

CONURBANO y CABA: Mundos desiguales para la ATENCIÓN DE LA SALUD



Por Magdalena Chiara¹

El vacío en el debate electoral en cuanto a temas de salud abre la necesidad de discutirlo en la esfera pública. La situación en el Gran Buenos Aires en este campo está marcada, entre otros atributos, por las profundas brechas entre el Conurbano Bonaerense y CABA.

Las diferencias en la atención de la salud se identifican en la cantidad de consultas recibidas, los egresos producidos, la demanda de la población sin cobertura de obras sociales o planes de salud y el gasto en los servicios.

¹ Directora Académica de la Diplomatura Gestión de las Políticas de Salud en el Territorio. Instituto del Conurbano, Universidad Nacional del General Sarmiento.

En el debate electoral existe un vacío enorme en los temas de salud. Los pocos emergentes de la cuestión hacen referencia a la necesidad de jerarquizar institucionalmente su tratamiento (la imprescindible restitución del estatus de Ministerio en el nivel nacional) y a la gravedad de la situación que padecen cada vez más vastos sectores de la población en el acceso a medicamentos, drogas para enfermedades crónicas o vacunas, entre otros insumos críticos. En esta línea, más de 50 sociedades científicas, universidades y organizaciones de la sociedad civil vienen planteando [#SaludEnElDebatePresidencial](#), abogando para que los temas de salud estén presentes en el debate público en el contexto electoral.

Sin desconocer la importancia que tienen estos asuntos, poco se habla sobre los problemas estructurales que atraviesa el sector salud y que tornan tan frágiles los logros alcanzados. Se trata de problemas complejos que requieren de acciones conjuntas (y sostenidas en el tiempo) del Estado en sus distintos niveles para acortar las brechas de desigualdad que existen entre familias, comunidades y territorios.

El Conurbano Bonaerense es un caso paradigmático en el que la desigualdad entre territorios se ve reforzada por las características de su estructura sanitaria, tanto pública como privada. Los traslados cotidianos que realiza la población para acceder a los servicios de salud son apenas el síntoma de un problema mayor: la segmentación de derechos y la desigualdad en la oferta de servicios entre territorios.

Más allá de las preocupaciones que habitualmente se enuncian en relación a este problema ("¿a quién le corresponde pagar esas prestaciones?"), estos fenómenos son el emergente de una situación de profunda injusticia que debe ser reparada y que precisa de la acción mancomunada del Estado nacional, de la Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en coordinación con los municipios.

Los municipios del Conurbano y la CABA son mundos desiguales en los que habitan y circulan personas, familias y comunidades que tienen, en teoría, los mismos derechos. La oferta de servicios (en hospitales y centros de salud) y los recursos financieros disponibles en uno y otro territorio revelan enormes brechas en relación a la magnitud de la demanda a la que deben

dar respuesta. La producción de uno y otro mundo en salud medido en las consultas médicas y en las internaciones (egresos) en sus centros de salud y hospitales es expresión de esta desigualdad y advierte acerca de las condiciones bajo las cuales, a uno y otro lado de la Avenida General Paz, se prestan servicios.

Procesos de movilidad en un territorio contiguo

Los traslados que realiza cotidianamente la población para ser atendida en los hospitales porteños con sus propios recursos y con el conocimiento de que disponen acerca de cuál es el mejor lugar para resolver sus problemas, son emergentes de la segmentación de derechos que existe entre los territorios.

De hecho, en 2017 cerca del 14% de la población de 18 años y más residente en Conurbano Bonaerense se trasladaba a la CABA para recibir atención en la última consulta médica, mientras que sólo un 4% lo hacía en el sentido inverso². Se trata de un fenómeno de magnitud diferente en sus valores absolutos: representaba aproximadamente a 1,5 millones de personas que se movilizaba desde el Conurbano hacia los hospitales de la CABA, mientras que alrededor de 122 mil lo hacía en el sentido inverso.

