habitualmente se denominan Centro de Tránsito. Por lo general, se encuentran en zonas de alta densidad poblacional y vial, próximos a las estaciones de Ferrocarril, y concentran los recorridos de varios sistemas de transporte público y privado de pasajeros (ferrocarriles, colectivos, remises y combis). Asimismo, y debido al flujo de personas en tránsito, presentan una profusa actividad comercial.

Para el presente análisis hemos seleccionado los 14 Centros de Tránsito más importantes de la Región, a fin de medir el grado de conectividad de los Hospitales en función de su distancia al Centro de Tránsito más cercano. La selección incluye algunos Centros de Tránsito ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, debido a que por su magnitud (ej: Plaza Constitución) o por su localización limítrofe entre la C.A.B.A. y la provincia (ej: Puente de la Noria) son de uso habitual por parte de la población, incluso cuando se trata de viajes cuyo origen y destino corresponde a la provincia de Buenos Aires.

Las distancias fueron calculadas siguiendo el trayecto vial más corto (independientemente de si ese trayecto es factible de ser cubierto mediante servicio de transporte público de pasajeros)

Los Centros de Tránsito seleccionados son:

	Denominación	Localidad	Partido
1	Cruce Varela	Florencio Varela	Florencio Varela
2	Estación Avellaneda	Avellaneda	Avellaneda
3	Estación la Plata	La Plata	La Plata
4	Estación Liniers	Liniers	C.A.B.A.
5	Estación Morón	Morón	Morón
6	Estación Retiro	Retiro	C.A.B.A.
7	Estación San Miguel	San Miguel	San Miguel
8	Panamericana y 197	El Talar	Tigre
9	Plaza Constitución	Constitución	C.A.B.A.
10	Puente de la Noria	Villa Fiorito	Lomas de Zamora

²⁸ Staffa, Damián, *Op. Cit*

11	Estación Temperley	Temperley	Lomas de Zamora
12	Puente Saavedra	Vicente López	Vicente López
13	Estación Quilmes	Quilmes	Quilmes
14	Rotonda San Justo	San Justo	La Matanza

CUADRO Nº 1. Distancia de los Hospitales del AMBA a los Centros de Tránsito

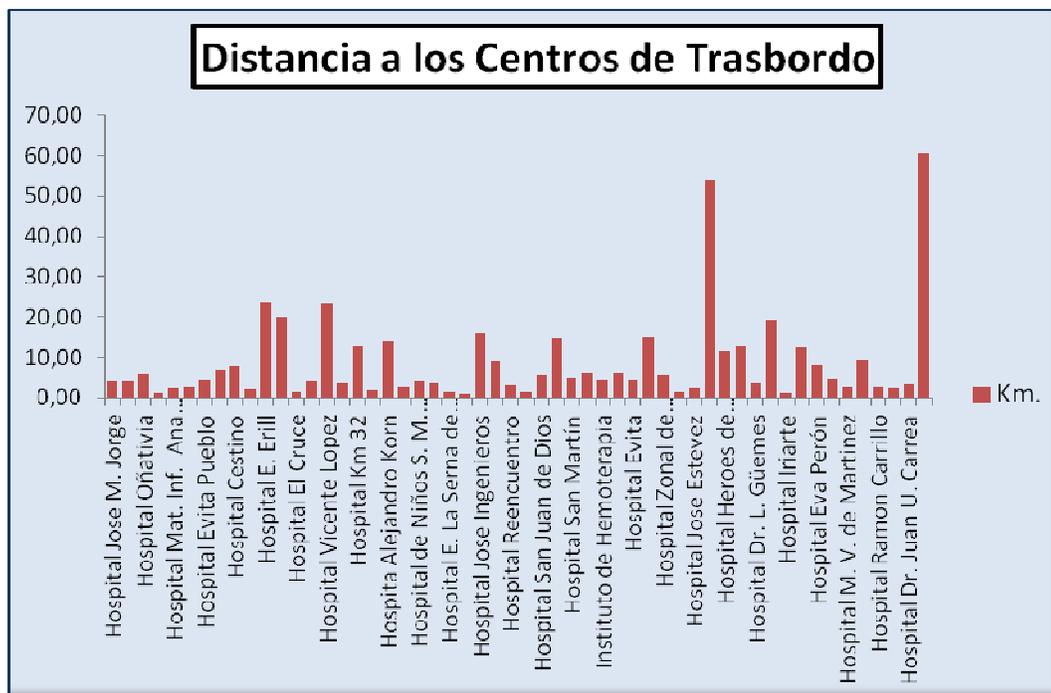
Nombre	Localidad	Partido	Centro de Tránsito más cercano	Distancia (Km)
Hospital José M. Jorge	Burzaco	ALTE. BROWN	Est. Temperley	4,10
Hospital Lucio Melendez	Adrogué	ALTE. BROWN	Est. Temperley	4,12
Hospital Oñativía	Rafael Calzada	ALTE. BROWN	Est. Temperley	5,90
Hospital Fiorito	Avellaneda	AVELLANEDA	Est. Avellaneda	1,13
Hospital Mat. Inf. Ana Goitía	Avellaneda	AVELLANEDA	Est. Avellaneda	2,38
Hospital Pte. Perón	Sarandí	AVELLANEDA	Est. Avellaneda	2,79
Hospital Evita Pueblo	Berazategui	BERAZATEGUI	Cruce Varela	4,46
Hospital Mario Larrain	Berisso	BERISSO	Estación La Plata	6,94
Hospital Cestino	Ensenada	ENSENADA	Estación La Plata	7,80
Hospital El Dique	El Dique	ENSENADA	Estación La Plata	2,09
Hospital E. Erill	Belén de Escobar	ESCOBAR	Est. San Miguel	23,34
Hospital Eurnekian	La Unión	EZEIZA	Est. Temperley	19,80
Hospital El Cruce	Florencio Varela	FCIO. VARELA	Cruce Varela	1,45
Hospital Mi Pueblo	Villa Watteone	FCIO. VARELA	Cruce Varela	4,31
Hospital Vicente Lopez	General Rodriguez	GRAL. RODRÍGUEZ	Est. San Miguel	23,26
Hospital Domingo Mercante	Jose C. Paz	JOSE C. PAZ	Est. San Miguel	3,81
Hospital Km 32	Gonzalez Catan	LA MATANZA	Rotonda San Justo	12,85
Hospital Paroissien	Isidro Casanova	LA MATANZA	Rotonda San Justo	1,89
Hospita Alejandro Korn	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	14,30
Hospital Bollini	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	2,70
Hospital de Niños S. M. Ludovica	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	4,20

Nombre	Localidad	Partido	Centro de Traslado más cercano	Distancia (Km)
Hospital Dr.Noel Sbarra	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	3,50
Hospital E. La Serna de Montes	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	1,40
Hospital Gutierrez	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	1,00
Hospital Jose Ingenieros	Melchor Romero	LA PLATA	Estación La Plata	15,90
Hospital Ramos Mejía	La Granja	LA PLATA	Estación La Plata	9,10
Hospital Reencuentro	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	3,00
Hospital Rossi	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	1,60
Hospital San Juan de Dios	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	5,80
Hospital San Lucas	Lisandro Olmos	LA PLATA	Estación La Plata	14,80
Hospital San Martín	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	5,00
Hospital San Roque	Manuel B. Gonnet	LA PLATA	Estación La Plata	6,40
Instituto de Hemoterapia	La Plata	LA PLATA	Estación La Plata	4,40
Hospital Arturo Melo	Remedios de Escalada	LANÚS	Est. Avellaneda	6,26
Hospital Evita	Lanús	LANÚS	Est. Avellaneda	4,38
Hospital Narciso Lopez	Lanús	LANÚS	Puente de la Noria	15,20
Hospital Zonal de Oncología	Lanús	LANÚS	Est. Avellaneda	5,70
Hospital Gandulfo	Lomas de Zamora	L. DE ZAMORA	Est. Temperley	1,57
Hospital Jose Estevez	Temperley	L. DE ZAMORA	Est. Temperley	2,42
Hospital Cabred	Open Door	LUJAN	Est. San Miguel	54,00
Hospital Heroes de Malvinas	Merlo	MERLO	Est. Morón	11,57
Hospital M. y L. De la Vega	Moreno	MORENO	Est. San Miguel	12,89
Hospital Dr. L. Güemes	Haedo	MORON	Est. Morón	3,68
Hospital Cecilia Grierson	Guernica	PTE. PERON	Est. Temperley	19,20
Hospital Iriarte	Quilmes	QUILMES	Est. Quilmes	1,30
Hospital Petrona V. de Cordero	San Fernando	SAN FERNANDO	Panam. y 197	12,40

Nombre	Localidad	Partido	Centro de Traslado más cercano	Distancia (Km)
Hospital Eva Perón	San Martín	SAN MARTIN	Liniers	7,94
Hospital General Belgrano	Villa Zagala	SAN MARTIN	Puente Saavedra	4,70
Hospital M. V. de Martinez	Gral. Pacheco	TIGRE	Panam. y 197	2,70
Hospital Dr. Bocalandro	Loma Hermosa	TRES DE FEBRERO	Est. Morón	9,59
Hospital Ramon Carrillo	Ciudadela	TRES DE FEBRERO	Liniers	2,75
Hospital Antonio Cetrángolo	Vte. Lopez	VTE. LÓPEZ	Puente Saavedra	2,30
Hospital Dr. Juan U. Carrea	Olivos	VTE. LÓPEZ	Puente Saavedra	3,19
Hospital Virgen del Carmen	Villa Mazzoni	ZARATE	Panam. y 197	60,40
Promedio				8,70

Los señalados con este color corresponden a aquellos casos cuya distancia supera el promedio general

GRÁFICO N° 1. Distancia de los Hospitales del AMBA a los Centros de Traslado



Tal como se muestra en la Tabla y Gráfico precedentes, existe una gran variabilidad en cuanto a la accesibilidad que presentan los Hospitales del AMBA en relación con la distancia que los separa de los **Centros de Traslado Regionales (CTR)**. Cabe aclarar como hemos señalado en la introducción al presente informe, que la relevancia de estos datos tiene un carácter relacional; es decir, permite comparar la accesibilidad de cada Hospital de manera **relativa** pero de ningún modo de forma absoluta. No obstante, la distancia a los CTR constituye un fuerte indicador de conectividad por cuanto concentra los 3 factores principales con los que hemos definido la accesibilidad: **distancia absoluta, conectividad y costo en \$**. Desde este punto de vista entonces, es posible jerarquizar esta dimensión en tres grupos:

A. Hospitales con mayor accesibilidad (distancia a los CTR de hasta 5 km.): Hospital José M. Jorge, Hospital Lucio Meléndez, Hospital Fiorito, Hospital Mat. Inf. Ana Goitía, Hospital Pte. Perón, Hospital Evita Pueblo, Hospital El Dique, Hospital El Cruce, Hospital Mi Pueblo, Hospital Domingo Mercante, Hospital Paroissien, Hospital Bollini, Hospital de Niños S. M. Ludovica, Hospital Dr. Noel Sbarra, Hospital E. La Serna de Montes, Hospital Gutiérrez, Hospital Reencuentro, Hospital Rossi, Hospital San Martín, Instituto de Hemoterapia (LP), Hospital Evita, Hospital Narciso López, Hospital Gandulfo, Hospital José Estévez, Hospital Dr. L. Güemes, Hospital Iriarte, Hospital General Belgrano, Hospital M. V. de Martínez, Hospital Ramón Carrillo, Hospital Antonio Cetrángolo, Hospital Dr. Juan U. Carrea, Hospital Virgen del Carmen.

B. Hospitales con accesibilidad media (distancia a los CTR de 5 a 15 km.): Hospital Oñativia, Hospital Mario Larrain, Hospital Cestino, Hospital Alejandro Korn, Hospital Ramos Mejía, Hospital San Juan de Dios, Hospital San Roque, Hospital Arturo Melo, Hospital Zonal de

Oncología (Lanús), Hospital Héroe de Malvinas, Hospital M. y L. De la Vega, Hospital Petrona V. de Cordero, Hospital Eva Perón, Hospital Dr. Bocalandro.

C. Hospitales con menor accesibilidad (distancia a los CTR de más de 15 km.): Hospital E. Erill, Hospital Eurnekian, Hospital Vicente López, Hospital José Ingenieros, Hospital Narciso López, Hospital Cabred, Hospital Cecilia Grierson, Hospital Virgen del Carmen.

Costo del Transporte

El costo del transporte público de pasajeros es relativamente económico, merced a que constituye un servicio subsidiado por el Estado Nacional. No obstante, cuando la frecuencia de los viajes aumenta (ej: tratamiento ambulatorio prolongado) constituye una carga económica importante para los sectores más vulnerables.

El precio del boleto de colectivo se obtiene no en virtud de una distancia absoluta sino en función del número de “secciones” que se recorren. Para las líneas de colectivos que circulan en Gran Buenos Aires (Líneas 200 a 500), el Boleto Mínimo, (primera sección) es de \$1,10 y abarca aproximadamente hasta 3km de trayecto. La segunda sección tiene un valor de \$1,50 y abarca aproximadamente entre 3 y 6km. El boleto de tercera sección tiene un valor de \$1,75 y abarca de 6 a 12 km. de recorrido aproximadamente; en tanto que el boleto de cuarta sección tiene un valor de \$2,00 y abarca desde la cuarta sección del viaje en adelante, con un trayecto de más de 12km. de viaje.

Mediante este sistema, no es posible establecer un costo definitivo en relación con la distancia absoluta, aunque sí es factible realizar un cálculo aproximado, que en términos relativos permite comparar los costos de transporte desde diversas localidades hasta los Hospitales de referencia (ver **Estudios de Caso**)

En el caso del servicio de remis, según un relevamiento efectuado en diversas agencias registradas que brindan servicios en la región, la tarifa oscila alrededor de los \$8 a \$10 como mínimo, más un agregado de \$3 a \$4 por kilómetro adicional. De acuerdo a estos datos, un viaje de 15 km. tiene un costo aproximado de entre \$45 a \$60. Estos valores se reducen eventualmente en el caso de los servicios ilegales (denominados “truchos”) en aproximadamente un 20%.

Bicicleta: si bien su uso se encuentra en franca expansión durante la última década; existe una serie de dificultades que impiden un buen aprovechamiento de este medio de transporte: horarios (con los peligros que acarrea transitar de noche); la necesidad de viajar con niños (ya sea para ser atendidos en el Hospital o porque las madres o padres no tienen con quien dejarlos); la condición de salud; la falta de seguridad para dejar la bicicleta en el Hospital. Una práctica que contribuye a mejorar las posibilidades de uso de bicicleta para cubrir trayectos de mediana envergadura es la presencia de locales comerciales “guarda-bicicletas”, en las cercanías de Centros de Traslado o Vías de comunicación importantes (rutas, estaciones de FFCC, paradas de colectivo)

Acceso a la información

Además de los factores ya descriptos que permiten valorar la accesibilidad relativa a los Hospitales Provinciales, un elemento de singular importancia está constituido por la mayor o

menor disponibilidad de información referida a las maneras más eficientes en términos de costo, tiempo de viaje y comodidad de trasladarse hasta los Hospitales.

Al respecto, podemos señalar las siguientes observaciones en cuanto a factores que mejoran o empeoran la accesibilidad:

- Como parte de las estrategias populares presentes en las redes sociales de carácter barrial, circula la información acerca de los medios más eficientes (y más económicos) para acceder a los Hospitales.
- No existe información (o es difícil encontrar) sobre los recorridos de las líneas de colectivos de jurisdicción provincial ni municipal.
- En la mayoría de los casos, los medios de transporte urbano no presentan información accesible en materia de conexiones entre modos similares o intermodales (ej: tren-colectivo).
- La disponibilidad de información práctica sobre conectividad de Hospitales en materia de transporte público presenta una gran variedad de situaciones. Un ejemplo claro es la disponibilidad de dicha información en Internet. El cuadro siguiente muestra el resultado de una sencilla indagación a través del Portal del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (<http://www.ms.gba.gov.ar/hospitales/hospitalesListadoGeneral.html>):

CUADRO N°2. Información disponible en los sitios web de los Hospitales Provinciales en el AMBA

Hospital	Sitio Internet	Tiene Mapa	Líneas de colectivo	Info Adicional	Hospital	Sitio Internet	Tiene Mapa	Líneas de colectivo	Info Adicional
Hospital Jose M. Jorge	NO				Hospital Rossi	SI	SI	NO	parcial
Hospital Lucio Melendez	NO				Hospital San Juan de Dios	NO			
Hospital Oñativia	NO				Hospital San Lucas	NO			
Hospital Fiorito	NO				Hospital San Martín	NO			
Hospital Mat. Inf. Ana Goitia	SI	SI	SI	completa	Hospital San Roque	NO			
Hospital Pte. Perón	NO				Instituto de Hemoterapia	NO			
Hospital Evita Pueblo	NO				Hospital Arturo Melo	NO			
Hospital Mario Larrain	NO				Hospital Evita	NO			
Hospital Cestino	NO				Hospital Narciso Lopez	NO			
Hospital El Dique	NO				Hospital Zonal de Oncología	NO			
Hospital E. Erill	SI	SI	SI	parcial	Hospital Gandulfo	NO			
Hospital Eurnekian	SI	SI	NO	parcial	Hospital Jose Estevez	NO			
Hospital El Cruce	NO				Hospital Cabred	NO			
Hospital Mi Pueblo	NO				Hospital Heroes de Malvinas	NO			
Hospital Vicente Lopez	NO				Hospital M. y L. De la Vega	NO			
Hospital Domingo Mercante	NO				Hospital Dr. L. Güemes	NO			
Hospital Km 32	NO				Hospital Cecilia Grierson	NO			
Hospital Paroissien	NO				Hospital Iriarte	NO			
Hospital Alejandro Korn	NO				Hospital Petrona V. de Cordero	SI	SI	SI	completa
Hospital Bollini	SI	SI	SI	NO	Hospital Eva Perón	NO			
Hospital de Niños S. M. Ludovica	NO				Hospital General Belgrano	SI	SI	SI	completa
Hospital Dr.Noel Sbarra	SI	SI	NO	parcial	Hospital M. V. de Martinez	SI	SI	NO	NO
Hospital E. La Serna de Montes	NO				Hospital Dr. Bocalandro	NO			
Hospital Gutierrez	NO				Hospital Ramon Carrillo	NO			
Hospital Jose Ingenieros	NO				Hospital Antonio Cetrángolo	SI	SI	SI	completa
Hospital Ramos Mejía	NO				Hospital Dr. Juan U. Carrea	NO			
Hospital Reencuentro	NO				Hospital Virgen del Carmen	NO			

Del cuadro nº2 surge que sólo 10 Hospitales (de los 54 existentes en la región) brindan información sobre “cómo llegar”. De este grupo, todos poseen un mapa de ubicación (dato importante pero de difícil comprensión cuando se desconoce la zona); 6 poseen información detallada sobre líneas de colectivo que pasan por el lugar, y 4 poseen una información detallada de conectividad mediante sistema público y privado. Cabe destacar el caso del Hospital Petrona V. de Cordero, que presenta información sobre acceso mediante ferrocarril y la cercanía con el Aeropuerto de Don Torcuato.

Estudios de caso

Debido a la magnitud y densidad poblacional, dimensión territorial y número de Hospitales del Área Metropolitana de Buenos Aires, no es factible hacer un análisis de distancias entre los Hospitales y las diferentes localidades de las Regiones Sanitarias como en el caso de los Hospitales correspondientes al interior de la provincia. Por otra parte, las lógicas de conectividad y transporte de las áreas metropolitanas como la de Buenos Aires presentan una complejidad que tornaría imposible abarcar la totalidad de la región. Bajo tales circunstancias, se ha optado por seleccionar un conjunto de “casos testigo”, en diferentes áreas de la Región Metropolitana, procurando integrar en la medida de lo posible interpretar las lógicas de traslado que elegiría la población que debe acceder a los servicios hospitalarios mediante la utilización –cuando ello es posible- del sistema de transporte urbano de pasajeros (colectivos).

Los factores considerados para la selección de casos son:

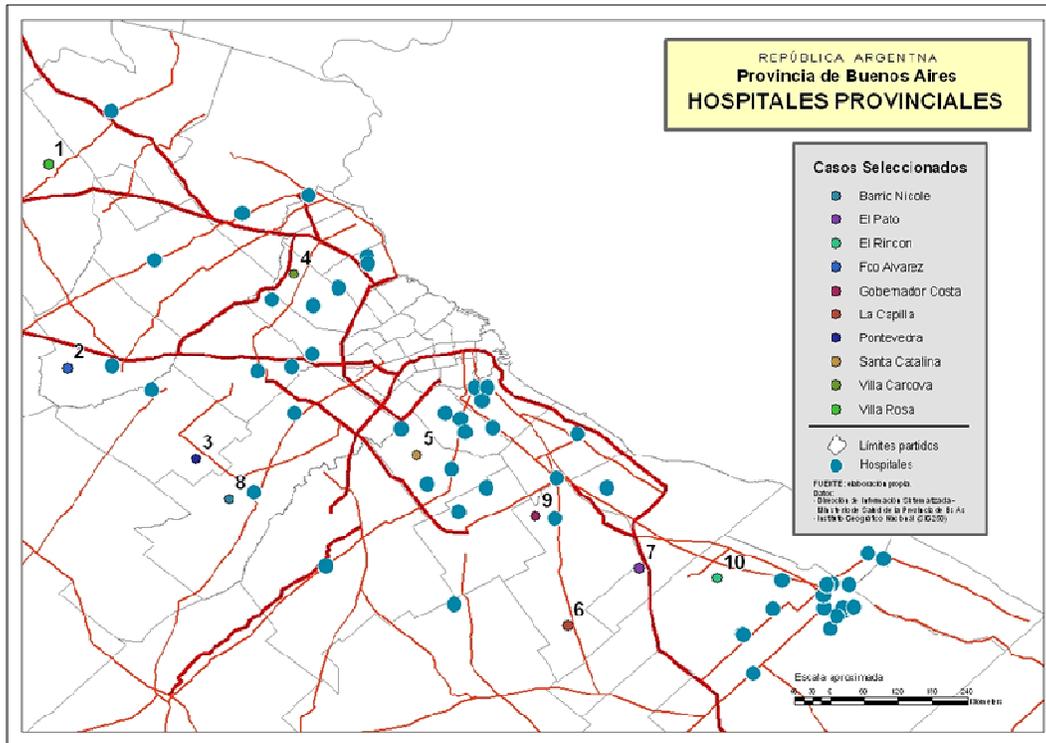
- Barrios o localidades ubicadas en las zonas periféricas; considerando que en la mayoría de los casos son usuarios del sistema público de salud, que se movilizan en transporte público, y que presentan las mayores dificultades de conectividad.

- Se seleccionaron los Hospitales provinciales más cercanos a cada localidad testigo.
- Los supuestos considerados para el análisis son:
 - Que la población procurará efectuar el menor gasto económico posible.
 - Que en caso de ser necesario se trasladará a pie para acceder al transporte público.
 - Que se prefiere la opción de 2 colectivos antes que tomar un remís.
 - Que para cubrir distancias importantes (se toma como referencia mayores a los 2 km.) que no poseen transporte público, se utilizará el sistema de remís.

El siguiente cuadro y mapa, muestra las localidades testigo seleccionadas y sus Hospitales

Caso	Localidad	Partido	Hospital	Localidad
1	Villa Rosa	Pilar	Hospital E. Errill	Escobar
2	Fco. Alvarez	Moreno	Hospital M. y L. De la Vega	Moreno
3	Pontevedra	Merlo	Hospital Km 32	González Catan
4	Villa Cárcova	San Martín	Hospital Dr. Bocalandro	Loma Hermosa
5	Santa Catalina	Lomas de Zamora	Hospital Gandulfo	Lomas de Zamora
6	La Capilla	Florencio Varela	Hospital Mi Pueblo	Florencio Varela
7	El Pato	Berazategui	Hospital Evita Pueblo	Berzategui
8	Barrio Nicole	La Matanza	Hospital Paroissien	San Justo
9	El Rincón	La Plata	Hospital San Roque	M. B. Gonnet

MAPA nº 1. Localización de Estudios de caso y Hospitales Provinciales en el AMBA



El **CUADRO n°3** presenta los resultados del análisis de accesibilidad para los 10 casos seleccionados.

Distancias, medios de transporte y costo de viaje de casos seleccionados

C	Localidad	Partido	Hospital	Localidad	Distancia en Km. (ida y vuelta)				Costo \$ (2)		Obs.	
					Total	a pie	colect.	nº (1)	Remis	Sólo Remis		
1	Villa Rosá	Pilar	Hospital E. Errill	Escobar	34,2	0,0	0,0	2	6,5	\$ 31,5	\$ 110,6	3
2	Fco. Alvarez	Moreno	Hospital M. y L. De la Vega	Moreno	14,2	3,8	10,4	1		\$ 3,5	\$ 50,6	
3	Pontevedra	Merlo	Hospital Km 32	González Catán	28,0	0,4	27,6	2		\$ 6,5	\$ 92,0	
4	Villa Cárcova.	San Martín	Hospital Dr. Bocalandro	Loma Hermosa	21,6	5,4	16,2	2		\$ 6,5	\$ 72,8	
5	Santa Catalina	Lomas de Zamora	Hospital Gandulfo	Lomas de Zamora	20,8	5,2	15,6	2		\$ 6,0	\$ 70,4	
6	La Capilla	Florencio Varela	Hospital Mi Pueblo	Florencio Varela	30,6	0,0	8,6	1	11,0	\$ 45,0	\$ 99,8	4
7	El Pato	Berazategui	Hospital Evita Pueblo	Berazategui	44,2	2,0	42,2	2		\$ 8,0	\$ 140,6	
8	Barrio Nicola	La Matanza	Hospital Paroissien	San Justo	35,0	6,4	28,6	1		\$ 4,0	\$ 113,0	
9	Gobernador Costa	Florencio Varela	Hospital ElCruce	Florencio Varela	25,4	7,8	17,6	1		\$ 3,5	\$ 84,2	
10	El Rincón	La Plata	Hospital San Roque	Manuel B. Gonnert	18,4	2,8	15,6	1		\$ 3,5	\$ 53,2	

Observaciones

- 1 Cantidad de colectivos que hay que tomar para un solo tramo de viaje. Estimado sobre la base de información disponible en internet
- 2 Costo estimado en base a la tarifa promedio de colectivo considerando la distancia correspondiente a las diferentes secciones. Tarifa de remis aproximada, sobre la base de información disponible en internet
- 3 No existe colectivo directo. Se debe tomar como mínimo un remis hasta Panamericana (Ramal Pilar) y 12 de Octubre, allí se toma el colectivo 57 hasta Panamericana y Av. Madero; aquí se toma el 176 hasta Panamericana (Ramal Escobar) y Ruta 26 y allí se debe caminar 7 cuadras hasta el Hospital
- 4 No existe colectivo directo. Se debe tomar como mínimo un remis hasta Ruta 53 y Av. Eva Perón, allí se toma el colectivo 148 hasta Av. Eva Perón y 12 de Octubre

A continuación se presenta el análisis para cada caso seleccionado. En relación al costo de traslado en automóvil particular, el cálculo fue realizado considerando el consumo de un vehículo naftero mediano, y el precio del combustible a \$ 5,64 por litro de nafta súper (promedio de YPF a septiembre de 2011).

Caso 1. Villa Rosa / Hospital E. Errill

Localidad perteneciente al partido de Pilar. Posee una estación de ferrocarril correspondiente al Ferrocarril General Belgrano, terminal norte del servicio urbano de pasajeros de la línea Belgrano Norte. La Ruta Provincial 25 une este pueblo con las ciudades vecinas de Pilar y Belén de Escobar.

El servicio de colectivos es brindado por las líneas 501 y 276 y en el año 2009 comenzó a circular la línea 510, que tiene tarifas más económicas y unidades en mejor estado.

La Línea 291 actualmente presta un reciente servicio entre Derqui y Villa Rosa, alcanzando una región alejada del pueblo como lo es el Barrio "El Escondrijo" y también la zona del escuela 34 al fondo, la empresa presta un servicio con 5 unidades, con una frecuencia de 20 minutos, el volumen de gente que utiliza tanto dentro del pueblo como para ir a Derqui o al K50, aumenta día a día, conectando al pueblo con sus alrededores.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)					Costo \$		En auto (ida y vuelta)	
		Total	a pie	colect.	r#	Remis	Total	Sólo Remis	Distancia	\$
Villa Rosa	Hospital E. Errill	34,2	0,0	0,0	2	6,5	\$ 31,5	\$ 110,6	24,2	\$ 8,03

Para la presente localidad se analizó la accesibilidad con relación al **Hospital E. Errill**, de Escobar. De acuerdo al relevamiento efectuado, no es posible acceder en forma directa en colectivo. Quienes deban utilizar el servicio de transporte público de pasajeros deberán tomar como mínimo un remis hasta Panamericana (Ramal Pilar) y 12 de Octubre, allí se accede al colectivo 57 hasta Panamericana y Av. Madero; aquí se toma el 176 hasta Panamericana (Ramal Escobar) y Ruta 26 y allí se debe caminar 7 cuadras hasta el Hospital.

LOCALIZACIÓN DE CASOS ESTUDIADOS

Fuente: Google Earth

Caso 1. Villa Rosa / Hospital E. Errill



Caso 2. Francisco Álvarez / Hospital M. y L. De la Vega

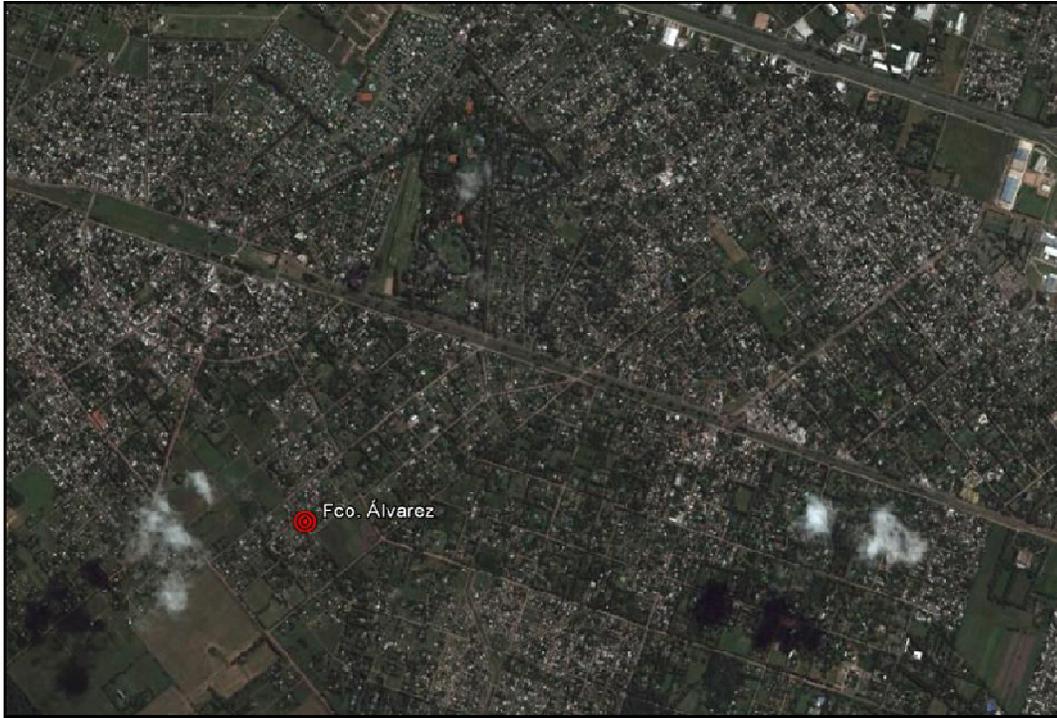
Es una localidad del partido Moreno, ubicado unos 6 km al Oeste de la ciudad cabecera del partido, sobre las vías del FFCC Sarmiento y la Ruta Nac 7, que aquí recibe el nombre de Av San Martín y corre paralela a las vías. Se conecta mediante algunas pocas calles asfaltadas con la AU Acceso Oeste. Es un barrio de baja densidad poblacional, con trazado irregular de sus calles, en el que se mezclan sectores medios y medios-bajos, con presencia de algunos barrios cerrados.

