



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE POSGRADO

Estudio sobre las características sociodemográficas de tres municipios de la Región Sanitaria VI de la PBA durante el primer trimestre del año 2021

Laila Araceli Dominguez

Trabajo Final Integrador para optar por el grado de Especialista en
Planificación e Intervención para el Desarrollo

Director/a Patricio Narodowski, UNLP

Ensenada, 15 de Febrero del 2023

Introducción

Capítulo 1. Las diferentes perspectivas de atención: las diferencias entre la salud industrial y la perspectiva sanitarista

1.1 Las dos perspectivas de atención sanitaria

1.2 Ítems centrales en la Atención Sanitaria: la comodidad y el trato

1.3 La atención dentro de los problemas del sistema de salud argentino

Capítulo 2. El conurbano sur y los desafíos para el sistema de salud

2.1. Características sociodemográficas y sanitarias del conurbano sur

2.2. Características sociodemográficas de los pacientes de siete instituciones sanitarias

2.3. Los modelos sanitarios, el trato y la comodidad en el conurbano sur

Conclusiones

Bibliografía

Resumen

El presente trabajo presenta características sociodemográficas de pacientes que asisten a instituciones sanitarias de tres municipios de la región VI de la Provincia de Buenos Aires como un primer avance a un trabajo mayor.

Se rige desde dos modelos sanitarios: el neoinstitucionalista y el Movimiento Sanitarista, los cuales conviven en el sistema sanitario argentino. Además, se tiene en cuenta estadísticas económicas en variables sanitarias en el contexto de cada municipio en comparación entre sí y la percepción de la población.

Se utilizó como herramienta una encuesta a 400 usuarios de entidades públicas y privadas durante el primer trimestre del 2021.

Palabras claves: Sanidad – Atención – población

Keywords: Health - Care - population

Introducción

El siguiente trabajo tiene como objetivo principal conocer y explicar las características primordiales del sistema sanitario desde una perspectiva contextual y sociodemográfica de los pacientes de hospitales públicos y privados de los partidos de Berazategui, Florencio Varela y Quilmes durante el primer trimestre del 2021.

En lo específico estudiamos dos ejes importantes desde la conceptualización sanitaria, por un lado, la mirada sanitarista y, por el otro, la mirada neoinstitucional que se diferencian entre sí por su perspectiva frente a la atención a los pacientes en el sistema de salud. La perspectiva sanitarista tiene como eje la atención basada en el paciente y su contexto, sin embargo, la perspectiva neoinstitucional opta por intereses orientados a la mercantilización de la salud.

Estos conceptos nos ayudarán a comprender la orientación sanitaria que es primordial de los tres municipios de la región VI estudiados bajo dos ejes: el trato y la comodidad con el fin de tener en cuenta el contexto en el que estos ítems se desarrollan

Se realizaron alrededor de 400 encuestas de autoría propia en el marco del trabajo de campo en las siete instituciones en competencia del Trabajo Final de la Especialización en Planificación e Intervención del Desarrollo enmarcado en la tesis final de Maestría en Políticas de Desarrollo.

De las encuestas tomaremos los datos sociodemográficos recolectados con el fin de analizar la información presentada dentro de la hipótesis de que hay diferencias de cuestiones socioeconómicas que nuclea el sistema sanitario en su atención hacia la población.

Capítulo 1. Las diferentes perspectivas de atención: las diferencias entre la salud industrial y la perspectiva sanitarista

1.1 Las dos perspectivas de atención sanitaria

La atención sanitaria se radica desde dos enfoques: por un lado, el modelo neoinstitucional (NI) neoclásico basado en el individuo racional y, por el otro, el modelo sanitarista o el Movimiento de la Salud Colectiva (MSC) que se radica en una concepción estructuralista desde la subjetividad, característica que aporta al trabajo en territorio.

El enfoque neoinstitucional puso en cuestión la apertura, la desregulación y la competencia como contrato de la eficacia en el sistema sanitario por lo que fundamentalmente se ocupa de la atención primaria y las redes sanitarias, pero solo como una metodología de orden (Shortell; 2006)

La tesis del neoliberalismo se fundamenta en la competencia entre agentes mientras existan costos de transacción debido a la falla en el mercado. Desde su perspectiva la solución se realiza desde contratos entre instituciones.

Según Hall y Taylor (1996) a quienes luego se le suman Peters (2003) y Goodin (2009) el institucionalismo se divide en tres ejes: el primero, el institucionalismo histórico se propone la dependencia del rumbo desde la toma de decisiones pertinentes para caracterizar la reforma de salud y establecer fechas, momentos y decisiones claves que permanecieron durante la implementación de la misma.

El segundo, el institucionalismo sociológico se basa en el estudio de las instituciones y organizaciones enfocadas en las estructuras de percepción, identidad, cultura y construcción social de los distintos actores. Por último, el institucionalismo racional que se nutre desde la económica sobre todo en la ejecución de políticas públicas y sectoriales.

La desregulación del modelo neoclásico tiene consecuencias en el contexto de la competitividad lo cual se genera desde la calidad de las reglas en lo formal y lo informal y, no desde el Estado. La descentralización se visualiza como un modo de gerencia eficiente bajo la responsabilidad de actores de las agencias públicas.

El neoinstitucionalismo sanitariamente impulsa el modelo biomédico en el primer nivel de atención y las redes sanitarias. Este modelo se centra en el cuerpo como un organismo que se rige por leyes universales, por lo tanto, las enfermedades tienen solo una causa específica. Es decir, solo se focaliza en el síntoma del individuo como un objeto de necesidad.

Es aquí en dónde podemos establecer la principal diferencia con el modelo sanitarista, el cual entiende a la salud como un proceso que trabaja desde distintas visiones socio económicas en las diversas problemáticas sanitarias; en concreto se tiene en cuenta los procesos, los contextos y las vivencias de cada persona.

En las diferencias, el Neoinstitucionalismo se identifica como puerto de entrada y coordinación y, el modelo sanitarista como inserción en los sectores vulnerables y como estrategia de enfrentamiento a las desigualdades y por el respeto a la diversidad además se implementa la atención centrada en el paciente y los equipos de trabajo.

En América Latina el avance surge a partir de las políticas neoliberales implantadas durante los años 90. Aquellos que dirigían las reformas hacían hincapié en la reducción del desequilibrio fiscal para crear condiciones macroeconómicas sustentables, acotar el tamaño del sector público y permitir que las decisiones las tomen agencias independientes (Luzuriaga, 2021)

Giovanella (2013) caracteriza al enfoque sanitarista o MSC desde su crítica justamente a este modelo neoinstitucional. Realiza especial hincapié en su concepción racionalista, por el cual, se remite al paciente – cliente y su desinterés por las problemáticas estructurales de Latinoamérica y de sus sistemas de salud. El MSC se centra en el estructuralismo, pero hay nuevos

debates que ponen la dimensión subjetiva como eje sumado a los vínculos que se ejecutan en el territorio.

El enfoque del Movimiento Sanitarista del siglo XIX puso el eje central en la relación entre la salud – enfermedad con las condiciones estructurales de la sociedad. (Giovanella; 2013)

En Latinoamérica surgen dos aspectos con el valor de la defensa de la salud, pero con diferencias conceptuales y de estrategia. La Organización Panamericana de la Salud y distintos teóricos en el contexto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe; ellos cuestionan los “cuellos de botella” desde la estructura, valoran el trabajo del Estado, pero también aplican transformaciones identificadas con el cuasi – mercado mediante un discurso cuidadoso sin brindarle relevancia a las cuestiones subjetivas (Giovanella; 2013)

Para el World Health Organization y Alianza para la investigación en políticas de salud (2009) se encuentra la variante sistémica como base de la teórica del análisis pensado desde los rectores del sistema sin dejar en claro las diferencias con los actores.

En segundo lugar, la “Medicina Social Latinoamericana” y el Movimiento de la “Salud Colectiva” dentro del enfoque sanitarista llevan adelante un discurso pro popular y anti mercado destacando la escala nacional, pero en convenio con los sectores populares y los territorios. Vale destacar, que sin dejar de lado las cuestiones estructurales, los enfoques de poder y la importancia de la dimensión subjetiva (Casallas-Murillo, A. L; 2017)

Winslow, reconocido líder de Estados Unidos en el área de la salud pública en la primera mitad del siglo XX, afirmaba que eran esenciales los esfuerzos de la comunidad organizada para favorecer al medio ambiente desde lo sanitario y el desarrollo de mecanismos sociales que afirman a todas las personas a una calidad de vida en la que se salvaguarde la salud (Blanco y Maya; 2015).

En este mismo sentido, Sigerist (1974) sostenía que la salud se origina cuando se proporciona un nivel de vida adecuado, es decir, derechos laborales, educación, cultura, físico y medios de descanso y estados de recreación. Con

ese fin, se requieren los esfuerzos coordinados de estadistas, relacionistas del trabajo, la industria, la educación y, por supuesto, el personal de salud para garantizar el saneamiento básico, el control de enfermedad contagiosa y, en especial, cuidado de las familias de la clase trabajadora.

Es decir, este enfoque pone los problemas estructurales del lado de la demanda de cada situación social de los sectores vulnerables y de la oferta en salud dependiendo de los presupuestos como una de las causas más importantes en la inequidad de la calidad del acceso.

Rovere (1999) describe a la equidad ligada al derecho al acceso a la salud acorde a cada necesidad que se presente. Debe descartarse la posibilidad de discriminación por accesibilidad ni calidad, es decir, no segmentar el servicio sanitario pero que tampoco el servicio sanitario divida a la población.

En las dos vertientes del enfoque sanitarista se da un lugar importante al Estado desde la escala Nacional y la local, por ende, la Atención Primaria de Salud y las redes son fundamentales. Sin embargo, se debe destacar que desde el discurso sanitarista se destacan distintos planteos teóricos, despojado del Neo Institucionalismo; que se fomenta en la participación popular fuerte, sistémica y como un instrumento político para enfrentar las diferencias (Greer, Wismar y Figueras; 2015)

Para enfrentar los problemas existentes, las versiones extremas del Neoinstitucionalismo en Latinoamérica sostienen la necesidad de profundizar las reformas pro-mercado dado que asumen como un problema el carácter estatal de buena parte de los sistemas.

La OPS/OMS (2017) proponen más integración y rectoría estatal y, en ese contexto, el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y redes con una serie de estrategias: la creación de circuitos asistenciales, los sistemas de derivación y contraderivación, acuerdos de salud complementarios, la gestión de casos, iniciativas de conocimiento mutuo, profesionales de enlace, entre otros.

Por otro lado, quienes se reconocen en la “Salud Colectiva”, es decir, en la tradición sanitarista mantienen el discurso pro popular y anti-mercado fuerte; lo

hacen valorizando aun la escala nacional, pero en una negociación con los sectores populares y los territorios, sin desmerecer las cuestiones estructurales, especialmente la inequidad, la fragmentación del sistema de salud (Giovanella, Feo, Faria, y Tobar, 2012).

En estos planteos ya no es la APS la puerta de entrada a los servicios de atención o el gatekeeper, tampoco se privilegia la coordinación entre CAPS-hospitales o bien entre profesionales; tampoco es la empatía con el paciente el eje del modelo de atención. El foco de este modelo es la necesidad de establecer un proyecto político diverso.

Al respecto, Rovere (1999,2002, 2004) plantea un modelo basado en lazos sin jerarquías, Ubieto (2007) plantea una conversación regular, una comunidad de experiencia que confluye en una apuesta ética a fin de subvertir el orden actual. Para Batista y Merhy (2011) se debe quebrar la lógica predominante en la salud a partir del espacio de la organización del trabajo y de las prácticas.

Garrafa y Manchola (2017) sostienen que para enfrentar las asimetrías se requiere de intervención política muy ajena a la definición neo-institucionalista de participación.

El enfoque sanitarista que requiere desnaturalizar con las ideas preconcebidas y propias del sentido común, voluntaristas comunes en el área de salud. Desnaturalizar no sólo implica un distanciamiento, una crítica a la realidad, por lo que se pone al desnudo las prácticas y formas de gestión de las acciones de poder (Rovere, 2004).

Las instituciones de salud no son ajenas a la coyuntura con problemas de financiamiento en una lógica normativa e institucional debilitada (Narodowski, 2008).

Manzanal (2006) resalta el problema central de la política en salud es la descoordinación entre subsectores y de regulación de los componentes no públicos. La organización se encuentra enormemente dividida por lo que hay brechas en la integración de sus partes, en las cuales, se fomenta la división entre jurisdicciones del sector público.

El subsector de la seguridad social con un enorme número de instituciones heterogéneas y el privado, organizaciones y servicios de características muy diversas. Las estrategias llevadas adelante por la descentralización en el sistema de salud llevaron a una ausencia de coordinación, eficiencia y equidad en la provisión de los servicios en el territorio nacional con grandes divergencias entre zonas de mayor y menor desarrollo. (Manzanal; 2006)

Otro eje central de discusión fue el acceso universal y aseguramiento, gasto, riesgo, recaudación y copagos. En el caso de los Países Desarrollados, pero sobre todo la OMS y la Unión Europea, plantean la necesidad de la universalidad de los sistemas ante el envejecimiento poblacional y la morbilidad. (WHO; 2010)

Sin embargo, se plantea una disidencia frente a la presión de los fenómenos juntos que provocan un gasto y sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas con pronósticos de ajuste. Frente a esto la OMS propone aumentar los recursos tributarios y evitar los copagos (WHO; 2010)

Del mismo modo, las recomendaciones en términos de gestión sanitaria se orientan al modelo de Atención Centrada en el Paciente (ACP) del que surgen ideas como empatía y confianza, con decisiones compartidas entre la persona y el proveedor (OPS, 2010); también elementos como escucha a los saberes de la comunidad, derechos del paciente y respeto a la dignidad. Se menciona la necesidad de la participación generalmente dentro de los enfoques de la sociedad civil (OPS/OMS, 2013; Medina y Narodowski)

No podemos dejar de lado que gran parte de los sistemas de los Países Desarrollados y latinoamericanos insisten en el Estado como ejecutor de la salud que hasta entonces era de la iglesia o el sistema de mutuales. Desde ese entonces hubo una gran preocupación por la universalidad, es decir, que la cobertura alcance a la mayor parte de la población con una calidad buena sin distinciones clasistas o regionales. (May, Shand, Mackay, Rojas y Saavedra; 2006).