El lugar de procedencia de las personas que se internan en los hospitales porteños muestra también estos movimientos: un 33% de los pacientes que se había internado en los hospitales de la CABA en el año 2010 tenían su residencia permanente en el Conurbano.³

Cuando se hace referencia a este tema, se omite un dato muy importante: las personas se trasladan desde un territorio menos favorecido buscando mejores condiciones para recibir atención a sus problemas de salud, lo hacen por sus propios medios y sin ningún tipo de derivación. Así, el lugar donde reciben o buscan recibir respuestas a sus necesidades de atención médica depende del conocimiento que cada una posea y de las posibilidades de disponer de tiempo y dinero para pagar el transporte para llegar a ese destino. Desde el punto de vista sanitario, este no es un dato menor ya que

² ODSA-UCA y Defensoría de la Provincia de Buenos Aires, 2018

³ Departamento de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud, GCBA, 2010. Ministerio de Salud GCBA (2017) Plan de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2016 / 2030. Pp. 30-31

resolver un evento de enfermedad no es cuidar de la salud.

Se trata de procesos relevantes para la dinámica de la atención que deben ser objeto de un tratamiento sistemático, coordinado y sostenido en el tiempo por parte de las instituciones estatales supra locales. [La experiencia de las redes perinatales en la Región Metropolitana de Buenos Aires](#) muestra la importancia sanitaria que tiene construir "soporte" a estos recorridos, a la vez que la fragilidad que muestran en contextos de ajuste como el presente. Estos procesos de movilidad son apenas un emergente de las **brechas de desigualdad** que diferencian a los municipios del Conurbano respecto de la CABA en el volumen de la actividad que desarrollan centros de salud y hospitales, en la demanda que deben atender y en los recursos de que disponen.

El quehacer de los establecimientos estatales

A diferencia de lo que sucede en la CABA, en el Conurbano Bonaerense la gestión de los servicios estatales de salud está a cargo de los tres niveles del Estado. La Provincia, los 24 municipios y, en menor medida, la Nación, comparten la gestión de [73 hospitales públicos](#) que disponen de un total de 9796 [camas⁴ para internación](#). A esta dotación se suman los 781 centros de atención sin internación que están -- casi en su totalidad -- bajo la órbita de los municipios. Se trata de un entramado institucionalmente complejo y débilmente regulado donde conviven estas tres jurisdicciones con escasos mecanismos de coordinación.

Tabla N° 1: Establecimientos estatales, 24 partidos del Conurbano Bonaerense, 2017

Dependencia	Hospitales				Centros de Atención sin internación			
	Total	Nacionales	Provinciales	Municipales	Total	Nacionales	Provinciales	Municipales
Total 24 partidos del Conurbano	73 (9796 camas)	1 (483 camas)	33 (5722 camas)	39 (3591 camas)	781	0	13 UPAs + 38 (CPA y unidades sanitarias)	763 CAPS y postas

Fuente: elaboración propia con base al Ministerio de Salud de la PBA

⁴ Camas / Definición: Es el número de camas (ocupadas y/o desocupadas) en condiciones de uso para la atención de pacientes internados que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período.

En la CABA, [29 hospitales públicos](#) disponen de un total de 6986 camas para internación en 13 hospitales agudos, 2 hospitales de niños y 14 hospitales especializados; el primer nivel se completa con 38 CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) y 39 CMB (Centros Médicos Barriales) que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Se trata de una red más homogénea que se encuentra bajo una misma jurisdicción y que está regulada por la Ley Básica de Salud (153/1999, reglamentada en el año 2001).

Una forma de medir el volumen del trabajo realizado por los establecimientos de salud, sean hospitales, centros de salud o consultorios, es a través de las consultas médicas⁵ que realizan. Es importante aclarar que este dato nada dice acerca de la eficiencia de las organizaciones, de la calidad de los servicios que prestan ni de la satisfacción que de éstos tienen los usuarios; sólo hace referencia a su "producción".