El análisis de conectividad para este barrio se realizó en relación con el **Hospital M. y L. De la Vega**, ubicado en la localidad de Moreno, en un sector aproximadamente equidistante entre la RN 7 y la AU Acceso Oeste. La población del sector más periférico del barrio (área Sur) deberá caminar alrededor de 200 mts para acceder a la parada del colectivo de la Línea 57 que lo conecta con el Hospital De la Vega.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)				Costo \$		En auto (ida y vuelta)	
		Total	a pie	colect.	nº	Remis	Total	Sólo Remis	Distancia
Fco. Alvarez	Hospital M. y L. De la Vega	14,2	3,8	10,4	1	\$ 3,5	\$ 50,6	14,2	\$ 4,71

Como se muestra en el cuadro precedente, esta localidad presenta una buena conectividad con el Hospital, debida fundamentalmente a una escasa distancia absoluta y al hecho de hallarse cercana a los ejes de circulación regional (RN 7, AU Oeste y FFCC Sarmiento), por lo que la distancia a recorrer y los costos de traslado en transporte público de pasajeros son bajos.

Caso 2. Francisco Álvarez / Hospital M. y L. De la Vega



Caso 3. Pontevedra / Hospital Km. 32

Pontevedra es una localidad del partido de Merlo, limita al oeste-noroeste con Mariano Acosta, al norte con Parque San Martín, al noreste con Libertad, al suroeste con el Partido de Marcos Paz, al sur con Veinte de Junio y al este con González Catán.

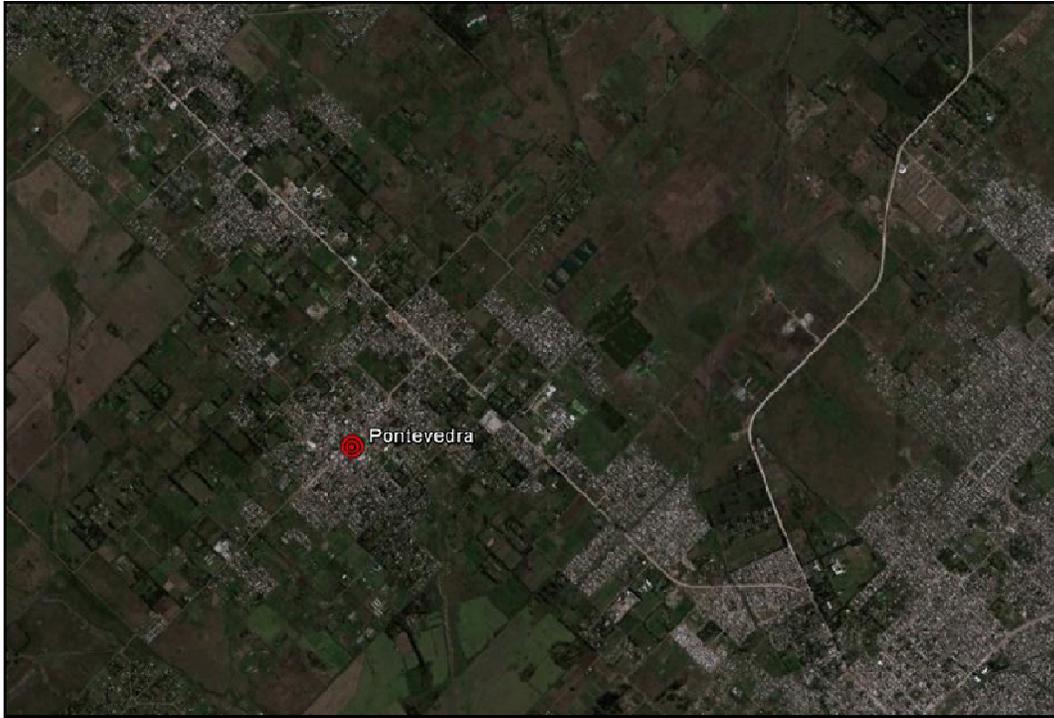
La principal vía de comunicación de Pontevedra con las otras localidades del Gran Buenos Aires es la Ruta Provincial 21.

Para acceder al **Hospital KM. 32** “Simplemente Evita” desde la localidad de Pontevedra es necesario combinar 2 colectivos (pueden ser de la misma línea, ramales diferentes). En primer lugar, desde el centro de la localidad, y por RP21 hasta el cruce con RN3, con la línea 96 (Ramal A) y desde allí, por RN3 hasta el Km. 32 o bien el Ramal B o bien un colectivo de la línea 88.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)				Costo \$		En auto (ida y vuelta)		
		Total	a pie	colect.	r#	Remis	Total	Sólo Remis	Distancia	\$
Pontevedra	Hospital Km 32	28,0	0,4	27,6	2		\$ 6,5	\$ 92,0	28	\$ 9,29

El costo de este traslado en colectivo (ida y vuelta) es de aproximadamente \$ 6,5 en tanto que de realizarse en remis, tendría un valor de alrededor de \$ 92.- De disponer de un automóvil particular, el costo del viaje rondaría los \$ 9,29

Caso 3. Pontevedra / Hospital Km. 32



Caso 4. Villa Cárcova / Hospital Bocalandro

Este barrio está ubicado en la localidad de José León Suárez, partido de San Martín. Se trata de uno de los sitios más degradados de la región, con carencias materiales y de servicios sumamente significativas. Para entrar o salir del barrio, existen unas pocas calles abiertas, la principal de las cuales, llamada “la central” conecta el barrio con su entorno urbano hacia el Este y el Sur, a través de la Av. J. M. de Rosas (RP4 – Cno. de Cintura) y las calles “Libertad” y “Amancio Alcorta”. Por el Oeste, la principal vía de circulación y transporte es la AU “del Buen Ayre” que conecta la AU Acceso Norte (Panamericana) con la AU Acceso Oeste. Sin embargo, no existe conexión vial directa entre el barrio y esta vía de circulación (distante a unos escasos metros). No obstante, para desplazarse hacia algunos destinos específicos, los habitantes del lugar acceden a pie a esta Autopista para abordar alguna de las numerosas líneas que por allí circulan.

Para analizar la conectividad se tomó como referencia el **Hospital Bocalandro**, sito en la vecina localidad de Loma Hermosa. Para desplazarse hasta allí, los vecinos de La Cárcova deben abordar 2 líneas de colectivo (o 2 ramales de una misma línea). En la AU del Buen Ayre, toman un colectivo de la línea 57 (Ramal B) hasta el cruce de esta Autovía y la RN8 (Av. Eva Perón). Desde allí, deben abordar otro ramal de la misma línea (Ramales C, D o E) o bien la línea 176 para llegar hasta el centro Hospitalario, ubicado a la altura 9000 de esta Avenida.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)				Costo \$		En auto (ida y vuelta)		
		Total	a pie	colect.	nº	Remis	Total	Sólo Remis	Distancia	\$
Villa Cárcova.	Hospital Dr. Bocalandro	21,6	5,4	16,2	2		\$ 6,5	\$ 72,8	10,4	\$ 3,45

Si bien existe una conexión bastante directa entre el punto de origen y destino a través de la Av. J. M. de Rosas (RP4 – Cno. de Cintura), la ausencia de líneas de colectivos que transiten este

tramo, hace necesario combinar 2 colectivos, con el siguiente incremento en el tiempo de viaje, incomodidad y costo económico, a lo que se debe agregar un importante recorrido a pié. El valor de este viaje en colectivo es de alrededor de \$ 6,50 (ida y vuelta). Utilizando un servicio de remís, el costo asciende aproximadamente a los \$73.-; en tanto que trasladándose en automóvil particular, tiene un valor aproximado de \$ 3,50.

El barrio Santa Catalina se encuentra ubicado el partido de Lomas de Zamora, entre las localidades de Ingeniero Budge del mismo partido y Luis Guillón del vecino partido de Esteban Echeverría. Se encuentra delimitado aproximadamente por la RP4 (Camino de Cintura) y las vías del FFCC Roca (Ramal Temperley-Haedo) y se trata de un barrio que ha experimentado una fuerte expansión en los últimos años, merced al crecimiento de asentamientos precarios, así como a la construcción de un conjunto de viviendas del Plan Federal de Viviendas.

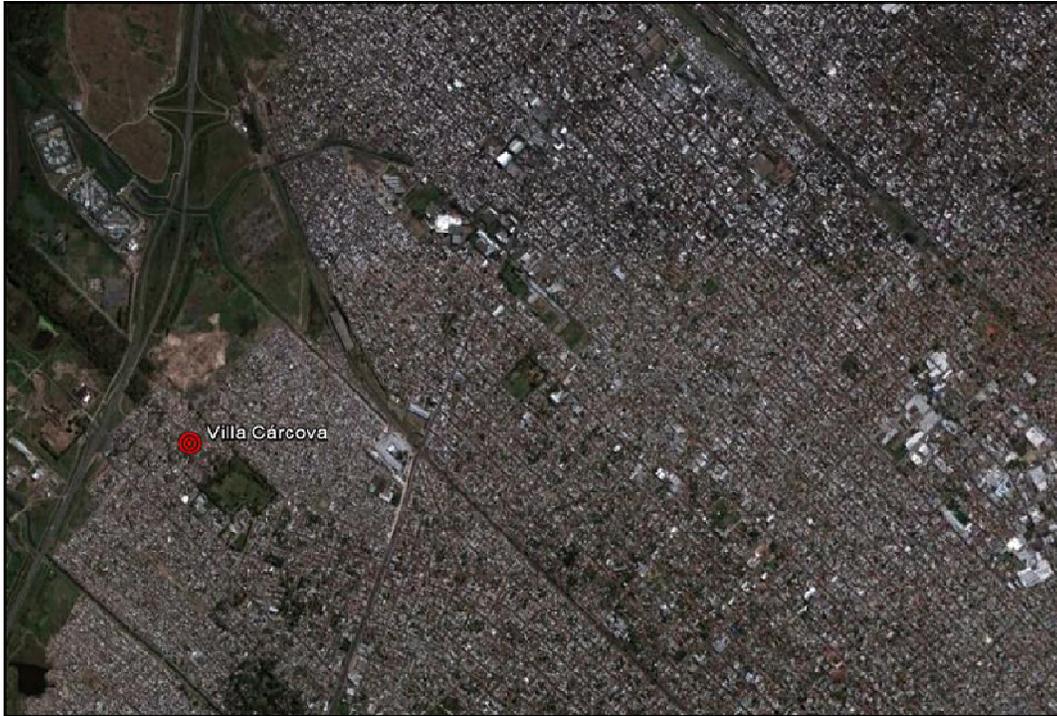
La otra vía de circulación importante de la zona son la calle Virgilio, que conecta hacia el Este, y Av. Juan XXIII, continuación del denominado “Camino Negro”. Esta importante vía de circulación conecta al barrio con la zona céntrica de Lomas de Zamora y con la Av. Gral. Paz, a través del Puente de la Noria, en tanto que la RP4 lo conecta con las vecinas localidades de Llavallol y Burzaco hacia el Este, y con la AU Ricchieri hacia el Oeste.

Hemos analizado la conectividad de este barrio con el **Hospital Gandulfo**, sito en el área céntrica de Lomas de Zamora. Para acceder a este centro hospitalario, los habitantes tienen como opción más directa el FFCC, ya que muy cerca del barrio se encuentra la Estación “Km.34” del mencionado ramal, que permite llegar de manera directa y económica hasta la Estación Temperley, debiendo hacer luego un trayecto a pié de unas 15 cuadras. En el caso de optar por el servicio de colectivos, se hace necesario abordar 2 líneas para realizar el trayecto. Por un lado, desde RP4, mediante la línea 165 (Ramal F) hasta la denominada “Rotonda de Lomas” (Cruce de RP4 y Av. Juan XXIII) y a continuación tomar un colectivo del Ramal E hasta la Estación Lomas de Zamora, desde donde se deberá caminar aproximadamente 10 cuadras hasta el Hospital. En ambos modos, es necesario recorrer un importante trayecto a pié, tanto para acceder desde el barrio hasta el punto de inicio del recorrido en transporte público, como a la finalización de este, para llegar al Hospital. En cuanto a la frecuencia, los trenes del ramal Temperley-Haedo del FFCC Roca tiene un lapso aproximado de 20 minutos (de lunes a viernes), y un tiempo de viaje más o menos equivalente.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)					Costo \$		En auto (ida y vuelta)	
		Total	a pié	colect.	nº	Remis	Total	Sólo Remis	Distancia	\$
Santa Catalina	Hospital Gandulfo	20,8	5,2	15,6	2		\$ 6,0	\$ 70,4	14,4	\$ 4,78

El costo de estos recorridos (ida y vuelta) asciende a \$ 1,40 en tren; \$ 6.- en colectivo y alrededor de \$ 70.- en remís. En el caso de trasladarse en vehículo particular, el valor del viaje es de aproximadamente \$ 5.-

Caso 4. Villa Cárcova / Hospital Bocalandro



Caso 5. Santa Catalina / Hospital Gandulfo

El barrio Santa Catalina se encuentra ubicado el partido de Lomas de Zamora, entre las localidades de Ingeniero Budge del mismo partido y Luis Guillón del vecino partido de Esteban Echeverría. Se encuentra delimitado aproximadamente por la RP4 (Camino de Cintura) y las vías del FFCC Roca (Ramal Temperley-Haedo) y se trata de un barrio que ha experimentado una fuerte expansión en los últimos años, merced al crecimiento de asentamientos precarios, así como a la construcción de un conjunto de viviendas del Plan Federal de Viviendas.

La otra vía de circulación importante de la zona son la calle Virgilio, que conecta hacia el Este, y Av. Juan XXIII, continuación del denominado "Camino Negro". Esta importante vía de circulación conecta al barrio con la zona céntrica de Lomas de Zamora y con la Av. Gral. Paz, a través del Puente de la Noria, en tanto que la RP4 lo conecta con las vecinas localidades de Llavallol y Burzaco hacia el Este, y con la AU Ricchieri hacia el Oeste.

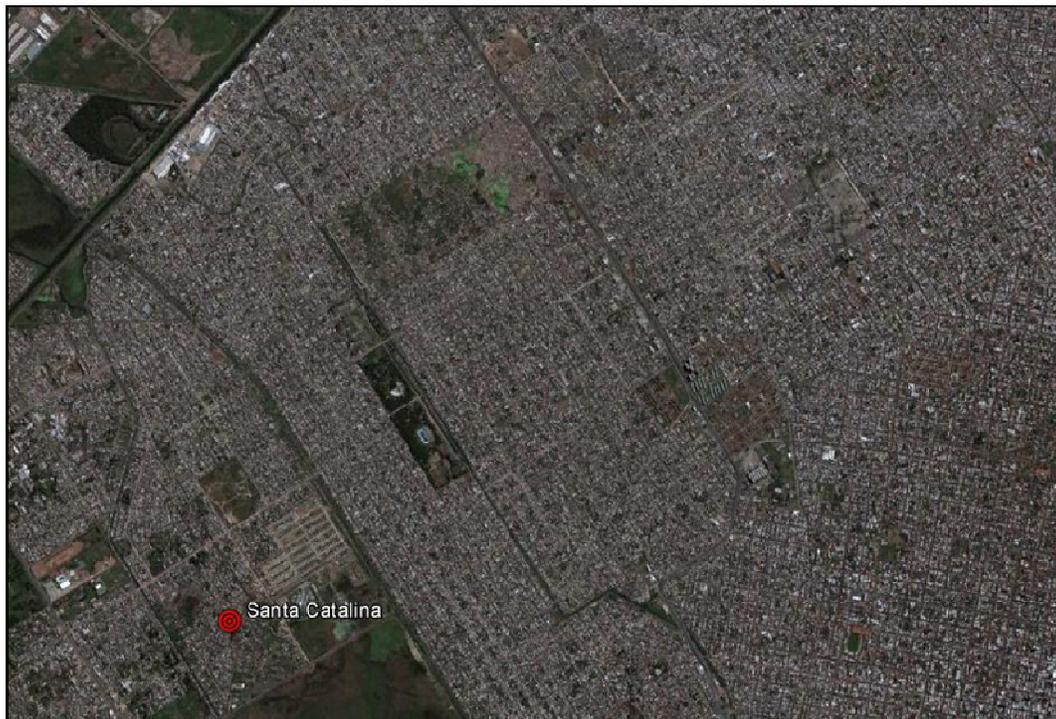
Hemos analizado la conectividad de este barrio con el **Hospital Gandulfo**, sito en el área céntrica de Lomas de Zamora. Para acceder a este centro hospitalario, los habitantes tienen como opción más directa el FFCC, ya que muy cerca del barrio se encuentra la Estación "Km.34" del mencionado ramal, que permite llegar de manera directa y económica hasta la Estación Temperley, debiendo hacer luego un trayecto a pie de unas 15 cuadras. En el caso de optar por el servicio de colectivos, se hace necesario abordar 2 líneas para realizar el trayecto. Por un lado, desde RP4, mediante la línea 165 (Ramal F) hasta la denominada "Rotonda de Lomas" (Cruce de RP4 y Av. Juan XXIII) y a continuación tomar un colectivo del Ramal E hasta la Estación Lomas de Zamora, desde donde se deberá caminar aproximadamente 10 cuadras hasta el Hospital. En ambos modos, es necesario recorrer un importante trayecto a pie, tanto para acceder desde el barrio hasta el punto de inicio del recorrido en transporte público, como

a la finalización de este, para llegar al Hospital. En cuanto a la frecuencia, los trenes del ramal Temperley-Haedo del FFCC Roca tiene un lapso aproximado de 20 minutos (de lunes a viernes), y un tiempo de viaje más o menos equivalente.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)				Costo \$		En auto (ida y vuelta)		
		Total	a pie	colect.	RP	Remis	Total	Sólo Remis	Distancia	\$
Santa Catalina	Hospital Gandulfo	20,8	5,2	15,6	2		\$ 6,0	\$ 70,4	14,4	\$ 4,78

El costo de estos recorridos (ida y vuelta) asciende a \$ 1,40 en tren; \$ 6.- en colectivo y alrededor de \$ 70.- en remis. En el caso de trasladarse en vehículo particular, el valor del viaje es de aproximadamente \$ 5.-

Caso 5. Santa Catalina / Hospital Gandulfo



Caso 6. La Capilla / Hospital Mi Pueblo

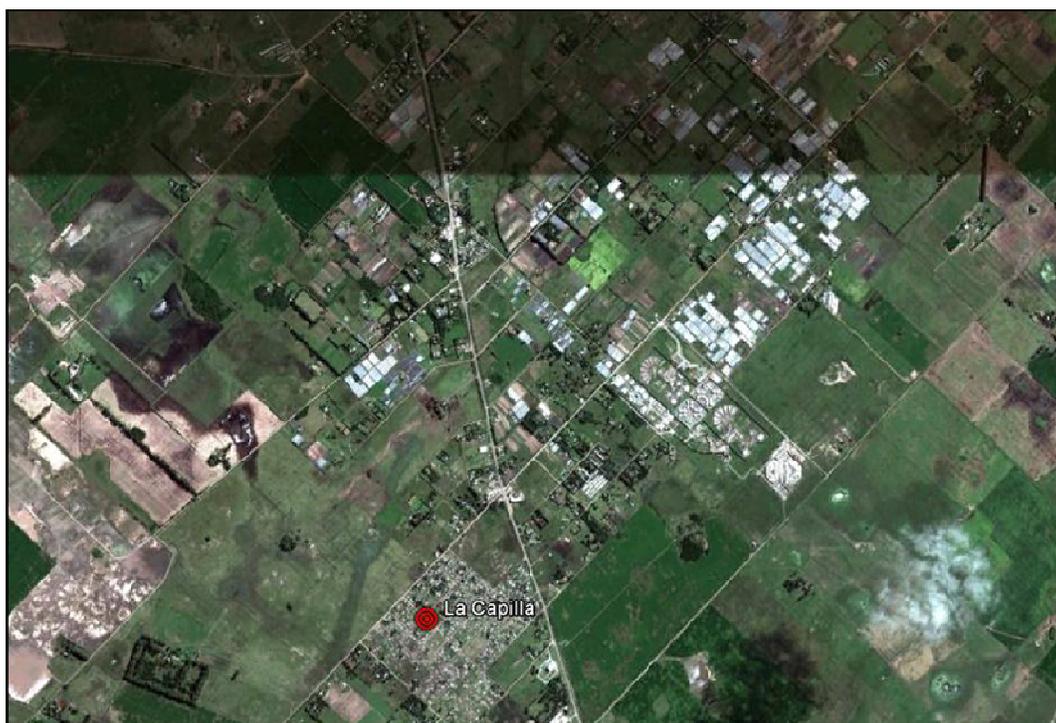
La Capilla es una pequeña localidad periurbana del partido de Florencio Varela. Se encuentra ubicado unos 20 km. al Sur de la localidad cabecera del partido, sobre la RP53. Esta vía es la principal (y única) comunicación con el entorno urbano, vinculándola con la RP6 hacia el Sur, y con el centro de Florencio Varela hacia el Norte. Cabe destacar que la RP53, así como la RP6 presenta pésimas condiciones de transitabilidad.

Para acceder al **Hospital Mi Pueblo**, ubicado en el área central de Florencio Varela, no existe ningún servicio de transporte público directo. Los habitantes tienen que acceder por sus medios (o en un remis) como mínimo hasta la intersección de RP53 y Av. Cacheuta (a unos 10 km. de distancia) para desde allí abordar un colectivo de la línea 148 hasta Av. Eva Perón (RP53) y 12 de Octubre, a unas 4 cuadras del Hospital.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)					Costo \$		En auto (ida y vuelta)	
		Total	a pie	colect.	nº	Remis	Total	Sólo Remis	Distancia	\$
La Capilla	Hospital Mi Pueblo	30,6	0,0	8,6	1	11,0	\$ 45,0	\$ 99,8	29,8	\$ 9,89

Esta escasez de conectividad tiene como implicancia, además de las dificultades obvias en términos de incomodidad, tiempos de viaje, etc. un elevado costo de traslado, ya que necesariamente debe contratarse el servicio de un remis. El costo de este viaje ida y vuelta, combinando el remis con el colectivo es de aproximadamente \$ 45.- en tanto que de realizar todo el trayecto en remis, el valor asciende alrededor de los \$ 100.- En el caso de contar con un automóvil particular, el costo aproximado del viaje es de \$ 10.-

Caso 6. La Capilla / Hospital Mi Pueblo



Caso 7. El Pato / Hospital Evita Pueblo

Es una localidad del partido de Berazategui, ubicada en los bordes suburbanos del mismo, sobre la margen Oeste de la Autovía 2, a unos 5 km. al Sur del nudo vial denominado "Rotonda de Alpargatas" en la vecina localidad de Gutiérrez. Es una zona en la que se yuxtaponen los usos rurales periurbanos (horticultura) con una fuerte presencia industrial. La principal vía de comunicación del barrio es la AU2, que conecta mediante la RP36 con las áreas más céntricas de Berazategui y Florencio Varela, hacia el Oeste, y con el Camino Parque Centenario con La Plata, hacia el Este. En la continuación de la AU2 hacia el Norte, la AU BsAs-La Plata conecta con la localidad de Hudson.

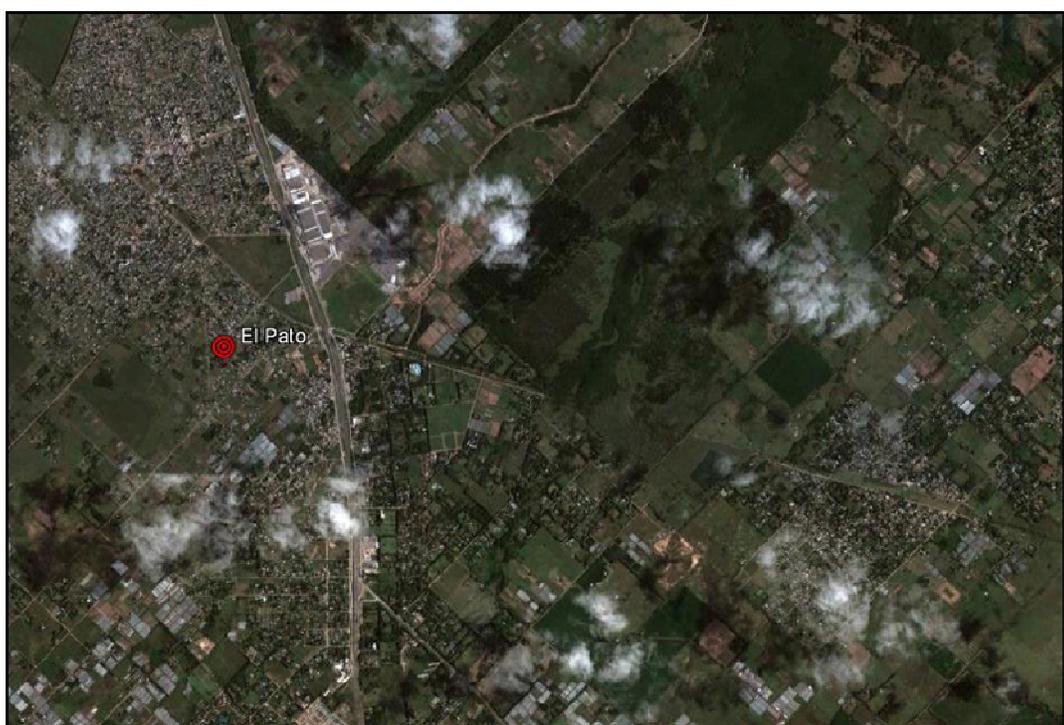
Para analizar la conectividad de este barrio hemos tomado como referencia el **Hospital Evita Pueblo**, situado en la localidad de Ranelagh. Para llegar hasta el Hospital, los vecinos del Pato deben abordar 3 colectivos de 2 diferentes. Sobre AU2 (o en el caso del Ramal , que ingresa al

barrio) el 129 hasta la Rotonda de Alpagatas para desde allí, trasbordar con la línea 159 Ramal B, que los acerca hasta el cruce de Av. Dardo Rocha con Av. Rigolleau y allí trasbordar con el Ramal C, hasta el Hospital.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)					Costo \$		En auto (ida y vuelta)	
		Total	a pie	colect.	nº	Remis	Total	Sólo Remis	Distancia	\$
El Pato	Hospital Evita Pueblo	44,2	2,0	42,2	3		\$ 12,0	\$ 140,5	31,6	\$ 10,48

El costo aproximado del este viaje es de \$ 12.- y debe considerarse los trastornos que acarrea, además del costo, el tener necesidad de 2 trasbordos para un recorrido relativamente corto. En el caso de optar por un remis, esta suma asciende hasta aproximadamente los \$ 140.-; en tanto que de trasladarse en automóvil particular, el valor es de alrededor de los \$ 10.-

Caso 7. El Pato / Hospital Evita Pueblo



Caso 8. Barrio Nicole / Hospital Paroissien

Es un barrio ubicado en la localidad de Virrey del Pino, en La Matanza, a la altura del KM 35 de la Av. Juan Manuel De Rosas (RN 3). Se accede al barrio desde la RN 3 por una de las dos calles asfaltadas, es un tramo de 30 cuadras, que se puede hacer con remis compartido o con un colectivo de línea, cuyo horario y servicio es limitado. El propio nombre del barrio da cuenta de las serias deficiencias en materia de provisión de servicios, equipamiento y conectividad, ya que según sus habitantes, el nombre deviene de “Ni colegio, ni colectivo”

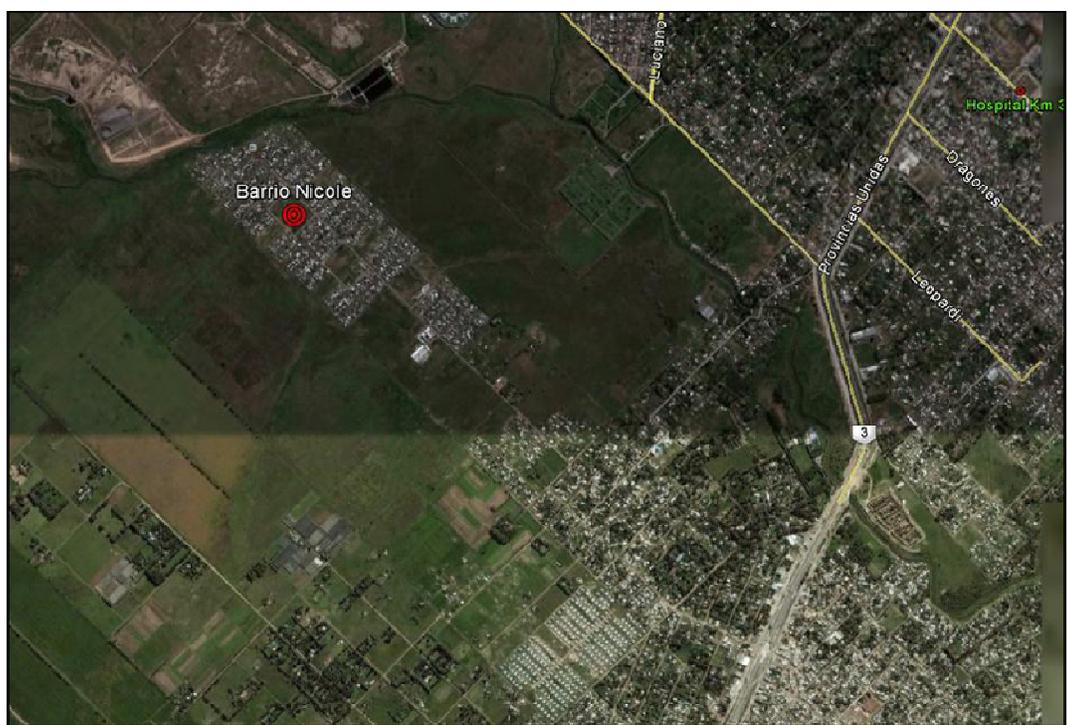
Para el análisis de conectividad de este barrio se tomó como referencia el **Hospital Paroissien**, ubicado sobre la propia Ruta Nac. 3, a la altura del km. 21. Esta condición (de estar sobre el mismo eje vial) implica que el traslado pueda ser realizado con un solo colectivo (línea 96), pero debe tenerse en cuenta que para acceder a dicho servicio los pobladores del barrio deben

caminar aproximadamente unas 30 cuadras de ida y otro tanto de vuelta. Desde este punto de vista, se considera que un viaje implica en la mayoría de los casos tener que utilizar un servicio de remis, como mínimo hasta la RN3.

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)					Costo \$		En auto (ida y vuelta)	
		Total	a pie	colect.	nº	Remis	Total	Solo Remis	Distancia	\$
Barrio Nicole	Hospital Paroissien	35,0	6,4	28,6	1	6,4	\$ 4,0	\$ 113,0	34	\$ 11,28

De este modo, el viaje asciende a \$ 4.- si se recorre a pié el camino desde el barrio hasta la RN3, o a \$ 40.- si se utiliza un remis hasta la parada del colectivo. En caso de realizar todo el recorrido en remis, la suma asciende hasta aproximadamente \$ 113.- en tanto que de utilizar un automóvil particular, el valor es de alrededor de \$ 11.-

Caso 8. Barrio Nicole / Hospital Paroissien



Caso 9. El Rincón / Hospital San Roque

El barrio El Rincón está ubicado en el partido de La Plata, la localidad suburbana de Villa Elisa. El barrio se desarrolla en dirección norte-sur, alrededor del camino de ingreso y principal vía de circulación, constituido por las calles 428 – Diag. 31 bis – 438. Fuera de este eje, la trama callejera se despliega parcialmente, debido a la presencia de 2 arroyos en la zona, que no poseen puentes para ser cruzados. La calle 428 comunica con el Camino Gral. Belgrano, principal vía de jerarquía de la zona, que conduce hacia la ciudad de La Plata en dirección Este.