La construcción del sistema actual es el producto de los movimientos sociales y políticos, sus luchas, sus triunfos y sus derrotas. El peso del sector público, la

presencia masiva de las obras sociales sindicales, la existencia de un subsector para jubilados y pensionados y, además de grupos de empresas privadas de salud en un entramado huracanado de la política argentina (Di Tomaso, Farias y Fidel; 2012).

1.2 Ítems centrales en la atención: la comodidad y el trato

El tránsito de los usuarios –tanto pacientes como acompañantes- por la institución sanitaria pone en relieve dos conceptos: la comodidad y el trato.

Desde la experiencia inmediata se plantea el confort/ la comodidad en la institución desde tres ejes: alivio, tranquilidad y trascendencia dentro de cuatro contextos: físico, psíquico, social y ambiental. Por lo tanto, el proceso de hospitalización genera comodidad en relación directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada, de ese modo supera la dimensión física y afecta las otras dimensiones (Romero Rodriguez, Henao Castaño y Gomez Tavas; 2022)

Un eje central para estas transformaciones se centra en la comunicación entre profesionales. Poccioni (2019) asegura que la comunicación interna en las organizaciones de salud es un factor necesario para conocer el trabajo dentro de estos equipos, sean de la misma profesión o sea entre médicos y enfermeros u otros integrantes. Sobre todo, la seguridad del paciente desde la base *Primum non nocere* -antes que todo no dañar- lo cual, apuntaba que el médico no estaba obligado a curar a su paciente, pero sí a no dañarlo o perjudicarlo.

El paciente presenta un gran porcentaje de estrés al momento de asistir a una institución sanitaria además de la causal por la enfermedad, esto también se presenta en sus acompañantes y familiares, por lo tanto, la percepción respecto a la calidad de salud se debe a la comodidad y a la atención por parte del personal sanitario dentro de las percepciones del confort (Acevedo Duran; Torrado Acevedo y Uribe Menenses, 2012)

Kolcaba (2006) evalúa la complejidad del confort para el ser humano desde el aspecto físico –sensaciones del cuerpo-; el contexto social en el que influye autoestima, auto-concepción, sexualidad, entre otras cosas; el contexto psicológico que contemplan relaciones interpersonales, familiares y sociales; y el contexto ambiental desde lo externo como la luz, el ruido y la temperatura.

Estas cuestiones son las que se plasman dentro del contexto de una persona que busca atención sanitaria.

El segundo eje planteado es el *trato*. El mismo se refiere humanizado cuando involucra valores, voluntad y compromiso para asistir y dirigir las acciones de los cuidados hacia el usuario entre las que cuenta la comunicación plena y clara con el personal de salud –teniendo en cuenta los factores sociodemográficos-.

El trato y la atención humanizada al usuario debe apoyarse en el respeto, la atención, la solidaridad, la discreción y la buena comunicación lo cual fortalece la calidad de salud durante la estadía del paciente en el hospital. Es decir, el trato que reciben los usuarios es de vital importancia para su evolución médica ya que no solo depende del tratamiento farmacológico sino de condiciones como tranquilidad, positivismo, seguridad y confianza. (Caballero Diaz & otros, 2014)

Por el contrario, la deshumanización es caracterizada por la ausencia de calor humano en la relación con el paciente, la falta de dignidad y derechos, mediante una atención despersonalizada y autoritaria a la hora de tomar decisiones en los tratamientos.

En esta misma trayectoria de modelos de atención se han producido importantes avances traducidos en marcos regulatorios que garantizan en Argentina los derechos de las y los pacientes y comunidad usuaria en general, en los cuales se incluyen normativas sobre el respeto a la intimidad de las personas, el resguardo de la información sensible, el acceso a la información clínica, la implementación del consentimiento informado, el derecho a la información sobre tratamientos, el respeto a la diversidad de género y la

identidad mediante la Ley 26.529 nombrada “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud del año 2009”.

La ley 26.529 especifica en el capítulo 1 – artículo 2- apartado: “El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”

Estos dos ejes son importantes para tener en cuenta a la hora de estudiar las condiciones sociodemográficas y sanitarias de los encuestados.

1.3 La atención dentro de los problemas del Sistema de Salud Argentino

El sistema sanitario bonaerense comparte la mayoría de las características del sistema sanitario argentino. La provisión en Argentina se divide en tres subsectores: público, seguridad social y privado.

Se reconoce un sistema fragmentado, territorial y socialmente asimétrico por la correlación de diferentes subsistemas de financiamientos y por los problemas que se encuentran enredados en el acceso a la salud y su costo. Además, el Estado tiene que lidiar con las distinciones y batallas entre distintos agentes del sistema de salud como parte de distintas disputas (Molina Guzman; 2019)

Manzanal (2006) analiza el caso paradigmático de Argentina. La autora resalta que el problema central de la política en salud es la descoordinación entre subsectores y de regulación de los componentes no públicos. La organización se encuentra enormemente dividida por lo que hay brechas en la integración de sus partes, en las cuales, se fomenta la división entre jurisdicciones del sector público, el subsector de la seguridad social se integra de un enorme número de instituciones heterogéneas y, el subsector privado se compone de organizaciones y servicios de características muy diversas.

Las estrategias llevadas adelante por la descentralización del sistema de salud llevaron a una ausencia de coordinación, eficiencia y equidad en la provisión de los servicios en el territorio nacional con grandes divergencias entre zonas de mayor y menor desarrollo. (Manzanal; 2006)

Desde el enfoque sanitarista se considera desnaturalizar las ideas preconcebidas y propias del sentido común, voluntaristas y comunes en el área de salud. Desnaturalizar no sólo implica un distanciamiento, se trata de una crítica a la realidad que pone al desnudo las prácticas y formas de gestión de las acciones de poder (Rovere, 2004).

Las instituciones de salud no son ajenas a la coyuntura con problemas de financiamiento en una lógica normativa e institucional debilitada (Narodowski, 2008).

Si atendemos a la parte histórica – sanitaria destacamos que a principios de los '70 se logró consolidar institucionalmente un esquema de provisión de salud – mediante el sector público y el sistema de seguridad social- por el cual se logró una extensa cobertura. El crecimiento de las obras sociales indicó una fragmentación cada vez mayor ya que los trabajadores buscaban consolidar un sistema solidario hacia dentro de cada gremio, de este modo, el movimiento de organización gremial concretaba un poder político y económico importante. El siguiente paso fue extender la obra social a jubilados y pensionados (Cetrángolo y Devoto, 2002).

En los 90 empezó el proceso de reforma sanitaria en el Estado para mejorar su relación con la población mediante dos aristas: por un lado, económica – social y, por el otro, política. En base a estos acontecimientos surgieron transformaciones en la organización estatal: el poder central deja de hacerse cargo de las prestaciones y generación de los servicios de salud. Es decir, la política y la organización colocaron sus esfuerzos en la descentralización del sistema. (Repetto, et al, 2001).

Sin dejar de lado, la falta de integración de los subsectores públicos o privados y, la propia segmentación, de cada uno de estos rasgos. Por consiguiente, la evolución de la salud pública hacia una organización mayormente

descentralizada y con mayores problemas sociales desembocó en la crisis de principio de siglo, esta situación colaboró en una creciente división de los sectores. Además de limitaciones presupuestarias de cada provincia, las políticas sanitarias locales y regionales, las demandas y los marcos regulatorios específicos enmarcan el proceso de transferencia (Repetto, et al, 2001).

Las lógicas que se manejan en nuestro país se basan bajo las dos concepciones planteadas, es decir, por un lado, una integradora universal y gratuita centrada en el Estado como un agente colectivo que tiene en su potestad de garantizar los derechos del cuidado y la atención de salud y, por el otro, a un estado mercantilista de acceso a la salud, por el cual, el agente empresarial ocupa un lugar central para la toma las decisiones del sector (Di Tomaso, Farias y Fidel; 2012)

La construcción del sistema actual es el producto de los movimientos sociales y políticos, sus luchas, sus triunfos y sus derrotas. El peso del sector público, la presencia masiva de las obras sociales sindicales, la existencia de un subsector para jubilados y pensionados y, grupos de empresas privadas de salud conforman un entramado huracanado de la política argentina (Di Tomaso, Farias y Fidel; 2012)

El cambio tecnológico en el sector salud logra un dinamismo en este paradigma. Los avances de la ciencia de base digital crearon un impacto y afectó relativamente en el sector en lo administrativo, de personal y de los servicios de salud. También impactaron en los laboratorios y la producción de medicamentos, lo cual se emite por el sector privado, pero con impactos en la salud pública. (Di Tomaso, Farias y Fidel; 2012)

Las problemáticas en el acceso a los medicamentos fueron creciendo, aunque el Estado argentino tomó medidas para reducir esta brecha de beneficios en la salud como el Plan Remediar y la Ley Genéricos, sin embargo, la diferencia entre las necesidades sanitarias y las posibilidades económicas individuales continúan a la orden del día (Di Tomaso, Farias y Fidel; 2012)

Di Tomaso, Farias y Fidel (2012) también estudian la fuente de financiamiento del sistema de salud público que se añade a los métodos de transferencia general de ingresos influida por el accionar del Estado mediante la absorción de impuestos que le abre espacio a la derivación de los recursos financieros al mantenimiento del sistema de salud público.

Si partimos desde la estructura impositiva desfavorable como característica neoliberal, el financiamiento del sistema se reduce por lo que la calidad y la extensión de la atención no es la misma. Por el contrario, en un Estado de Bienestar con políticas y acciones progresivas hacia la sociedad; de esta manera el financiamiento crece. (Di Tomaso, Farias y Fidel; 2012)

Las diferencias se encuentran ligadas a los modelos sanitaristas presentados de neoinstitucionalismo y de sanitarismo frente a la atención y la gestión del servicio sanitario.

La salud pública presenta falencias sobre todo en el proceso de transferencias desde los servicios a provincias y municipios. No se indagaron crecientes niveles de eficiencia y equidad. La descentralización del gasto social en salud fue inducida por Nación para obedecer a su favor la relación financiera con los Estados subnacionales, es decir, provinciales y municipales.

Además, hay que tener en cuenta que la salud pública hace hincapié en la actividad hospitalaria en gran parte a niveles de segundo nivel: patologías que requieren cuidados especiales e internación o de nivel terciario: cuidados de alta complejidad y de emergencias. (Di Tomaso, Farias y Fidel; 2012)

Asimismo, los autores declaran que esta concesión del presupuesto se debe al deterioro del desarrollo de programas de atención primaria, lugar que mayormente son la entrada a la atención sanitaria y la que resulta más costo – efectiva en el tiempo. Sin embargo, el sistema presenta un crecimiento sin límites de ciertos proveedores, un número enorme de médicos sobre todo especialistas y mucho equipamientos caro y subutilizado y, de camas hospitalarias y sanatoriales.

Particularmente en la provincia de Buenos Aires el subsector público de la salud se fue construyendo en un proceso de transferencia gradual de funciones

desde los niveles jurisdiccionales superiores hacia distintos agentes del sistema de salud. (Di Tomaso, Farias y Fidel; 2012)

En Buenos Aires, el sistema de salud se conforma mediante regionales sanitarias. El esquema es técnico administrativo y su función principal es la coordinación y articulación de los establecimientos asistenciales de su zona de competencia. Las regiones son dependientes del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires. Esta situación desarrolla distintas problemáticas jurisdiccionales entre las decisiones políticas y económicas, y la gestión municipal, estos últimos son los agentes que entrelazan a lo institucional con la población. (Di tomaso, Farias y Fidel; 2012)

El primer nivel de atención que ofrece en el Gran Buenos Aires fue adaptado sobre la base de la iniciativa de organizaciones sociales comunitarias con recursos que le brindan los gobiernos municipales y que fueron estableciendo carácter estatal (Chiara, De Virgilio y Ariovich; 2010).

La provincia cuenta con 346 establecimientos de salud; de esos solo cinco se encuentran a cargo del Estado Nacional, 69 de la provincia y 272 son municipales. Según el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires durante el año 2009 La Plata era el municipio con mayor cantidad de establecimientos hospitalarios 13 en total y 12 son provinciales y 1 municipal; sin embargo, entre la provincia se encuentra con una gran asimetría por lo cual los municipios del AMBA no cuentan ni siquiera con una cama por habitante. Vale la pena resaltar que la provincia de Buenos Aires tiene la cantidad de hospitales ubicados de manera tal el 70% de la población viva a menos de 3 km de distancia. (Massaccesi; 2021)

Fidalgo (2021) cita a Roberti y Rosendi en sus estudios en el conurbano bonaerense existe una cultura que el hospital es un centro de atención generalizada ante cualquier situación sanitaria. Es decir, que un hospital se limite a la espera de distintas problemáticas.