Tabla N°2: Consultas externas hospitalarias. CABA y Conurbano Bonaerense

	CABA	24 partidos del Conurbano
Consultas (establecimientos con y sin internación del subsector estatal) (2017) (1)		42.228.420
Consultas en consultorios externos en hospitales CABA (2017) (2)	8.095.950	
Consultas médicas en CeSAC (2015) (3)	417.001	
Consultas médicas realizadas a Cobertura Porteña de Salud / Plan Médico de Cabecera (2016) (4)	148.911	
Total	8.661.862	42.228.420

Fuentes:

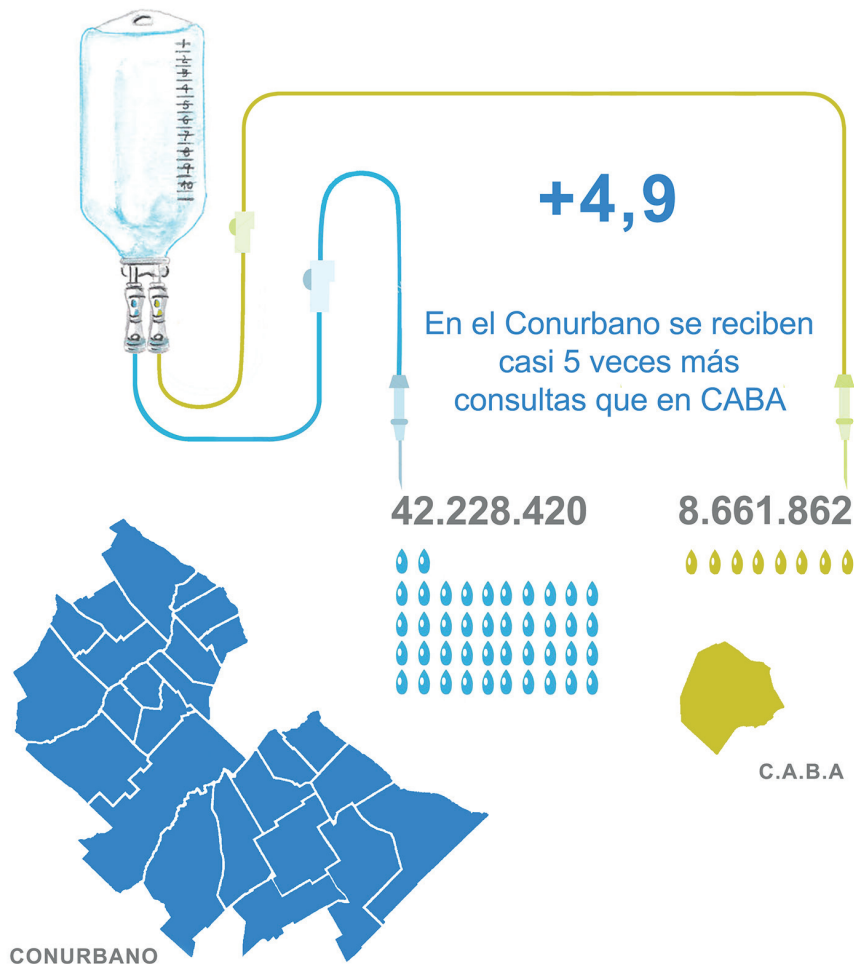
- (1) DIS, Ministerio de Salud. PBA.
- (2) Movimiento Hospitalario - Subgerencia Operativa de Estadística - DGSISAN - MSGC.
- (3) Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud. (2015, último año disponible)
- (4) Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud. (2016, último año disponible)

⁵ Consulta médica / Definición: es la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un centro de atención primaria, un consultorio externo o en una unidad de emergencia para pacientes externos. Incluye las atenciones a consultantes sanos.