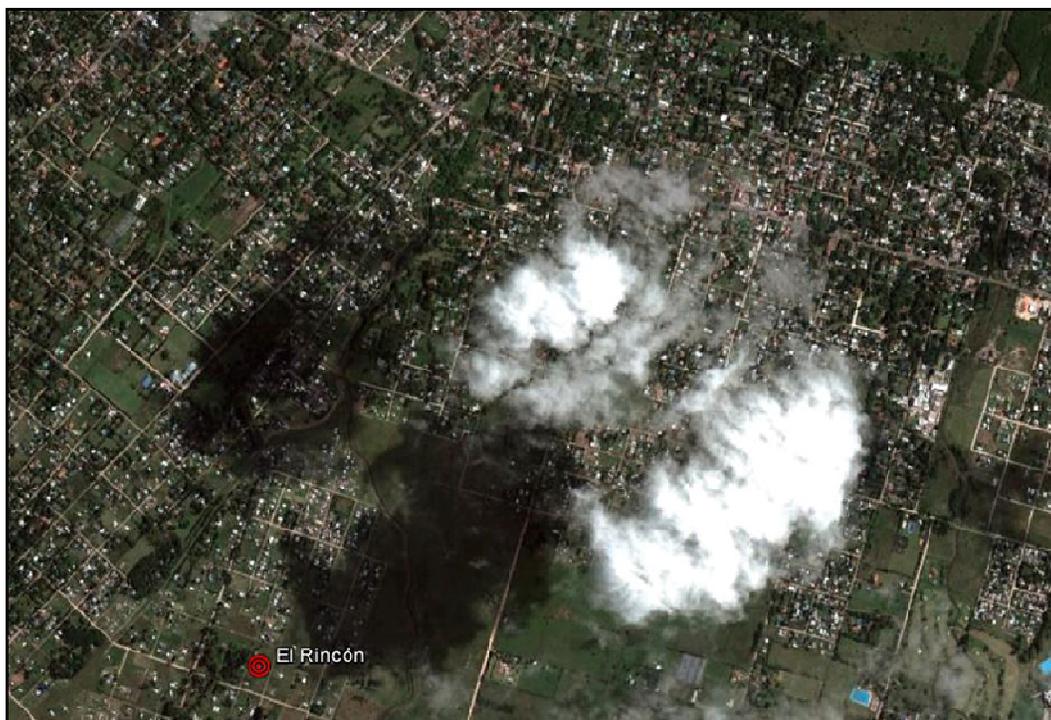
Si bien existe un ramal de la línea de colectivos 273 que ingresa al barrio, su frecuencia es esporádica; por lo que la mayoría de las veces los habitantes tienen que desplazarse a pié hasta el Camino Gral. Belgrano y 426 para abordar dicha línea o la otra de importancia en la zona que

es la 338. Esto implica para las zonas más alejadas, una distancia aproximada de 5 km. (ida y vuelta)

Localidad	Hospital	Distancia en Km. (ida y vuelta)				Costo \$		En auto (ida y vuelta)		
		Total	a pie	colect.	r#	Remis	Total	Solo Remis	Distancia	\$
El Rincón	Hospital San Roque	18,4	2,8	15,6	1		\$ 3,5	\$ 63,2	20,4	\$ 6,77

Accediendo a este punto, la conectividad con el Hospital San Roque, sito en la vecina localidad de Gonnet y ubicado sobre el mismo Cno. Gral Belgrano es directa, lo que implica que el costo del viaje será de \$ 3,75 ida y vuelta. Si a esto sumamos el costo de un remis hasta la parada de colectivo y otro de regreso, el valor asciende aproximadamente hasta los \$ 35.- En el caso de trasladarse en automóvil particular, el costo de cubrir los 20 km de distancia entre la ida y el regreso es de alrededor de \$ 7.-

Caso 9. El Rincón / Hospital San Roque



Hospitales del Interior de la provincia de Buenos Aires

Para analizar la accesibilidad de los Hospitales ubicados en el interior de la provincia, hemos considerado especialmente las grandes distancias a cubrir para quienes necesiten acudir a los servicios de salud, y la dispersión geográfica de la población. En este sentido, los factores que permiten valorar la accesibilidad geográfica están dados por la distancia desde los principales centros urbanos de cada Región Sanitaria y su Hospital de cabecera, la conectividad respecto a los principales ejes de circulación de cada región, y el costo de dicho traslado. De manera

complementaria, se analiza el sistema de “combis” que muchos Municipios ponen a disposición de sus ciudadanos para trasladarse a los centros de salud.

REGIÓN SANITARIA I

HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ PENNA. BAHIA BLANCA.

El Hospital Interzonal Dr. Penna, está ubicado en el área céntrica de la ciudad de Bahía Blanca, correspondiente a la Región Sanitaria I, que comprende los partidos de *A. Alsina, A. Gonzalez Chaves, Bahía Blanca, Coronel Suarez, Coronel Rosales, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Guaminí, Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos y Villarino.*

Conectividad a nivel regional

Bahía Blanca se localiza en el centro de una estructura vial de tipo radial, en el que convergen 6 ejes que conectan la localidad con:

Eje Este: Ruta Nacional nº 3. Es el principal eje de conexión vial con la Ciudad de Buenos Aires y con la capital bonaerense. Conecta con las localidades vecinas de Cnel. Dorrego, Tres Arroyos, González Chaves, Monte Hermoso y Punta Alta

Eje Oeste: a través de la Ruta Nacional nº 22, se conecta principalmente con la provincia de Río Negro y toda la región del Valle Medio.

Eje Sur: a través de la Ruta Nacional nº 3, conduce a las localidades de Carmen de Patagones (BA) y Viedma (RN) y conecta con localidades más pequeñas tales como Mayor Vuratovich, Pedro Luro, Villalonga y Stroeder (todas pertenecientes a BA)

Eje Norte: a través de la Ruta nº 33, conecta a la gran mayoría de las localidades del SO de la provincia de Buenos Aires con Bahía Blanca: Guaminí, Pigüé, Cnel Suárez, Saavedra y Tornquist.

Eje Noroeste: es la vía de comunicación con el SE de La Pampa. Conecta con las localidades de Puan, Darregueira y Villa Iris (BA)

Cuadro nº 4. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria I²⁹

Eje	Partido	Población 2010	Localidad	Distancia (Km.)	Ruta ³⁰
NORTE	Adolfo Alsina	17.072	Carhué	198	RN 33
	Guaminí	11.826	Guaminí	203	RN 33
	Cnel. Suárez	38.320	Cnel. Suárez	183	RN 33
			Huanguelén	233	RN 33
	Saavedra	20.749	Pigüé	135	RN 33
			Saavedra	114	RN 33
	Tornquist	12.723	Tornquist	76	RN 33
			Sa. de la Ventana	109	RP 51

²⁹ Corresponde a la distancia entre la estación terminal de ómnibus de cada localidad cabecera de partido hasta el Hospital. Cuando no existe una estación terminal reconocida, se toma el centro de la localidad (plaza principal)

³⁰ Se refiere a la principal vía de conexión con la ciudad donde se encuentra el Hospital, independientemente de las rutas y calles complementarias necesarias para acceder a dicha ruta. Los cálculos fueron realizados con la aplicación MapSource.

Noroeste	Puán	15.743	Puán	166	RN 33
			Darregueira	176	RN 35
			Villa Iris	114	RN 35
ESTE	González Chaves	12.047	González Chaves	238	RN 3
	Tres Arroyos	57.110	Tres Arroyos	193	RN 3
			Orense	263	RN 3
	Coronel Dorrego	15.825	Coronel Dorrego	92	RN 3
	Monte Hermoso	6.499	Monte Hermoso	105	RN 3
Coronel Rosales	62.152	Punta Alta	29	RN 3	
OESTE	Villarino	31.014	Médanos	48	RN 22
SUR	Patagones	30.207	Carmen de Patagones	274	RN 3
			Villalonga	171	RN 3

Mapa nº2. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria I con el Hospital Penna



REGION SANITARIA II

HOSP. ZONAL GRAL. DE AG. JULIO DE VEDIA

La Región Sanitaria II está integrada por General Villegas, Rivadavia, Carlos Tejedor, Trenque Lauquen, Pellegrini, Tres Lomas, Salliqueló, Pehuajó, Hipólito Yrigoyen, Daireaux, Carlos Casares y 9 de Julio.

Para el análisis de esta Región se tomó como referencia el Hospital Zonal General de Agudos “Julio de Vedia” de la localidad de Nueve de Julio.

El Hospital se encuentra en el casco urbano, a 200 mts de la Av. Mitre, que conecta con el acceso vial a la ciudad. Se halla a 7 cuadras de la Estación Terminal de Ómnibus local, y a 12 de la Estación de Trenes del FFCC Sarmiento que une las Estaciones de Once (Buenos Aires) con Pehuajó, con una frecuencia de 4 servicios semanales.

Cuadro Nº 5. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria II

Eje	Partido	Población 2010	Localidad	Distancia (Km.)	Ruta/s de acceso
-----	---------	----------------	-----------	-----------------	------------------

NOROESTE	General Villegas	30.864	General Villegas	252	RN266/RN5
	Rivadavia	17.143	América	236	RP70/RN266/RN5 ³¹
			González Moreno	237	RP70/RN266/RN5 ³²
	Carlos Tejedor	11.570	Carlos Tejedor	180	RN266/RN5
			Tres Algarrobos	224	RN266/RN5 ³³
SUROESTE	Trenque Lauquen	43.021	Trenque Lauquen	189	RN5
			30 de Agosto	242	RN33/RN5 ³⁴
	Pellegrini	5.887	Pellegrini	239	RN5
	Tres Lomas	8.700	Tres Lomas	251	RN33/RN5 ³⁵
	Salliqueló	8.644	Salliqueló	310	RP85/RN5
	Pehuajó	39.776	Pehuajó	110	RN5
			J. J. Paso	147	RN5
SUR	Carlos Casares	22.237	Carlos Casares	55	RN5
	Hipólito Yrigoyen	9.585	Henderson	166	RP86/RN5
	Daireaux	16.889	Daireaux	175	RP65

Mapa nº3. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria II con el Hospital Julio de Vedia (Nueve de Julio)

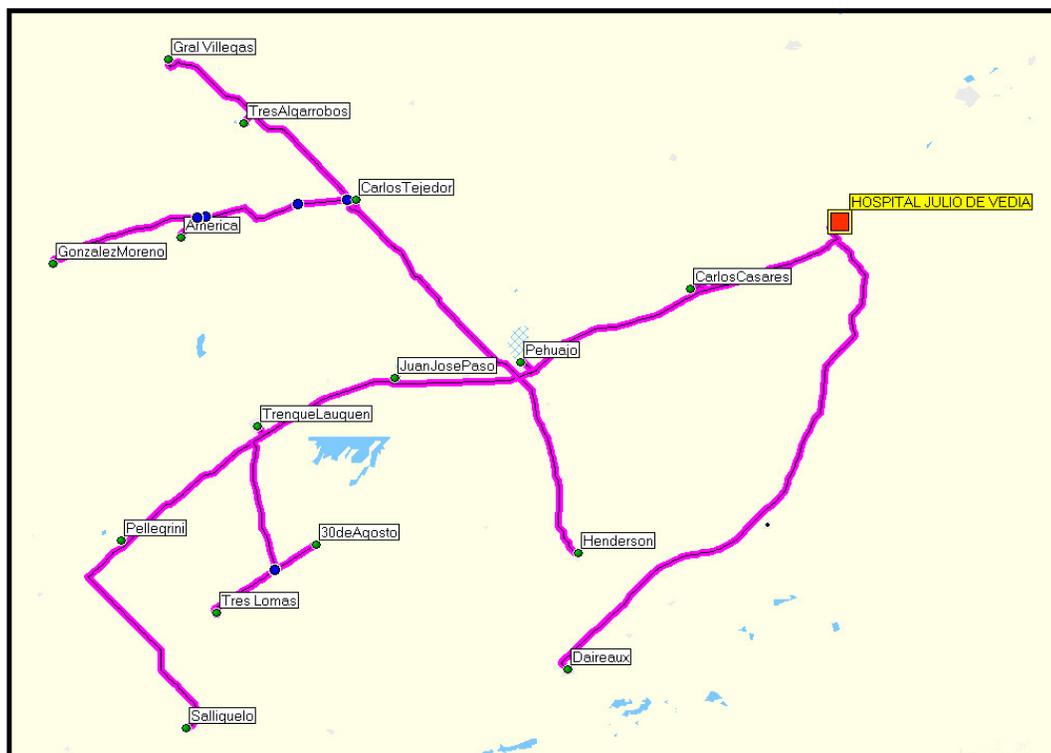
³¹ Para acceder a la Ruta Provincial 70, los pobladores de la localidad de América deben recorrer 8,5 km. de camino de tierra

³² Para acceder a la Ruta Provincial 70, los pobladores de la localidad de González Moreno deben recorrer 45 km. de camino de tierra

³³ Para acceder a la Ruta Nacional 226, los pobladores de la localidad de Tres Algarrobos deben recorrer 3,5 km. de camino de tierra

³⁴ Para acceder a la Ruta Nacional 33, los pobladores de la localidad de 30 de Agosto deben recorrer 14,5 km. de camino de tierra.

³⁵ Para acceder a la Ruta Nacional 33, los pobladores de la localidad de Tres Lomas deben recorrer 23 km. de camino de tierra.



REGION SANITARIA III

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS ABRAHAM PIÑEYRO. JUNÍN

Comprende los partidos de: General Viamonte, Chacabuco, Junín, General Arenales, Leandro N. Alem, General Pinto, F. Ameghino y Lincoln.

Para el análisis de esta Región se tomó como referencia el Hospital Interzonal General de Agudos “Abraham Piñeyro” de la localidad de Junín.

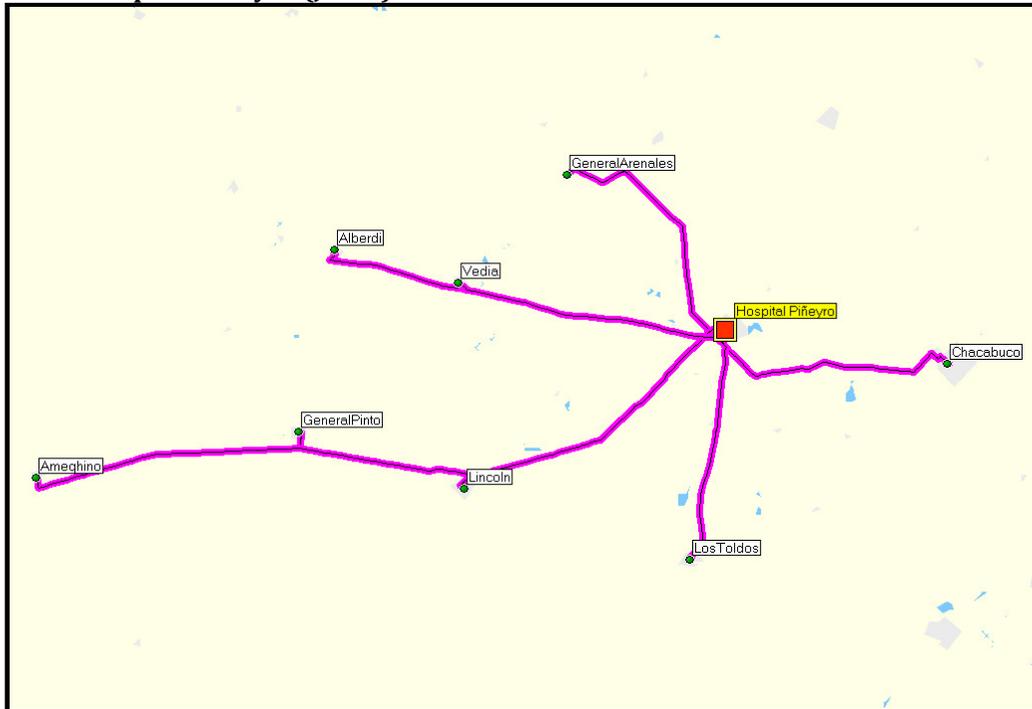
Este centro hospitalario se ubica en el casco urbano de la ciudad de Junín, a 200 mts de la Av. Rivadavía, que conecta con la RN188, distante a unos 1000 mts. Se encuentra a 14 cuadras de la Estación del FFCC del ex San Martín, que une las Estaciones de Retiro (Buenos Aires) y Alberdi (L. N. Alem) con una frecuencia de 6 servicios semalales; y a unas 15 cuadras de la Estación Terminal de Ómnibus local.

Cuadro N°6. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria III

Eje	Partido	Población 2010	Localidad	Distancia (Km.)	Ruta/s de acceso
SUR	General Viamonte	18.078	Los Toldos	50	RP46
ESTE	Chacabuco	48.703	Chacabuco	56	RN7
NOROESTE	Leandro N. Alem	16.799	Vedia	57	RN7
			Juan B. Alberdi	86	RN7

OESTE	General Pinto	11.261	General Pinto	101	RN188
	Florentino Ameghino	8.869	F. Ameghino	152	RN188
	Lincoln	41.808	Lincoln	67	RN188
NORTE	Gral. Arenales	14.903	Gral. Arenales	56	RP65

Mapa n° 4. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria III con el Hospital Piñeyro (Junin)



Fuente: elaboración propia

REGION SANITARIA IV

Comprende los municipios de: Capitán Sarmiento, Carmen de Areco, San Andrés de Giles, San Antonio de Areco, Baradero, San Pedro, Ramallo, San Nicolás, Arrecifes, Salto, Pergamino, Colón, Rojas.

Los Hospitales Provinciales correspondientes a esta región Sanitaria son: el Hospital “San José”, en Pergamino; el Hospital “San Felipe”, en San Nicolás, y el Hospital “Nuestra Señora del Carmen” en Carmen de Areco.

Para el análisis de esta Región se tomó como referencia los Hospitales Interzonal General de Agudos “San José” de Pergamino y el Hospital Interzonal General de Agudos “San Felipe” de la localidad de San Nicolás.

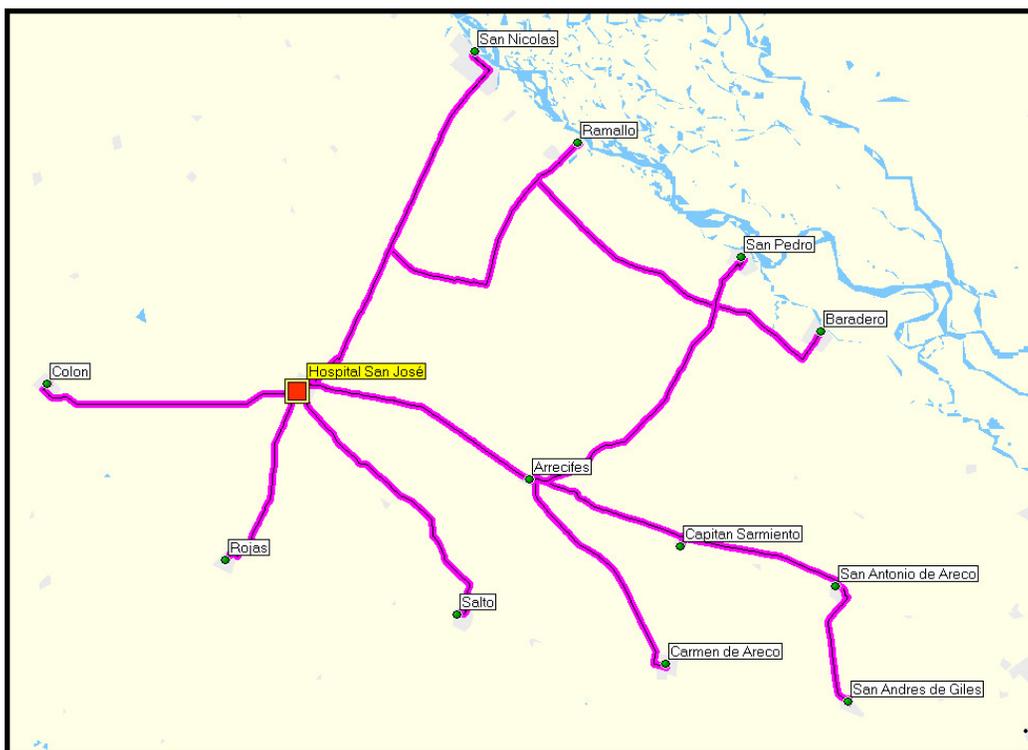
HOSPITAL SAN JOSÉ

El Hospital Interzonal General de Agudos “San José” se encuentra en la ciudad de Pergamino, centro urbano de gran importancia en materia de conectividad de la región centro-norte de la provincia ya que constituye un nudo vial en el que confluyen la RN8 y la Rutas provinciales 32, 50 y 188. El Hospital se ubica en el borde sur del casco urbano, a unos 600 mts de la RN8, a la que se conecta a través de la Av. Dr. Arturo Illia. A pocos metros del Hospital, sobre la RN8, se encuentra la Estación de Ómnibus local, en el que confluyen líneas de alcance nacional y regional.

Cuadro N°7. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria IV (Hospital San José - Pergamino)

Eje	Partido	Pob. 2010	Localidad	Distancia (Km.)	Ruta/s de acceso
OESTE	Colón	24.890	Colón	52	RN8
	San Nicolás	145.857	S. N. de los Arroyos	80	RP188
NORESTE	Ramallo	33.042	Ramallo	90	RP51/RP188
			Villa Ramallo	88	RP51/RP188
ESTE	San Pedro	59.036	San Pedro	115	RP191/RN8
	Baradero	32.761	Baradero	148	RN9/RP191/RN8
SURESTE	Arrecifes	29.044	Arrecifes	53	RN8
	San Antonio de Areco	23.138	San Antonio de Areco	115	RN8
	Capitán Sarmiento	14.494	Capitán Sarmiento	84	RN8
	San Andrés de Giles	23.027	San Andrés de Giles	140	RP41/RN8
	Carmen de Areco	14.692	Carmen de Areco	98	RP51/RN8
	Salto	32.653	Salto	60	RP32
SUR	Rojas	23.432	Rojas	38	RN188

Mapa n°5. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria IV con el Hospital San José (Pergamino)



Fuente: elaboración propia

HOSPITAL SAN FELIPE

El Hospital se encuentra ubicado en el sector Noroeste de la ciudad de San Nicolás, a unos 1000 mts de la RP21, que conecta esta ciudad con la vecina localidad de Villa Constitución. Sin embargo, su principal eje de conexión vial a escala regional es la RN9 - AU Buenos Aires-Rosario, a la que se accede por la calle Nación (continuación del camino de acceso) y Av. Mariano Moreno, a unos 9 km. de la bajada de la Autopista. Esta algo alejado de las Estaciones Terminales de Ómnibus y Trenes, las que se encuentran a unos 4 km. de distancia, en el centro de la ciudad. La conexión por ferrocarril está brindada por la empresa TBA (Ex-Mitre) que enlaza las Estaciones Retiro y Rosario con una frecuencia diaria de lunes a viernes.

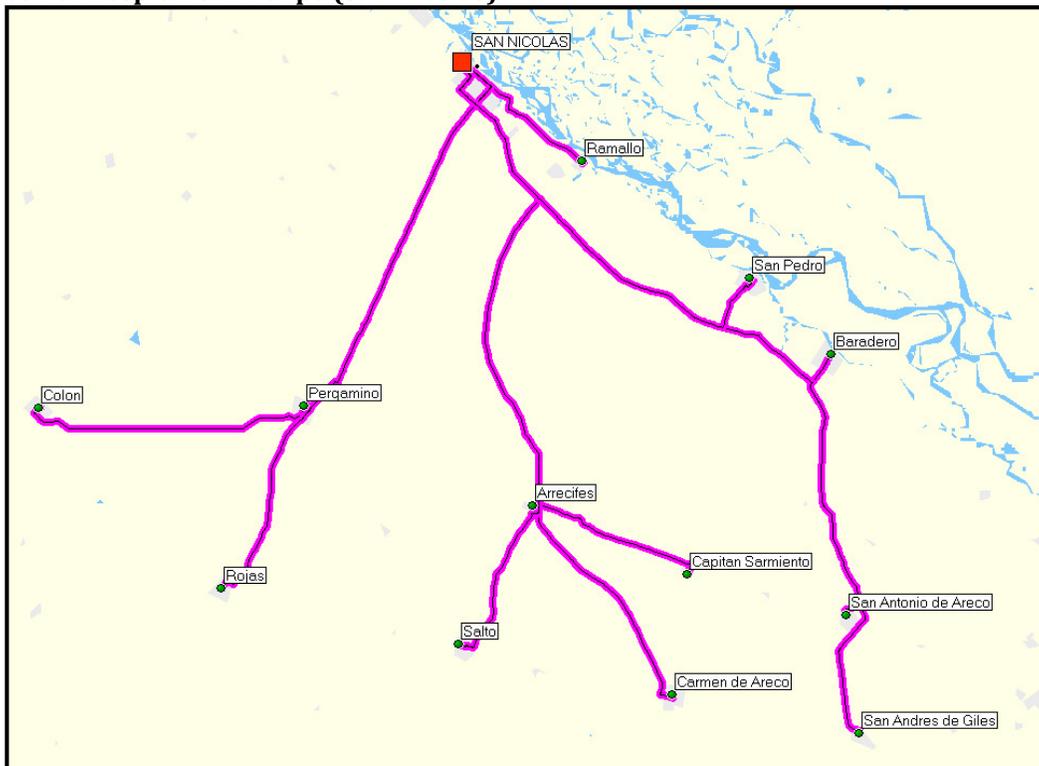
Cuadro N° 8. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria IV (Hospital San Felipe - San Nicolás)

Eje	Partido	Pob. 2010	Localidad	Dist. (Km.)	Ruta/s de acceso
SUD-OESTE	Colón	24.890	Colón	134	RN8/RP188
	Pergamino	104.590	Pergamino	79	RP188
	Rojas	23.432	Rojas	118	RP188
SURESTE	Ramallo	33.042	Ramallo	31	Camino local

			Villa Ramallo	32	Camino local
	San Pedro	59.036	San Pedro	88	RP1001/RN9
	Baradero	32.761	Baradero	103	RN9
	San Andrés de Giles	23.027	San Andrés de Giles	169	RP41/RN9
	San Antonio de Areco	23.138	San Antonio de Areco	145	RP41/RN9
SUR	Capitán Sarmiento	14.494	Capitán Sarmiento	129	RN8/RP51/RN9
	Arrecifes	29.044	Arrecifes	97	RP51/RN9
	Carmen de Areco	14.692	Carmen de Areco	143	RP51/RN9
	Salto	32.653	Salto	130	RP51/RN9

Fuente: elaboración propia

Mapa n°6. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria IV con el Hospital San Felipe (San Nicolás)



Fuente: elaboración propia

REGIÓN SANITARIA VIII

La Región Sanitaria VIII comprende los partidos de Gral. Pueyrredón, Gral. Lavalle, Maipú, De la Costa, Pinamar, Villa Gesell, Gral. Madariaga, Gral. Guido, Mar Chiquita, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Gral. Alvarado, Lobería, Necochea y San Cayetano.

Los Hospitales Provinciales correspondientes a esta Región Sanitaria son: los Hospitales Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”, Interzonal General de Agudos “Dr. O. Alende”, Hospital Local “Casa del Niño” y Centro Regional de Hemoterapia, todos de Mar del Plata; el Hospital Subzonal Especializado Neur. “Dr. Domingo J. Taraborelli” de Necochea y el Servicio de Neumotisiología de Tandil.

Para el análisis de esta Región se tomó como referencia el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”

El Hospital se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, cercano a la Plaza Colón y a escasos 800 mts de la Estación Terminal de Ómnibus. Sus principales vías de acceso a nivel local son la Av. Colón (desde el NO y SE) y a Av. Independencia (desde el SO). A nivel regional, se conecta principalmente a través de la Autovía 2 y la RP11 con las localidades ubicadas al Norte de la ciudad; por la RN226 y RP29 con las del Noroestes, y por las RP 11, 88 y 227 con las del Suroeste. La Estación Terminal de Ómnibus conecta la ciudad a nivel regional, provincial e inclusive a nivel nacional, dado el carácter de localidad turística de primera jerarquía. En cuanto al ferrocarril, posee un servicio brindado por la empresa Ferrobaires, que la vincula a nivel regional con los partidos de Gral. Guido, Maipú, Cnel. Vidal, y la vecina localidad de Camet; con una frecuencia diaria.

Cuadro N°9. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria VIII (Hospital Tetamanti – Mar del Plata)

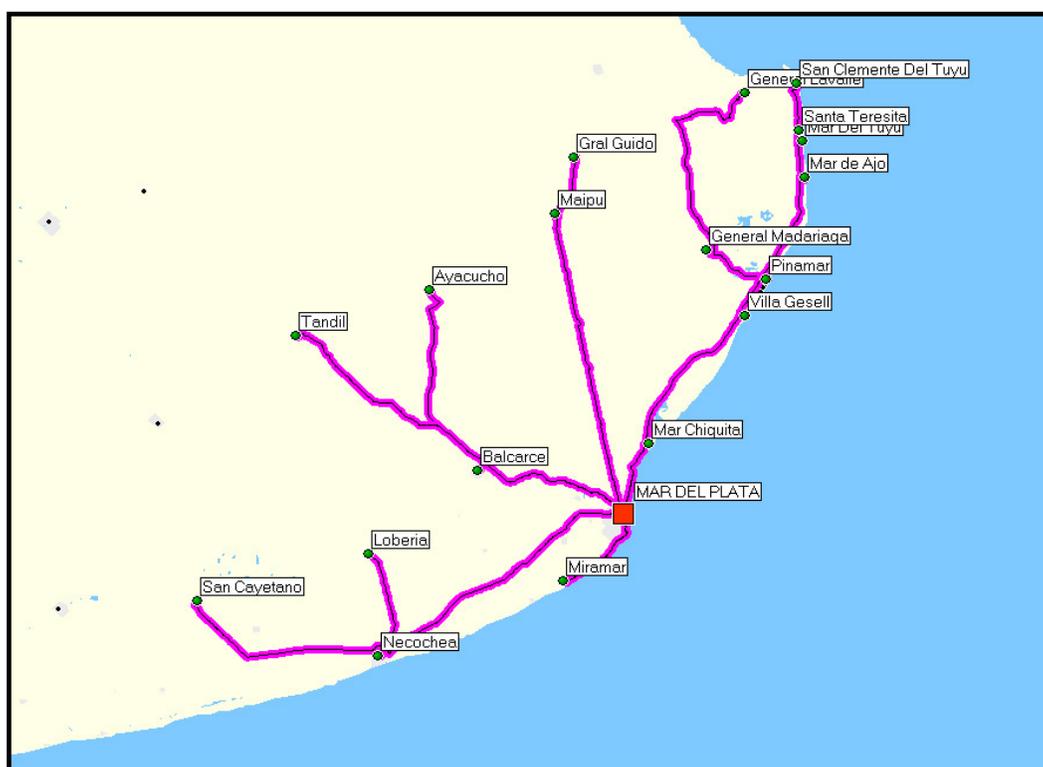
Eje	Partido	Pob. 2010	Localidad	Dist. (Km.)	Ruta/s de acceso
NORTE	Gral. Lavalle	3.700	Gral. Lavalle	254	RP56/RP11 ³⁶
	Maipú	10.188	Maipú	136	AU2
	De La Costa	69.633	Mar del Tuyú	191	RP11
			Mar de Ajó	175	RP11
			Santa Teresita	193	RP11
			S. Clemente d. Tuyú	215	RP11
	Pinamar	25.728	Pinamar	128	RP11
	Villa Gesell	31.730	Villa Gesell	111	RP11
	Gral. Madariaga	19.747	Gral. Madariaga	153	RP74/RP11
	Gral. Guido	2.816	Gral. Guido	162	AU2
	Mar Chiquita	21.279	Mar Chiquita	37	RP11

³⁶ Para acceder a la Ruta Provincial 56, los pobladores de la localidad de Gral. Lavalle deben recorrer 16 km. de camino de tierra

NOROESTE	Ayacucho	20.337	Ayacucho	161	RP29/RN226
	Tandil	123.871	Tandil	174	RN226
	Balcarce	43.823	Balcarce	74	RN226
SUROESTE	Gral. Alvarado	39.594	Miramar	45	RP11
	Lobería	17.523	Lobería	168	RP227/RP88
	Necochea	92.933	Necochea	132	RP88
	San Cayetano	8.399	San Cayetano	221	RP75/RP72/RP88

Fuente: elaboración propia

Mapa n°7. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria VIII con el Hospital V. Tettamanti (Mar del Plata)



Fuente: elaboración propia

REGIÓN SANITARIA IX

Comprende los partidos de Laprida, Olavarría, Gral. Lamadrid, Benito Juárez, Azul, Las Flores, Gral. Alvear, Tapalqué, Bolívar y Rauch.

