
“EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA PÚBLICA DE EMERGENCIA EN LA CIUDAD DE TRELEW, EN LOS ALBORES DE UN NUEVO MILENIO”

Walter Cristian Lienqueo
Profesor y Licenciado en Geografía

1. ¿A QUIENES LE COMPETE EL TEMA “SALUD”?

El nuevo concepto de Salud, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad”, ha ampliado su campo de análisis y estudio, dejando en evidencia que hoy más que nunca la salud de cualquier población ya no está ni conceptual ni operativamente subordinado de manera exclusiva al campo de la medicina, haciendo cada vez mayor la necesidad de contar con aportes provenientes de otras disciplinas entre las cuales se encuentran las ciencias sociales. El sector de Asistencia Médica de Emergencia obviamente no está excluido de esta cuestión. En los últimos años esta misma Organización ha detectado la incapacidad de la mayoría de las sociedades de asistir eficientemente a sus integrantes en lo que a salud se refiere, producto de los continuos cambios que se producen en el amplio espectro social.

Es así como los problemas que se identifican como propios de las disciplinas médicas y que determinan la salud, no deben tomarse como problemas exclusivos de dichas disciplinas. La salud se presenta como un asunto que no necesita de un único especialista, por que ciertamente son muchos los que tienen que contribuir a que se alcancen los objetivos que cualquier sociedad se fija en este terreno. ***Es un problema básicamente multidisciplinario***, y en ese sentido una de las cuestiones a concretar es la de “borrar” aquella vieja creencia que relacionaba a la salud directamente con la enfermedad y con la necesidad de atender a los enfermos, para situarla en otra perspectiva donde se pueda convocar y facilitar la participación de disciplinas y pensamientos extramedicinales, en donde las ciencias sociales tienen mucho que ofrecer.

Situaciones que se presentan diariamente en una comunidad y que condicionan a la salud de su población como las características particulares del crecimiento demográfico, el hacinamiento urbano o el desorden en su entramado, o el elevado costo de la atención y el recorte del Gasto Público en Salud, los desequilibrios entre la fuerza de trabajo del sector sanitario y las necesidades de los servicios, o una creciente clase media empobrecida que aumenta el número de usuarios del Servicio Público, son cuestiones que exceden enormemente el área estrictamente medicinal, epidemiológica o asistencial.

Dicho panorama se agrava cuando ocurren cambios en los estilos de vida y en la convivencia entre las personas (mayor delincuencia y agresión física entre individuos) y cambios en el medio ambiente (mayor grado de contaminación que llevan a que reaparezcan viejos problemas que se crían aislados como el Cólera), o cuando surgen nuevos problemas de amplia magnitud como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Ante tal realidad, los profesionales de la Salud, suelen declararse como incapaces de planificar su trabajo de manera integral, por el simple hecho de que sus formaciones no les ha brindado el conocimiento sobre la estructura y dinámica de una ciudad o sobre el manejo contable y administrativo de una Institución, o sobre cómo lograr contener una oleada de violencia producida por la exclusión social que afecta a ciertos sectores de la sociedad, por citar ejemplos extremos.

Ante esta necesidad de interdisciplinariedad dentro del ámbito de la salud es necesario promover la comunicación y el activo compromiso de trabajar en conjunto entre los distintos sectores de la sociedad. Esta relación con asuntos sociales e inclusive económicos y políticos se evidencian claramente en casos tan concretos como el que se cita a continuación, extraído de uno de los documentos recientemente editados por la Organización Panamericana de Salud:

“...En 1990 existía en Santiago de Chile una gran cantidad de mortalidad infantil como causa de neumonías. Esto decidió resolverse organizando Servicios de Urgencia para asistir a estos casos. Esta actitud es la más mala de las soluciones desde el punto de vista de la Salud Pública. Pero es la mejor de las soluciones por el momento desde el punto de vista de la madre que tiene un hijo cianótico y que sabe que a cualquier hora del día o de la noche va a llegar a un centro donde le proporcionen oxígeno, broncodilatadores y le enseñen las maniobras para poder vaciar las secreciones que se han acumulado en los bronquios de sus hijos. Lo ideal de todo esto sería disminuir el nivel de contaminación de la ciudad, lo cual demandaría cambiar el modelo social y también económico de la región. Obviamente al discutir esta posibilidad saldría a la luz el análisis económico de costo-beneficio, inversiones, recesión, cuestiones que afectaría gravemente al sistema económico local, el comportamiento de sus habitantes, a la educación, al nivel de vida, de esto y de lo del más allá, y no se lograría por que Santiago de Chile sigue siendo y será una de las ciudades más contaminada por los automovilistas” (O.M.S.: *“Sobre la Teoría y Práctica de la Salud Pública: Un debate, múltiples perspectivas”*).