Los autores hacen hincapié en que muchos de las problemáticas que llegan a los hospitales pueden prevenirse y resolverse en centro periféricos; ya que esta situación aumenta los costos operativos y baja la calidad y eficiencia de la

atención brindada a los usuarios, es decir, se traduce en una emergencia que no funciona, la falta de personalización en la atención o la fragmentación de la misma en todos los ámbitos: sociales, medicas, psicológicas y sanitarias en general.

Los Centros de Atención Primaria instalados en los barrios son el primer acceso a la salud para la población. Las “salitas” dependen en gran medida de los municipios, por lo cual, su atención y servicio fue cambiando por las diferencias políticas que surgieron a lo largo de la historia. La relación cercana entre los centros de salud y la población de los barrios les brinda legitimidad a estas instituciones. Ese primer contacto se brinda de manera contenedora. (Fidalgo; 2021)

En este contexto se introduce la población a la hora de necesitar atención sanitaria, a un sistema fragmentado en los distintos niveles gubernamentales que condicionan la atención sanitaria a la población

La comodidad y el trato quedan sujetos a las características del sistema sanitario que desemboca en los municipios estudiados y, por lo tanto, a las características sociodemográficas de la población encuesta convivientes en cada lugar.

Capítulo 2. El conurbano sur y los desafíos para el sistema de salud

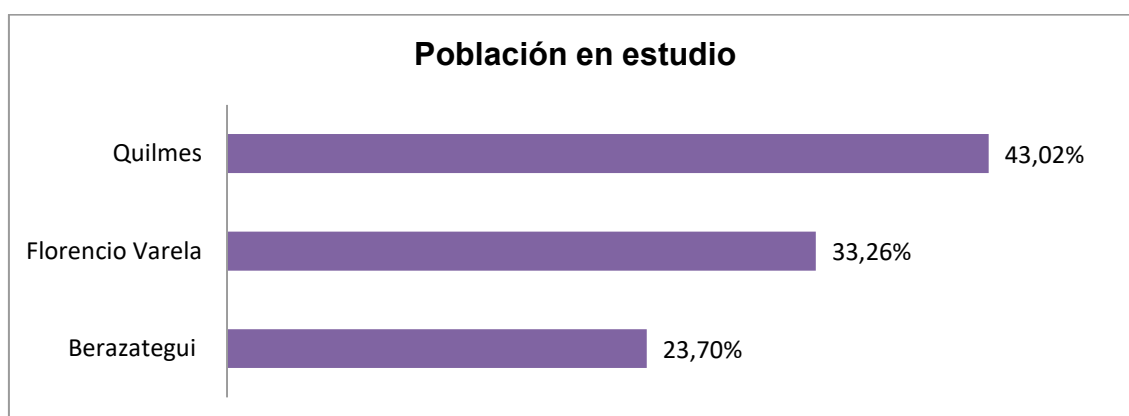
2.1. Características sociodemográficas y sanitarias del conurbano sur

La población de la Provincia de Buenos Aires es de 15.625.084 según el Censo población del año 2010. Es decir, la provincia se conforma del 38,9% de la población a nivel país. Se compone de 135 municipios divididos entre el Gran Buenos Aires y el interior de la Provincia, este último con 24 distritos y la mayor cantidad de habitantes.

El interior de la Provincia se divide en tres cordones concéntricos conformados por diferentes partidos. El conurbano bonaerense se divide en zona: sur, oeste y norte. El conurbano sur parte de la segunda y tercera corona en dónde se encuentran los tres municipios estudiados dentro de la región sanitaria VI.

El conjunto de la región sanitaria VI llega a 4.520.069 pobladores, de este total 1.527.395 pertenecen a los municipios de Berazategui, Florencio Varela y Quilmes (INDEC; 2010)

De ese total, el distrito de Quilmes tiene mayor población, lo sigue el municipio de Florencio Varela y luego Berazategui.



Elaboración propia. Fuente: Censo Nacional 2010

Sólo el 37% de la población de la región sanitaria cuenta con cobertura pública excepto el municipio de Florencio Varela que la cifra crece a 52%.

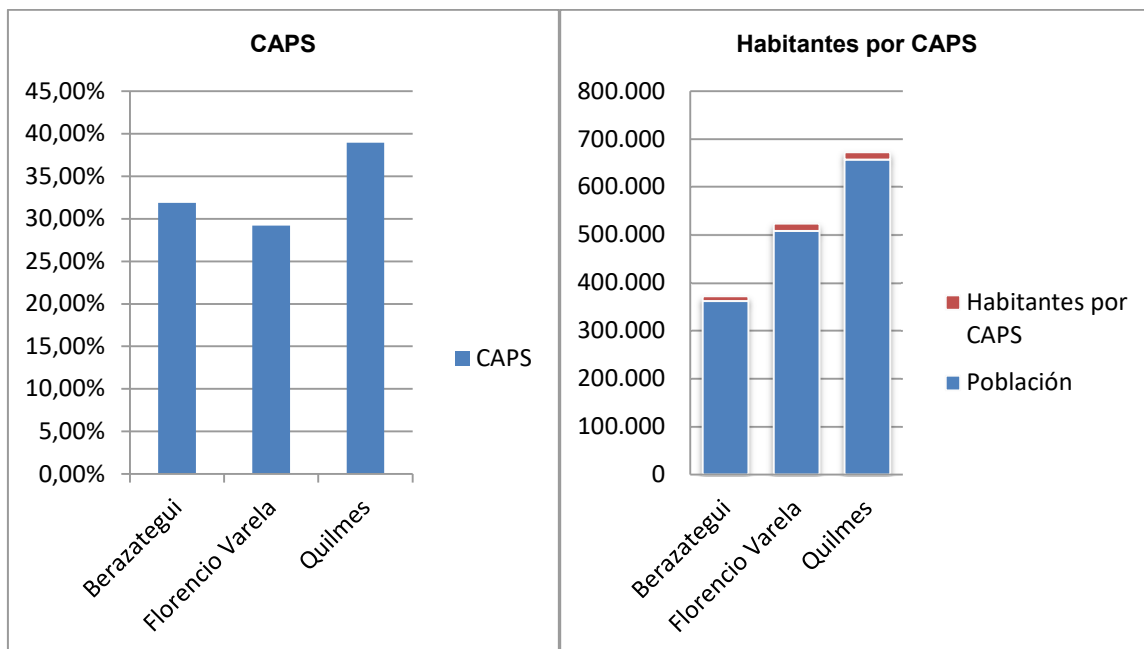
Los hospitales de estos municipios se encuentran en red, por lo que se encuentran en una constante comunicación, capacitación y retroalimentación, en la que también participan otras instituciones sanitarias de la zona.

Una de las principales aristas que se discuten en los modelos sanitarios es la Atención Primaria Sanitaria como primer contacto de las personas con el sistema sanitario. La red de la región VI se compone de 170 Centros de Atención Primaria Sanitaria. Se reparten de la siguiente manera entre los tres distritos en análisis: 44 CAPS en Quilmes, 36 CAPS en Berazategui y 33 CAPS en Florencio Varela, es decir, un total de 113 instituciones de primera atención.

Hasta 2013 el partido de Berazategui era el que registraba más consultas en las “salitas”. Sin embargo, en Florencio Varela estos montos son más equilibrados entre presencia de las CAPS y los hospitales.

Si bien los números fueron mejorando desde el 2001 aún la situación es compleja por problemas de inversión el nivel salarial, insumos, inversión en laboratorios, equipos de diagnósticos, etc. Aunque el fortalecimiento de las CAPS colabora a la quita de presión sobre los hospitales y colabora a la construcción y mejora de las redes sanitarias.

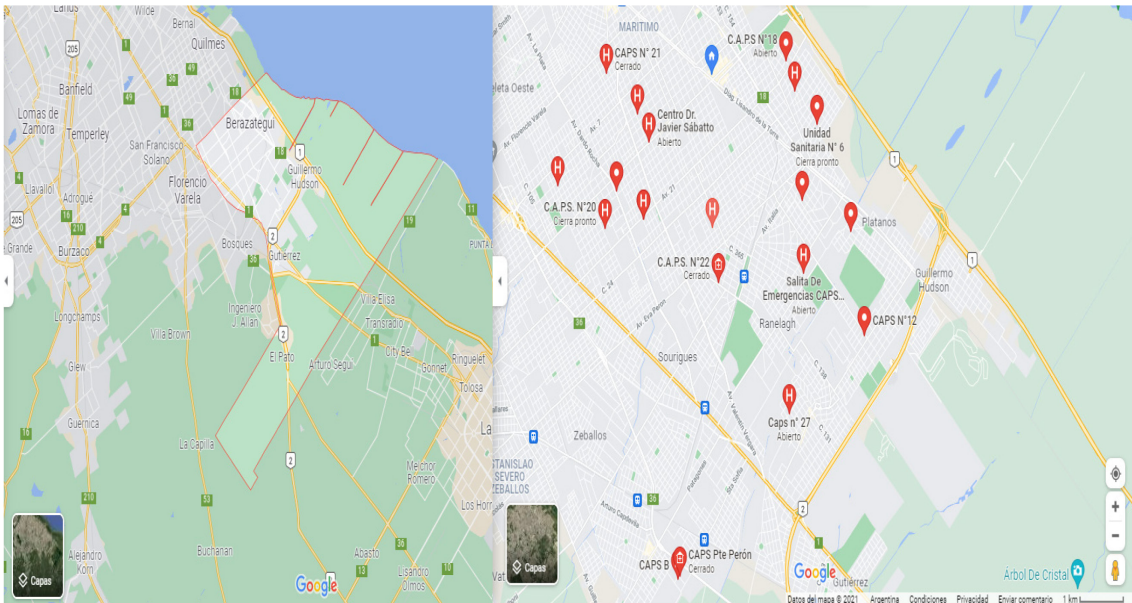
Si llevamos adelante la hipótesis que toda población en algún momento accede a la cobertura sanitaria pública de los CAPS podemos analizar que en dependencia se encuentran 10.061 personas por Centro de Atención Primaria en Berazategui, 14.934 personas por CAPS en Quilmes y 15.396 pacientes en CAPS de Florencio Varela.



Elaboración propia. Fuente: censo 2010 mediante la sección de salud de cada municipio

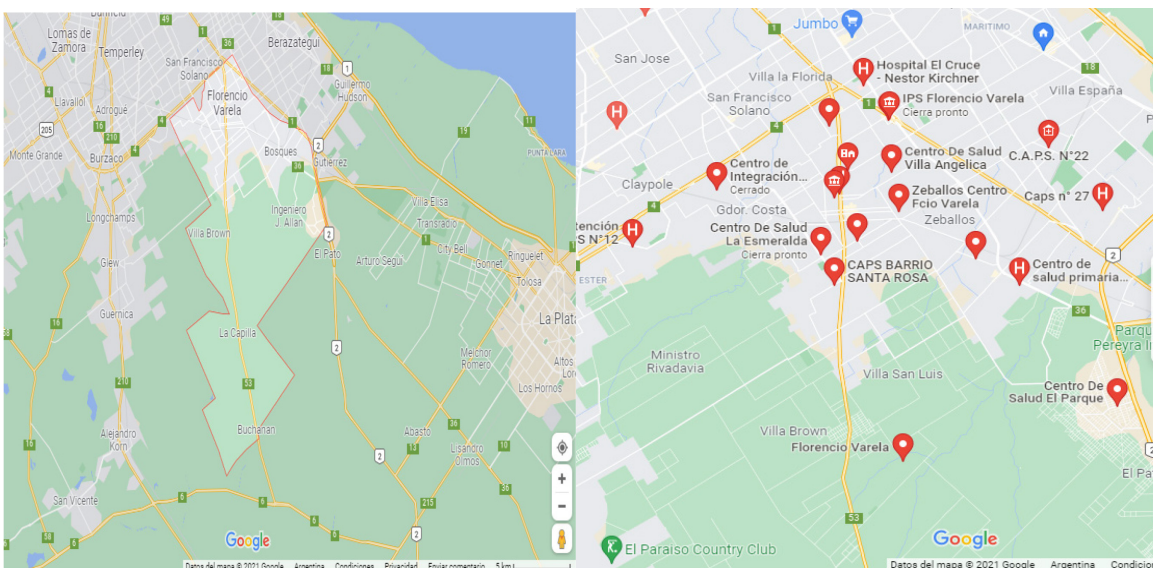
Además, tenemos en cuenta la dimensión geográfica disponible y la distribución de CAPS que podemos encontrar online dentro de cada municipio.

En la distribución de Centros de Atención Primaria Sanitaria en Berazategui encontramos una gran concentración en el caso de la Ciudad debido a que es el lugar en donde se concentra el mayor porcentaje de la población. En las áreas límites con el distrito de La Plata se reconoce como zona rural, por lo tanto, la densidad poblacional es menor.