Los Hospitales Provinciales de esta Región son: el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil "Argentina Diego" de Azul; el "Hospital Zonal General" de Las Flores; el Hospital Zonal Especializado de Oncología "Luciano Fortabat" y el Centro de Hemoterapia, ambos de Olavarría

y el Hospital Geriátrico para Crónicos “Cardenal Eduardo F. Pironio” de Rauch Para el análisis de esta Región se tomó como referencia el Hospital Zonal Especial Materno Infantil “Argentina Diego”

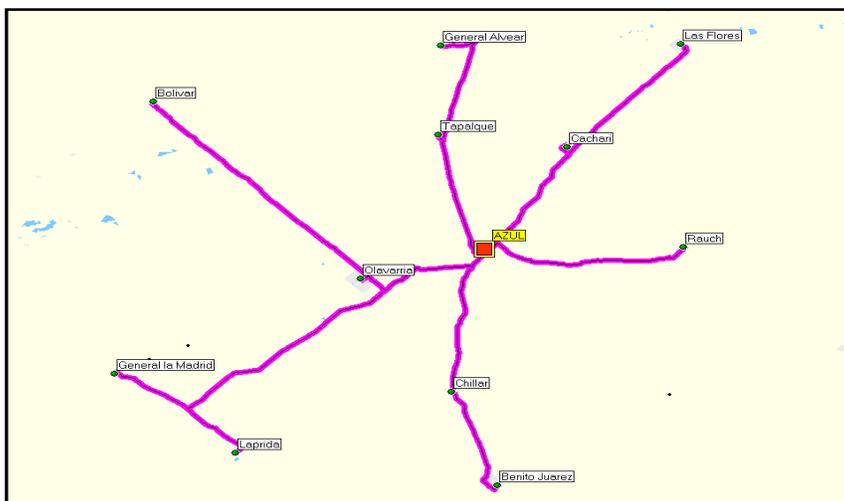
El Hospital se halla en la localidad de Azul, nudo vial de gran importancia en el centro de la provincia, en el que confluyen las RN 3 y 226 y las RP 50 y 51. Se localiza en el casco urbano de la ciudad, muy cerca del centro de la misma, y a escasos metros de la Estación Terminal de Ómnibus y FFCC ex Roca. El servicio de ferrocarril conecta a esta ciudad con Las Flores, Cacharí y Olavarría, a través de la Empresa Ferrobaires, con una frecuencia diaria de lunes a viernes.

Cuadro Nº10. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria IX (Hospital Zonal Especial Materno Infantil Argentina Diego - Azul)

Eje	Partido	Pob. 2010	Localidad	Dist. (Km.)	Ruta/s de acceso
SUROESTE	Laprida	10.210	Laprida	158	RP86/RP76
	Olavarría	111.708	Olavarría	55	RP76
	Lamadrid	10.783	Lamadrid	159	RP86/RP76
SUR	Benito Juárez	20.239	Benito Juárez	112	RN3
	Azul	65.280	Chillar	64	RN3
Cacharí			58	RN3	
NORESTE	Las Flores	23.871	Las Flores	115	RN3
	NORTE	Gral. Alvear	11.130	Gral. Alvear	108
Tapalqué		9.178	Tapalqué	56	RP51
NOROESTE	Bolívar	34.190	Bolívar	156	RN226/RP76
ESTE	Rauch	15.176	Rauch	76	RP50

Fuente: elaboración propia. Datos INDEC-CNPV 2010

Mapa nº8. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria IX con el Hospital Argentina Diego (Azul)



Fuente: elaboración propia

REGIÓN SANITARIA X

Integrada los partidos de Alberti, Bragado, Chivilcoy, Lobos, Mercedes, Navarro, Roque Pérez, Saladillo, Suipacha y Veinticinco de Mayo.

Comprende los Hospitales Zonal General de Agudos “Blas Dubarry”, de la localidad de Mercedes; el Hospital Zonal General de Agudos de Lobos; y el Hospital Zonal General “Dr. Posadas” de Saladillo.

Para efectuar el análisis de conectividad se tomó como referencia el Hospital Zonal General de Agudos “Blas Dubarry”.

Este centro hospitalario se encuentra en la ciudad de Mercedes, en el área céntrica de la ciudad y muy cerca de la Estación Terminal de Ómnibus y la de Ferrocarril, localizadas a 700 y 500 mts. respectivamente. La ciudad de Mercedes se ubica sobre la RN5, en su intersección con la RP41. A través de la RN5 se conecta con las vecinas ciudades de Luján al Este, y la “línea oeste” que integran las vecinas localidades de Suipacha, Chivilcoy, Alberti y Bragado; en tanto que la RP41 la vincula con Navarro, Lobos, Roque Pérez y Saladillo. El Ferrocarril TBA (ex Sarmiento) que enlaza las estaciones Once y Bragado, brinda un servicio con una frecuencia diaria, y permite conectar por este medio con Lujá, Suipacha, Gorostiaga, Chivilcoy y Bragado.

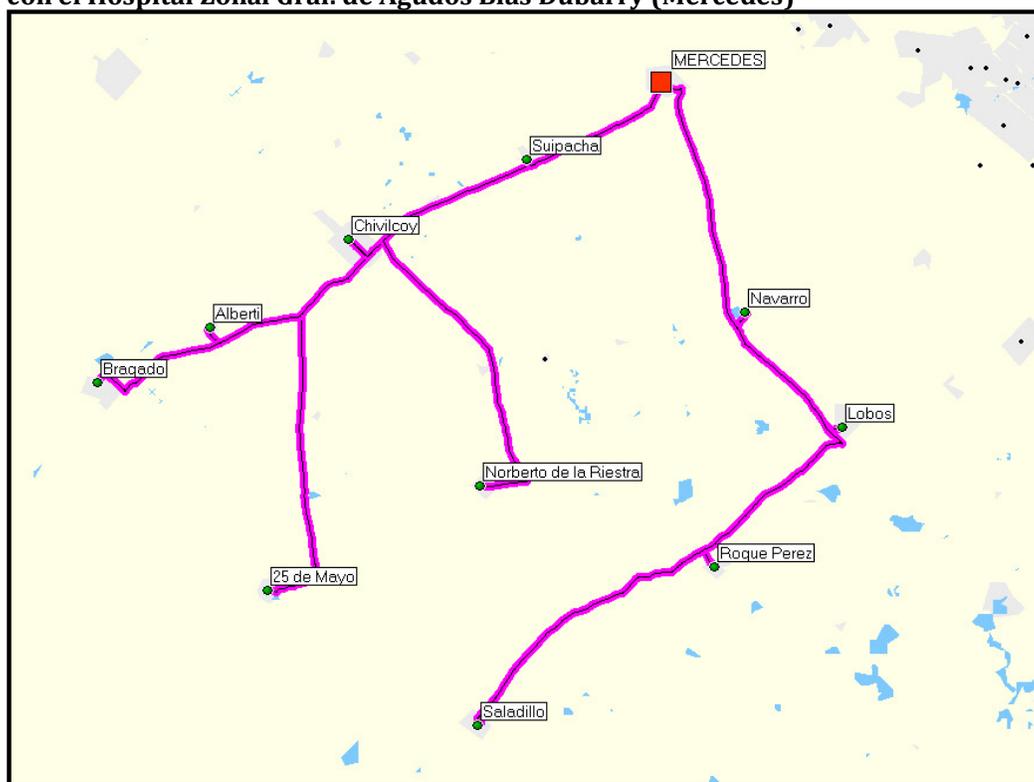
Cuadro N°11. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria X (Hospital Zonal Gral. de Agudos Blas Dubarry - Mercedes)

Eje	Partido	Pob. 2010	Localidad	Dist. (Km.)	Ruta/s de acceso
SUR	Navarro	17.054	Navarro	50	RP41
	Lobos	36.172	Lobos	73	RP41
	Roque Pérez	12.513	Roque Pérez	108	RN205/RP41
	Saladillo	32.103	Saladillo	156	RN205/RP41

SUROESTE	Suipacha	10.081	Suipacha	29	RN5
	Bragado	41.336	Bragado	117	RN5
	Chivilcoy	64.185	Chivilcoy	65	RN5
	Alberti	10.654	Alberti	95	RN5
	25 de Mayo	35.842	25 de Mayo	130	RP51/ RN5
			N. de la Riestra	114	RP30/ RN5

Fuente: elaboración propia. Datos INDEC-CNPV 2010

Mapa nº 9. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria X con el Hospital Zonal Gral. de Agudos Blas Dubarry (Mercedes)



REGION SANITARIA XI

Integrada por los partidos de Berisso, Cañuelas, Castelli, Chascomús, Cnel. Brandsen, Dolores, Ensenada, Gral. Belgrano, Gral. Paz, La Plata, Magdalena, Monte, Pila, Pte. Perón, Punta Indio, San Vicente y Tordillo.

Para el análisis de conectividad de esta región se tomó como referencias los Hospitales a) “Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica”; b) “Interzonal de Agudos General San Martín” y c) “Interzonal de Agudos y Corazón San Juan de Dios”, todos de la ciudad de La Plata.

La ciudad de La Plata es, en su carácter de capital provincial, no tan sólo una ciudad importante sino el punto de confluencia de muchísimas personas que se trasladan a diario a este centro urbano con el fin de realizar numerosas y variadas actividades, entre las que se encuentran el uso de los servicios de salud que ofrecen el conjunto de Hospitales y otros centros de atención. Debido a esta oferta de servicios, la capital provincial es punto de referencia para los habitantes de los partidos que integran la Región Sanitaria, pero también para muchísima población de otras ciudades y localidades cercanas, además de los propios habitantes del Gran La Plata, que según el Censo Nacional 2010, tiene una población conjunta de 705.00 habitantes.

Los principales ejes de conectividad son: hacia el Noroeste, la AU Bs. As. La Plata y los Caminos “Parque Centenario” y “Gral. Belgrano”, hacia el Sudeste la RP11, la RP36 y la AU 2; hacia el Oeste la RP6; y hacia el Sur la RP215. Desde estas vías troncales se accede al centro de la ciudad fundamentalmente por el entramado de Avenidas y Diagonales que enlazan los distintos nodos de circulación. Por vía ferroviaria, la ciudad es terminal de la Línea TBA (ex Roca) que la une a la Estación Constitución en la ciudad de Buenos Aires, a través de los ramales “Quilmes” y “Temperley”, con una frecuencia de varios servicios al día. La Terminal de Ómnibus es un centro de transporte importante en el que confluyen una gran cantidad de líneas de alcance local, regional, provincial y nacional.

a) HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA SOR MARÍA LUDOVICA

Se encuentra ubicado en la calle 14 entre 65 y Av. 66, y sus principales vías de acceso en su entorno inmediato son la Av. 13 y la Av. 66. En la misma manzana, sobre calle 15 se encuentra ubicado el Instituto de Hemoterapia. El Hospital se localiza a 4 km. de la Estación Terminal de Ómnibus, y a 4 km. de la Estación de Ferrocarril; ambas conectadas con el Hospital a través de varias líneas de colectivos. A 7 cuadras del Hospital se ubica la terminal de la línea 338 (Transporte Automotor La Plata) que conecta la capital provincial con un importante número de localidades del Área Metropolitana (entre las que se destacan Florencio Varela, Llavallol, Lomas de Zamora, San Justo, Morón, Villa Tesei, Boulogne) en su trayecto a través de la RP4 (Camino de Cintura) y que llega hasta la localidad de San Isidro, en la zona Norte del Gran Buenos Aires.

Cuadro Nº12. Distancias para las principales localidades de la Región Sanitaria XI con el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovico

Eje	Partido	Pob. 2010	Localidad	Dist. (Km.)	Ruta/s de acceso
SUR	Tordillo	1.764	Gral. Conesa	226	RP11/RP63/AU2/RP215
	Chascomús	42.277 ³⁷	Chascomús	90	AU2/RP215
	Dolores	21.042	Dolores	173	AU2/RP215

³⁷ Incluye a la población del partido de Lezama.

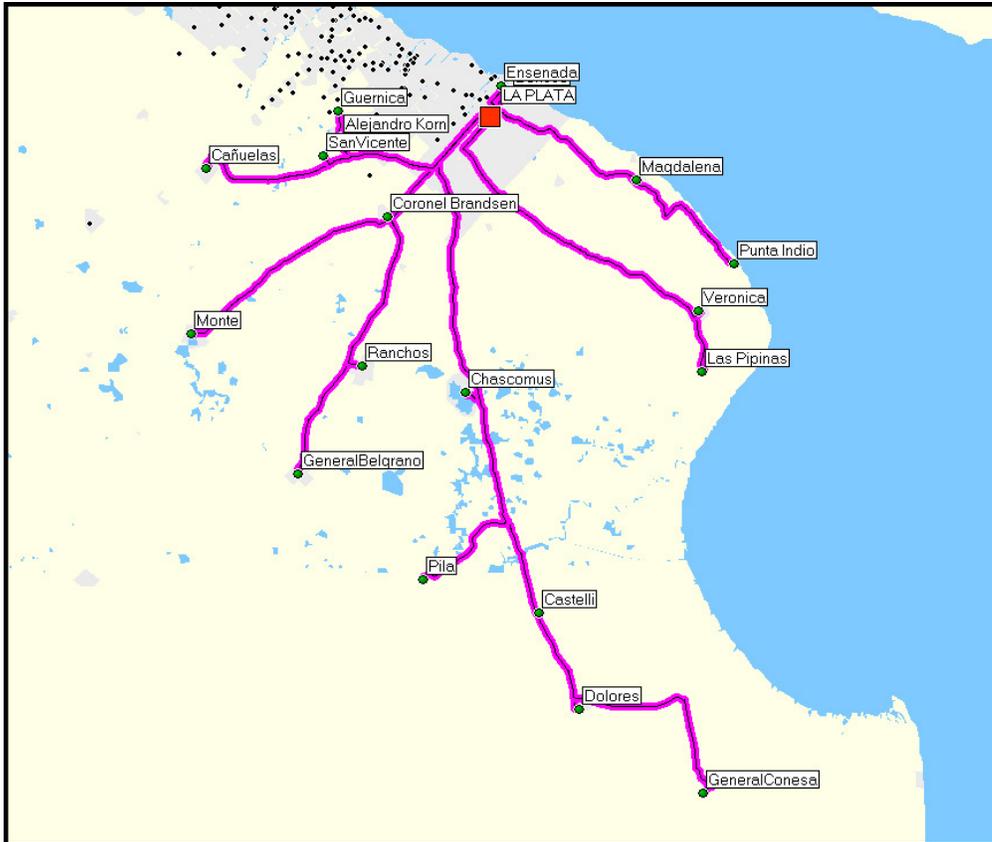
	Pila	3.640	Pila	149	RP57/AU2/RP215
	Castelli	8.205	Castelli	145	AU2/RP215 ³⁸
SURESTE	Punta Indio	9.888	Punta Indio	88	RP11 ³⁹
			Verónica	92	RP36/RP215
			Pipinas	105	RP36/RP215
	Magdalena	19.301	Magdalena	49	RP11
NE	Berisso	88.470	Berisso	10	RP10 (Av. 60)
	Ensenada	56.729	Ensenada	11	RP215 (Av. Vergara)
SUROESTE	Cnel. Brandsen	26.367	Cnel. Brandsen	41	RP215
	Gral. Paz	11.202	Ranchos	85	RP29/RP215
	Gral. Belgrano	17.365	Gral. Belgrano	115	RP29/RP215
	Monte	21.034	Monte	102	RP215
OESTE	Cañuelas	51.892	Cañuelas	90	RP6/RP215
	Pte. Perón	81.141	Guernica	58	RP210/RP6/RP215
	San Vicente	59.478	San Vicente	53	RP6/RP215
			Alejandro Korn	51	RP210/RP215

Fuente: elaboración propia. Datos INDEC-CNPV 2010

Mapa n° 10. Conexión vial troncal de las principales localidades de la Región Sanitaria XI con el Hospital de Niños Sor María Ludovico y los Hospitales Provinciales de La Plata

³⁸ En el tramo de acceso a la ciudad de La Plata, la Ruta Provincial 215 se convierte en Av. 44

³⁹ Entre la localidad de Punta Indio y la de Magdalena, la Ruta Provincial n° 11 es de ripio



b) HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN

Se ubica en el sector Noreste del casco urbano de la ciudad, en la intersección de la Av. 1 y calle 70. Está localizado a 4 km. de la Estación de Trenes La Plata y a 4, 3 de la Estación Terminal de Ómnibus, conectado a ambas por varias líneas de colectivo locales, y por la ya mencionada línea 338 que recorre la segunda corona del Gran Buenos Aires.

Los cuadros de distancia y los mapas repiten las mismas características que los del Hospital Sor María Ludovica

c) HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS Y CORAZÓN SAN JUAN DE DIOS

Está ubicado en el extremo sur del casco urbano de la ciudad, en las calles 70 y 27. Su principal vía de conexión con el resto de la ciudad y los accesos desde otras localidades está dada por la Avenida de Circunvalación, que –como su nombre lo indica- rodea el casco urbano (también denominado “casco histórico”) en la casi totalidad de su perímetro. El Hospital se sitúa a unos 6 Km. de la Terminal de Ómnibus y de la Estación de Ferrocarril respectivamente. Si bien su ubicación es un poco más alejada del centro que en el caso de los otros Hospitales ya descritos, existen numerosas líneas de colectivo que conectan al centro hospitalario con los nodos de circulación y transporte.

Los cuadros de distancia y los mapas repiten las mismas características que los del Hospital Sor María Ludovica

Accesibilidad de los Hospitales del interior de la provincia de Buenos Aires

Como surge del análisis precedentes, los Hospitales provinciales correspondientes a las Regiones Sanitarias I, II, III, IV, VIII, IX, X y XI; es decir, los que se localizan en el interior de la provincia, presentan una variedad de situaciones en cuanto a su accesibilidad geográfica. Sin embargo, es posible establecer algunos lineamientos generales para el conjunto de centros hospitalarios.

En primer lugar, como es evidente, el factor de mayor significación es la distancia significativa que separa a la gran mayoría de la población de las localidades donde se sitúan los Hospitales. Ello sin perjuicio de la salvedad ya señalada de que existen otros establecimientos de salud de diferentes jerarquías en cada Región Sanitaria (ver apartado **Supuestos subyacentes**). No obstante, es un dato objetivo que va de la mano de la enorme extensión territorial y poblacional de la provincia y es que las distancias a cubrir son de gran magnitud, y que el universo poblacional que comportan estos partidos es de alrededor de 5 millones de habitantes.

Desde el punto de vista de la accesibilidad física de cada uno de los Hospitales y las localidades de asentamiento, no se advierten grandes carencias, puesto que por lo general, su localización se da precisamente en aquellas localidades que constituyen –por su ubicación, por sus características y su historia en el marco del sistema urbano- nodos de conexión vial y de transporte en la escala regional. Por otra parte, se trata en la mayoría de los casos de ciudades de tamaño intermedio, lo que implica que su acceso desde las redes troncales de circulación no presenta mayores inconvenientes. Sí en cambio es necesario señalar, aunque excede los alcances de este informe, que ninguna está exenta de los problemas de tránsito y seguridad vial que afecta en mayor o menor medida a todo el sistema de circulación en los niveles provincial y nacional.

Una excepción lo constituye el caso de las ciudades de **Bahía Blanca, Mar del Plata y La Plata**, ya que, por sus características de grandes centros urbanos, presentan menor fluidez en lo que hace al acceso desde sus respectivas redes viales troncales.

Un capítulo aparte merece la consideración de los pequeños pueblos de la provincia, localidades de menos de 2000 hab. o parajes rurales que sufren un aislamiento significativo en materia de transporte, especialmente desde que se produjera el cierre de los ramales ferroviario desde hace ya por lo menos 2 décadas. A esta circunstancia –fatal para la vida de muchos de estos pequeños centros poblacionales, se agrega que la mayoría de las veces se encuentran por fuera de los ejes principales de circulación vial, y que para acceder a las rutas nacionales o provinciales de mayor jerarquía deben cubrir un importante tramo por caminos de tierra (tal como se señala en algunas localidades mayores en los **Cuadros de Distancia** de algunas Regiones Sanitarias) con el incremento de las condiciones de aislamiento que se verifica en época de lluvias.

Partiendo de estas consideraciones, podemos afirmar entonces que, el factor distintivo de la accesibilidad geográfica es la distancia desde los centros urbanos hasta los Hospitales Provinciales cabecera de cada Región Sanitaria y, derivado de éste, el costo del transporte. Para ofrecer una magnitud de la incidencia relativa de estos factores, presentamos a continuación una tabla que muestra la distancia promedio a recorrer en el caso de cada región Sanitaria y su/s respectivo/s Hospital/es de cabecera y el costo económico aproximado bajo la modalidad “combi”. La elección de este medio de transporte obedece a las siguientes razones: por un lado, resulta prácticamente imposible efectuar un cálculo de precios relativos al transporte público (ómnibus de media y larga distancia) debido a que existe una gran variedad de oferta y costos; por otro lado, no todas las localidades tienen servicio público que las conecte con las localidades de asiento de sus respectivos hospitales de cabecera. Asimismo, el sistema de

“combi” ha experimentado una gran expansión en los últimos años, debido entre otras razones a las limitaciones de oferta del servicio de transporte público, tornándose su elección cada vez más frecuente entre los habitantes de las localidades del interior de la provincia. Finalmente, en muchos casos el costo de este servicio es ligeramente mayor al del transporte público.

Cuadro nº 16. Distancias promedio de traslado a Hospitales Provinciales y costo (combi) por Región Sanitaria (Bs As interior) ⁴⁰

Región Sanitaria	Hospital	Distancia Promedio	Costo ida y vuelta
I	Hosp. Interz. Gral. De Ag. Dr. J. Penna	156,0	\$ 88,09
II	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Julio de Vedia	200,9	\$ 113,43
III	Hosp. Interz. Gral. de Ag. Abraham Piñeyro	78,1	\$ 44,12
IV	Hosp. Interz. Gral. de Ag. San José	89,3	\$ 50,43
	Hosp. Interz. Gral. de Ag. San Felipe	99,9	\$ 56,39
	Promedio R IV	94,6	\$ 53,41
VIII	Hosp. Interz. Esp. Mat. Infantil Don V. Telamanti	143,7	\$ 81,14
IX	Hosp. Zonal Esp. Mat. Infantil A. Diego	93,1	\$ 52,56
X	Hosp. Zonal Gral. de Agudos Blas Dubarry	85,2	\$ 48,10
XI	Hosp. Interz. de Ag. Esp. en Pediatría Sor María Ludovica	86,7	\$ 48,93
	Hosp. Interz. Gral. de Ag. Gral. San Martín	89,0	\$ 50,23
	Hosp. Interz. de Ag. y Crón. San Juan de Dios	86,5	\$ 48,82
	Promedio R XI	87,35	\$ 49,33

Fuente: elaboración propia

El cuadro precedente muestra la distancia promedio de traslado entre las principales localidades de cada Región Sanitaria y sus Hospitales (excluyendo la localidad donde se asienta el Hospital) para los partidos del interior de la provincia. Asimismo, se consigna el costo aproximado del viaje mediante el servicio de combi. Como podemos observar, para la mayoría de los casos, la distancia promedio ronda los 80-90 km. (Regiones III, IV, IX, X y XI) en tanto que en tres casos se ubica cercano a los 150 km. o más (Regiones I, II y VIII).

Con respecto al costo de estos traslados en la modalidad combi, observamos que representan un costo importante desde el punto de vista absoluto, pero que se relativiza al compararlo con los costos de transporte de similares características (el remis) en las zonas urbanas como el Área Metropolitana (ver Cuadro “**Distancias, medios de transporte y costos de viaje de casos seleccionados**”)

Conclusiones y recomendaciones

Hemos analizado la accesibilidad de los Hospitales Provinciales teniendo como marco de referencia la situación de origen y destino de la población que utiliza sus servicios. Al respecto,

⁴⁰ El costo fue establecido sobre la base del promedio del costo por kilómetro según la información brindada por diferentes transportistas que realizan habitualmente el recorrido entre diferentes localidades y la capital provincial.

presentamos diferenciadas *a priori* la situación de las Regiones Sanitarias correspondientes al Área Metropolitana de Buenos Aires y las del interior de la provincia. No obstante, presentaremos algunas conclusiones generales que son aplicables a ambos grupos de Regiones, para establecer luego un esquema de síntesis, pero que tenga en cuenta las peculiaridades de cada conjunto.

Desde este punto de vista, podemos afirmar que:

- La gran mayoría de los Hospitales no presentan grandes falencias de accesibilidad en función de su condición de destino de los traslados, es decir, desde el punto de vista de las condiciones físicas de su entorno circulatorio más inmediato. Ello se fundamenta en principio en el hecho de que por lo general presentan una buena condición de sitio en virtud de su ubicación absoluta (sin importantes barreras físicas que dificulten su acceso) así como de posición, considerando su ubicación relativa, en función de la conectividad vial y de transporte con relación a su *hinterland* o área regional de influencia. En este último caso, la situación es relativamente mejor en el conjunto de Regiones Sanitarias del interior de la provincia, y algo más variado en el caso de las Regiones del Área Metropolitana, cuya accesibilidad desde el punto de vista del área de influencia fuera medida en relación con la distancia que separa a los Hospitales de los principales Centros de Tránsito.

- La accesibilidad ponderada en función del origen de los traslados presenta menos puntos en común. Por un lado, en los Hospitales del interior, prevalece lógicamente las distancias a cubrir y sus respectivos costos de transporte, aunque este factor queda relativizado por el uso del sistema de "combis" y en mayor medida aún cuando dicho servicio es prestado de manera gratuita por el municipio. Por el contrario, distancias absolutas mucho menores –pero magnificadas en términos relativos por las "resistencias" que presentan los flujos urbanos- no parecen mejorar en gran medida la situación relativa de la población del AMBA; aunque es necesario resaltar que cuando existe la posibilidad de cubrir los trayectos en transporte público (colectivo o tren), los costos son relativamente bajos –en virtud del sistema de subsidios al transporte público de pasajeros por parte del Estado Nacional- aunque aparece aquí una mayor variabilidad de situaciones y por ende, una mayor desigualdad.

- Si bien no es una condición privativa de esta región, debido a las diferencias en la escala urbana y especialmente suburbana, la población de algunas localidades del AMBA se ven forzadas a realizar mayores recorridos a pié, o bien afrontar el gasto de un servicio de remís, para acceder a la red de transporte público de pasajeros.

- Se aprecian serios inconvenientes en cuanto al acceso a la información sobre los medios más eficientes para realizar los traslados a los Hospitales, especialmente en los grandes centros urbanos donde el número y complejidad de los trasbordos necesarios son mayores. Estos inconvenientes, que no afectan solamente a los traslados originados en la atención de la salud, no son atribuibles en principio al sistema hospitalario, sino que es producto de un conjunto de severas deficiencias que presenta el sistema de transporte de todo el país. Obtener información concreta sobre trasbordos o conexiones entre líneas del mismo modo o intermodales puede ser una tarea imposible de culminar con éxito en la mayoría de las veces. Tampoco es homogéneo el acceso a información sobre medios de transporte para llegar hasta cada hospital que cada uno de ellos brinda, al menos en lo que pudo relevarse en la Internet.

- Aún cuando no hemos profundizado en la temática, debe considerarse que todos los inconvenientes señalados se magnifican cuando se trata de personas con algún impedimento físico o discapacidad.
- Para el caso de los Hospitales correspondientes a las regiones Sanitarias del AMBA, se advierte una gran variabilidad en términos de accesibilidad geográfica tanto en virtud de la escasa conectividad que presentan los barrios y localidades de ubicación más periférica de la región en relación a las de mayor centralidad, como por el grado de conectividad que presentan los diferentes Hospitales en relación a la distancia que los separa de los Centros de Tránsito más importantes a nivel subregional. Se destacan en este sentido por su deficiente accesibilidad relativa aquellos Hospitales que presentan una distancia a los CTR de más de 15 km como lo son el Hospital E. Erill; Hospital Eurnekian; Hospital Vicente López; Hospital José Ingenieros; Hospital Narciso López; Hospital Cabred; Hospital Cecilia Grierson y Hospital Virgen del Carmen.
- Para el caso de los Hospitales correspondientes a las Regiones Sanitarias del interior de la provincia, así como se ha puesto énfasis en la magnitud de las distancias absolutas, cabe señalar que desde el punto de vista relativo, representan un conjunto algo más homogéneo, considerando las distancias promedio de cada Región Sanitaria hasta su respectivo Hospital de cabecera.
- Se destaca asimismo como un elemento sustantivamente eficiente y positivo el servicio de combis para efectuar traslados de forma gratuita que prestan como se ha dicho, numerosos municipios.
- Por último, debemos poner el acento una vez más, en esta síntesis final, en las dificultades de accesibilidad para los pequeños pueblos que suman al aislamiento económico, educativo, etc., las enormes dificultades que trae aparejada dicha condición en materia de acceso a la salud, considerando en este sentido las carencias de conectividad con los Hospitales Públicos.

7. Comentarios Finales

En lo que respecta a *fortalecimiento de capacidades institucionales*, y teniendo en cuenta que este estudio se propone realizar aportes a quienes participan de la toma de decisiones, caben también algunas reflexiones, que sin ser novedosas, siguen apareciendo débilmente contempladas en el mapa de situación encontrado:

- Jerarquización del personal afectado a estos temas, agentes de ventanilla y de atención en líneas telefónicas (muchos llegan allí 'castigados', o son incluidos en ese sector ni bien ingresan a la vida hospitalaria, con fuerte desconocimiento de aspectos básicos del cotidiano organizacional). Parece necesario también considerar la inclusión de profesionales que asesoren a los trabajadores de estas áreas en forma continua, quizá rotando en la semana a referentes de los diferentes servicios, quienes podrían aportar evaluando y transfiriendo criterios asistenciales a los tradicionales de la administración.

- Creación de dispositivos de capacitación integral sobre el tema de acceso a la atención y atención a usuarios a los niveles administrativos y profesionales, contemplando estrategias para los diferentes niveles de atención y sus incumbencias específicas, tanto en lo que respecta a la accesibilidad inicial, como a la ampliada.

Como referimos en punto anterior, al tratarse de concepciones y prácticas que exigen cambios actitudinales y culturales, suele recomendarse optar por modalidades de capacitación en servicio. Tratándose de una estrategia que aspira a no omitir a ninguno de los actores clave de esta cuestión, no debiera descuidarse el desarrollo de acciones de capacitación y asesoramiento a la población, la cual puede llevarse a cabo tanto durante el tránsito de las personas por los servicios hospitalarios (operando sobre dudas y situaciones concretas en sala de espera o colas de trámites)⁴¹; como a través de campañas intensivas de comunicación social, en las cuales se explicita a la población no sólo aspectos prácticos⁴², sino también intenciones y razones de las propuestas de cambio. Valorar la institucionalidad desarrollada por la Escuela de Sanidad y considerar al propio recurso humano calificado por la misma como criterio de incorporación a éstas áreas. Ver sugerencias de la Jefa de Estadística del Larrain de Berisso.