Como se trata de demostrar en este último ejemplo, las alternativas que se deben buscar para darles soluciones reales a los problemas sanitarios de las poblaciones muchas veces no dependen exclusivamente del sector salud, sino por el contrario generalmente abarca prácticamente todos los aspectos de la organización política, económica y social de una comunidad. Aquí se evidencia concretamente la necesidad de crear esos momentos o espacio de trabajo multidisciplinar para encontrar las alternativas de acción en pro de mejorar las condiciones de salud, teniendo en cuenta esta visión macro del problema sin olvidar las particularidades del mismo.

Situaciones como las ocurridas en Santiago de Chile no están tan alejadas de nuestra propia realidad local, dado que muchos de los posibles cambios que se quieran realizar en el ámbito sanitario en la ciudad de Trelew, seguramente rozarían aspectos sociales, políticos y económicos de la comunidad.

¿Cuál sería el aporte de la Geografía en temas de salud?. La Profesora Ana Olivera afirma que “... los análisis sociológicos, antropológicos, económicos y geográficos han puesto de manifiesto que la salud pública depende tanto de decisiones políticas como técnicas, ya que la distribución equitativa de servicios sanitarios, la normativa medioambientales o las políticas preventivas sobre conductas dañinas pueden incrementar la eficacia de los cuidados médicos.” Los geógrafos tienen que responder al reto que significa la participación en estos estudios interdisciplinarios de Salud y de planificación de Servicios Sanitarios, dado que poseen las herramientas para realizar sus aportes y posiblemente sea la Geografía de la Salud la rama más indicada para concretar esta participación, lo cual no niega la capacidad de acción de las demás ramas para hacer lo suyo, al punto tal que en la presente labor investigativa se podrá apreciar de hecho el uso de conceptos, marcos teóricos, perspectivas de análisis y demás elementos de varias de las ramas geográficas.

Actualmente se define a la Geografía de la Salud como “... el estudio espacial de la calidad de la salud de las poblaciones, de sus comportamientos y los factores de su entorno que contribuyen en la promoción o en la degradación de la salud” (Picheral, 1989). Para Vigmeron (1991), esta debe entenderse como “... el análisis espacial de las disparidades de los niveles de salud de las poblaciones y de los factores medio ambientales que contribuyen a explicar esas desigualdades”.

Dentro de esta disciplina se ha llegado a plantear cuatro grandes líneas de estudio, a saber:

- ☞ La distribución de las enfermedades y su mapificación.
- ☞ Los patrones espaciales de mortalidad, enfermedad y salud; elaboración de Atlas de mortalidad y enfermedades.
- ☞ Difusión de las enfermedades en el tiempo y el espacio; predicción de procesos.
- ☞ Análisis espacial de los sistemas de salud, equipamientos, servicios y su utilización.

Es precisamente en este último punto en el que se basó la mayor parte de la labor de investigación para concretar la presente Tesis, lo cual no niega el hecho de haber mantenido una constante interrelación y una visión integradora con otros aspectos que se entrelazan en el grueso campo de la Salud Pública descriptos en páginas anteriores; ya que difícilmente se puede hacer una buena planificación de servicios médicos si no se conoce los patrones de morbilidad (entendida como los casos de enfermedad en una determinada población) y de poco sirven unos equipamientos sanitarios abundantes y subutilizados si el problema radica en los riesgos medioambientales o inclusive de hábitos sociales de la población.

2. ACLARACIONES CONCEPTUALES

A lo largo del presente trabajo irán apareciendo una serie de término que pueden llevar a una conceptualización muy amplia de los mismos. Es por esta razón y para que su interpretación sea realmente la que se intenta dar, se cree necesario dejarlos claramente precisados desde un inicio.