En el año 2017, en el Conurbano Bonaerense se realizaron más de 42 millones de consultas en los establecimientos del subsector estatal (hospitales y centros de atención sin internación) de las tres jurisdicciones, nacional, provincial y municipal.

Muy por debajo de estos valores, los establecimientos dependientes del GCBA realizaron casi 8,7 millones de consultas en los consultorios externos de los hospitales, en los CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) y en los consultorios barriales del [Programa Cobertura Porteña de Salud / Plan Médico de Cabecera](#).⁶⁻⁷

CONSULTAS



6 Está dirigido a todas aquellas personas que no posean cobertura médica (ni prepaga, ni obra social), y que acrediten residencia habitual y permanente en la ciudad de Buenos Aires.

7 Tanto en consultas como en egresos, se excluye al hospital Garrahan porque se trata de un hospital que atiende a pacientes de todo el país.

El volumen de la producción que realizan los hospitales se mide a través de los egresos hospitalarios.⁸ Al igual que en el caso anterior, este indicador no dice nada acerca de la calidad de la atención, ni de los niveles de satisfacción de los usuarios de los establecimientos; sólo permite medir su “producción”.

Tabla N°3: Egresos hospitalarios. CABA y Conurbano Bonaerense

	CABA	24 partidos del Conurbano
<u>Egresos hospitales CABA (2017) (1)</u>	161.461	
<u>Egresos hospitales Conurbano (2017) (2)</u>		547.495
Total	161.461	547.495

Fuentes:

(1) Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) sobre la base de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud.

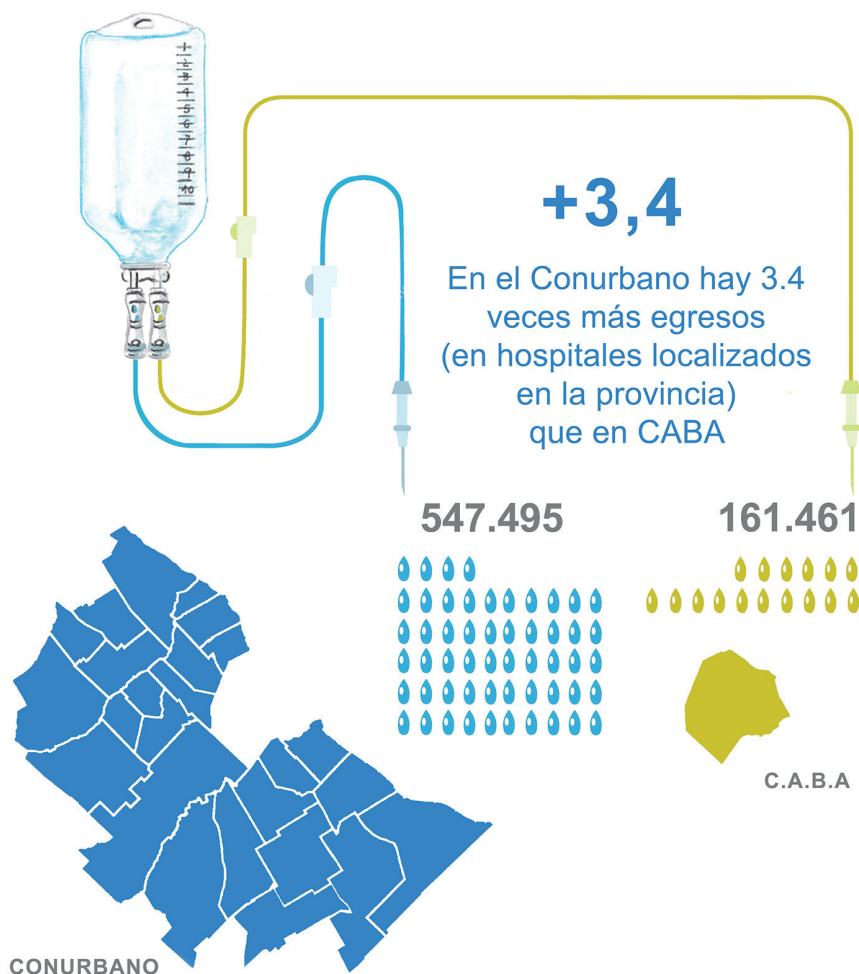
(2) Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En el año 2017, en el Conurbano Bonaerense los hospitales estatales (el nacional, los 33 provinciales y los 39 municipales) realizaron algo más de 547 mil egresos, mientras que en los hospitales dependientes del GCBA el volumen fue significativamente menor (algo más de 161 mil). Cabe recordar que en el año 2010, un tercio de estas internaciones correspondía a población residente en los municipios del Conurbano, especialmente de aquellos que limitan con la CABA y cuentan con una dotación de infraestructura (en relación a la cantidad de población a la que deben dar respuesta) más desfavorecida (La Matanza y Lomas de Zamora)⁹.