- Formación en planificación y gestión a directores asociados y mandos medios abocados a la gestión de las áreas de admisión y jefaturas de servicios de atención ambulatoria, con inclusión de componentes relativos a la gestión de pacientes.
- Implementación de modalidades de planificación-gestión que contribuyan a establecer compromisos de partes (niveles de gestión, niveles de servicios) en relación a nudos críticos identificados en cada Hospital y acciones a desarrollar para mejorar el acceso a la atención.
- Adecuación de infraestructura, mejora de equipamiento y disponibilidad de líneas rotativas y afines (en la puesta en marcha de la propuesta de turnos telefónicos, se observó un escaso e inapropiado análisis de factibilidad y condiciones de base de efectores involucrados, con las consecuentes complicaciones que se desencadenaron posteriormente). Sugerencia de metro cuadrado por puesto de trabajo hecha por la jefa de estadística del Hospital Larrain

⁴¹ Hacia el cierre de este informe se difundió una iniciativa ministerial sustentada en la figura del *facilitador*, quien abordará durante la mañana, a las personas que se encuentren en las filas para solicitar turnos. Desde principios de marzo, y en una primera etapa, el nuevo sistema funcionará en algunos hospitales de la Región Sanitaria XI. Disponible en: <http://www.eldia.com.ar/edis/20120301/debutan-facilitadores-turnos-hospitales-laciudad6.htm>

⁴² En uno de los hospitales visitados nos relataron el caso de gente mayor que solía denunciar que no lograba entrar nunca al 0800, y cuando luego de descartar diferentes problemáticas indagaron de qué modo realizaba el usuario dicha llamada, se constataba que colocaba sólo el 0800, por desconocer que la denominación '0800-hospital...', equivalía a números a ser completados para efectivizar la comunicación.

8. Bibliografía General

AGUILAR VILLANUEVA, L (1993) La implementación de las Políticas. Miguel Angel Porrúa Grupo Editor, México.

AVENI S y ARES S (2008) Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y calidad de vida: un análisis del partido de General Pueyrredón. Revista Universitaria de Geografía N° 17. Buenos Aires, Argentina.

ÁLVAREZ SINTES (2001) Temas de Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.

BOGDAN R. y TAYLOR S. (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós . Barcelona, España.

BUENO B, CUBILLA L, FORTUNATTI E, GORZA P, LEVIN I, SCHRO y MA. A. GRUNFELD, V. (2010) Accesibilidad al Sistema de Salud en las mujeres del Barrio 9 de Julio. Bahía Blanca. Disponible en: <http://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/trabajos/>

COMES Y, SOLITARIO R, GARBUS P, MAURO M, CZERNIECKI S, VAZQUEZ A, SOTELO R, STOLKINER A. (2006) "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". En: *Anuario de Investigación UBA*, Facultad de Psicología, Vol.XIV.

CHIARA M, MORO J, AIROVICH A, GIMENEZ, C y DI VIRGILIO M (2010) Accesibilidad a la atención de salud en el Municipio de San Fernando. Universidad Nacional de General Sarmiento. Los Polvorines, Provincia de Buenos Aires. Internet, Publicaciones electrónicas; 19.

FERRARA, F (1885) Teoría Social y Salud. Editorial Catálogos. Buenos Aires, Argentina.

MINZTBERG, H. (1991) Diseño de las Organizaciones Eficientes. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. Argentina.

PRESSMAN y WILDAVSKY (1993) "La complejidad de la acción conjunta" En: *La implementación de las Políticas*. Miguel Angel Porrúa Grupo Editor, México.

OPS/OMS (2002) Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. OMS. Serie de publicaciones Salud y Derechos Humanos, N° 1.

SOTELO MACIEL, J (2005) La importancia estratégica de la implementación. Ficha de Cátedra de Administración en Trabajo Social, inédito. Facultad de Trabajo Social, UNLP.

8. 1. Bibliografía específica del informe referido a Señalética

CASTRO, EDGARDO; ROSÉ, CLAUDIA (2006) "El diseño en función social transferencia de un Proyecto Final de la carrera de Diseño Gráfico : Sistema señalético del Hospital del Niño Jesús de la Ciudad de San Miguel de Tucumán". En: *Huellas: búsquedas en artes y diseño*, N° 5, p. 121-129. Dirección URL del artículo: <http://bdigital.uncu.edu.ar/1235>. Fecha de consulta del artículo: 11/12/11.

COSTA, JOAN (1989). *Señalética*. CEAC, Barcelona.

(2003) *Diseñar para los ojos*. Universidad de Medellín.

DONABEDIAN, AVEDIS (1989). "La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?". *Revista JANO*, vol.864, pp. 103-110

MAGARIÑOS DE MORENTIN, Juan (2008). *La semiótica de los bordes*, Ed. Comunicarte, Córdoba.

PASCOE, G. (1983). "Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis", *Evaluation and Program Planning*, vol. 6, N° 3-4, pp.185-210.

8.2. Bibliografía específica del informe referido a Accesibilidad Geográfica

Fuentes de información consultadas:

República Argentina. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Resultados preliminares.

Instituto Geográfico Nacional. Proyecto SIG 250. Cartografía Digital.

Proyecto Mapear: www.mapear.com.ar

Google Earth www.google.com

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires Dirección de Información Sistematizada.
Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Sitio web www.msal.gba.gov.ar

Sitio Web "Omnilíneas - Colectivos de Buenos Aires":

<http://www.omnilineas.com.ar/colectivos/?gclid=CLHOgc-4qqwCFYxV7AodEHbJKA>

Bibliografía:

AVENI, Silvina y ARES, Sofía, "Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y calidad de vida: un análisis del partido de General Pueyrredón", en: *Revista Universitaria de Geografía*. 2008

CLAVAL, Paul, "La Geografía Cultural". EUDEBA. Buenos Aires, 1999

STAFFA, Damián, "Transporte Público de pasajeros en el AMBA: puntos críticos y acciones de incidencia desde la sociedad civil para su superación". Fundación Poder Ciudadano. Buenos Aires. 2007

KRALICH, Susana, "Transporte urbano, accesibilidad y situación socioeconómica en los partidos del Gran Buenos Aires", Ponencia presentada en la Primera Reunión Anual sobre Pobreza y Distribución del Ingreso, Buenos Aires. 2000

Anexos

Universidad Nacional de Plata
Facultad de Trabajo Social

Marzo de 2012

Anexo I

PROYECTO DE INVESTIGACION: ACCESIBILIDAD A TURNOS TELEFONICOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Nombre y Apellido del Encuestador:

Fecha:

CUESTIONARIO N°:

Datos del Encuestado:

Nombre	
Barrio de residencia del Entrevistado	
Localidad	
Partido	

1) Sexo

- 1-Femenino
2-Masculino

2) Edad:

- 1- Entre 18 y 25 años
2-Entre 26 y 35 años
3-Entre 36 y 45 años
4-Entre 46 y 55 años
5-Entre 56 y 65 años
6-Más de 65 años
99-No sabe/No contesta

3) ¿Dónde acude el grupo familiar en caso de necesidad de una consulta médica? Por consulta médica nos referimos a la necesidad de ser atendido, por ejemplo, por un especialista en Pediatría, Clínica, Obstetricia, Ginecología, etc.; no en caso de Emergencia. (Consignar respuestas en el cuadro A)

4) ¿Y en casos de Emergencia donde asiste?

- 1- Hospital del área programática correspondiente
2- Hospital de otra área programática
3- Centro de Salud/ Unidad Sanitaria
4- Clínica Privada
5- No concurre a ningún centro asistencial
99-No sabe/No contesta

Cuadro A

	3-En caso de Consulta Médica	4-En caso de Emergencia	
	Edad	Edad	

A-Parentesco con el E	3.1)1-0 a 18 años	3.2)19 a 60 años	3.3)Más de 60 años	3.4)Institución en la que se atiende	4.1)0 a 18 años	4.2)19 a 60 años	4.3)Más de 60 años	4.4)Institución en la que se atiende	4.5-¿obra social? 1-Si 2-No 99-NS/NC ¿Cuál?
E:									

E: aquí se consignan los datos de la persona encuestada

5) ¿Por qué acude a esa Institución de Salud? (simple: sólo registrar una opción)

- 1-Es la más cercana a su domicilio
- 2-Tiene muy buena atención
- 3-Acceso de transporte económico
- 4-Continuidad de algún tratamiento
- 5-Por derivación de otro servicio de salud
- 6-Atiende su obra social
- 7-Otro(especificar) _____

99-No sabe/No contesta

6) ¿Cómo llega al Hospital? (Múltiple)

- 1- Solo Camina
- 2- Colectivo.
- 3- En remisse/taxi
- 4- En auto
- 5- En moto
- 6- En bicicleta

¿Cuáles? _____

7- Otro ¿Cuál? _____

99-No sabe/No contesta

7) ¿Cuánto tarda en llegar desde su domicilio al Hospital? (simple)

- 1- Menos de una hora
- 2- Entre una hora y dos horas
- 3- Más de dos horas
- 99-No sabe/No contesta

8) ¿Tiene acceso a los medicamentos que le receta el médico? (simple)

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca
- 99- No sabe/No contesta

9) ¿A través de qué medio consigue los medicamentos? (múltiple)

- 1-Dinero propio
- 2-Dinero prestado
- 3-Hospital Público
- 4-Sala de salud
- 5-Otro _____
- ¿Cuál? _____
- 99-No sabe/No contesta

10) ¿Le solicitaron algún tipo de pago para acceder a la atención médica? (simple)

- 1- Si
 - 1-Bono contribución \$ _____
 - 2-Monto fijo obligatorio \$ _____
 - 3-Otro ¿cuál? _____
- 2- No
- 99- No sabe/ No contesta

11) ¿Cuánto dinero necesitas en promedio para trasladarte hasta el hospital? (simple)

- 1- Menos de 10 pesos
- 2- Entre 10 y 30 pesos
- 3- Entre 31 y 50 pesos
- 4- Entre 51 y 100 pesos
- 5- Más de 100 pesos
- 6- Nada
- 99- No sabe/No contesta

12) ¿Con cuánto dinero necesitas contar para otros gastos? (Aquí el encuestado debe contemplar otros gastos que le genere atenderse en la Institución de Salud: comida, fotocopias, niñera, pago de algún reemplazo) (simple)

- 1- Menos de 10 pesos
- 2- Entre 10 y 30 pesos
- 3- Entre 31 y 50 pesos
- 4- Entre 51 y 100 pesos
- 5- Más de 100 pesos
- 6- Nada
- 99- No sabe/No contesta

13) ¿Dejas de tener algún ingreso por asistir al Hospital? (simple)

- 1- Si ¿Cuál? _____
- 2- No
- 99- No sabe/No contesta

14) ¿Cómo gestiona/accede al turno para ser atendido por un profesional médico en el Hospital? (simple)

- 1- Personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital
- 2- A través de otra persona
- 3- A través del teléfono
- 4- A través del Centro de Salud o Unidad Sanitaria
- 5- Otro: _____
- 99- No sabe/No contesta

15) ¿Conoce el servicio de turnos telefónicos para una consulta médica? (simple)

- 1- Si
- 2- No (pasar cuadro A, ítem 2, pregunta 19)
- 99- No sabe/No contesta

16) ¿Utiliza el servicio de turnos telefónicos para una consulta médica? (simple)

- 1- Si (pasar a cuadro A, ítem 1, pregunta 19)
- 2- No
- 99- No sabe/No contesta

17) ¿Por qué no utiliza el servicio de turno telefónico para acceder a una consulta médica? (múltiple)

- 1- Prefiero ir personalmente a sacar un turno (Pasar a cuadro A, Ítem 2, pregunta 17A)
- 2- Nunca me atienden cuando realizo la llamada (Pasar a cuadro A, Ítem 2, pregunta 17A)
- 3- Es poco el tiempo para llamar y pedir turno (Pasar a cuadro A, Ítem 2, pregunta 17A)
- 4- Por el costo del llamado (pasar a Cuadro A, Ítem 2, pregunta 17A)

5- No tengo teléfono (pasar a Cuadro A, Ítem 2, pregunta 17A)

6-Otro: _____

(Pasar a Cuadro A, ítem 2, pregunta 17A)

99-No sabe/No contesta

Cuadro A

	17A-¿Para qué especialidades médicas sacó turno telefónico? 1-Pediatría 2-Ginecología 3-Clínico 4-Obstetricia 5-Odontología 6-Cardiología 7-Cirugía 8-Traumatología 9-Neumonología 10- Psiqu./Psicol. 11-Otro: ¿Cuál? 99-NS/NC (múltiple)	17B-¿Cuánto tiempo transcurre entre que consigue el turno y asiste a la consulta? 1-Menos de 7 días 2-E/ 7 días y 15 días 3-E/ 15 días y 30 días 4-Más de 30 días 99-NS/NC (simple)	17C-¿Qué opina usted de estos plazos? 1-Es el tiempo adecuado 2-Es poco tiempo 3-Es mucho tiempo 4-Es muchísimo tiempo 5- No toma el turno 9-NS/NC (simple)
1) TURNO TELEFÓNICO			
2) TURNO PRESENCIAL			

18) ¿Cuánto tiempo debe esperar cuando concurre a la consulta? (simple)

- 1- Hasta 30 minutos
2- De 30 minutos a 1 hora
3- De una hora a 3 horas
4- Más de 3 horas

19) Respecto de la vivienda donde usted y su familia residen, usted es: (simple)

- 1- Propietario de la vivienda y el terreno
2- Propietario de la vivienda solamente
3- Inquilino de la vivienda
4- La vivienda es prestada y no paga alquiler
5- Ocupante por pago de impuestos/expensas
6- Ocupante de hecho (sin permiso)
7- Otra situación (especificar) _____
99- No sabe/No contesta

20) ¿Asiste a algún establecimiento educativo? (simple)

- 1- Si
2- No asiste, pero asistió (pasar a pregunta 22)
3-Nunca Asistió (pasar a pregunta 23)
99- No sabe/no contesta

21) ¿Qué nivel cursa? (simple)

INVESTIGACIÓN:

**ACCESIBILIDAD A TURNOS AMBULATORIOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES / AÑO 2011**

Facultad de Trabajo Social / Universidad Nacional de La Plata

RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL

Fecha de Administración: .

Nombre del Hospital	
Tipo de Hospital	
Personal encuestado	
Área o servicio consultado	
Dirección	
Localidad	
Partido	

**1) ¿A través de qué sector o área se accede a los turnos para consulta ambulatoria?
(respuesta múltiple: puede responder más de una opción)**

- 1- Una ventanilla para todas las especialidades médicas
- 2- Una ventanilla según la especialidad médica
- 3- Telefónicamente
- 4- Otro:

2) ¿Cómo se accede a los turnos por interconsulta?

3) ¿Cómo se accede a los turnos para estudios complementarios?

- 4) **¿Cuál es el total de turnos disponibles según especialidad por día y qué días y horarios se atiende?**

	Turnos por día	Horarios y días de atención
Pediatría		
Ginecología		
Clínico		
Obstetricia		
Odontología		
Cardiología		
Otro		

- 5) **¿Hubo variación de turnos disponibles en los últimos tres meses?**

1-Si ¿Por qué?

2-No

9-No sabe/No contesta

- 6) **¿Cuánto tiempo transcurre entre la solicitud del turno y la fecha de concreción de la consulta?**

1-Menos de 7 días

2-Entre 7 días y 15 días

3-Entre 15 días y 30 días

4-Más de 30 días

- 7) **¿Qué personal se encuentra asignado para la tarea de asignación de turnos y qué cantidad?**

- 8) **¿Dónde funciona físicamente el lugar para la tarea de asignación de turnos?**

- 9) **¿Cuál es el equipamiento material con el que cuenta ese lugar?**

Escritorio	
Teléfono	
Computadora	
Sillas	
Otros	

10) ¿Existe un registro y/o cálculo estimado de baja de turnos por ausentismo de los usuarios?

1-Si

2-No

9-No sabe/No contesta

11) ¿Qué cantidad aproximada?

12) ¿Qué se hace ante la situación de turnos asignados a pacientes en caso de ausentismo del profesional?

13) ¿Qué se hace ante la situación de turnos asignados a pacientes en caso de paro?

INVESTIGACIÓN:

ACCESIBILIDAD A TURNOS AMBULATORIOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES / AÑO 2011

Facultad de Trabajo Social / Universidad Nacional de La Plata

ENTREVISTA PARA INFORMANTES CLAVE DE LA GESTIÓN PROVINCIAL

Las **entrevistas realizadas a funcionarios** tendrán dos objetivos complementarios: por un lado realizar una breve presentación de los antecedentes de este proyecto y poner en conocimiento los objetivos que lo orientan, así como los productos que esperamos poder generar a partir de los aportes de todos los actores involucrados; y por otro lado, recoger información tendiente a caracterizar y precisar el mapa de situación actual de la accesibilidad a efectores públicos provinciales, considerando la perspectiva de quienes se desenvuelven en niveles de gestión (*provincial, regional, efectores*).

Estas entrevistas se realizarán a informantes claves que hayan estado o estén involucrados en la gestión de políticas del sector, con un claro compromiso vinculado a la resolución de los problemas que se generan alrededor del acceso a los sistemas de salud; de ser deseable, con alguna formación específica en la temática y/o con reconocimiento entre sus pares y/o en la comunidad académica por sus aportes al diseño y ejecución de políticas públicas, y con claras definiciones políticas en relación al lugar del Estado en la atención de la salud.

Luego de una instancia introductoria, en la cual situaríamos al entrevistado en relación al estudio que estamos realizando; se desarrollaría un conjunto de preguntas agrupadas a 4 ejes fundamentales de indagación.

GUIÓN DE LA ENTREVISTA

Ejes específicos:

1. CARACTERIZACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN AMBULATORIA EN HOSPITALES PÚBLICOS

- *Acceso tradicional, modalidades previstas desde la oferta.*
- *Conocimiento y opinión respecto de las prácticas de la población relativas al uso de servicios ambulatorios.*

- *Identificación de especialidades críticas para el acceso (indagar en relación a edades, épocas del año, patologías que presionan sobre el sistema, etc.).*
- *Tensiones entre la atención ambulatoria y la atención en guardia.*
- *Caracterización territorial del suceso: regiones/hospitales con más conflictividad respecto del acceso a la atención ambulatoria.*
- *Actores involucrados en el problema, caracterización del papel que juegan y posibles causales (personal administrativo-jefes de área-profesionales médicos-directivos hospitalarios-usuarios)*

2. LA IMPLEMENTACIÓN DE TURNOS TELEFÓNICOS EN SÍ.

- *Situación inicial, diagnóstico que le dio sustento.*
- *Análisis, evaluación técnica y política (Dirección de Hospitales, Ministro)*
- *Principales características de la propuesta, estrategia para su implementación.*
- *Primeras repercusiones. Resistencias. Principales aliados.*
- *Evaluación a un año de su puesta en marcha; principales efectos, resultados, repercusiones relevadas (desde la gestión de los hospitales; desde el vínculo con la población; desde la información disponible respecto de cobertura del sistema).*

Ejes complementarios (a aplicar según formación y/o trayectoria del entrevistado):

- *Descripción y análisis de políticas más relevantes orientadas a dar respuesta al problema de accesibilidad (en actualidad, y experiencias anteriores de trascendencia).*
- *Indagación de argumentos orientados a reconstruir la concepción de accesibilidad del entrevistado.*

INVESTIGACIÓN:

**ACCESIBILIDAD A TURNOS AMBULATORIOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES / AÑO 2011**

Facultad de Trabajo Social / Universidad Nacional de La Plata

Planilla de Relevamiento de Combis Municipales

FECHA / /

1.-

MUNICIPIO.....

2.- EN RELACION A MODALIDADES:

2.1 Modalidad preponderante: (*combi, micros, remisse*).....

2.1.a) Frecuencia de viajes:.....

2.1.b) Cantidad de personas por viaje:.....(chequear: *titulares/acompañantes*)

2.1.c) Costos (aprox por viaje):.....Vía de Financiamiento:.....

.....
.....

2.1.d) Horarios:
PARTIDA.....REGRESO.....
.....

2.1.e)
Paradas:.....
.....

2.2 Modalidad complementaria:.....
.....

.....
.....

2.3 Desde cuándo funciona:.....
.....

3.-EN RELACIÓN A USUARIOS:

3.1 Condiciones para acceder al traslado: (si los hay, por ej.: *sin cobertura, previa encuesta social, etc.*).....

.....
.....

3.2 Motivos más frecuentes:.....

.....
.....
.....

4.-EN RELACIÓN A EFECTORES:

4.1

Hospitales:.....

.....
.....
.....

4.2

Servicios:.....

.....
.....
.....

4.2 Gestión de turnos:

4.2.a) **AUTOGESTIONADO TELEFONICO**.....

4.2.b) **AUTOGESTION PRESENCIAL**.....

4.2.c) **GESTION MUNICIPAL**.....

4.2.c-1)

Responsable:.....

(algún tel. de
contacto:.....)

4.2.d) **OTRAS**..... 4.2.d-1)

¿Cuáles?.....

5. EN RELACIÓN A SITUACIONES-PROBLEMA MAS FRECUENTES...

5.1 ...con los pasajeros/para

traslados:.....

.....
.....

5.2 ...de los pasajeros con los efectores (indagar acceso a turnos y a la atención en sí):.....

.....
.....

5.3...con la sustentabilidad de la modalidad:.....

.....
.....

5.4...OTROS.....

.....
.....
.....

6. OBSERVACIONES / CURIOSIDADES:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RELEVÓ:

Anexo II

Relevamiento Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Diego Paroissien” Isidro Casanova, La Matanza.

El relevamiento aplicado en el Hospital Paroissien se llevó a cabo con una muestra de 49 casos.

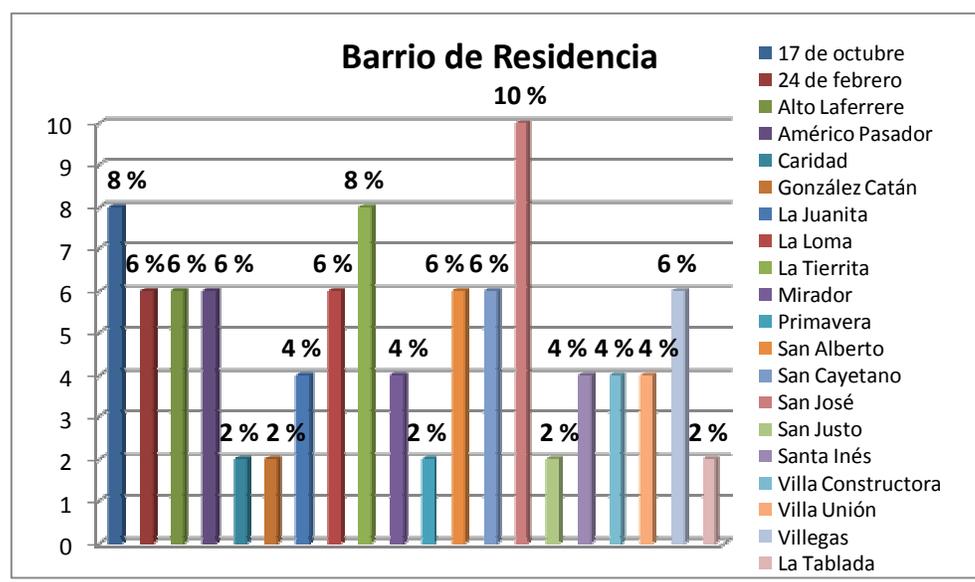
Barrio de Residencia:

Cuadro 1

Barrio de residencia	Absolutos
17 de octubre	4
24 de febrero	3
Alto Laferrere	3
Américo Pasador	3
Caridad	1
González Catán	1
La Juanita	2
La Loma	3
La Tierrita	4
Mirador	2
Primavera	1
San Alberto	3
San Cayetano	3
San José	5
San Justo	1
Santa Inés	2
Villa Constructora	2
Villa Unión	2
Villegas	3
La Tablada	1
Total	49

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1



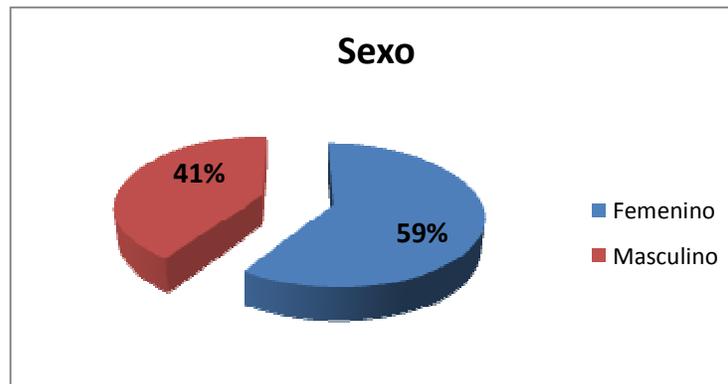
En relación al barrio donde residen los encuestados, en el barrio San José perteneciente a la localidad de Isidro Casanova residen el 10% de los encuestados, seguido por el barrio 17 de octubre perteneciente a la localidad de Rafael Castillo y por el barrio La Tierrita perteneciente a la localidad de Isidro Casanova con 8 % cada uno. Los barrios 24 de febrero (Laferrere), Alto Laferrere (Laferrere), Américo Pasador (Isidro Casanova), La Loma (Laferrere), San Alberto (Isidro Casanova), San Cayetano (Isidro Casanova) y Villegas (San Justo) poseen un 6 % de la población encuestada cada uno. Los barrios La Juanita (Isidro Casanova), Mirador (Isidro Casanova), Santa Inés (Isidro Casanova), Villa Constructora (San Justo) y Villa Unión (Laferrere) tienen residiendo un 4 % cada uno de los encuestados; mientras que los barrios Caridad (González Catán), González Catán (González Catán), Primavera (González Catán), San Justo (San Justo) y La Tablada albergan a un 2 % cada uno de la población muestral. La mayoría de la población encuestada (48%) proviene de los barrios de la localidad de Isidro Casanova, esto puede deberse a la cercanía del Hospital que se encuentra situado en la misma localidad.

Cuadro 2

Sexo	Absolutos	%
Femenino	29	59
Masculino	20	41
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2



Al analizar el sexo de la población muestral que asiste al Hospital Paroissien, se observa que existe un 59 % que son mujeres y un 41 % que son hombres.

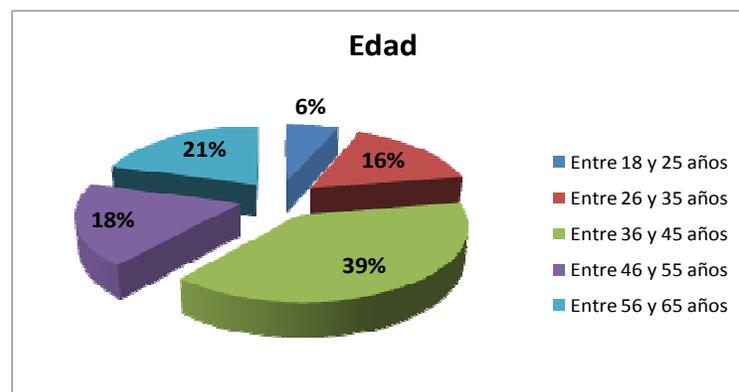
Edad:

Cuadro 3

Edad	Absolutos	%
Entre 18 y 25 años	3	6
Entre 26 y 35 años	8	16
Entre 36 y 45 años	19	39
Entre 46 y 55 años	9	18
Entre 56 y 65 años	10	21
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3



En relación a la edad de la población encuestada, se observa que la mayor concentración de casos se presenta en la franja etárea entre los 36 y 45 años con un 39 %, seguido de la población que tiene entre 56 y 65 años con el 21 %. Las franjas etáreas entre 26 y 35 años y entre 46 y 55 años tienen 16 % y 18 % respectivamente. Mientras que la franja entre 18 y 25 años posee un 6 %.

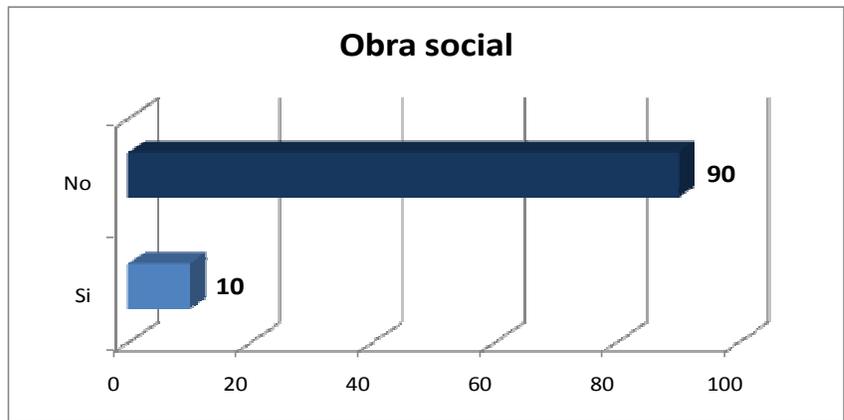
Cobertura médica:

Cuadro 4

Posee obra social	Absolutos	%
Si	5	10
No	44	90
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4



Al analizar la cobertura de salud que tiene la población encuestada que asiste al Hospital, se observa que el 90% de los pacientes no poseen obra social, mientras que el 10% si posee una cobertura de salud. Estos resultados confirman la tendencia de que la población con características de vulnerabilidad social y económica es la que asiste a un centro de salud público.

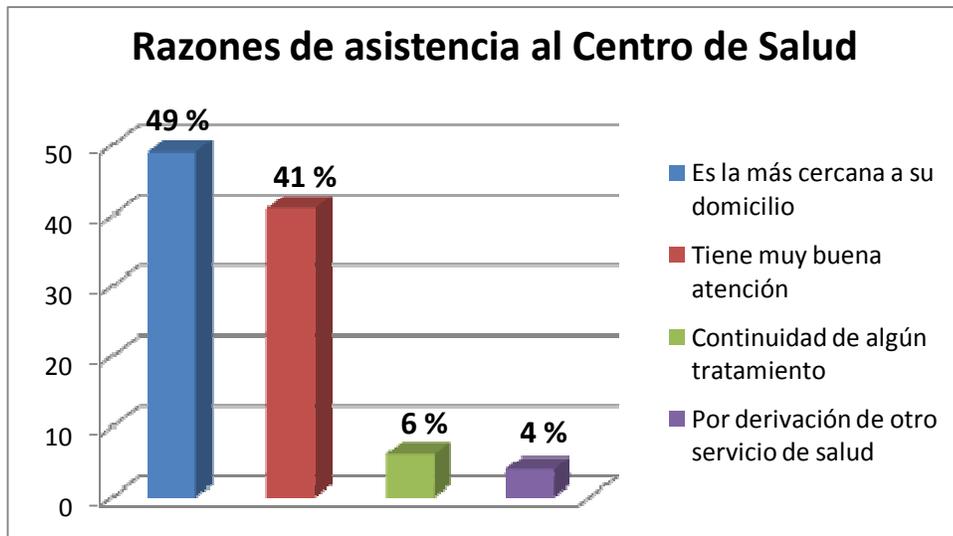
Razones de asistencia al Centro de Salud:

Cuadro 5

Razones de asistencia a este Centro de Salud	Absolutos	%
Es la más cercana a su domicilio	24	49
Tiene muy buena atención	20	41
Continuidad de algún tratamiento	3	6
Por derivación de otro servicio de salud	2	4
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5



Al observar las razones de asistencia al Hospital Paroissien de La Matanza, la cercanía de este centro de salud al domicilio del paciente es la razón más manifestada (49%), seguida de la muy buena atención que reciben en el mismo (41%). Mientras que la continuidad de algún tratamiento (6%) o la derivación de otro servicio de salud (4%) no son razones fuertes por la que asisten al hospital.