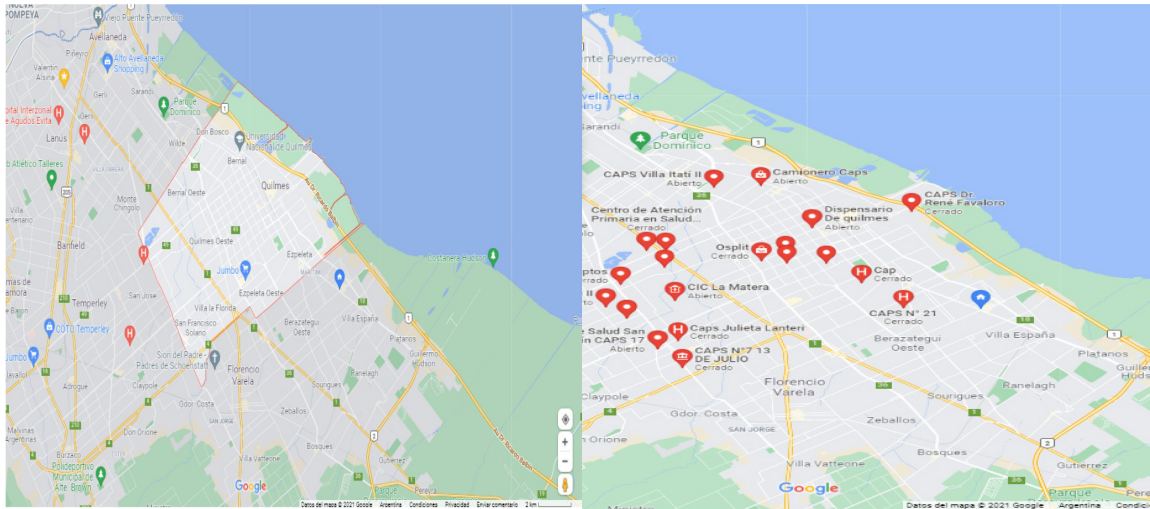
Fuente: Google Maps

En Florencio Varela, la distribución de CAPS al igual que en Berazategui se encuentra nucleada en el centro del distrito con acceso mayormente a la red de colectivo local y a la estación de tren. Aunque con mayor cobertura en zonas alejadas al casco urbano.



Fuente: Google Maps

En el municipio de Quilmes la distribución de CAPS se encuentra centrado en zonas aledañas al centro en donde se encuentra la mayor cantidad de barrios populares que componen la población más vulnerable del distrito.



Fuente: Google Maps

La cobertura privada tiene distintas realidades en los tres municipios mientras en Quilmes se nuclea la mayoría de los sanatorios centrales, en Berazategui y Florencio Varela las clínicas se nuclean en especializaciones o en atención de complejidad menor.

En el distrito de Berazategui se encuentran instalados alrededor de 15 instituciones privadas que no se encuentran relacionadas entre sí ni con entidades sanitarias de otros sectores. La mayoría centradas en la cúpula comercial de la localidad.

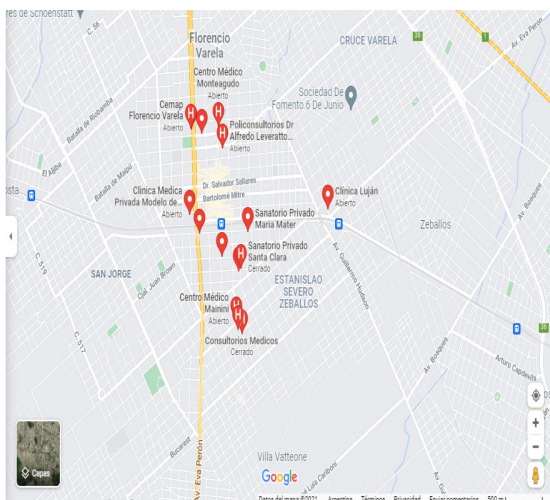
El municipio de Florencio Varela tiene a disposición 20 entidades privadas de diversas especializaciones y servicios de acceso a cobertura sociales y atención particular. De las mismas solo dos: “Clínica Privada Florencio Varela” y “Clínica Privada Sanatorio María Mater” cuentan con internaciones.

Sin embargo, no encuentran un punto de conexión entre sí. La mayoría de las instituciones se encuentran en un promedio de 3 km de la cúpula comercial del distrito.

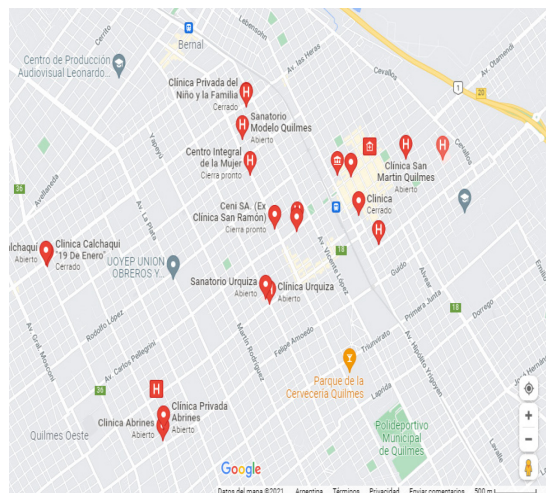
En Quilmes la situación es distinta, ya que cuenta con 78 instituciones privadas alrededor de todo el distrito, de las cuales aproximadamente 25 cuentan con camas para internación, entre estos sanatorios se destacan el Sanatorio Modelo de Quilmes, Sanatorios de La Trinidad, Sanatorio Alberdi, Sanatorio Bernal, La Clínica Privado de niños, entre otras.

Estas entidades cuentan con la mayor cantidad asociados con coberturas sociales, esta concentración de mayor cantidad de recursos desencadena en que pobladores de los distritos vecinos busquen asistencia médica privada en Quilmes. En el mapa solo encontramos aquellas instituciones con mayor abarque en especializaciones y servicios.

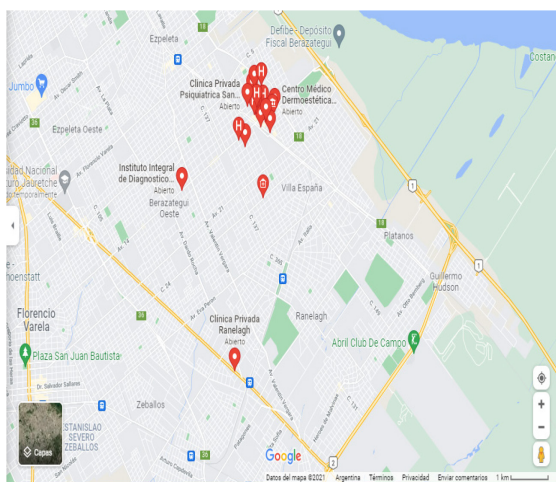
Florencio Varela



Quilmes



Berazategui



Fotos: Google Maps

La consulta a hospitales se puede dividir por secciones: se reconoce que la mayor cantidad de personas se presentan al servicio de guardia general, pediátrica y ginecológica en Quilmes y Florencio Varela se reciben un promedio de 145 consultas diarias.

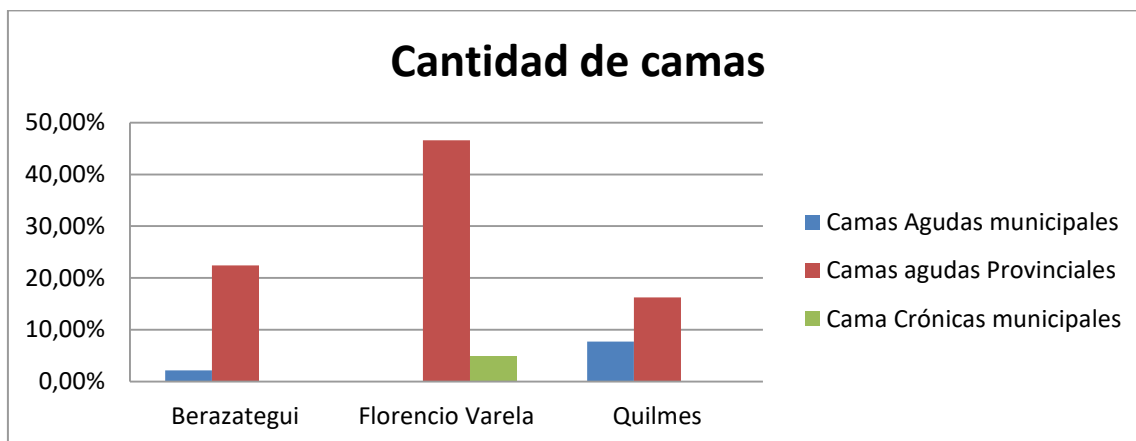
Además, en Quilmes se recibe el 78% de casos de cirugía. En el HEC se reciben 25% de consultas oftalmológicas, 25% oncológicas, 12.7% endocrinología y diabetes. Cada hospital cuenta con servicios de mayor complejidad lo que colabora al trabajo en red.

Según las estadísticas de la provincia de Buenos Aires basadas en el Censo Nacional de 2010 encontramos que las principales causas de consultas y egresos se deben a: un 23,2% al parto único espontáneo; un 6,4% al parto único por cesárea; en un rango de 5 % se tratan de dolor abdominal y pélvico, y neumonía, organismo no específico; en un rango de 3% se encuentran patologías como colelitiasis, hipertensión y apendicitis; el rango del 2% es más amplio entre las que se encuentran dorsalgia, aborto, traumatismo intracraneal, bronquitis, partos asistidos, trastornos respiratorios, ASMA, trastornos urinarios y traumatismos: y en el rango entre el 0 y 1 % encontramos gran variedad de consultas como aborto espontáneo, gastroenteritis, insuficiencias cardíaca, trastornos fetales, esquizofrenia, enfermedades pulmonares, convulsiones, etc.

El total de la Provincia hay 43.313 camas entre privadas y públicas. Es decir que hay 3,03 camas cada 1.000 habitantes. Teniendo en cuenta que las camas privadas se ocupan por aquellos que tienen obra social.

Dentro de la región sanitaria VI el 89% de las camas son provinciales y el resto de dependencia municipal. En el caso de los distritos que estudiamos: Berazategui cuenta con un total de 235 camas entre agudas y crónicas, aunque todas están destinadas a pacientes agudos -21 de dependencia municipal y 214 de dependencia provincial-; en Florencio Varela 48 camas son crónicas de dependencia municipal y 445 de dependencia provincial, lo cual, da un total de

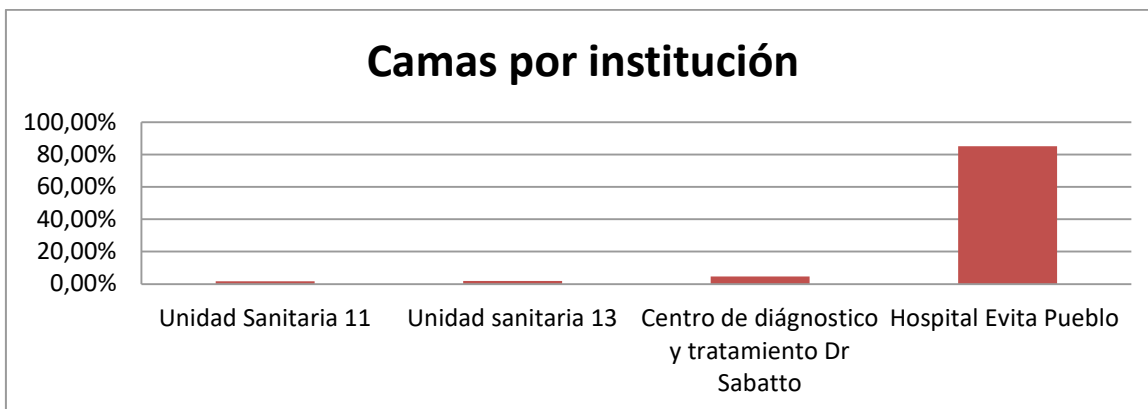
493 camas, y Quilmes cuenta con 229 camas agudas: 74 de dependencia municipal y 155 de dependencia provincial (INDEC; 2010)



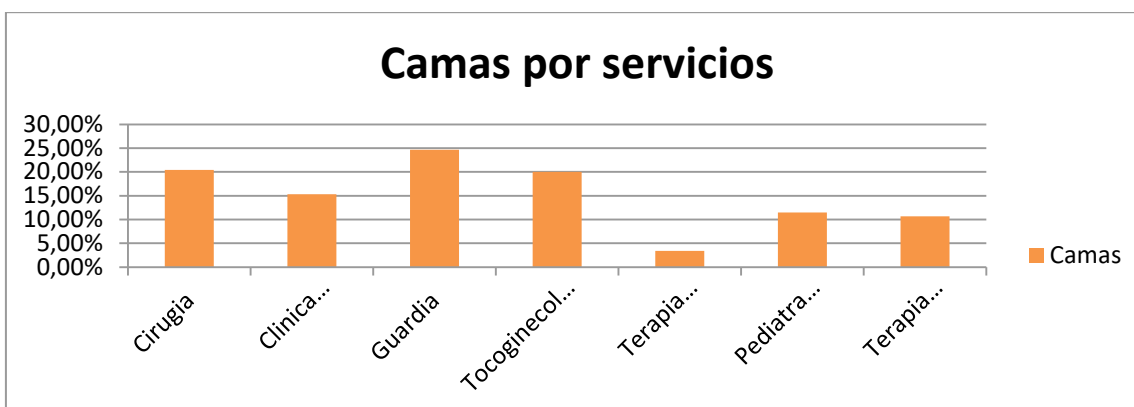
Elaboración propia. Fuente: Censo Nacional 2010

En cada municipio el total de camas se encuentra distribuida de distintas maneras.

En Berazategui, del total de 235 camas agudas: 10 se establecen en unidades sanitarias en el servicio de guardia; 4 en la unidad sanitaria número 11; 6 en la unidad sanitaria número 13; 11 camas se encuentran en el Centro de Diagnóstico y tratamiento Dr Sabatto también destinadas para la guardia. El resto de las camas se encuentran en el Hospital Evita Pueblo y se dividen en distintos servicios: 48 para cirugía, 36 para clínica médica, 23 para guardia, 47 para tocoginecología, 8 para terapia intensiva, 27 para pediatría – lactante y 25 en terapia intensiva neonatología.