⁸ Egreso / Definición: Es la salida del establecimiento de un paciente internado y las categorías pueden ser: (a) Egreso de paciente vivo: es la finalización del período de internación por cura, mejoría, o inalteración de su estado; se incluye alta médica, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, otra situación que no sea defunción. (b) Egreso de paciente fallecido: es la finalización del período de internación por el fallecimiento del paciente.

⁹ Ministerio de Salud. GCBA. 2017. Plan de Salud CABA. 2016/2030.

EGRESOS



Estos dos datos muestran las profundas brechas que existían en 2017 entre ambas jurisdicciones. En materia de consultas, los hospitales y centros de salud del Conurbano Bonaerense realizaron **4,9 veces más consultas** que los de la Ciudad, mientras que en el volumen de internaciones, realizaron **3,4 veces más egresos** los hospitales localizados en el Conurbano que de los de CABA.

Aun siendo muy superiores estos valores que los de la Ciudad, la capacidad de resolver prestaciones médicas (medidas a través de las consultas y las internaciones) por parte de los establecimientos estatales del Conurbano es **claramente insuficiente** ya que el subsector estatal en esta región debería dar respuesta (al menos) a una demanda de **población sin otra cobertura de obra social o plan de salud que es 13 veces superior a la de Ciudad.**

Tabla N°4: Estimación de la población sin cobertura de obra social o plan de salud.
2017. CABA y Conurbano Bonaerense

	CABA	24 partidos del Conurbano
Proyección de población (1)	3.063.728	11.247.937
Porcentaje de población sin cobertura de obra social o plan de salud. (2)	9,41	33,77
Total	288.297	3.798.428

Fuentes:

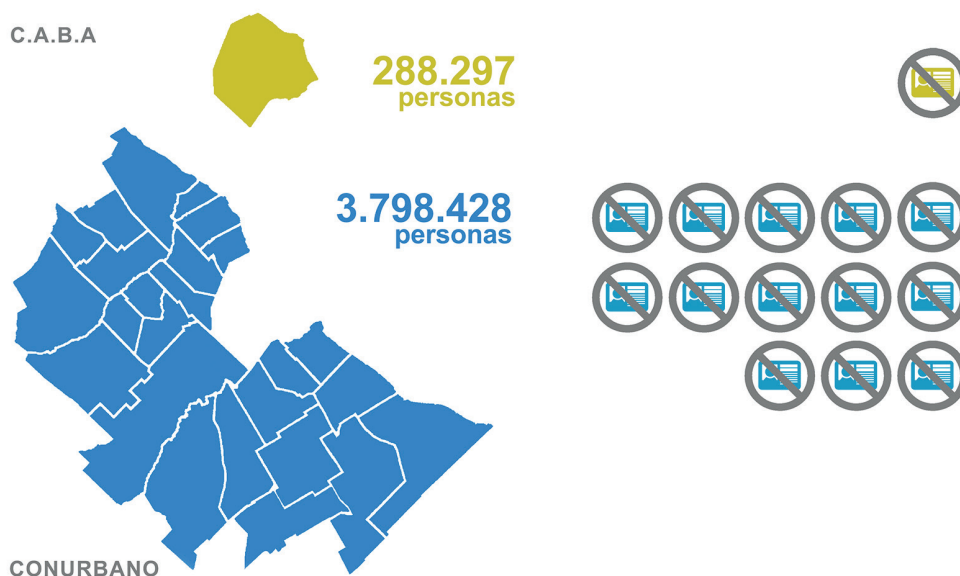
(1) INDEC, 2013. Estimaciones de población.