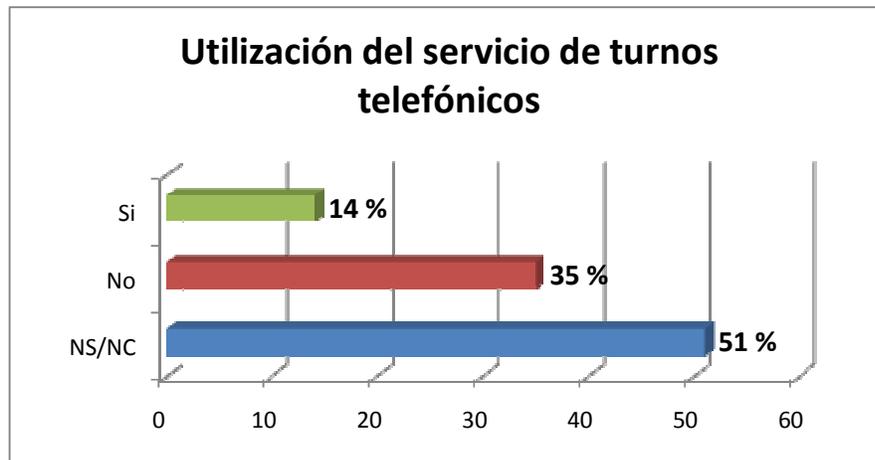
Utilización del servicio de turnos telefónicos:

Cuadro 6

Utilización del servicio de turnos telefónicos	Absolutos	%
Si	7	14
No	17	35
NS/NC	25	51
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6



Respecto a la utilización del servicio de turnos telefónicos, se observa que sólo un 14% de la población muestral que asiste a una consulta médica, hace el pedido del turno mediante el teléfono mientras que un 35 % no utiliza tal servicio.

Razones de la no utilización del turno telefónico:

Cuadro 7

Por qué no utiliza el servicio de turno telefónico	Absolutos
Prefiero ir personalmente a sacar un turno	5
Prefiero ir personalmente a sacar un turno porque nunca me atienden	2
Nunca me atienden cuando realizo la llamada	7
No tengo teléfono	1
Otro	1
Sin datos	26
No aplica	7
Total	49

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 8

Por qué no utiliza el servicio de turno telefónico	Absolutos	%
Prefiero ir personalmente a sacar un turno	5	12
Prefiero ir personalmente a sacar un turno porque nunca me atienden	2	5
Nunca me atienden cuando realizo la llamada	7	17
No tengo teléfono	1	2
Otro	1	2
Sin datos	26	62
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7



En el cuadro 7, se observa que las razones que manifiestan la mayoría de los encuestados que no utilizan el servicio de turnos telefónicos se basan en que nunca son atendidos cuando realizan la llamada para sacar el turno para una consulta médica por lo que prefieren ir personalmente a sacar el turno. (17 %, 12 % y 5 %).

Tipo de turno para asistir a una consulta médica:

Cuadro 9

Tipo de Turno	Absolutos	%
Turno Telefónico	11	22
Turno Presencial	31	64
Sin datos	7	14
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 8



En relación al tipo de turno que utilizan los encuestados, el turno presencial es el más utilizado con un 64 % del total de los encuestados, mientras que un 22 % utilizan el turno telefónico para acceder a una consulta médica.

Especialidad Médica consultada:

Cuadro 10

Especialidad Médica consultada	Absolutos
Pediatría-Ginecología	4
Ginecología	2
Clínico	1
Obstetricia	1
Cardiología	1
Traumatología	4
Ginecología-Cardiología-Traumatología	2
Clinico-Cardiología	1
Clinico-Traumatología	1
Pediatría-Ginecología-Clínico	5
Pediatría-Clinico	2
Pediatría-Ginecología-Clinico-Cardiología	1
Pediatría-Odontología	1
Pediatría-Neumonología	1
Pediatría-Alergista	1
Pediatría-Ginecología-Clínico-Odonotología	1
Pediatría-Ginecología-Odontología	3
Pediatría-Clinico-Traumatología	1
Pediatría-Ginecología-Obstericia	2
Ginecología-Obstetricia	1

Ginecología-Clínico-Cardiología	1
Pediatría-Ginecología-Traumatología	1
Ginecología-Clinico	1
Clinico-Traumatología	1
Cirugia-Traumtaología-Nutricionista	1
Traumatología-Kinesiología	1
Sin datos	7
Total	49

Fuente: Elaboración propia

Las especialidades médicas más consultadas en el centro de salud son Pediatría, Ginecología y Clínica con 17 casos que representan el 35 % del total de las especialidades, seguidas de Traumatología con 12 casos, el 25 %. Las especialidades que le siguen son Cardiología con 6 casos (12%) y Odontología con 5 (10%), mientras que las menos consultadas son Obstetricia con 4 casos (8%), Nutricionista, Neumonología, Kinesiología y Alergista, con un caso cada una (2%).

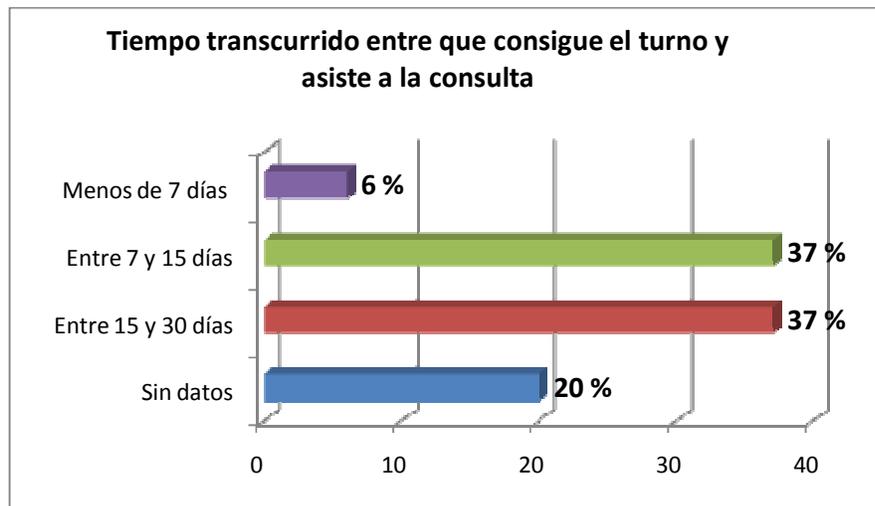
Tiempo transcurrido entre que consigue el turno y asiste a la consulta:

Cuadro 11

Tiempo transcurrido entre que consigue el turno y asiste a la consulta	Absolutos	%
Menos de 7 días	3	6
Entre 7 y 15 días	18	37
Entre 15 y 30 días	18	37
Sin datos	10	20
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 9



Al analizar el tiempo transcurrido entre que consigue el turno y asiste a la consulta, se observa que el tiempo entre 7 y 15 días y entre 15 días y 30 días poseen el 37 % respectivamente, lo que implica que la mayoría de la población encuestada que asiste al Hospital, el 74 %, debe esperar entre 7 y 30 días desde que obtiene el turno hasta realizar la consulta médica.

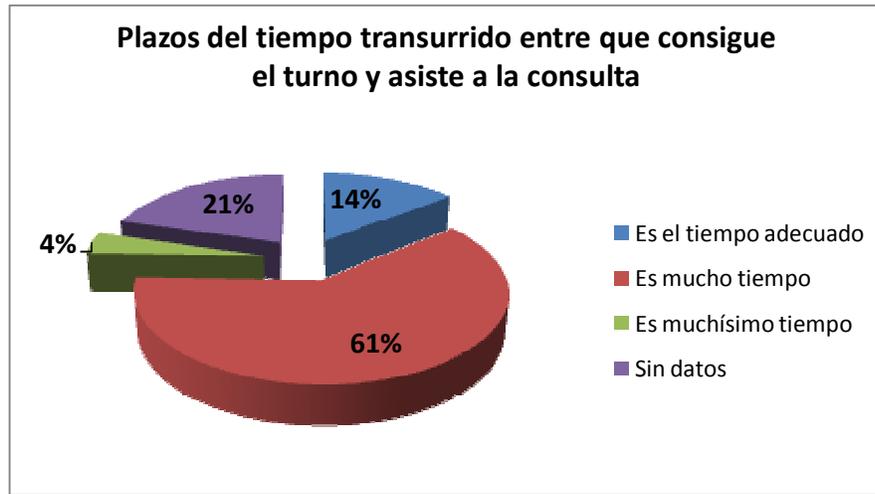
Plazos del tiempo transcurrido entre que consigue el turno y asiste a la consulta:

Cuadro 12

Sobre los plazos del tiempo transcurrido entre que consigue el turno y asiste a la consulta	Absolutos	%
Es el tiempo adecuado	7	14
Es mucho tiempo	30	61
Es muchísimo tiempo	2	4
Sin datos	10	21
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 10



Respecto a la opinión de los encuestados sobre el tiempo transcurrido entre que obtiene el turno y asiste a la consulta médica, un 65% de la población encuestada que asiste al Hospital piensa que el tiempo no es el adecuado, ya que es un período de tiempo muy largo.

Tiempo de espera cuando concurre a la consulta:

Cuadro 13

Tiempo de espera cuando concurre a la consulta	Absolutos	%
Hasta 30 minutos	1	2
De 30 minutos a 1 hora	5	10
De 1 a 3 horas	36	74
Más de 3 horas	1	2
Sin datos	6	12
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11



En relación al tiempo de espera cuando la población encuestada concurre a la consulta médica, se observa el 74% tiene que esperar entre una y tres horas para ser atendido. Un 10 % entre 30 minutos y una hora, mientras que hasta 30 minutos y más de tres horas representan el 2% de la población muestral.

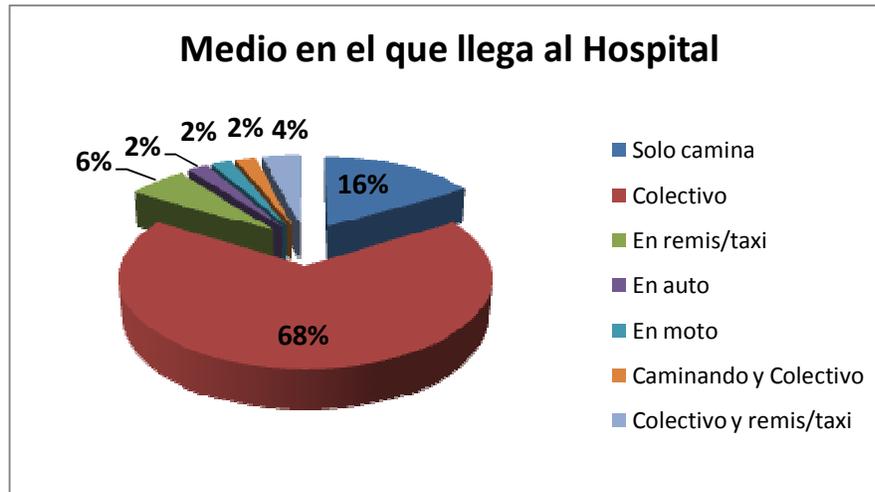
Medio en el que llega al Hospital:

Cuadro 14

Medio en el que llega al Hospital	Absolutos	%
Solo camina	8	16
Colectivo	33	68
En remis/taxi	3	6
En auto	1	2
En moto	1	2
Caminando y Colectivo	1	2
Colectivo y remis/taxi	2	4
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12



Al analizar el medio que utilizan para trasladarse al Hospital, un 68 % utiliza el colectivo como medio de transporte, seguido del 16 % que solo camina para llegar al Centro de Salud. Mientras que el remis/taxi es utilizado por el 6 % y el colectivo y remis/taxi un 4 % de los encuestados.

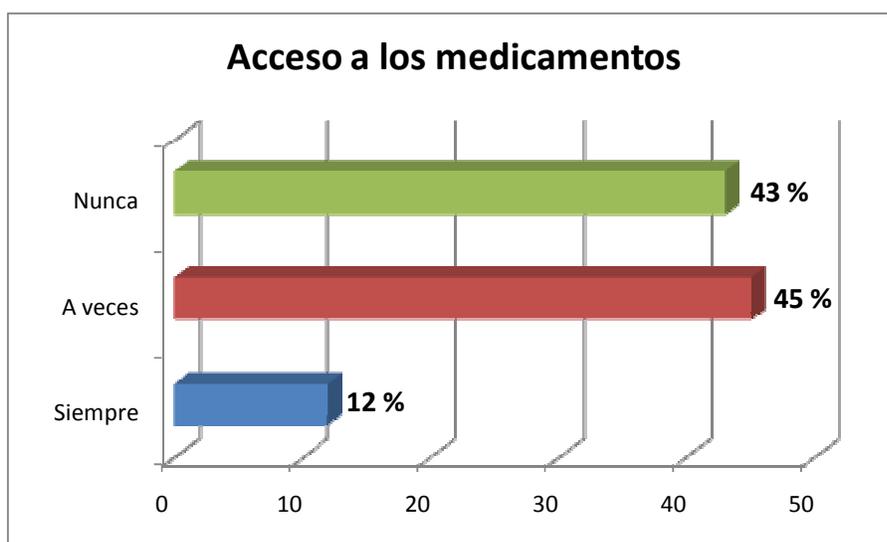
Acceso a los medicamentos:

Cuadro 15

Acceso a los medicamentos	Absolutos	%
Siempre	6	12
A veces	22	45
Nunca	21	43
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 13



Respecto del acceso a los medicamentos por parte de la población encuestada, se observa que solo un 45% puede a veces acceder a los mismos y un 43% nunca puede acceder, mientras que un 12 % tiene acceso siempre a los medicamentos. Esta información muestra las dificultades que tiene la población encuestada para tener un acceso efectivo a los medicamentos.

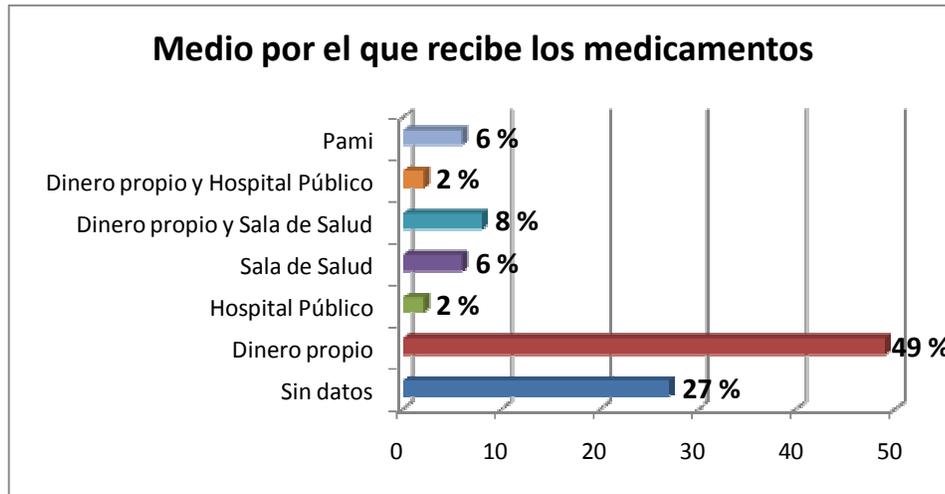
Medio por el que recibe los medicamentos:

Cuadro 16

Medio por el que recibe los medicamentos	Absolutos	%
Dinero propio	24	49
Hospital Público	1	2
Sala de Salud	3	6
Dinero propio y Sala de Salud	4	8
Dinero propio y Hospital Público	1	2
Pami	3	6
Sin datos	13	27
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 14



Al analizar los medios por los que la población encuestada recibe los medicamentos, un 49 % lo hace con dinero propio seguido del 8 % que lo hace con dinero propio y se los ofrecen en la Sala de Salud y un 6% que acceden solamente a través de la Sala de Salud y un 6 % a través de PAMI. La Sala de Salud se presenta como un lugar importante para poder acceder a medicamentos con un 14%. El Hospital Público como centro de medicamentos solo representa un 4 % en la población encuestada.

Dinero promedio necesario para trasladarse al Hospital:

Cuadro 17

Dinero promedio necesario para trasladarse al Hospital	Absolutos	%
Menos de 10 pesos	39	80
Entre 10 y 30 pesos	3	6
Entre 31 y 50 pesos	1	2
Nada	6	12
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15



En cuanto al gasto promedio que necesitan los encuestados para trasladarse al Hospital, se observa que el 80 % precisa menos de 10 pesos, mientras que un 12 % no precisa dinero para trasladarse.

Dinero para otros gastos:

Cuadro 18

Dinero para otros gastos	Absolutos	%
Menos de 10 pesos	14	29
Entre 10 y 30 pesos	19	39
Entre 31 y 50 pesos	1	2
Nada	11	22
Sin datos	4	8
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 16



En relación a la necesidad de dinero para otros gastos, un 39% necesita entre 10 y 30 pesos para poder asistir al Hospital, seguido de un 29 % que necesita menos de 10 pesos, mientras que un 22% no precisa dinero para asistir al Hospital.

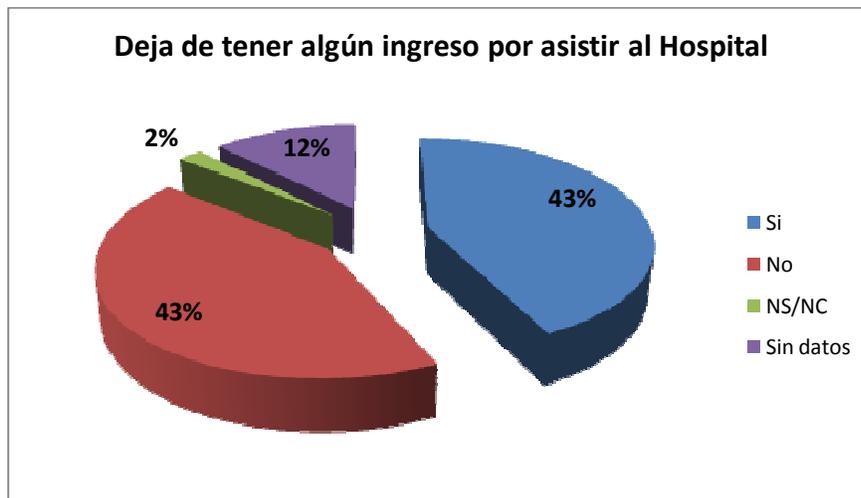
Ausencia de algún ingreso por asistir al Hospital:

Cuadro 19

Deja de tener algún ingreso por asistir al Hospital	Absolutos	%
Si	21	43
No	21	43
NS/NC	1	2
Sin datos	6	12
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 17



Al analizar si el encuestado deja de tener algún ingreso por asistir al Hospital, se observa que el 43% deja alguna actividad que le genera ingresos para poder asistir a una consulta médica, mientras que otro 43% no deja de realizar ninguna actividad que le genera ingresos.

Gestión para obtener el turno para ser atendido por un profesional médico en el Hospital:

Cuadro 20

Gestión para obtener el turno para ser atendido por un profesional médico en el Hospital	Absolutos	%
Personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital	37	76
A través del teléfono	9	18
Sin datos	3	6
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 18



En relación a la gestión para obtener el turno para ser atendido por un profesional médico en el Hospital, los encuestados prefieren hacerlo personalmente en los consultorios externos y un 18 % a través del teléfono.

Situación con respecto a la vivienda:

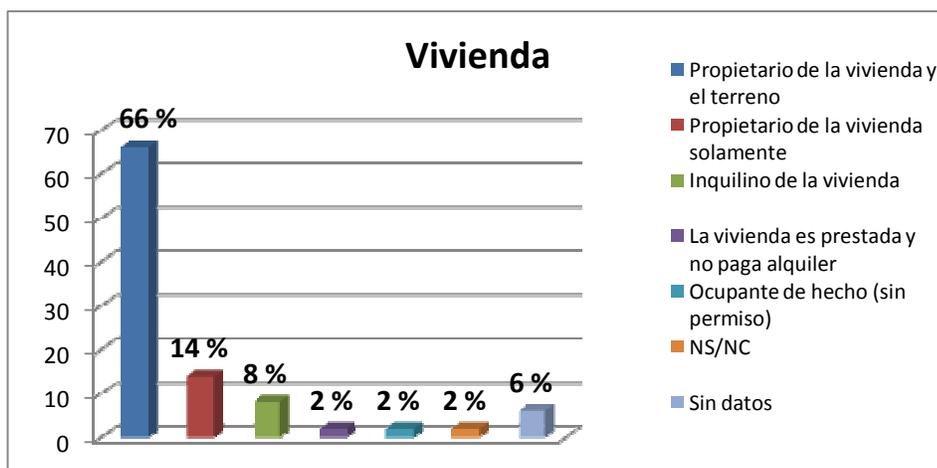
Cuadro 21

Vivienda	Absolutos	%
Propietario de la vivienda y el terreno	32	66
Propietario de la vivienda solamente	7	14
Inquilino de la vivienda	4	8

La vivienda es prestada y no paga alquiler	1	2
Ocupante de hecho (sin permiso)	1	2
NS/NC	1	2
Sin datos	3	6
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 19



En relación a la situación dominial de la vivienda de los encuestados, se observa que un 66 % son propietarios de la vivienda y el terreno, seguido de un 14 % que es propietario de la vivienda solamente, mientras que un 8 % alquila la vivienda en la que vive.

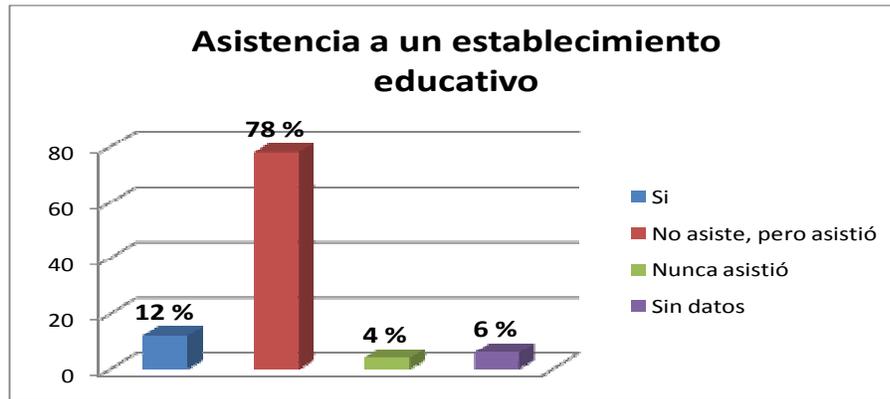
Asistencia a establecimiento educativo:

Cuadro 22

Asistencia a establecimiento educativo	Absolutos	%
Si	6	12
No asiste, pero asistió	38	78
Nunca asistió	2	4
Sin datos	3	6
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 20



Al analizar la asistencia a un establecimiento educativo de los encuestados, el 78 % asistió en algún momento pero ya no asiste y un 12% asiste actualmente a un establecimiento educativo, mientras que un 4% nunca asistió.

Trabaja actualmente:

Cuadro 23

Trabaja actualmente	Absolutos	%
Si	18	37
No	29	59
NS/NC	1	2
Sin datos	1	2
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

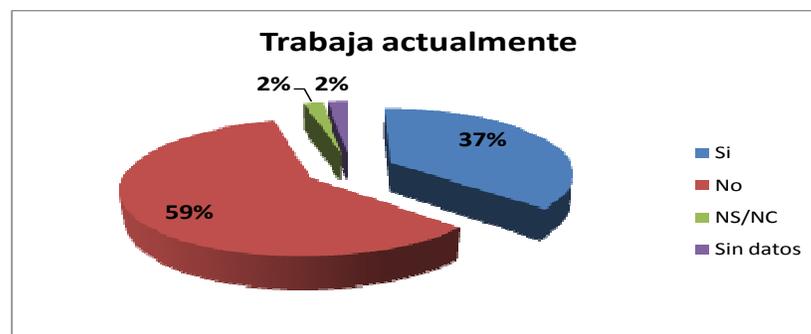


Gráfico 21

En relación a si los encuestados se encuentran trabajando en la actualidad, se observa que el 59 % no trabaja actualmente mientras que un 37% si lo hace.

Tipo de trabajo:

Cuadro 24

Tipo de trabajo	Absolutos	%
Permanente/Fijo	5	10
Temporario	8	16
Changas	5	10
NS/NC	2	4
Sin datos	1	2
No aplica	28	58
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 25

Tipo de trabajo	Absolutos	%
Permanente/Fijo	5	24
Temporario	8	38
Changas	5	24
NS/NC	2	9
Sin datos	1	5
Total	21	100

Fuente: Elaboración propia

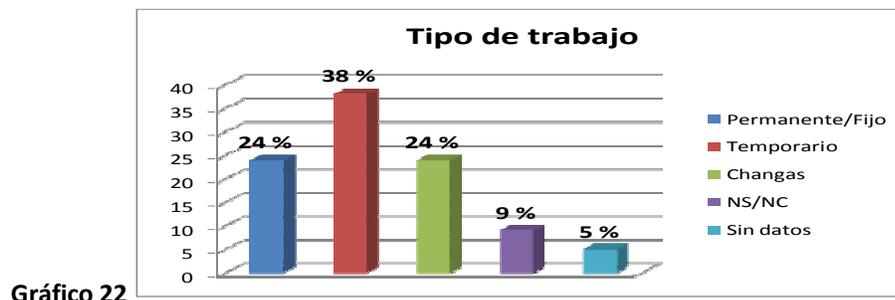


Gráfico 22

Al analizar el tipo de trabajo que tienen los encuestados, un 38 % es temporario, y otro 24 % realiza changas. Estos datos expresan la precariedad e inestabilidad laboral de la población encuestada que asiste al Hospital Paroissien de La Matanza.

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” de Mar del Plata

El relevamiento del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” de la localidad de Mar del Plata tiene una muestra poblacional de 50 casos y se aplicó el cuestionario diseñado para registrar la información. Se realizaron las encuestas en tres días de relevamiento en campo.

Los resultados del trabajo del relevamiento se detallan a continuación:

Cuadro 1

Barrio de residencia del entrevistado	Absolutos
Autódromo	2
Batan	2
Belgrano	3
Belisario Roldán	1
Camet	1
Villa Gesell	5
Cerrito Sur	1
Don Bosco	1
Fcio Sánchez	3
Jorge Murvey	1
Juramento	2
La Herradura	3
Las Lilas	1
La Perla	1
Las Avenidad	3
Las Heras	2
Libertad	4
Lobería	2
Nuevo Golf	2
Progreso	1
Pueyrredón	1
Punta Mogotes	2
San Carlos	1
San Martin	2
Villa Lourdes	1
Villa Primera	1
Vivorata	1
Total	50

Fuente: Elaboración propia.

Localidad

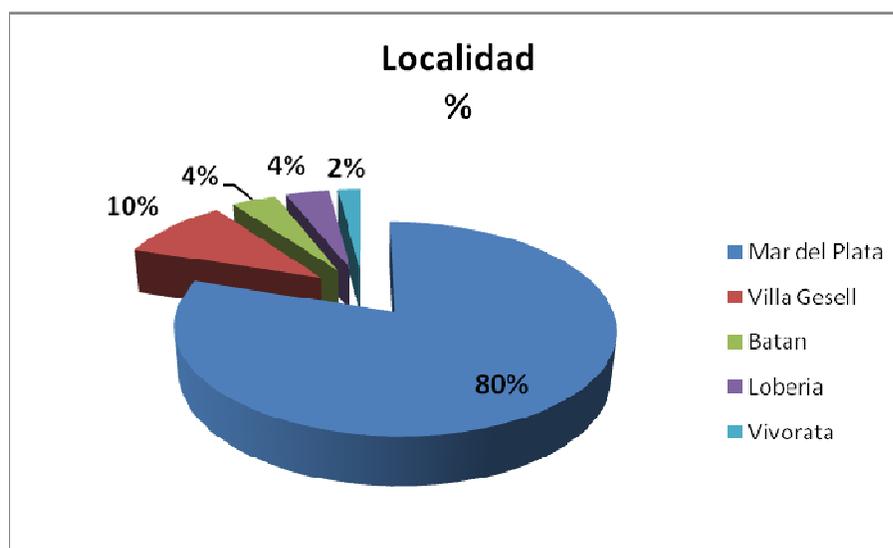
Al observar los datos sobre las localidades a las que pertenecen las personas encuestadas, un 80% residen en la localidad de Mar del Plata, un 10% en Villa Gesell, mientras que un 4% lo hace en Batan y otro 4% en Lobería.

Cuadro 2

Localidad	Absolutos	%
Mar del Plata	40	80
Villa Gesell	5	10
Batan	2	4
Lobería	2	4
Vivorata	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia.

Obra social

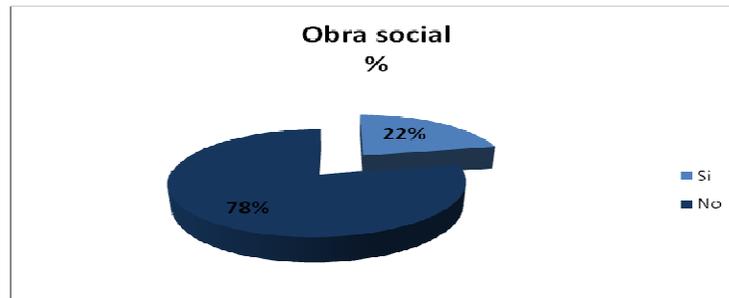
Respecto a la cobertura de salud que posee la población muestral, se observa que el 22% posee una obra social mientras que el 78% no la tiene.

Cuadro 3

Posee obra social	Absolutos	%
Si	11	22
No	39	78
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia.

Razón por la que acude al Hospital

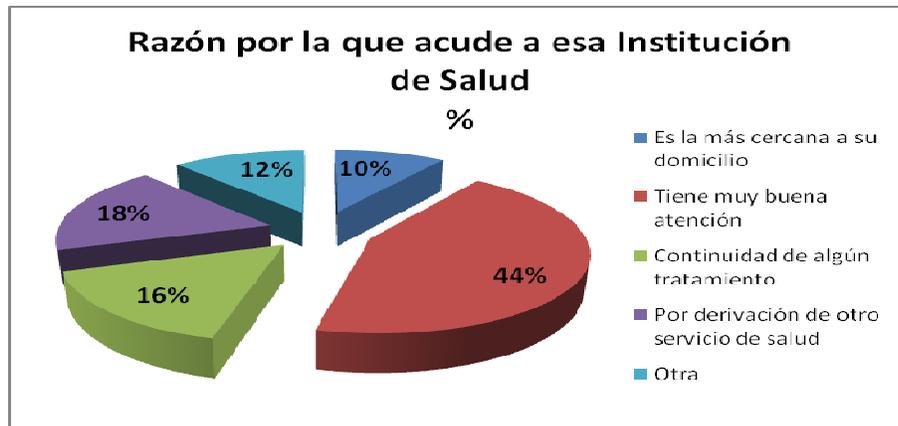
Al indagar sobre las razones que tienen los encuestados para asistir al Hospital “Don Victorio Tetamanti” de Mar del Plata, se observa que el 44% opina que tiene una muy buena atención, un 18% asiste por derivación de otro servicio de salud y un 16% por la continuidad de un tratamiento.