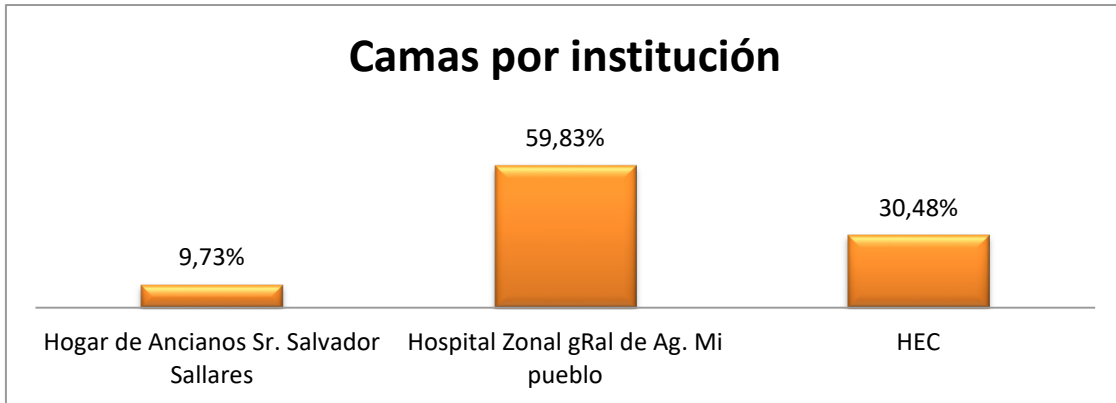
Elaboración propia. Fuente: Censo Nacional 2010



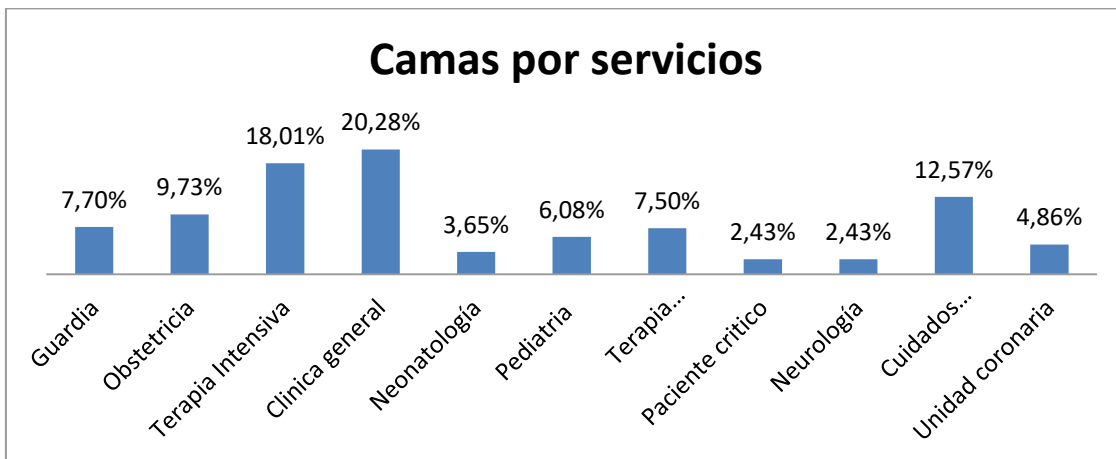
Elaboración propia. Fuente: Censo Nacional 2010

En el municipio de Florencio Varela las 48 camas crónicas de dependencia municipal están destinadas al Hogar de ancianos Dr Salvador Sallares, únicas destinadas al servicio geriátrico. Luego se dividen entre el Hospital Zonal Gral. de Ag. Mi Pueblo -295 camas- y el Hospital de Alta Complejidad El Cruce – Néstor Carlos Kirchner – 150 camas aproximadamente, aunque en el último tiempo sufrió cambios de estructuras que ampliaron las camas-.

Respecto a la cantidad por servicio 38 son destinadas a guardias, 48 a obstetricia, 74 a terapia intensiva incluidas las pediátricas, 100 a clínica en general, 18 para neonatología, 30 destinadas a casos de pediatría, 37 a terapias intermedias para recién nacidos, 12 para admisión de casos clínicos, 2 neurología, 62 cuidados intermedios y 24 de unidad coronaria.

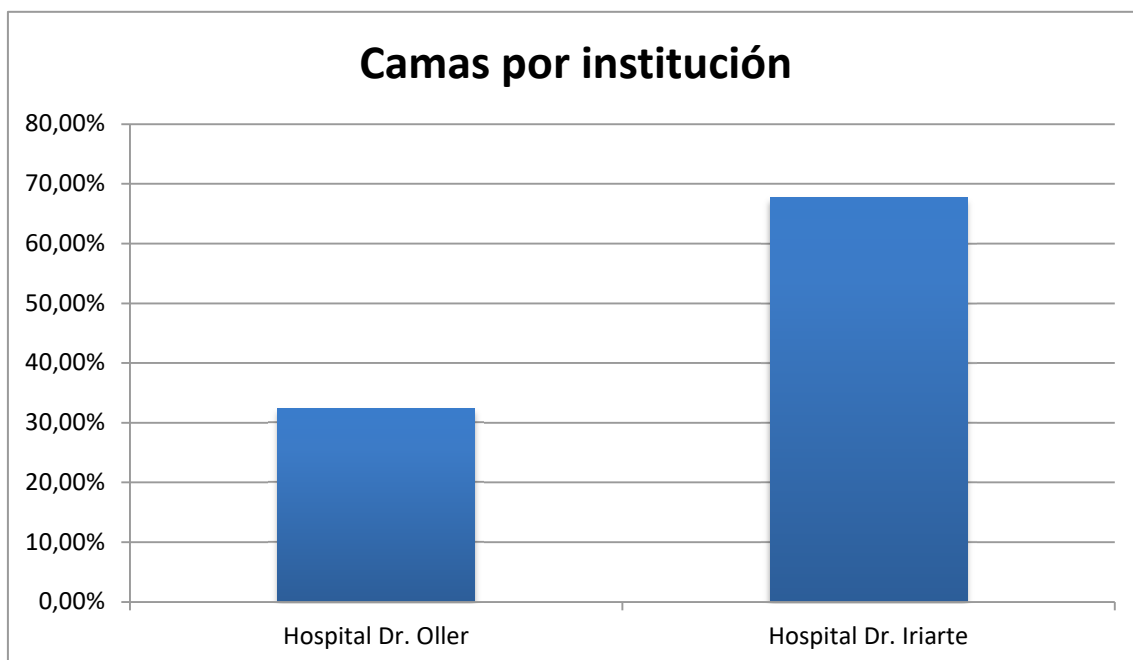


Elaboración propia. Fuente: Censo Nacional 2010

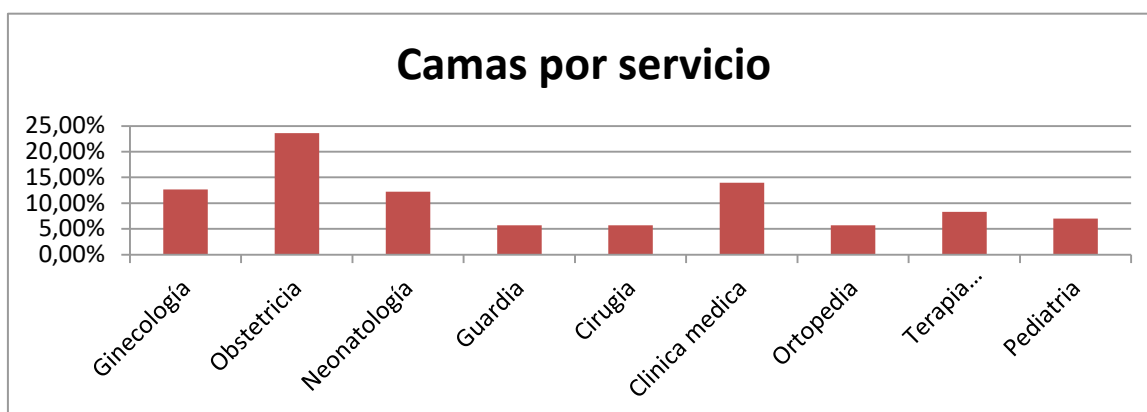


Elaboración propia. Fuente: Censo Nacional 2010

En el distrito de Quilmes las 229 camas se dividen entre el Hospital Dr Oller en F. Solano y el Hospital Dr. Iriarte en el centro de Quilmes con 155 camas. Las mismas se dividen en: 29 para ginecología, 54 para obstetricia, 28 para neotología, 13 para guardia, clínica medica cuenta con 32, ortopedia con 13, terapia intensiva con 19 y pediatría con 16 en total.



Elaboración propia. Fuente: Censo Nacional 2010



Elaboración propia. Fuente: Censo Nacional 2010

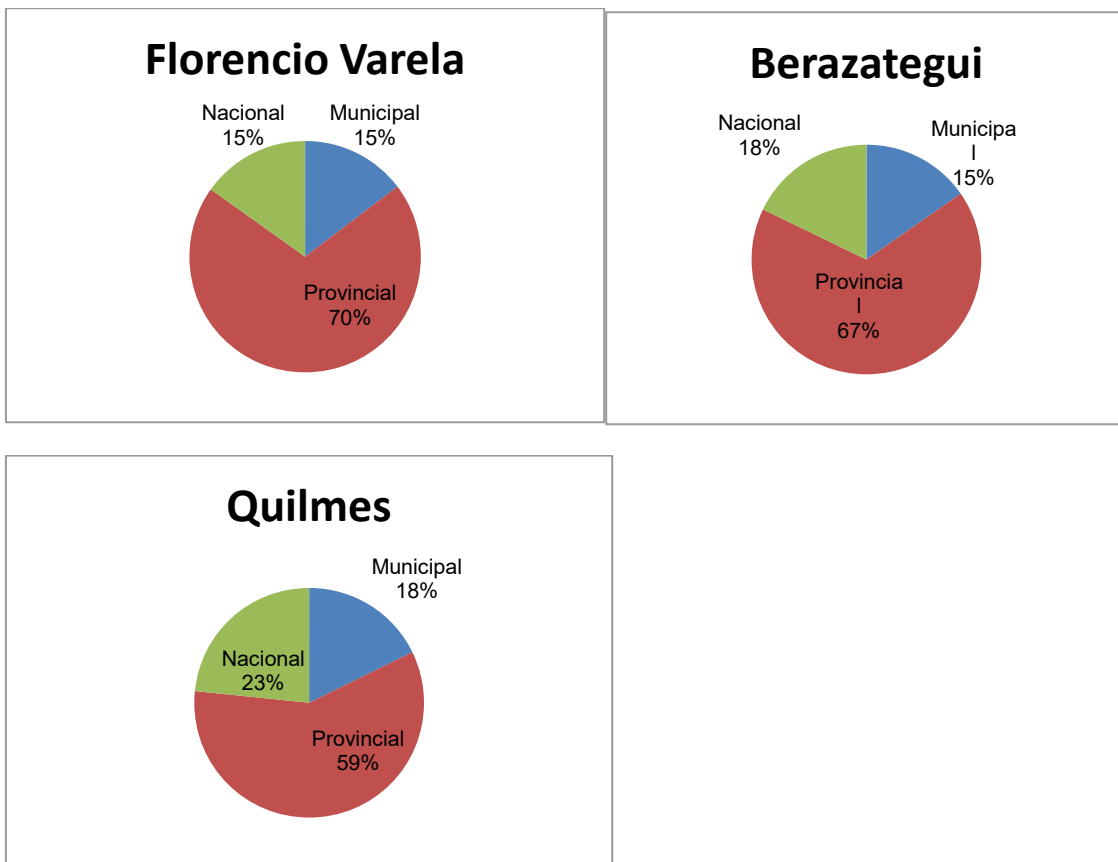
Frente a estos datos por municipio, nos queda en claro como explican Medina y Narodowski (2015) que los hospitales dependen de los Centros de Atención Primaria Sanitaria (o Unidades Sanitarias), como herramienta fundamental para evitar las sobre consultas y presiones sobre el segundo nivel, partiendo de la cantidad de camas, especialidades y complejidad.

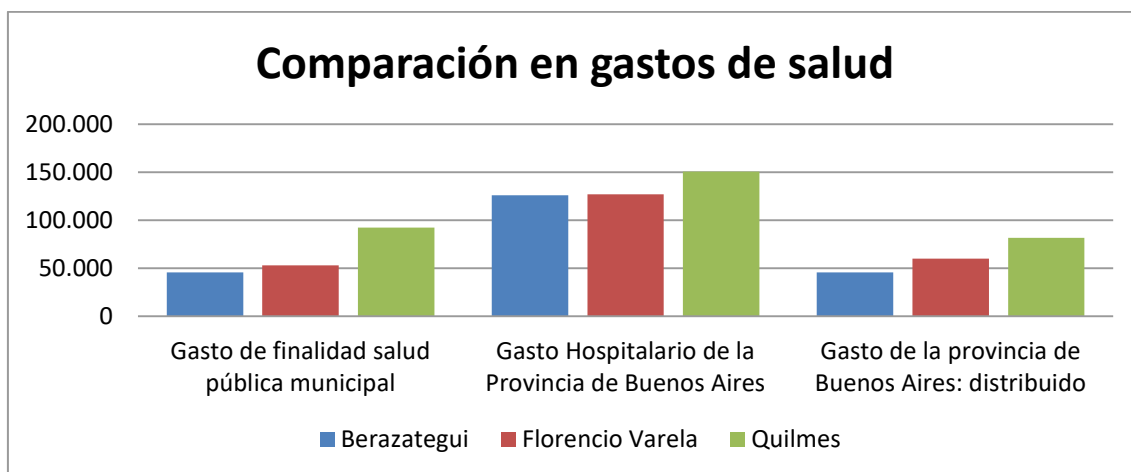
Las dimensiones económicas se encuentran entre las más influyentes en el trato y la comodidad del paciente dentro del modelo que se instala en la sociedad Berazateguense, Quilmeña y Varedense. Por lo cual, estudiamos las siguientes

variantes: el gasto público en salud, el gasto municipal en salud, el gasto por ubicación geográfica municipal, coparticipación e influencia en las problemáticas adelantadas.