(2) Equipo Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO/UNGS). Elaboración propia con base a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), INDEC. 4to trimestre.

COBERTURA

El Conurbano debe dar respuesta a **13 veces** más población que **no** dispone de otra **cobertura de Obra Social o seguros privados** que los establecimientos estatales.

Población sin cobertura obra social y planes de salud (2017)



Los recursos para atención pública como problema

El financiamiento es sin dudas el principal determinante de las brechas de desigualdad en materia de acceso y beneficios en salud.

En el Conurbano Bonaerense, tres jurisdicciones (Provincia, municipios y Nación) concurren financiando servicios y programas de salud en proporciones diferentes. Un 44% de los recursos corresponde a lo que invierte el ministerio provincial (en sus 33 hospitales y en los gastos generales de sus programas en este territorio), mientras que el 41% corresponde al gasto realizado por los municipios a través de sus secretarías de salud (también en programas, hospitales y centros de salud). La inversión que realiza el Estado nacional (a través del Hospital Posadas, de las contribuciones a los hospitales SAMIC y de los programas) representa algo más del 14%. En 2017, el conjunto de esos recursos alcanzaba un total de 31.338 millones de pesos.

Tabla N°5: Gasto en atención pública de salud, total y per cápita, CABA (GCBA) y Conurbano (Nación, Provincia y municipios)

	CABA	24 partidos del Conurbano
Presupuesto de gasto finalidad salud 24 municipios Conurbano (1)		12.920.959.121
<u>Presupuesto de gasto en establecimientos provinciales de salud (2)</u>		10.562.689.000
<u>Prorratio gastos generales provinciales (3)</u>		3.326.583.062
<u>Presupuesto de gasto en hospitales nacionales en Conurbano (4)</u>		4.266.900.154
<u>Estimación programas nacionales por ubicación geográfica (5)</u>	s/d	261.289.073
<u>Presupuesto de gasto finalidad salud GCBA (6)</u>	29.469.016.983	
Total	29.469.016.983	31.338.420.409
Gasto en atención pública per cápita (7)	9.619	2.786

Fuentes:

(1) Elaboración del proyecto en base al presupuesto aprobado de los municipios e información periodística. Los valores no disponibles fueron estimados al 16,93% del presupuesto total. Proyecto ICO/UNGS: "El gasto público metropolitano en la RMBA: aproximación inicial a su definición conceptual y metodología de medición" (Martínez, Pappas y Mangas).

(2) Elaboración del proyecto de referencia en base al Presupuesto 2017 publicado por el Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires.

(3) Elaboración propia aplicando la participación de los 24 partidos en el Producto Bruto Geográfico (48,99%) (Lodola, Brigo y Morra, 2010) sobre el presupuesto de gastos generales del Ministerio de Salud provincial para "Sede central" (\$ 6.790.330.806).

(4) Elaboración del proyecto de referencia en propia en base al Presupuesto 2017 publicado en el Ministerio de Hacienda de la Nación.

(5) Elaboración propia con base a Presupuesto 2017 publicado en Ministerio de Hacienda de la Nación: Detalle de programas por ubicación geográfica, ponderado por participación de los 24 partidos del Conurbano (ver nota arriba). Los datos disponibles para CABA incorporan gastos de funcionamiento de los programas y compras de bienes de consumo generales por lo cual no pueden ser considerados en este cálculo.