Cuadro 4

Razón por la que acude a esa Institución de Salud	Absolutos	%
Es la más cercana a su domicilio	5	10
Tiene muy buena atención	22	44
Continuidad de algún tratamiento	8	16
Por derivación de otro servicio de salud	9	18
Otra	6	12
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3



Medio en el que llega al Hospital

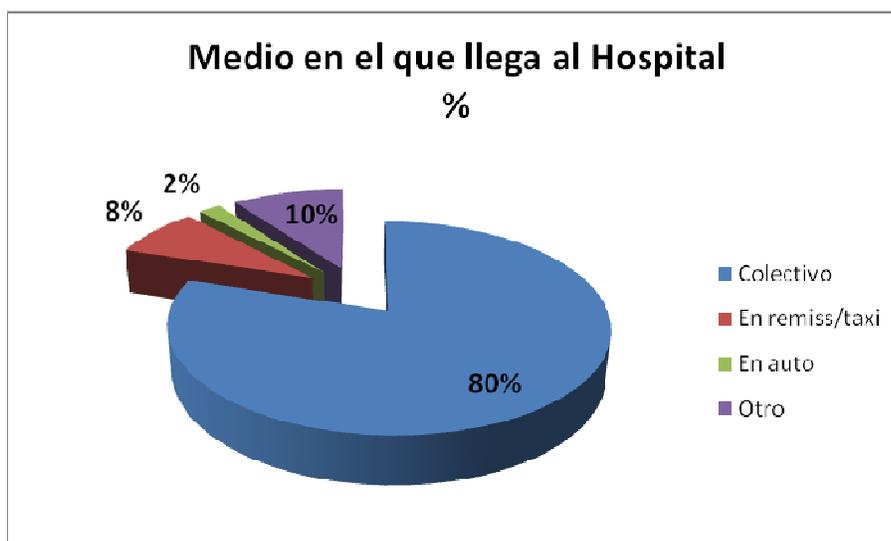
En relación al medio que utiliza la población muestral para trasladarse hasta el Hospital, un 80% lo hace en el colectivo público de transporte mientras que un 10% utiliza colectivo proporcionados por el Municipio o por el Hospital de Lobería, y un 8% se moviliza en remiss/taxi.

Cuadro 7

Medio en el que llega al Hospital	Absolutos	%
Colectivo	40	80
En remiss/taxi	4	8
En auto	1	2
Otro	5	10
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6



Fuente: Elaboración propia.

Tiempo que tarda en llegar desde su domicilio al Hospital

Al analizar el tiempo que tarda en llegar el encuestado desde su domicilio al Hospital, se observa que el 80% tarda menos de una hora, el 10% tarda entre una y dos horas y el 8% lo hace en más de dos horas.

Cuadro 8

Tiempo que tarda en llegar desde su domicilio al Hospital	Absolutos	%
Menos de una hora	40	80
Entre una y dos horas	5	10
Más de dos horas	4	8
No sabe/No contesta	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7



Fuente: Elaboración propia.

Acceso a los medicamentos

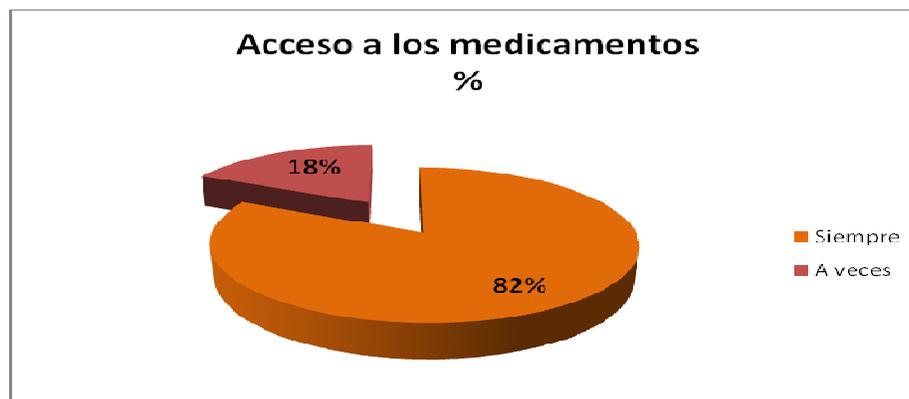
Respecto al acceso a los medicamentos que tiene la población muestral que asiste al Hospital “Don Victorio Tetamanti”, se observa que el 82% no tiene problemas en acceder a la medicación, mientras que el 18% tiene dificultades para acceder.

Cuadro 9

Acceso a los medicamentos	Absolutos	%
Siempre	41	82
A veces	9	18
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8



Fuente: Elaboración propia.

Medio por el que recibe los medicamentos

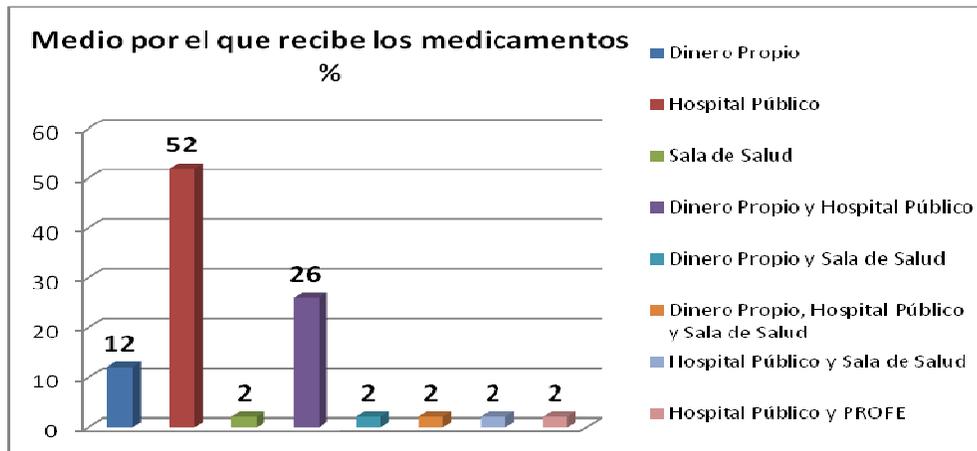
El medio más frecuente por el que el encuestado recibe los medicamentos es a través del hospital público con el 52%, seguido del dinero propio y el hospital público con el 26%, mientras que el encuestado lo hace solo con dinero propio en el 12% de los casos.

Cuadro 10

Medio por el que recibe los medicamentos	Absolutos	%
Dinero Propio	6	12
Hospital Público	26	52
Sala de Salud	1	2
Dinero Propio y Hospital Público	13	26
Dinero Propio y Sala de Salud	1	2
Dinero Propio, Hospital Público y Sala de Salud	1	2
Hospital Público y Sala de Salud	1	2
Hospital Público y PROFE	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9



Fuente: Elaboración propia.

Pago para acceder a la atención médica

En relación al tema de si la población de la muestra tiene que pagar para atenderse con un profesional médico en el Hospital, se observa que el 98 % de los casos no tiene que pagar para ser atendido, mientras que el 2% si lo hace.

Cuadro 11

Solicitud de algún tipo de pago para acceder a la atención médica	Absolutos	%
Si	1	2
No	49	98
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.



Gráfico 10

Fuente: Elaboración propia.

Dinero que necesita para trasladarse hasta el Hospital

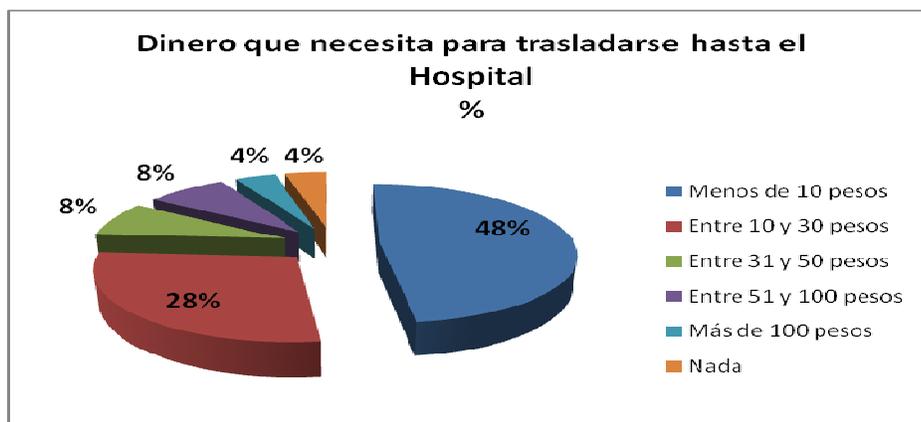
Al analizar el dinero que necesita el encuestado para trasladarse hasta el Hospital, se observa que el 48% necesita menos de diez pesos, mientras el 28% necesita entre diez y treinta pesos para trasladarse hasta el Hospital. Seguido del 8% que necesitan entre 31 y 50 pesos y otro 8% entre 51 y 100 pesos. El 4% necesita más de 100 pesos y el 4% restante no necesita dinero para trasladarse hasta la institución de salud.

Cuadro 12

Dinero que necesita para trasladarse hasta el Hospital	Absolutos	%
Menos de 10 pesos	24	48
Entre 10 y 30 pesos	14	28
Entre 31 y 50 pesos	4	8
Entre 51 y 100 pesos	4	8
Más de 100 pesos	2	4
Nada	2	4
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 11



Fuente: Elaboración propia.

Gestión para acceder al turno para una consulta médica

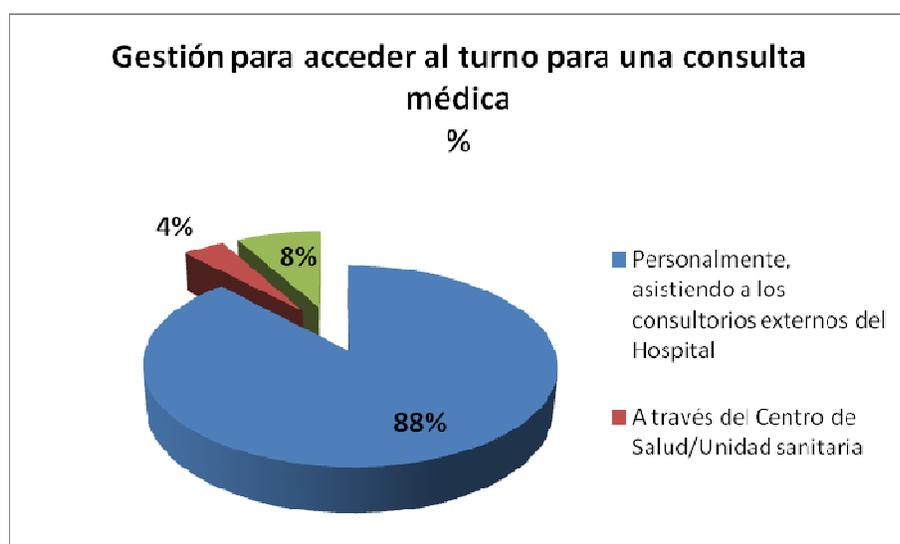
Respecto de la gestión que realiza el encuestado para acceder al turno para una consulta médica, se observa el 88% lo hace personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital, mientras que un 8% que comprende los casos de las personas de otras localidades (Lobería y Villa Gesell) se los gestiona el hospital de su respectiva localidad. Un 4% consigue el turno a través de una unidad sanitaria.

Cuadro 13

Gestión para acceder al turno para una consulta médica	Absolutos	%
Personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital	44	88
A través del Centro de Salud/Unidad sanitaria	2	4
Otro	4	8
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 12



Fuente: Elaboración propia.

Conocimiento del servicio de turnos telefónicos

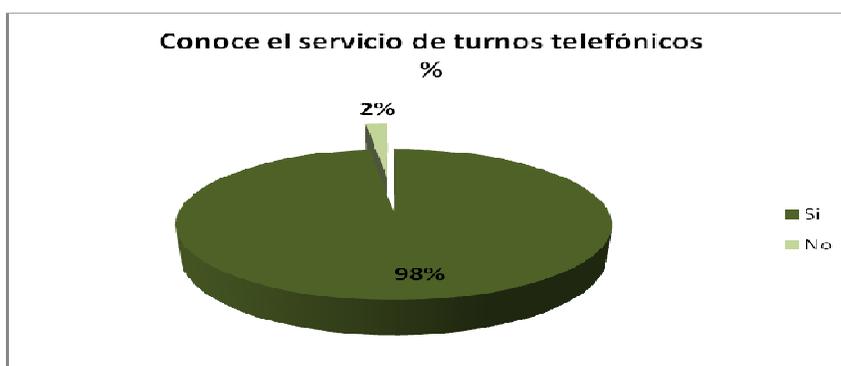
Al analizar el conocimiento que tiene la población muestral en relación al servicio de turnos telefónicos, se observa que el 98% conoce el servicio, mientras que el 2% no lo conoce.

Cuadro 14

Conoce el servicio de turnos telefónicos	Absolutos	%
Si	49	98
No	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 13



Fuente: Elaboración propia.

Utilización del servicio de turnos telefónicos

Al indagar sobre el uso del servicio de turnos telefónicos, se observa que los encuestados lo utilizan en un 98% mientras que el 2% no lo utiliza.

Cuadro 15

Utilización del servicio de turnos telefónicos	Absolutos	%
Si	49	98
No	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14



Fuente: Elaboración propia.

Especialidad médica por la que asiste por turno al Hospital

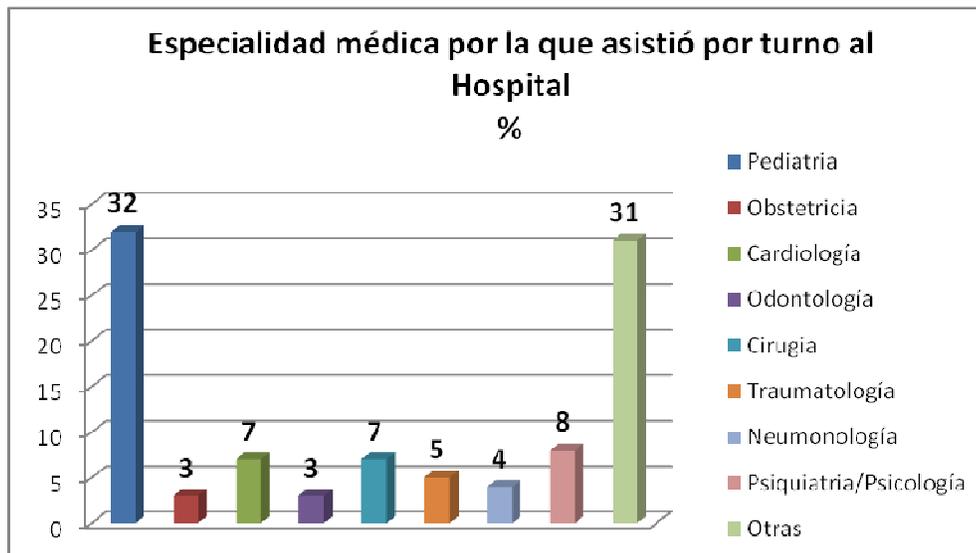
Al analizar las especialidades médicas, la población muestral consulta en un 32% a los profesionales del área de Pediatría, mientras que el 31% asiste para consultar otras especialidades distintas a las explicitadas en el cuadro 16 (Kinesiología, Oncología, entre otras). Le siguen las consultas en Psiquiatría/Psicología con el 8%, en Cardiología con el 7% y en Cirugía con otro 7%. La especialidad de Traumatología presenta un 5% de consultas, Neumonología un 4% y Odontología y Obstetricia un 3% cada una.

Cuadro 16

Especialidad médica por la que asistió por turno al Hospital	Absolutos	%
Pediatría	32	32
Obstetricia	3	3
Cardiología	7	7
Odontología	3	3
Cirugía	7	7
Traumatología	5	5
Neumonología	4	4
Psiquiatría/Psicología	8	8
Otras	31	31
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 15



Fuente: Elaboración propia.

Tiempo que transcurre entre que consigue el turno y asiste a la consulta

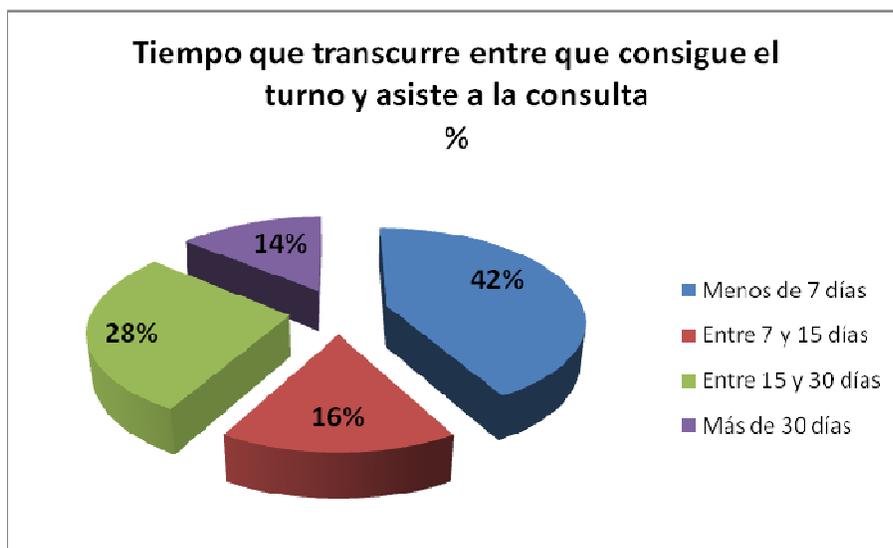
Al observar el tiempo que tienen que esperar los encuestados entre que consiguen el turno y asisten a la consulta, un 42% debe esperar menos de siete días, mientras que un 28% espera entre quince y treinta días, seguido del 16% que lo hace entre siete y quince días. Más de treinta días solo tiene que esperar el 14% de los encuestados.

Cuadro 17

Tiempo que transcurre entre que consigue el turno y asiste a la consulta	Absolutos	%
Menos de 7 días	21	42
Entre 7 y 15 días	8	16
Entre 15 y 30 días	14	28
Más de 30 días	7	14
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 16



Fuente: Elaboración propia.

Tiempo que debe esperar cuando concurre a la consulta

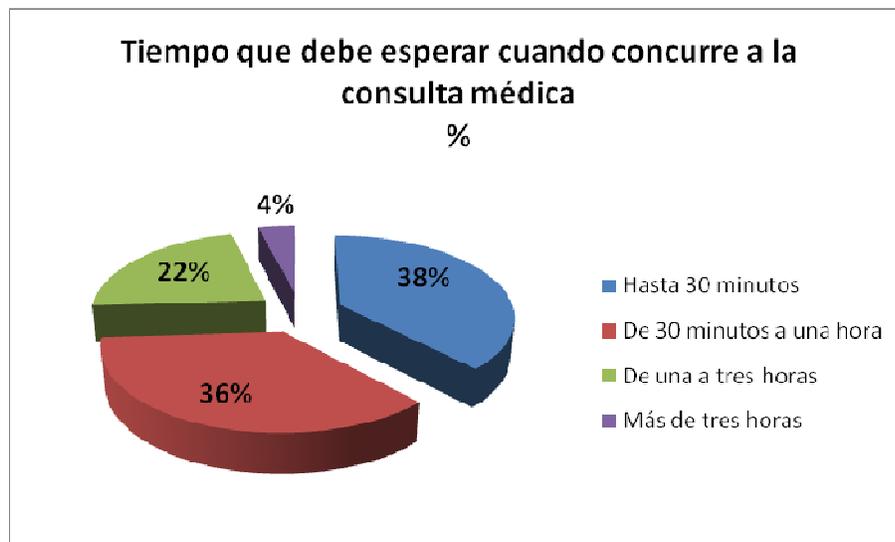
Respecto al tiempo que debe esperar la población muestral cuando concurre a la consulta para ser atendido por un profesional médico del Hospital, se observa que el 38% espera hasta treinta minutos, mientras que un 36% espera de treinta minutos a una hora. El 22% debe esperar de una a tres horas y solo el 4% espera más de tres horas para ser atendido.

Cuadro 18

Tiempo que debe esperar cuando concurre a la consulta médica	Absolutos	%
Hasta 30 minutos	19	38
De 30 minutos a una hora	18	36
De una a tres horas	11	22
Más de tres horas	2	4
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 17



Fuente: Elaboración propia.

Hospital Interzonal Dr. José Penna

Bahía Blanca

Se analizarán los datos recolectados de la muestra de personas que asisten al Hospital Interzonal Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca.

Cuadro 1

Barrio de Residencia del entrevistado	Absolutos	%
1 de Mayo	2	4
9 de Noviembre	3	6
Altos de Independencia	1	2
Amaduci	1	2
Barrio Mara	1	2
Bella Vista	1	2
Bonacina	1	2
Colón	1	2
De la Garma	1	2
Don Bosco	1	2
General Lamadrid	1	2
González Chávez	1	2
Islas Malvinas	1	2
Juan A Pradere	1	2
Las Malvinas	1	2
Mardonado	1	2
Mayor Buratovich	2	4
Miramar	1	2
Orense	1	2
Pedro Pico	1	2
Púan	1	2

Puerta del Sur	2	4
Punta Alta	4	8
Rosario	1	2
Rucci	1	2
Vilma Muñiz	1	2
Villa Floresta	1	2
Villa Italia	3	6
Villa Loreto	2	4
Villa Mapu	1	2
Villa Mitre	2	4
Villa Morito	2	4
Villa Muñiz	2	4
Villa Rosario	1	2
Vista Alegri	2	4
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Al analizar los barrios de residencia de los encuestados, se observa que los encuestados además de provenir de barrios de la ciudad de Bahía Blanca, provienen de distintas localidades. Estas localidades son cercanas como Punta Alta y más alejadas como González Chávez o General Lamadrid. Los encuestados manifiestan residir en un 8% en Punta Alta, mientras que un 6% reside en el barrio 9 de Noviembre y otro 6% en el barrio Villa Italia.

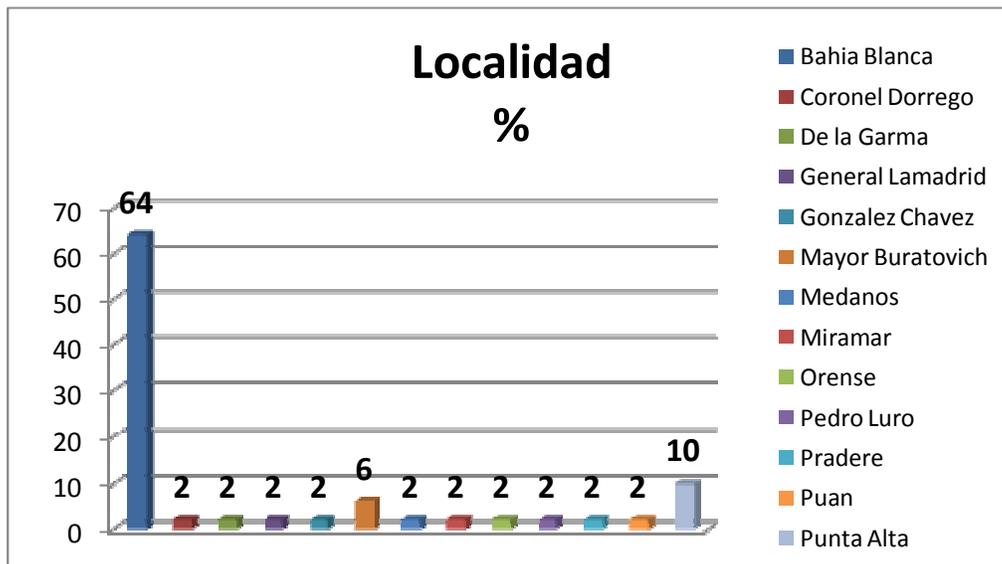
Cuadro 2

Localidad	Absolutos	%
Bahía Blanca	32	64
Coronel Dorrego	1	2
De la Garma	1	2
General Lamadrid	1	2
González Chávez	1	2
Mayor Buratovich	3	6

Medanos	1	2
Miramar	1	2
Orense	1	2
Pedro Luro	1	2
Pradere	1	2
Púan	1	2
Punta Alta	5	10
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1



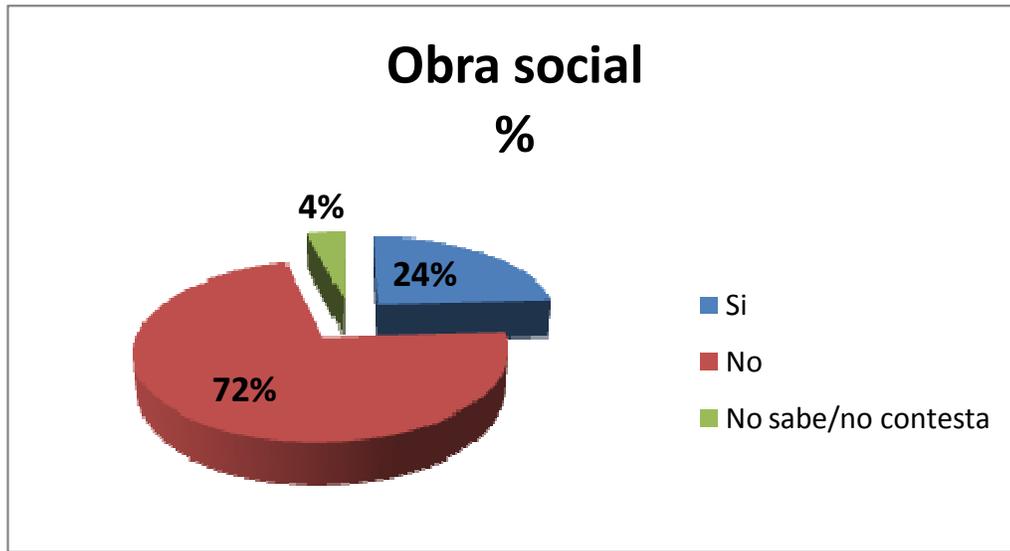
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3

Obra social	Absolutos	%
Si	12	24
No	36	72
No sabe/no contesta	2	4
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia

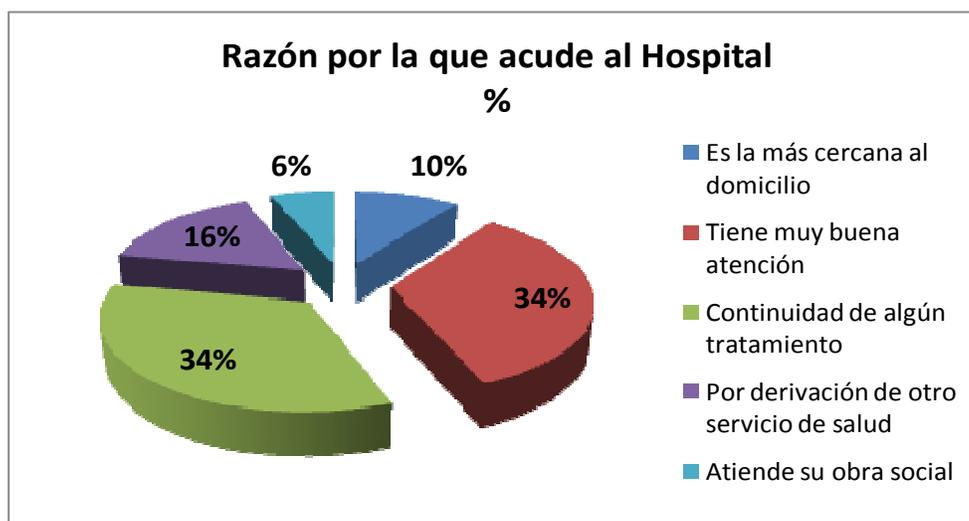
Al analizar la cobertura de salud de los encuestados que asisten al Hospital Interzonal Dr. José Penna , se observa que el 72% no posee una obra social mientras que el 24% si la posee.

Cuadro 4

Razón por la que acude al Hospital	Absolutos	%
Es la más cercana al domicilio	5	10
Tiene muy buena atención	17	34
Continuidad de algún tratamiento	17	34
Por derivación de otro servicio de salud	8	16
Atiende su obra social	3	6
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3



Fuente:

Elaboración propia

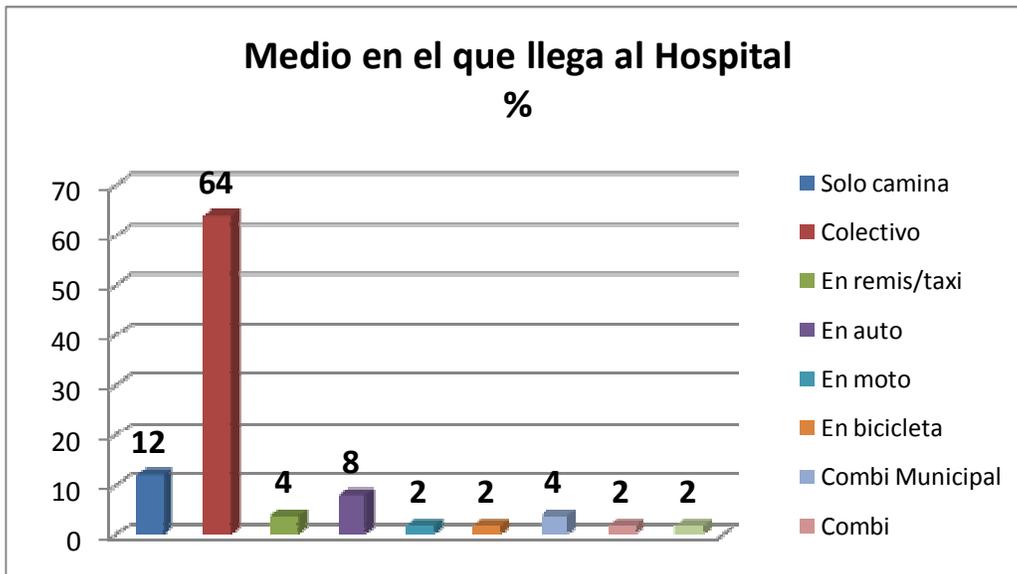
En relación a las razones por las que los encuestados acuden al Hospital, la muy buena atención y la continuidad de algún tratamiento son las razones que más motivan a los encuestados para elegir el Hospital Interzonal Dr. José Penna con un 34% respectivamente. Seguido por la derivación de otro servicio de salud con un 16%.

Cuadro 5

Medio en el que llega al Hospital	Absolutos	%
Solo camina	6	12
Colectivo	32	64
En remis/taxi	2	4
En auto	4	8
En moto	1	2
En bicicleta	1	2
Combi Municipal	2	4
Combi	1	2
Ambulancia	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia

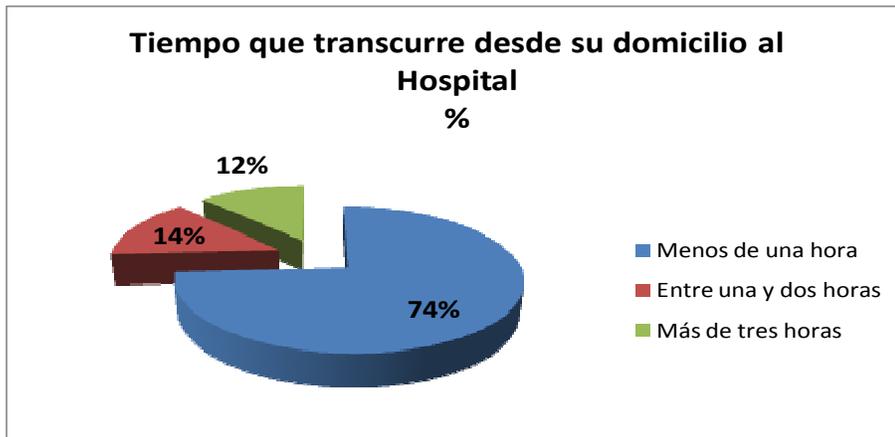
Respecto a los medios que utilizan los encuestados para trasladarse hasta el Hospital, se observa que el 64% lo hace en colectivo, el 12% solo camina y el 8% se traslada en vehículo particular. Se destaca que el 4% utiliza el servicio de una Combi Municipal y otro 4% se mueve en remis/taxi.