El primero, Salud, ya ha sido definido anteriormente como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad”. En cambio la Salud Pública debe entenderse como “... el ámbito en dónde gobiernos nacionales, provinciales e inclusive municipales poseen la responsabilidad de salvaguardar la salud de su población”.

Atención Médica, que aquí se la toma como sinónimo de Asistencia Médica, surge y se desarrolla frente a la necesidad del hombre. Podemos definirla como “... el conjunto de actividades científicas y técnicas, realizadas sobre las personas, buscando promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las mismas, mediante el empleo de toda clase de recursos idóneos”.

Respecto a las variables formuladas en el Proyecto de Tesis presentado anteriormente se cree propicio repasar nuevamente su concepción. Dichas variables son:

- ☞ **Atención Médica Pública de Emergencia en la ciudad de Trelew.** *La misma se define como: el servicio que brinda médicos, enfermeros y otros agentes pertenecientes a un Organismo Asistencial Estatal emplazado en la ciudad de Trelew, a una persona que necesita un inmediato tratamiento o cuidado sanitario para revertir un estado de salud deteriorado.*
- ☞ **Crecimiento demográfico de la ciudad de Trelew en la última década;** *el cual se define como el aumento en el número de habitantes de la ciudad de Trelew en el período 1990-1999. Aquí vale la aclaración de que se ha decidido optar por este período de análisis, dado que se considera que es precisamente en esta década en donde el incremento de la población trelewense pudo haberle dado los ribetes que presenta el funcionamiento de la Asistencia Médica Pública en plena transición hacia el nuevo milenio.*
- ☞ **Políticas Públicas en el ámbito de la Salud.** *Ellas se entienden como: el conjunto de medidas adoptadas por el Estado (nacional o provincial) tendientes a influir en las variables básicas de los Servicios Asistenciales que brindan sus atenciones al común del pueblo.*

3. EL DERECHO A LA SALUD Y LAS RESPONSABILIDADES DEL ESTADO

Es común encontrarse diariamente con la expresión que “la Salud es un Derecho que debe ser garantizado por el Estado”, pero cabe preguntarse: ¿esto es realmente así?. Antes de dar una respuesta precisa es necesario hacer mención a varios argumentos teóricos; empezando por examinar la expresión “derecho a la salud”, en cuanto se refiere a la función del Estado de garantizar un derecho individual a la salud.

La O.M.S. reafirma que el derecho a la salud debe considerarse como “un derecho humano básico”, si bien es evidente que no es posible garantizar a nadie una salud perfecta, dado que la búsqueda de soluciones efectivas a los complejos problemas de salud debe extenderse más allá de reducir el riesgo de enfermedad y muerte. Las condiciones que resultan vitales de mejorar para que las personas puedan realizarse al máximo, tanto física como intelectualmente, comprende desde protección del medio ambiente, salud ocupacional y vivienda digna hasta atención materno-infantil, protección de alimentos, buenas prácticas nutricionales y educación sanitaria.

Por consiguiente, resulta más correcto hablar del *derecho a la atención de la salud*. Dicha atención comprende una variada gama de servicios relacionados con las condiciones expresadas anteriormente, servicios entre los cuales se encuentra el de “asistencia médica pública de emergencia”.

Una vez más comprobamos que la protección de la salud depende también de actividades relacionadas con la misma en los campos de saneamiento, ingeniería ambiental, vivienda, urbanización, educación y bienestar social que las afectan directamente y que con mayor frecuencia se las considera una responsabilidad de la sociedad. En estrecha relación con lo anterior la misma O.M.S. sostiene que en la mayoría de los países “... es en el fundamento jurídico de la legislación que versa sobre estas áreas...” en donde hay que prestar mayor atención, dado que es en dicho fundamento en donde reside la capacidad que el Estado posee para proteger la salud pública o las condiciones sanitarias.

Este fundamento se ve expresado en las Constituciones Nacionales, Provinciales y en la Legislación de los países, por lo que es esencial abocarnos primeramente a un breve análisis sobre las mismas y principalmente sobre la perteneciente a la Nación Argentina y a la Provincia del Chubut; partiendo del hecho de que una Constitución es el marco general del cual se parte para establecer y tomar una decisión o medida de cualquier índole (político, social, económico) dentro de una sociedad.