En la provincia de Buenos Aires ejecuta el 30% del gasto público de la República Argentina. Este se organiza del gasto nacional vía programas –sin contar el HEC- el gasto hospitalario y de programas de la provincia y el gasto municipal.

El gasto per cápita de la provincia es el más bajo del país esto se debe al régimen federal de coparticipación. Lo mismo sucede a nivel municipal. Solo Florencio Varela tiene un mayor gasto debido al Hospital de Alta Complejidad El Cruce, incluso superior a su propia región sanitaria, con \$825 en el año 2011; Berazategui cuenta con \$791 y Quilmes con \$685 (Medina, A., Narodowski, P; 2015)





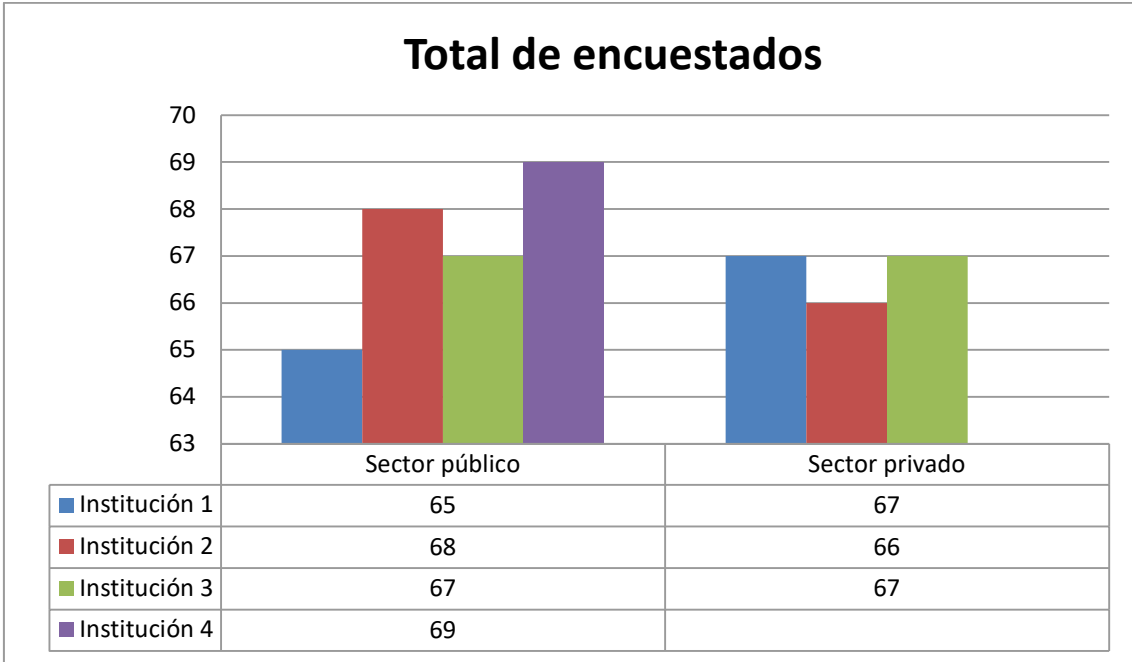
Elaboración propia. Fuente: Medina, A., Narodowski, P. (2015). Estado, integración y salud : La gestión en red de un hospital público. Buenos Aires : Imago Mundi. (Bitácora argentina).

El régimen de salud de los municipios con establecimientos asistenciales con o sin internación asigna un 10% por el número de establecimientos hospitalarios sin internación, un 25% al número de consultas médicas en establecimientos con internación, un 20% al número de pacientes diarios en establecimientos con internación, y un 35% a las camas disponibles, complejidad y porcentaje de ocupación de estas.

Medina y Narodowski (2015) concluyen que la provincia puede aportar más si su recaudación aumenta o mejora la participación relativa de la salud en su presupuesto. Los municipios pueden aportar más si ellos mejoran sus ingresos a nivel general o declaran aumentos en estos indicadores. Es decir, se necesita una estrategia en red, que también requiere un marco normativo para tener una recaudación propia y destinar los resultados a las distintas unidades de gestión.

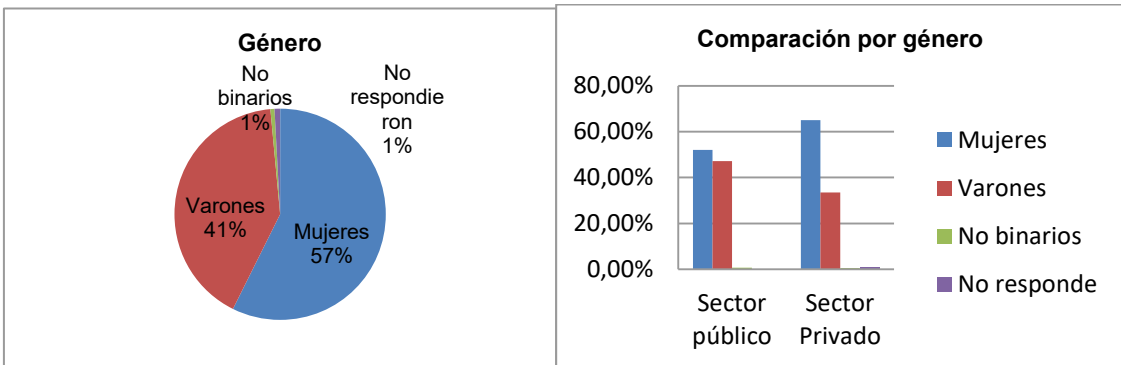
2.2. Características sociodemográficas de los pacientes de siete instituciones sanitarias

Entre los tres municipios encuestamos a 469 usuarios del servicio público y privado en una división de 269 pacientes de hospitales públicos y 200 pacientes de los sanatorios privados en especial los radicados en Quilmes.



Elaboración y fuente: propia

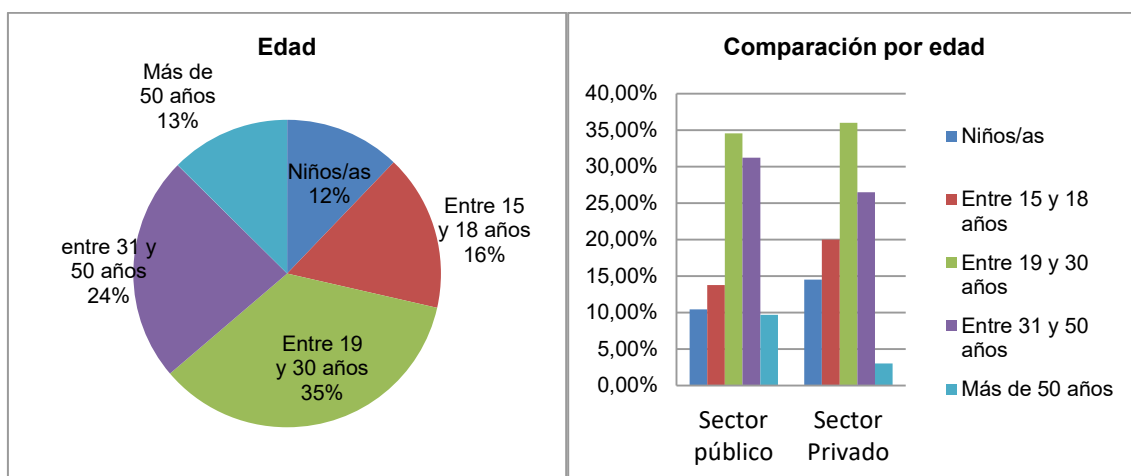
Del total de la muestra encuestada encontramos que el 57,35% son mujeres las usuarias de hospitales y sanatorios debido a que son quienes en su mayoría acompañan a los niños y niñas al pediatra o por el alto porcentaje de egresos entornos a cuestiones ginecológicas o de maternidad; el 41,15% son varones en su mayoría se acercan al servicio de guardia; no binarios son el 0,63% y un 0,85% que no respondieron sobre su género. Si dividimos la población entre sector público y sector privado, el porcentaje de usuarios de género femenino aumenta.



Elaboración y fuente: propia

En términos etarios, en primer lugar, encontramos jóvenes entre 19 y 30 años con un 35,18%; adultos, entre 31 y 50 años, en un 23,66%; adolescentes, entre 15 y 18 años, en un promedio de 16,41%; adultos mayores a 50 años con 12,57% y, por último, niños y niñas en un promedio de 12,57% -en este apartado tenemos la diferenciación de que muchos de los usuarios contestaron la edad del recepto y no del paciente atendido-.

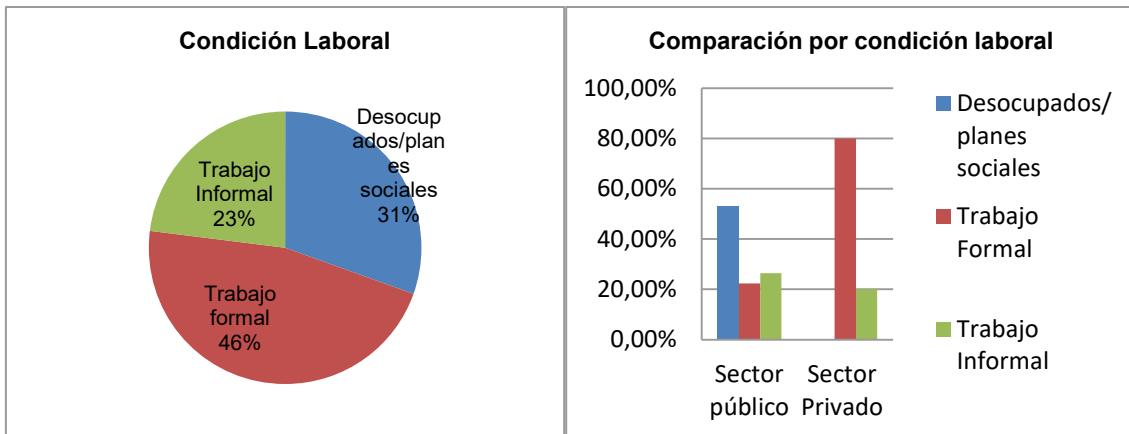
Las diferencias entre el sector público y el sector privado se radican en aquellos en edad económicamente activa y, por lo tanto, con mayor acceso a los sanatorios y atenciones personalizadas mediante el uso de obras sociales.



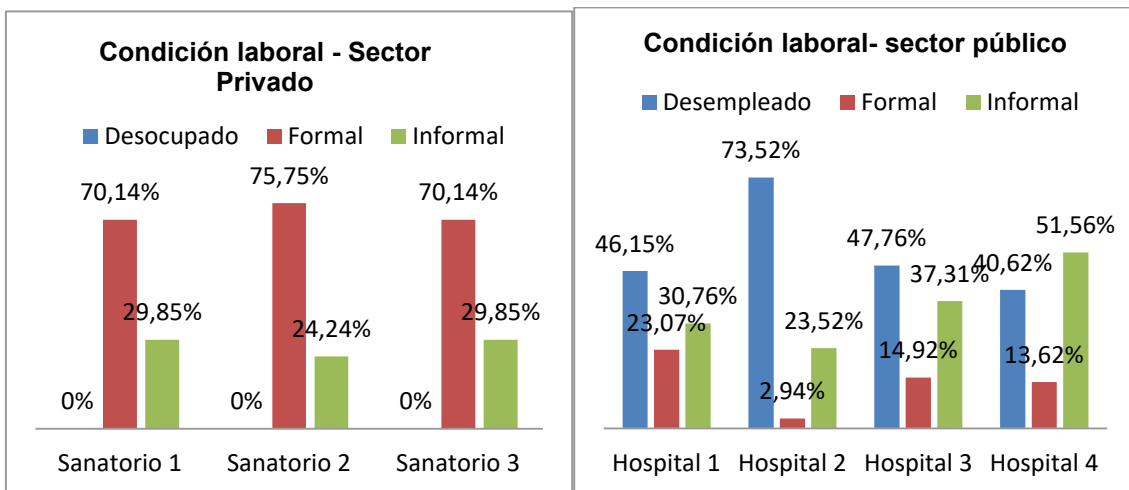
Elaboración y fuente: propia

Siguiendo la lógica del uso de Obras Sociales consultamos por la condición laboral de cada encuestado o encuestada. Se destacan distintas y diversas formas de trabajo. El 46,48% tiene trabajo formal, el 30,49% se encuentra desocupada y/o son beneficiarios de planes sociales y el 23,02% se dedica a trabajo informal. Esto deja en claro que el mayor porcentaje de la población encuestada tiene acceso a algún tipo de Cobertura Sanitaria Privada.

En la comparación entre los sectores sanitarios, las diferencias son mayores ya que el porcentaje de trabajadores del área formal aumenta en el sector privado que es el menor porcentaje en el sector público.