(6) Presupuesto de gasto Finalidad Salud, 2017. Ley N° 5.724/2016.

(7) Elaboración propia en base a estimaciones a 2017 (INDEC, 2013).

En la CABA, el Ministerio de Salud del GCBA financia casi la totalidad de los programas y servicios que se desarrollan bajo su jurisdicción; en 2017, el presupuesto de gastos para la finalidad salud alcanzaba los 29.469 millones de pesos.

Sumando las tres jurisdicciones que prestan servicios en los 24 partidos del Conurbano (nación, provincia y municipios), los recursos disponibles estaban ese año apenas un 6% por encima del que dispone la Ciudad.

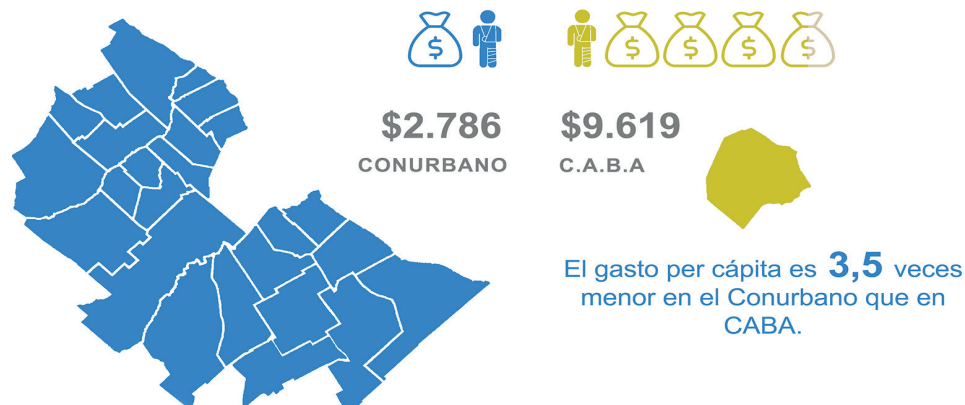
El gasto per cápita (GPC) muestra estas brechas al comparar gasto agregado en atención pública con la población. En el 2017, el GPC de la Ciudad fue 3,5 veces superior al del Conurbano; si la comparación se estableciera sólo con la población que no tiene cobertura de obra social y plan de salud, la relación ascendería a trece veces.

GASTOS EN SALUD



El presupuesto de las tres jurisdicciones en el Conurbano (Nación, Provincia y municipios) es apenas un **6%** superior al de CABA.

Gasto en salud per cápita (2017) (en pesos)



Marcas de un problema metropolitano

Cuatro atributos expresan la desigualdad que signa a estos territorios:

1. Los hospitales y centros de salud del Conurbano realizan casi 5 veces más consultas que los de la Ciudad.
2. Los hospitales localizados en el Conurbano producen 3,4 veces más egresos que los de la Ciudad.
3. Esta producción es claramente insuficiente ya que el subsector estatal en el Conurbano debe dar respuesta (al menos) a una demanda de población sin otra cobertura de obras sociales o planes de salud que es 13 veces superior a la de Ciudad.
4. El gasto en atención pública de salud de las tres jurisdicciones que prestan servicios en los 24 partidos del Conurbano (nación, provincia y municipios) es apenas un 6 % superior que el que dispone la Ciudad. El gasto per cápita es 3,5 veces superior en la Ciudad que en el Conurbano.

Los traslados que realizan cotidianamente las personas en busca de atención médica sin derivaciones y guiadas por su solo conocimiento acerca de cuál es el mejor lugar para ser atendida, son apenas un emergente de la desigualdad enorme que caracteriza a estos territorios en materia de estructura sanitaria y recursos.

Se trata de un problema que reclama la atención mancomunada y orgánica del Estado nacional, de la provincia de Buenos Aires y de la CABA; en coordinación con los municipios que, en esta jurisdicción, tienen (de hecho) responsabilidades en la provisión de servicios de salud.