Cuadro 6

Tiempo que transcurre desde su domicilio al Hospital	Absolutos	%
Menos de una hora	37	74
Entre una y dos horas	7	14
Más de tres horas	6	12
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5



Fuente: Elaboración propia

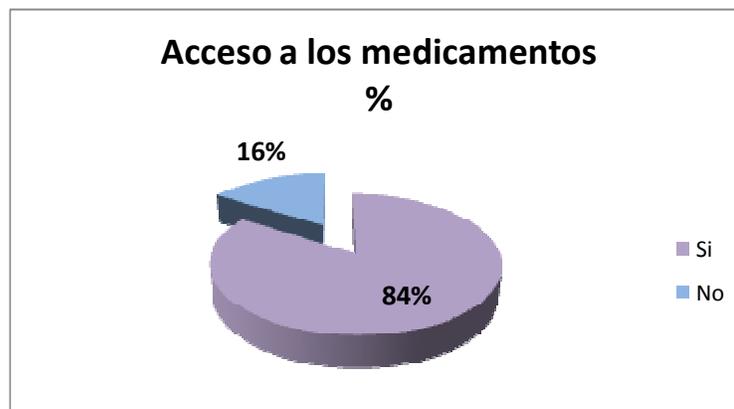
En relación al tiempo que transcurre desde el domicilio del encuestado hasta el Hospital, el 74% tarda menos de una hora en el traslado, mientras que el 26 % tarda más de una hora.

Cuadro 7

Acceso a los medicamentos	Absolutos	%
Si	42	84
No	8	16
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6



Fuente: Elaboración propia

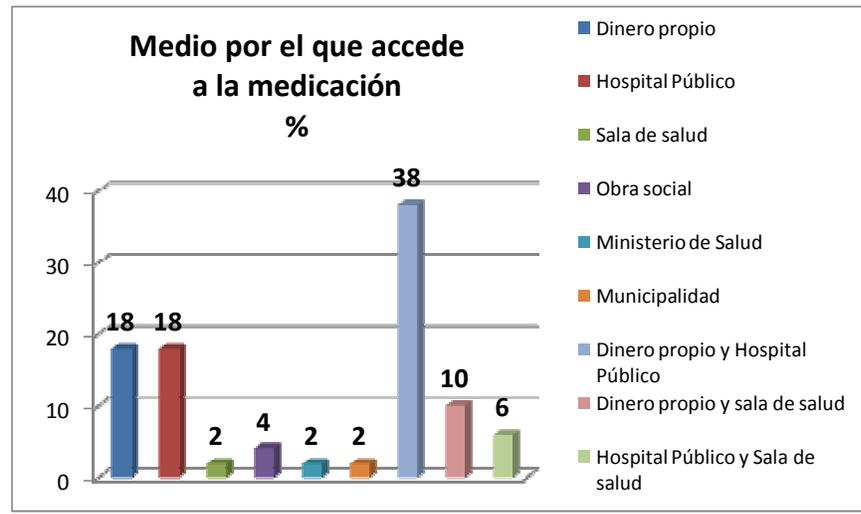
Al analizar el acceso de los encuestados a los medicamentos, se observa que el 84% tiene acceso a los mismos, mientras que el 16% no lo tiene. Los medios por los que acceden a la medicación son en un 38% a través de Dinero Propio y del Hospital Público, un 18% a través de Dinero Propio y otro 18% a través del Hospital Público. Seguido del 10% que acceden a los medicamentos por medio de Dinero Propio y de la Sala de Salud.

Cuadro 8

Medio por el que accede a la medicación	Absolutos	%
Dinero propio	9	18
Hospital Público	9	18
Sala de salud	1	2
Obra social	2	4
Ministerio de Salud	1	2
Municipalidad	1	2
Dinero propio y Hospital Público	19	38
Dinero propio y sala de salud	5	10
Hospital Público y Sala de salud	3	6
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7



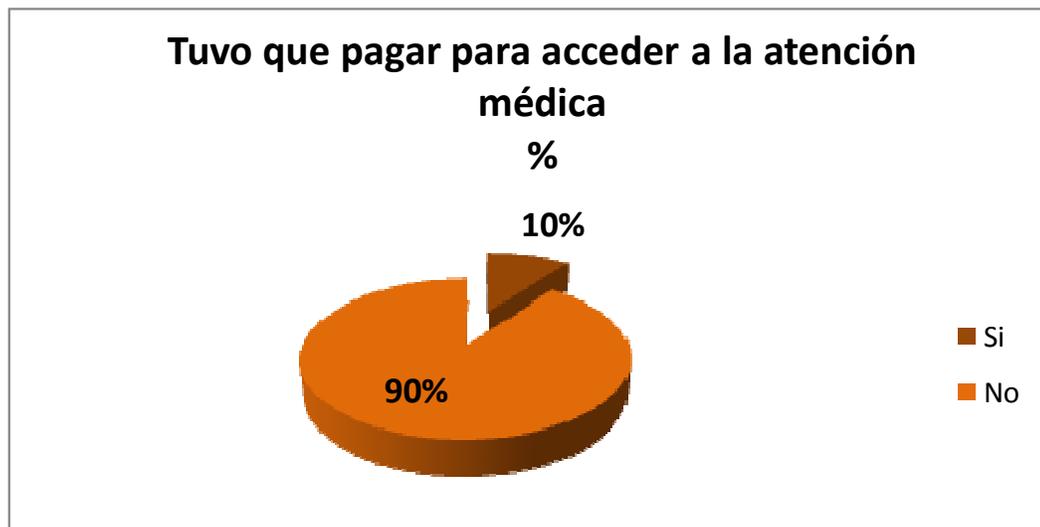
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 9

Tuvo que pagar para acceder a la atención médica	Absolutos	%
Si	5	10
No	45	90
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 8



Fuente: Elaboración propia

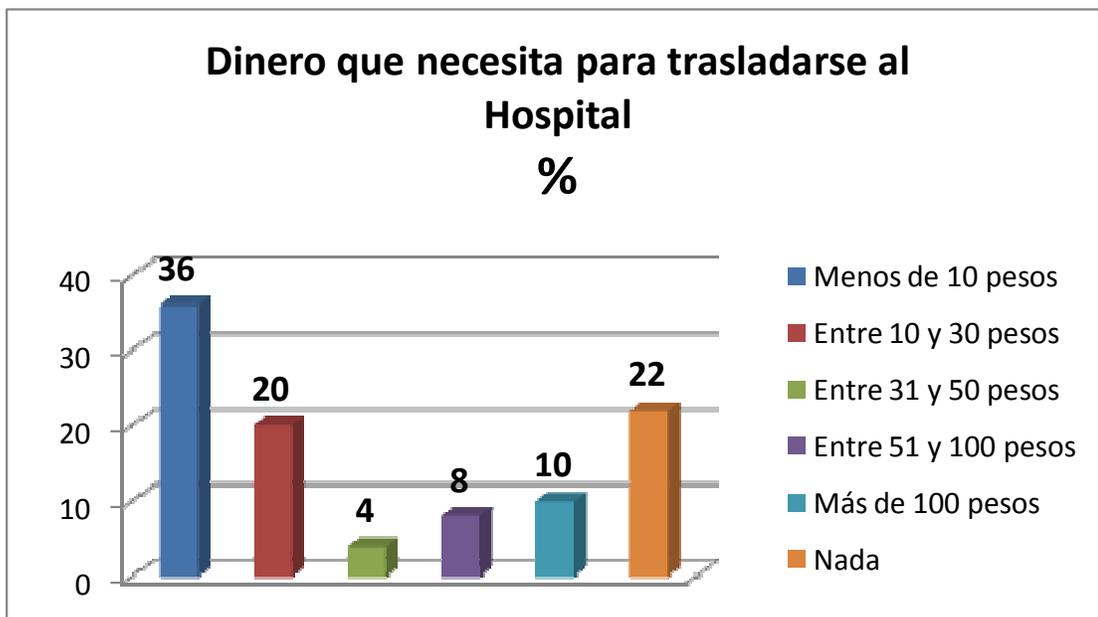
En relación a si el encuestado tuvo que pagar para acceder a la atención médica, se observa que el 90% no tuvo que dar una remuneración económica, mientras que el 10% si.

Cuadro 10

Dinero que necesita en promedio para trasladarse hasta el Hospital	Absolutos	%
Menos de 10 pesos	18	36
Entre 10 y 30 pesos	10	20
Entre 31 y 50 pesos	2	4
Entre 51 y 100 pesos	4	8
Más de 100 pesos	5	10
Nada	11	22
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 9



Fuente: Elaboración propia

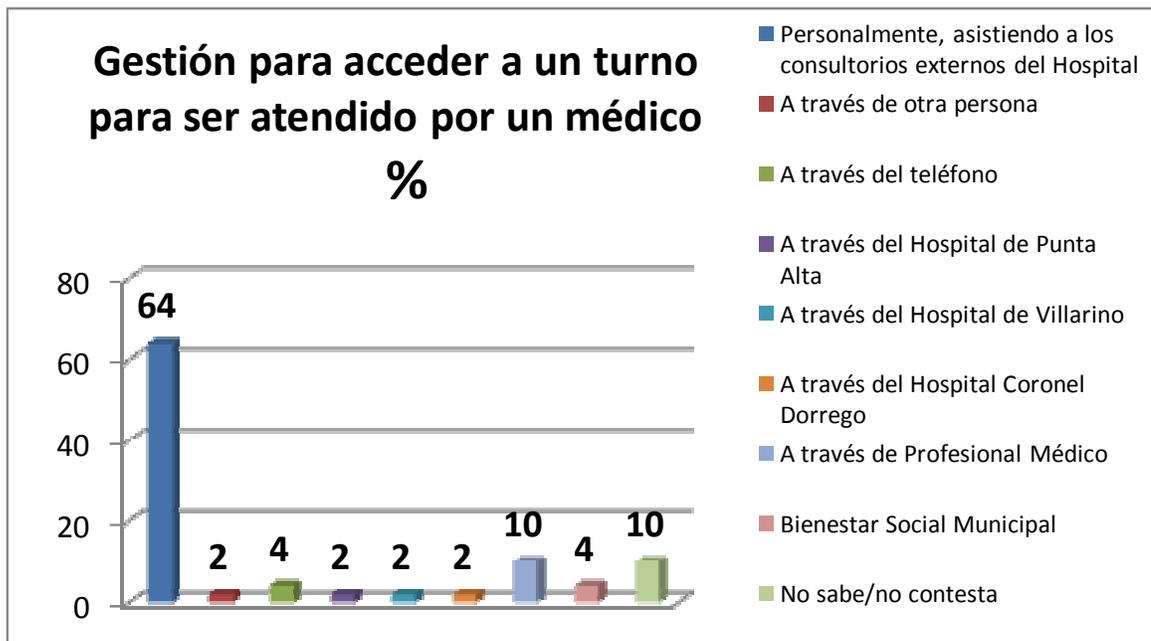
En cuanto al dinero que necesitan los encuestados para trasladarse hasta el Hospital Interzonal Dr. José Penna, se observa que el 36% necesita menos de 10 pesos y un 20% necesita entre 10 y 30 pesos. Se destaca que el 22% de la muestra no necesita dinero para poder trasladarse.

Cuadro 11

Gestión para acceder a un turno para ser atendido por un profesional médico	Absolutos	%
Personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital	32	64
A través de otra persona	1	2
A través del teléfono	2	4
A través del Hospital de Punta Alta	1	2
A través del Hospital de Villarino	1	2
A través del Hospital Coronel Dorrego	1	2
A través de Profesional Médico	5	10
Bienestar Social Municipal	2	4
No sabe/no contesta	5	10
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 10



Fuente: Elaboración propia

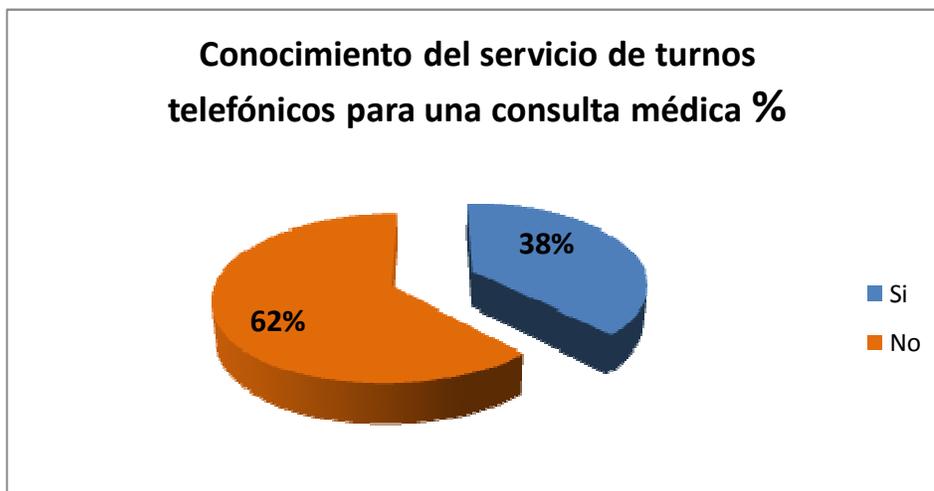
Respecto a la gestión que deben realizar los encuestados para acceder a un turno para ser atendidos por un profesional médico, el 64% lo hace personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital, mientras que el 10% lo hace a través de un profesional médico. Se destaca que solo el 4% realiza el pedido del turno telefónicamente.

Cuadro 12

Conocimiento del servicio de turnos telefónicos para una consulta médica	Absolutos	%
Si	19	38
No	31	62
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11



Fuente: Elaboración propia

Los encuestados manifiestan en relación al conocimiento del servicio de turnos telefónicos para solicitar una consulta médica, que lo conocen el 38% de la muestra mientras que el 62% no conoce dicho servicio. Al indagar sobre la utilización del servicio de turnos telefónicos, un 32% lo utiliza mientras que un 68% no lo hace. Las razones por la que no utilizan dicho servicio se debe a que un 46% prefiere ir personalmente a sacar un turno mientras que el 31% manifiesta que nunca lo atienden cuando realizan la llamada.

Cuadro 13

Utiliza el servicio de turnos telefónicos para una consulta médica	Absolutos	%
Si	6	32
No	13	68
Total	19	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12



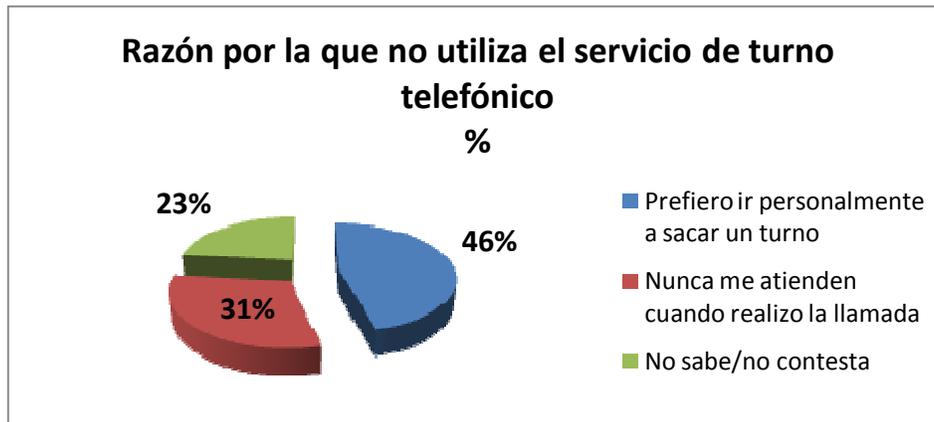
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 14

Razón por la que no utiliza el servicio de turno telefónico	Absolutos	%
Prefiero ir personalmente a sacar un turno	6	46
Nunca me atienden cuando realizo la llamada	4	31
No sabe/no contesta	3	23
Total	13	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 13



Fuente:

Elaboración propia

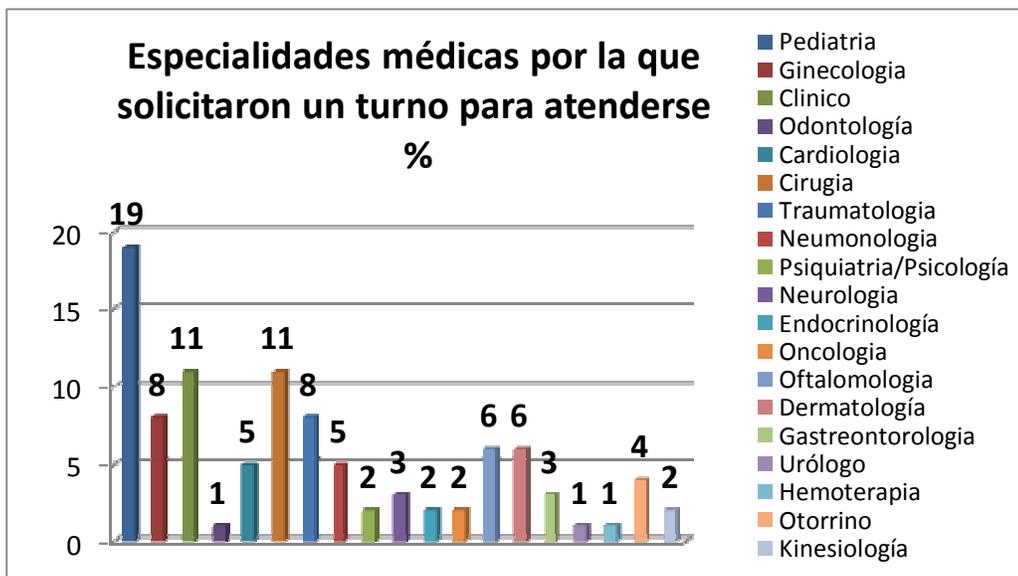
Cuadro 15

Especialidades médicas por la que solicitaron un turno para atenderse	Absolutos	%
Pediatría	17	19
Ginecología	8	8
Clínico	10	11
Odontología	1	1
Cardiología	5	5
Cirugía	10	11
Traumatología	8	8
Neumonología	5	5
Psiquiatría/Psicología	2	2
Neurología	3	3
Endocrinología	2	2
Oncología	2	2
Oftalmología	6	6
Dermatología	6	6
Gastreontorologia	3	3
Urólogo	1	1

Hemoterapia	1	1
Otorrino	4	4
Kinesiología	2	2
Total	96	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 14



Fuente: Elaboración propia

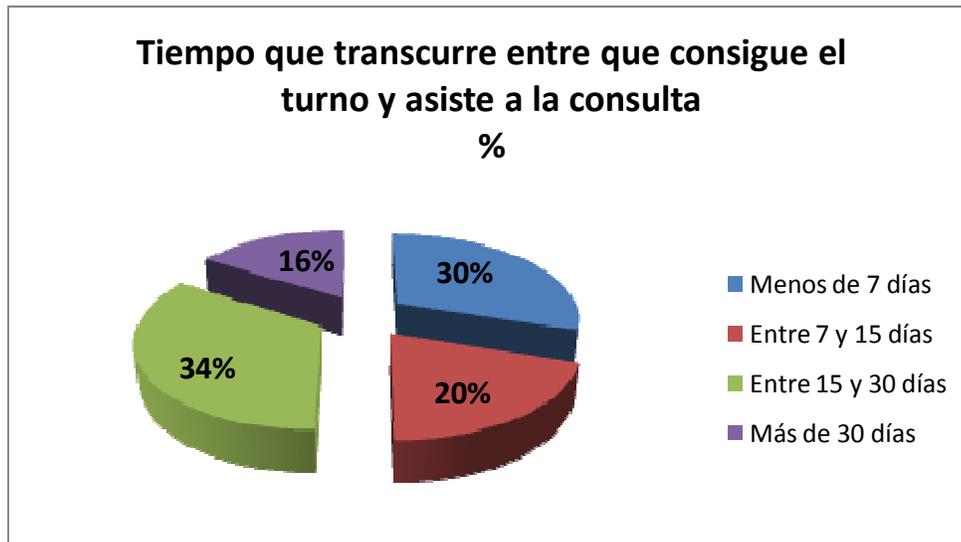
Al analizar las especialidades médicas consultadas por los encuestados en el Hospital, se observa que el 19% asiste por Pediatría, el 11% por Médica Clínica, otro 11% por Cirugía y un 8% por Traumatología y Ginecología respectivamente.

Cuadro 16

Tiempo que transcurre entre que consigue el turno y asiste a la consulta	Absolutos	%
Menos de 7 días	15	30
Entre 7 y 15 días	10	20
Entre 15 y 30 días	17	34
Más de 30 días	8	16
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15



Fuente: Elaboración propia

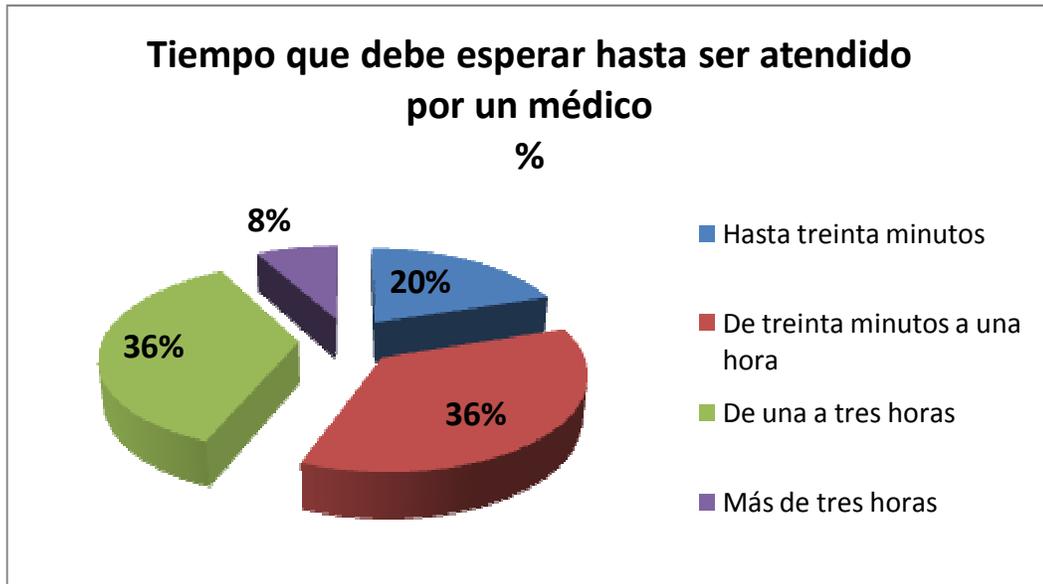
Al indagar por el tiempo que los encuestados deben esperar entre que consiguen el turno y asisten a la consulta médica, se observa que el 50% espera menos de 15 días mientras que el otro 50% espera más de 15 días para poder atenderse.

Cuadro 17

Tiempo que debe esperar hasta ser atendido por un profesional médico	Absolutos	%
Hasta treinta minutos	10	20
De treinta minutos a una hora	18	36
De una a tres horas	18	36
Más de tres horas	4	8
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 16



Fuente: Elaboración propia

En relación al tiempo que debe esperar el encuestado para ser atendido por un profesional médico, se observa que el 56% espera menos de una hora para ser atendido, mientras que el 44% debe esperar más de una hora.

Análisis de la Información del Global de Encuestas / CUADROS

Resultados de la muestra que integra los once Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires

Sexo

Cuadro 1

Sexo	Absolutos	%
Femenino	469	85
Masculino	79	14
Total	548	100

Fuente: Elaboración propia

Edad

Cuadro 2

Edad	Absolutos	%
Entre 18 y 25 años	96	17

Entre 26 y 35 años	135	25
Entre 36 y 45 años	127	23
Entre 46 y 55 años	93	17
Entre 56 y 65 años	63	11
Más de 65 años	27	5
No sabe/No contesta	7	1
Total	548	100

Fuente: Elaboración propia

Obra social

Cuadro 3

Posee obra social	Absolutos	%
Si	145	27
No	403	72
No sabe/no contesta	1	1
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Razón por la que acude al Hospital

Cuadro 4

Razón por la que acude al Hospital	Absolutos	%
Es la más cercana a su domicilio	141	25
Tiene muy buena atención	220	39
Acceso de transporte económico	1	1
Continuidad de algún tratamiento	83	15
Por derivación de otro servicio de salud	40	7
Atiende su obra social	16	3
Otro	46	9
No sabe/no contesta	2	1
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Medio en el que llega al Hospital

Cuadro 5

Medio en el que llega al hospital	Absolutos	%
Solo camina	63	11
Colectivo	361	65
Remiss/taxi	36	7
En auto	51	9
En moto	7	1
En bicicleta	8	2
Tren	5	1
Colectivo y remiss	1	0
Otro	23	4
Total	555	100

Fuente: Elaboración propia

Tiempo que tarda desde su domicilio al Hospital

Cuadro 6

Tiempo que tarda desde su domicilio al Hospital	Absolutos	%
Menos de una hora	458	83
Entre una y dos horas	69	13
Más de dos horas	20	4
No sabe/No contesta	2	1
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Acceso y Medio por el que acceden a los medicamentos

Cuadro 7

Acceso a los medicamentos	Absolutos	%
Siempre	400	73
A veces	120	22
Nunca	22	4
No sabe/No contesta	7	1
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 8

Medio por el que accede a los medicamentos	Absolutos	%
Dinero propio	97	19

Dinero prestado	1	0
Hospital Público	156	31
Sala de Salud	20	4
Dinero propio y obra social	18	4
Dinero propio y hospital público	118	24
Dinero propio y municipio	10	2
Dinero propio y Sala de salud	31	6
Sala de salud y Hospital Público	22	4
Hospital Público y obra social	7	1
Otro	20	4
No sabe/no contesta	4	1
Sin datos	45	19
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Pago por la atención médica

Cuadro 9

Tuvo que pagar para la atención médica	Absolutos
Si	62
Bono contribución	39
Monto fijo obligatorio	23
No	480
No sabe/no contesta	2
Sin datos	5
Total	549

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 10

Tuvo que pagar para la atención médica	Absolutos	%
Bono contribución	39	7
Monto fijo obligatorio	23	4
No	480	88
No sabe/no contesta	2	1
Total	544	100

Fuente: Elaboración propia

Dinero que necesita para trasladarse hasta Hospital y dinero que necesita para otros gastos que le genera ir a la consulta médica

Cuadro 11

Dinero que necesita en promedio para trasladarse al Hospital	Absolutos	%
Menos de 10 pesos	336	61
Entre 10 y 30 pesos	89	16
Entre 31 y 50 pesos	18	3
Entre 51 y 100 pesos	15	3
Más de 100 pesos	13	3
Nada	76	14
No sabe/No contesta	2	0
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 12

Dinero que necesita para otros gastos	Absolutos	%
Menos de 10 pesos	197	34
Entre 10 y 30 pesos	138	25
Entre 31 y 50 pesos	34	6
Entre 51 y 100 pesos	12	2
Más de 100 pesos	3	1
Nada	152	20
No sabe/no contesta	9	2
Sin datos	4	1
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Deja de tener algún ingreso por asistir al Hospital

Cuadro 13

Deja de tener algún ingreso por asistir al Hospital	Absolutos	%
Si	542	97
No	1	1
No sabe/no contesta	6	2
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Gestión para acceder al turno para la consulta médica

Cuadro 14

Gestión para acceder al turno para la consulta médica	Absolutos
Personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital	393
A través de otra persona	8
A través del teléfono	92
A través del centro de salud o Unidad sanitaria	12
Personalmente y a través de la sala de salud	1
Otro	37
Sin datos	6
Total	549

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 15

Gestión para acceder al turno para la consulta médica	Absolutos	%
Personalmente, asistiendo a los consultorios externos del Hospital	393	72
A través de otra persona	8	2
A través del teléfono	92	17
A través del centro de salud o Unidad sanitaria	12	2
Personalmente y a través de la sala de salud	1	0
Otro	37	7
Total	543	100

Fuente: Elaboración propia

Conocimiento y utilización del servicio de turnos telefónicos

Cuadro 16

Conoce el servicio de turnos telefónicos	Absolutos	Total
Si	369	66
No	179	33
No sabe/no contesta	1	1
Total	549	100

Cuadro 17

Utilización del servicio de turnos telefónicos	Absolutos	Total
Si	149	41
No	215	58
No sabe/no contesta	5	1
Total	369	100

Fuente: Elaboración propia

Razón por la que no utiliza el servicio de turnos telefónicos

Cuadro 18

Razón por la que no utiliza el servicio de turnos telefónicos	Absolutos
Prefiero ir personalmente a sacar un turno	158
Nunca me atienden cuando realizo la llamada	131
Es poco el tiempo para llamar y pedir turno	4
No tengo teléfono	19
Otro	73
No corresponde	164
Total	549

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 19

Razón por la que no utiliza el servicio de turnos telefónicos	Absolutos	%
Prefiero ir personalmente a sacar un turno	158	41
Nunca me atienden cuando realizo la llamada	131	34
Es poco el tiempo para llamar y pedir turno	4	1
No tengo teléfono	19	5
Otro	73	19
Total	385	100

Fuente: Elaboración propia

Especialidad médica por la que asiste al Hospital**Cuadro 20**

Especialidad médica por la que asiste al Hospital	Absolutos	%
Pediatría	115	14
Ginecología	114	14
Clínico	151	19
Obstetricia	38	5
Odontología	56	7
Cardiología	82	10
Cirugía	51	6
Traumatología	73	9
Neumonología	45	5
Psiquiatría/Psicología	22	3
Otro	65	8
Total	812	100

Fuente: Elaboración propia

Tiempo entre que consigue el turno y asiste a la consulta médica**Cuadro 21**

Tiempo entre que consigue el turno y asiste a la consulta médica	Absolutos	%
Menos de 7 días	228	42
Entre 7 y 15 días	129	23
Entre 15 y 30 días	134	24
Más de 30 días	31	6
No sabe/No contesta	27	5
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Tiempo que debe esperar la población cuando concurre a la consulta y opinión sobre los plazos de esta espera

Cuadro 22

Tiempo que debe esperar cuando concurre a la consulta	Absolutos	%
Hasta 30 minutos	153	28
De 30 minutos a una hora	179	33
De una a tres horas	166	30
Más de tres horas	40	7
No sabe/no contesta	11	2
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 23

Opinión sobre los plazos de espera entre que consigue el turno y asiste a la consulta	Absolutos	%
Es el tiempo adecuado	318	58
Es poco tiempo	20	4
Es mucho tiempo	154	28
Es muchísimo tiempo	28	5
No sabe/No contesta	29	1
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Vivienda

Cuadro 24

Vivienda	Absolutos	%
Propietario de la vivienda y el terreno	310	57

Propietario de la vivienda solamente	38	7
Inquilino de la vivienda	75	14
La vivienda es prestada y no paga alquiler	84	15
Ocupante por pago de impuestos/expensas	7	1
Ocupante de hecho (sin permiso)	28	5
No sabe/No contesta	7	1
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Asistencia a establecimiento educativo

Cuadro 25

Asistencia a establecimiento educativo	Absolutos	%
Si	52	9
No asiste, pero asistió	478	85
Nunca asistió	13	3
No sabe/No contesta	1	1
Sin datos	5	2
Total	549	100

Fuente: Elaboración propia

Nivel educativo alcanzado

Cuadro 26

Nivel educativo alcanzado	Absolutos
Primario	96
E.G.B.	10
Secundario	89
Polimodal	5
Terciario No Universitario	15
Universitario	6
No sabe/No contesta	2
Sin datos	307
Total	530

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 27

Nivel educativo alcanzado	Absolutos	%
Primario	96	43
E.G.B.	10	4
Secundario	89	40
Polimodal	5	2
Terciario No Universitario	15	7
Universitario	6	3
No sabe/No contesta	2	1
Total	223	100

Fuente: Elaboración propia

Trabajo

Cuadro 28

Trabaja actualmente	Absolutos
Si	225
No	315
No sabe/No contesta	4
Sin datos	5
Total	549

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 29

Trabaja actualmente	Absolutos	%
Si	225	41
No	315	58
No sabe/No contesta	4	1
Total	544	100

Fuente: Elaboración propia

Tipo de Trabajo

Cuadro 30

Tipo de trabajo	Absolutos	%
Permanente/Fijo	138	61
Temporario	1	1
Changas	49	22
Duración desconocida	37	16
Total	225	100

Fuente: Elaboración propia

Anexo III