Elaboración y fuente: propia

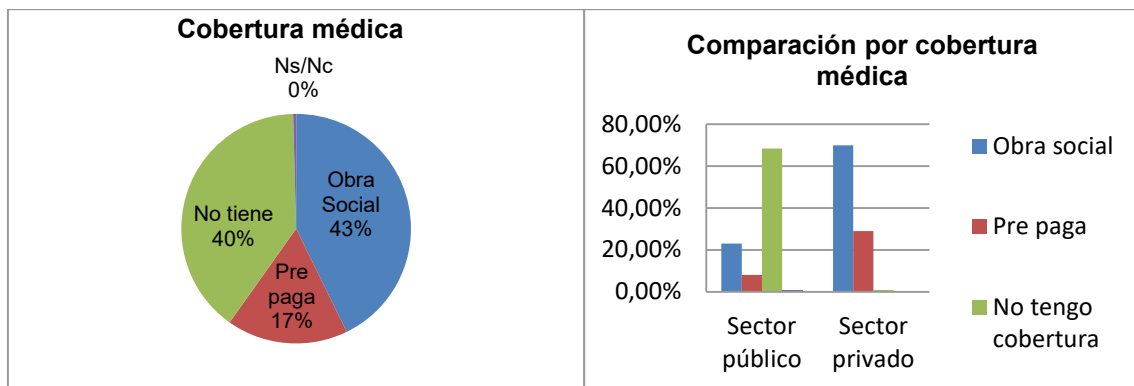


Elaboración y fuente: propia

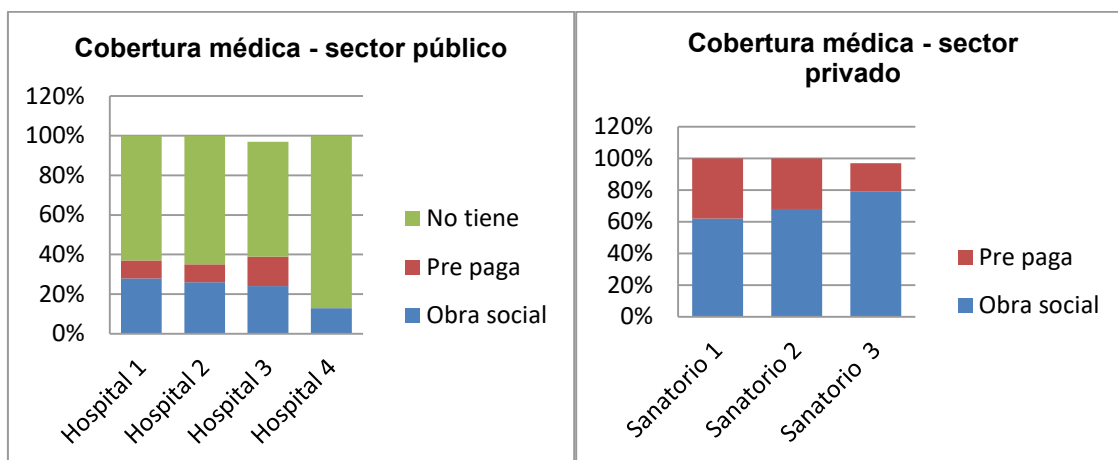
Con base en los gráficos anteriores que visualizan la concentración de desocupados o nucleados al trabajo informal en el sector público. Sin embargo, aquellos con trabajo formal se nuclean en el sector privado ya que poseen obra social o cobertura médica paga.

No obstante, vale aclarar que más allá de que tengan obra social o cobertura privada la población asiste a centro públicos de atención sanitaria. Por

supuesto, esto no se desarrolla en el caso de no contar con cobertura médica privada.



Elaboración y fuente: propia

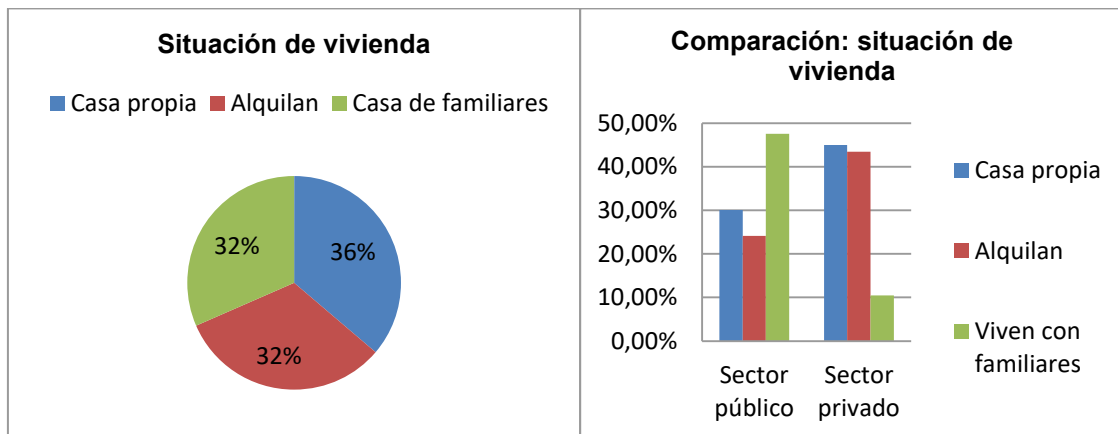


Elaboración y fuente: propia

La situación habitacional y de vivienda de cada uno de los usuarios también es un parámetro socio-demográfico. En el relevamiento de los/as usuarios/as encuestados/as nos encontramos que un 32% viví en casa de familiares, el mismo porcentaje de los que alquilen y sólo un 36% cuenta con casa propia.

En comparación entre los sectores encontramos que los concurrentes a los sanatorios privados mayormente cuentan con casa propia o alquilada, por el contrario, en el sector público se visualiza una mayor cantidad de ocupantes de casas con varias familias – en condiciones de hacinamiento-. También se da el

hecho de quienes refieren tener casa propia pero no cuentan con papeles o se trata de un barrio de emergencia.

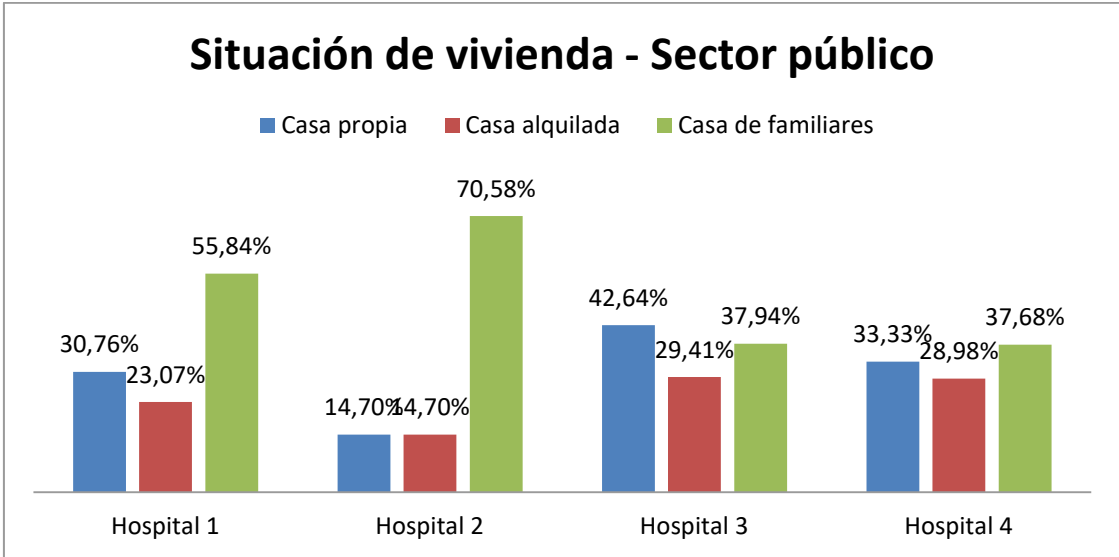


Elaboración y fuente: propia

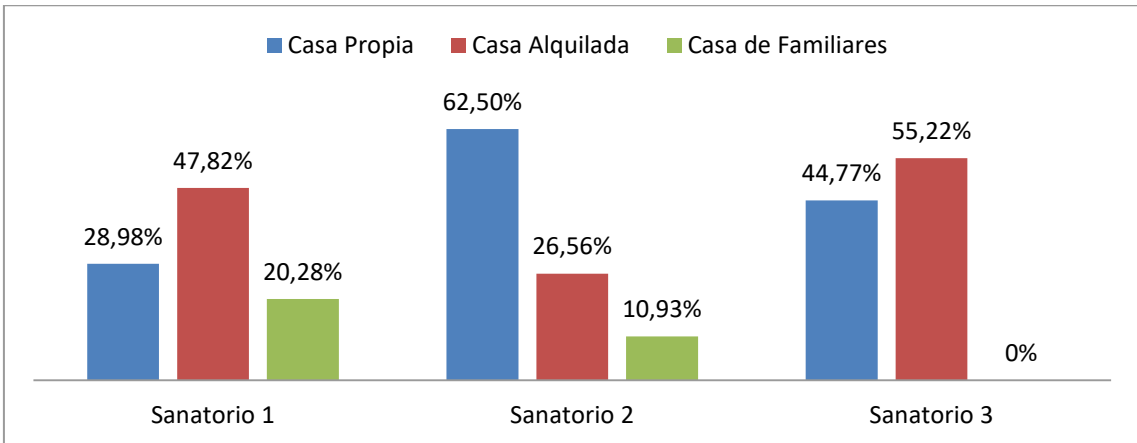
En términos sectoriales notamos que hay diferencias entre los hospitales públicos en torno a las condiciones habitacionales y de viviendas: los concurrentes al hospital 3 son los que mayormente cuentan con casa propia o alquilan un lugar, por el contrario, los asistentes al hospital 1, en su mayoría, viven en condiciones de hacinamiento.

la mayoría de los encuestados viven en casa de familiares ya que no cuentan con ingresos para acceder a una casa propia o alquilada. Las cantidades de porcentajes parecidas entre el hospital 3 y 4 se debe a que se encuentran en el mismo distrito.

La situación en los sanatorios se torna de distinta manera ya que mayormente alquilan o heredan casas.



Elaboración y Fuente: Propia

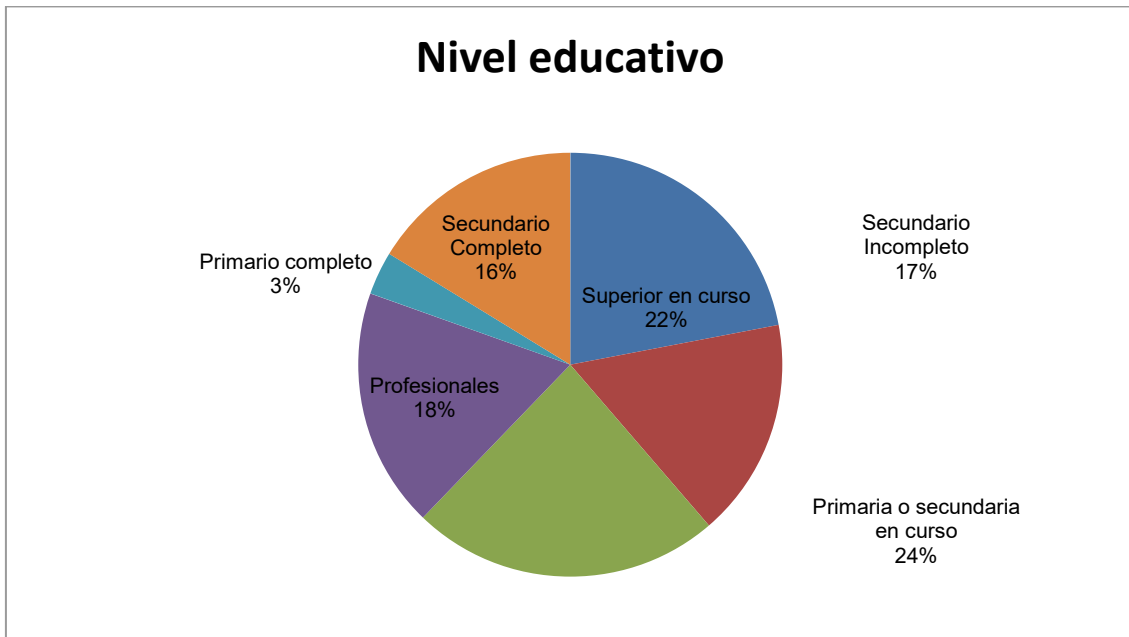


Elaboración y Fuente: Propia

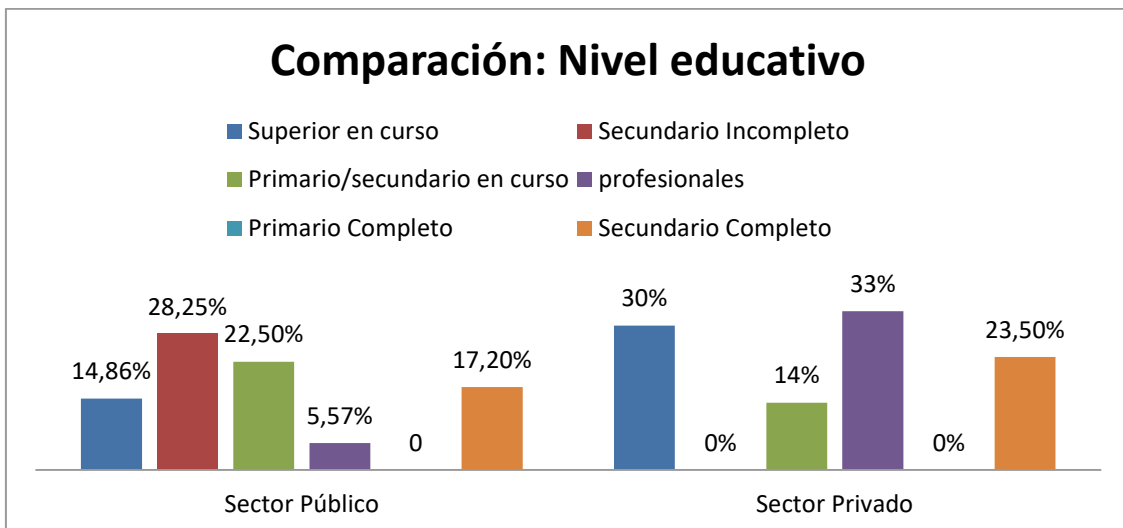
La última dimensión a tener en cuenta es el nivel educativo de cada encuestado/a. Si tenemos en cuenta que los/as niños/as dicen encontrarse todos/as escolarizados/os, la mayoría de los mayores de 15 años se encuentran en la primaria o secundaria o bien cursando algún nivel de la educación superior.

En relación con las condiciones educativas por sector podemos analizar que la mayoría de profesionales se concentra en el sector privado mientras aquellos que no finalizaron el secundario lo realizan en el sector público. Al igual de

quienes se encuentran cursando el nivel primario o secundario. En cambio, el nivel superior en curso duplica en la atención privada.



Elaboración y fuente: propia



Elaboración y fuente: propia

2.3. Los modelos sanitarios, el trato y la comodidad en el conurbano sur

En los primeros apartados de este trabajo se pusieron en cuestión dos modelos distintos: por un lado, el neoinstitucional y, por el otro, el Movimiento Sanitarista. Sus diferencias radican en el modo de gestionar la salud: el neoinstitucional se centra en el mercado y el Movimiento Sanitarista se reconoce desde el territorio y la atención centrada en el paciente.

La atención primaria es un núcleo central en los dos modelos ya que en los Centros de Atención Primaria Sanitaria es el primer contacto entre la población, en este caso, del sistema sanitario argentino.

Si tenemos en cuenta los datos planteados desde el trabajo de campo encontramos características del modelo neoinstitucional sanitario sobre todo en cuestiones de competitividad en cuanto al sector público y privado. Como se da en cuenta en los gráficos y porcentajes presentados los encuestados que cuentan con trabajo formal, por lo tanto, con obras sociales o con la posibilidad de abonar una pre paga son la mayoría; sin embargo, estos trabajadores también concurren a las instituciones públicas en busca de atención principalmente en cuestiones de emergencias. Esto se debe muchas veces a la cercanía que tienen con dichas instituciones dentro de los barrios que se nuclean en el distrito. Es decir, el puerto de entrada suele ser la atención brindada por el Estado mediante los CAPS o las Unidades de Pronta Atención.

El Movimiento sanitaria también hace hincapié en las CAPS ya que se considera la institución sanitaria más cercana a la población y a los distintos barrios, lo que le posibilita realizar estudios sociodemográficos, intervenciones de educación sexual, culturales, prevención y promoción a los principales problemas de índole social.. Si bien, estas actividades aún tienen falencias esta orientación comprende a la salud como un conjunto de características que no sólo comprende una patología física o biológica sino cuestiones de índoles integrales al ser humano.

La convivencia de dos ramas contrapuestas en el sistema sanitario se debe a la descentralización como característica específica del sistema sanitario

argentino, lo que permite distintas concepciones dentro de la gestión o funciones respecto al derecho de la salud de la población.

En términos de confort se reconocen distintas características: lo físico, lo social, lo psicológico y lo ambiental. Si tenemos en cuenta las estadísticas planteadas sobre los gastos destinados a cada área e instituciones sanitarias como estudiamos respecto a cantidad de camas por población o la demanda de cada municipio.

Además, el contexto representado en las características de cada distrito también demuestra las condiciones precarias de la calidad de vida sanitaria, al menos de la población encuestada. Estas mismas cuestiones son puestas en juego a la hora del trato junto a características propias en la formación del personal y/o cuestiones laborales.

Estos conceptos serán analizados en profundidad en un próximo trabajo en el cuál el trato y el confort son ejes centrales.

Conclusión

En el presente Trabajo Final Integrador de la especialización en Planificación e Intervención para el Desarrollo presentamos una primera parte de las características sociodemográficas de 400 encuestados pacientes de la región VI sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, específicamente de los municipios de Berazategui, Florencio Varela y Quilmes. En dónde se tiene en valor a siete instituciones: cuatro hospitales públicos y tres sanatorios privados.

Las encuestas fueron realizadas en primera persona con cada actor de la sociedad en proyección a un trabajo de investigación y análisis en función de mi tesis de maestría.

El trabajo se dividió en dos partes: en primer lugar, se presentó un marco teórico y un recorrido sobre dos concepciones sanitarias centrales: el neoinstitucionalismo y el movimiento sanitarista; además se desarrolló dos conceptos importantes en la percepción sobre la atención de los pacientes nucleados en el trato y en el confort.

En segundo lugar, se describió el contexto de los tres municipios urbanos, así como también los gastos y variables económicas de la dimensión sanitaria. Y, por supuesto, lo sociodemográfico de la encuesta realizada a los pacientes y acompañantes.

Entre las principales conclusiones se encuentran que tanto el Movimiento Sanitarias y el Neoinstitucionalismo conviven dentro de un sistema de salud descentralizado, esto se debe a las pujas de poder dentro del ámbito. Esto complica que la atención se centró específicamente en el paciente o que se desarrolle los tratamientos mediante el conocimiento integrado de cada asistente a las instituciones.

Sin embargo, también se reconoce a los Centros de Atención Primaria como el puntapié en la relación entre la salud y el territorio, es decir, se reconoce el entorno del paciente como un actor social y, no como un individuo lejano a su propio contexto. Muchos de estos centros tienen cercanía con los vecinos de los barrios que concurren en busca de asistencia sanitaria.

Asimismo, ese contexto debería ser contemplado a la hora de la atención para reconocer un trato y confort centrado en cada paciente, en sus capacidades y en su entorno, así como su estilo de vida.

Este trabajo tiene como principal finalidad reconocer los datos sociodemográficos de los pacientes para analizar la percepción de los mismos como participantes de la salud pública y privada. También en colaboración que fomente una atención centrada en el paciente y su contexto que permita una mejor atención. La percepción de pacientes como gestores colabora a las mejoras en el sistema sanitario.

Lo desarrollado será tratado con profundidad en la tesis de Maestría con una encuesta más extensa y un análisis cualitativo y cuantitativo de sus resultados.

Bibliografía

Batista F y Merhy E (2011).El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva;7(1):9-20. Universidad de Lanus. Recuperado en: https://www.academia.edu/31805155/El_reconocimiento_de_la_producci3n_subjetiva_del_cuidado

Blanco, J. H., & Maya, J. M. (2015). Fundamentos de salud pública Tomo I: Salud pública. Corporación para investigaciones Biológicas CIB.

Borges, Â., Di Tomaso, R., Farías, C., Fidel, C., González Reynoso, A. E., Gutiérrez, N., ... & Ziccardi, A. (2012). (Des) encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina. Tomo II.

Casallas-Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la Salud, 15(3), 397-408.

Censo nacional de población, hogares y viviendas (2010) : censo del Bicentenario : resultados definitivos, Serie B nº 2. - 1a ed. - Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC

Cetrángolo, O., & Devoto, F. (2002). Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Pan American Health Organization.

Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010). «La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)», Salud Colectiva, año 6, vol. 6, N° 1, marzo, 345-362.

Díaz, L. P. C., Rodríguez, M. J., Otálora, A. G., Molina, C. H., & Patiño, J. M. (2016). PERCEPCIÓN DEL TRATO HUMANIZADO RECIBIDO DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO DURANTE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DE FLORIDABLANCA. Salud en movimiento, 7(2).

Fidalgo, M. (2009): Riesgos y contingencias de la vida: estrategias e institucionalidad confusa. En: Danani, C. y Grassi, E. (organizadoras): El mundo del trabajo y los caminos de la vida. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Fidalgo, M. (2021). INTEGRADO. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina. Debate Público, (22).

Garrafa V y Manchola C (2017) Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. Recuperado en: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2017/08/30/bioetica-y-asimetria-negativa-de-poder-explotacion-desigualdad-y-derechos-humanos-garrafa-volnei-manchola-camilo/>

Giovanella (2013). Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Observatorio de Salud del Mercosur, Río de Janeiro. Recuperado en:

<http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>

Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., & Tobar, S. (2012). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAGS-UNASUR, Río de Janeiro. Recuperado en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/publicaciones/Sistemas de Salud en America del Sur.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/publicaciones/Sistemas%20de%20Salud%20en%20America%20del%20Sur.pdf)

Goodin, Robert E. (2009), "The State of the Discipline, The Discipline of the State", en Goodin, Robert E. (ed.), Oxford Handbook of Political Science, Oxford, Oxford University Press, pp. 3-57.

Hall, P., & R. C. R. Taylor (1996). Political Science and the Three New Institutionalism. Political Studies, XLIV, (936 – 957)

Greer, S. L., Wismar, M., & Figueras, J. (2015). Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. WHO, Washington. Recuperado en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(2), 128-136

Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. JONA: The Journal of Nursing Administration, 36(11), 538-544.

Kolcaba, K., Schirm, V., & Steiner, R. (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. Geriatric Nursing, 27(2), 85-91.

Manzanal, M. (2006). Regiones, territorios e institucionalidad del desarrollo rural. M. Manzanal, G. Neiman & M. Lattuada (2006), Desarrollo Rural. Organizaciones, instituciones y territorios, 21-50.

May, E., Shand, D., Mackay, K., Rojas, F. & Saavedra, J. (Eds.). 2006. Towards the Institutionalization of Monitoring and Evaluation Systems in Latin America and the Caribbean: Proceedings of a World Bank Conference. The World Bank, Washington D.C.

Massaccesi, N. S. (2021). Comportamiento fiscal y descentralización en los municipios de la provincia de Buenos Aires (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata).

Medina, A., & Narodowski, P. (2015). Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Fahce

Medina A y Narodowski P (2018) Hacia un modelo de integración del Sistema de Salud. En Pensando una Buenos Aires más igualitaria: ejes de la nueva agenda metropolitana, Matías Barroetaveña (coord.) 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Octubre.

Medina A y Narodowski P (2019) Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud. Comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. Editorial Miño y Dávila

Meneses, A. U., Acevedo, I. C. T., & Duran, Y. J. A. (2012). Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. Revista ciencia y cuidado, 9(2), 17-25.

Ministerio de justicia y Derechos Humanos (2009) Ley Simple: Derechos del paciente. Ley 26.529. Boletín Oficial. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Publicado en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>

Molina-Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Íconos. Revista de Ciencias Sociales, (63), 185-205.

Narodowski P (2008) La Argentina Pasiva. Desarrollo, subjetividad, instituciones, más allá de la modernidad. El desarrollo visto desde el margen de una periferia, de un país dependiente?. Buenos Aires: Prometeo

Narodowski P (2018) Sistemas de salud comparados. Informe de Investigación (Mimeo)

OPS (2008) Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington. Recuperado en: new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

OPS (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Recuperado en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250

Organización Panamericana de Salud (2017), Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud en las Américas. Rectoría y Gobernanza para la Cobertura Universal. Washington: OPS, OMS.

Ortiz Luzuriaga, M (2021) Diagnóstico de los modelos de desarrollo endógeno en América Latina. Periodo 2010-2019. Universidad de Guayaquil. Recuperado en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/58019/1/ICT-025-2021-T1_CAMBISACA%20S%c3%81NCHEZ.pdf

Peters, B. Guy (2003), El nuevo institucionalismo: teoría institucional en Ciencia Política, Barcelona, España, Gedisa.

Poccioni, María Teresa (2019) Los procesos de comunicación en el contexto de las organizaciones hospitalarias: desafíos teóricos y metodológicos, Compilación de textos de la VI Escuela de Verano. ALAIC. En prensa.

Repetto, Fabián (2001) Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Documento de trabajo n°55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires.

Romero Rodríguez, David Alejandro, Henao-Castaño, Ángela María, & Gómez Tovar, Luz Omaira. (2022). El concepto del confort en el cuidado de enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 38(1), e4163. Epub 22 de abril de 2022. Recuperado en 23 de diciembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100018&lng=es&tlng=es.

Rovere, M. (1999). Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud

Pública/AMR, Instituto Lazarte. Recuperado en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-121.pdf>

Rovere M(2002) Gestión Estratégica de las Organizaciones de Ciencia y Tecnología en Salud Centro de estudios Estado y Sociedad SEMINARIO III. Recuperado en: https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/08/gestionorgsct_rovere2.pdf

Rovere, M. (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. Ministerio de Salud República Argentina. Recuperado en: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf

Shortell, S. (2006). Integrated Health Systems: Promise And Performance. School of Public Health, University of California-Berkeley. Recuperado en: <https://www.hks.harvard.edu/m-rcbg/hcdp/readings/Integrated%20Health%20Systems%20-%20Promise%20and%20Performance.pdf>

Sigerist H.E. (1987) "Civilización y enfermedad" 1ra edición. Mexico, DF.:Fondo de Cultura Economica.

Who y Alianza para la investigación en políticas de salud (2009) Aplicación del pensamiento sistémico a la gestión de los servicios de salud. World Health Organization. Ginebra digicollection.org/hss/documents/s16870s/s16870s.pdf

Who (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. World Health

Organization.Ginebra. Recuperado en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402558/>

Who (2010b) Estadísticas y salud. Recuperado en:
www.who.int/features/qa/73/es/