3.1 Sobre Normas Constitucionales: su enunciado y su ejecución

Toda Constitución Política persigue, explícita o implícitamente, preservar ciertos valores culturales compartidos por la sociedad. El valor de los individuos, el respeto al pluralismo institucional, la función de la Ley en la sociedad, la fuente de la autoridad gubernamental, las actitudes básicas hacia la importancia de la religión, la familia, la igualdad de oportunidades, la propiedad privada y otros principios básicos, inevitablemente se reflejan en las disposiciones constitucionales. Entre estas disposiciones es vital establecer una distinción entre dos tipos de Normas Constitucionales: las normas operativas y las normas programáticas.

Se entiende por normas operativas a disposiciones inmediatamente aplicables, aquellas cuya eficacia no depende de norma posterior que la reglamente o haga explícita, es decir confieren un derecho directamente y la propia Constitución autoriza al individuo o a un grupo social a exigirlo, como en el caso de la libertad de culto, la libertad de expresión, el derecho de asociación, por citar algunos ejemplos; y por normas programáticas, aquella cuya eficacia está supeditada a reglamentación o explicitación ulterior; es decir que por sí sola no es autoejecutable.

Las normas programáticas planteadas en tiempo futuro, otorgan un mandato a cualquier legislador para que por medio de la ley, o del decreto en caso de que el mandato esté dirigido al Ejecutivo, realice mediante estos instrumentos legales los contenidos de la norma constitucional, es decir, la haga aplicable. Este tipo de normas tiene gran importancia, pues la mayor parte de los derechos económicos y sociales incorporados a las constituciones tienen carácter de programáticos, siendo la salud uno de ellos.

Como las normas programáticas necesitan de otra norma reglamentaria que permita hacerlas funcionar y aplicar y mientras ésta no se dicte no puede ser aplicada, se plantea una seria cuestión: si la Constitución es suprema en la totalidad de sus normas cualquiera que sea la naturaleza de cada una de ellas, y si las que son programáticas no pueden aplicarse hasta que se dicte su reglamentación, parece que la falta de esta reglamentación suspende transitoriamente su funcionamiento y posterga la supremacía de la Constitución. Ello es grave, sobre todo cuando en la norma constitucional programática se halla reconocido un derecho, pues la persona que es titular de ese derecho no alcanza a disfrutarlo mientras no se dicte la norma reglamentaria.

Pero de toda manera es posible asignarle cierto valor positivo a dichas normas programáticas e inclusive se puede llegar a afirmar que son indispensables, en la medida que posibilitan la constante adaptación a la multiplicidad, al dinamismo y a la variabilidad de la vida social; siempre y cuando los legisladores o el Ejecutivo sancionen la posterior reglamentación legal.

En la Constitución Argentina existe un artículo, al que se hará alusión en párrafos posteriores, que expresa el “derecho a la atención de la salud” y que obviamente se encuentra incluido dentro de algunas de estas dos categorías de normas constitucionales, por lo que merece ser analizado minuciosamente.

Para tal análisis es conveniente partir del siguiente interrogante: ¿cómo se haría efectivo un derecho a la atención de la salud expresado constitucionalmente?

Aquí la cuestión más ardua se suscita cuando se aspira a saber quién tiene a su cargo las prestaciones en forma obligatoria para que resulte disponible a favor del que las requiere o las necesita en orden a su salud. Por eso también es correcto preguntar: ¿cualquiera puede demandar estas prestaciones a cualquiera, también en forma gratuita?; ¿cualquier persona puede pretender que cualquier profesional lo asista, aun contra su voluntad, y aún sin satisfacer sus honorarios?. Se advierte ya que la cuestión es más complicada que la mera fórmula de que “*yo soy titular del derecho a la atención de mi salud*”.

Si hay un Hospital indiscriminadamente abierto al uso público, es verdad que cualquier persona tiene frente a él un derecho a que allí se lo asista, no es tan claro que lo tenga a que le proporcione medicación gratuita, o servicios de alto costo en forma gratuita.

Supongamos que si el Estado habilita servicios y prestaciones de salud accesibles a todo el que necesite usarlo, es posible decir que cada persona como titular del “derecho a la atención de su salud”, tiene un derecho subjetivo frente a él para recibir aquellos servicios y prestaciones (sea gratuitamente o a un precio razonable, según estén establecidos en los sistemas de salud). Pero si determinados servicios no existen en el área del Estado, no es fácil reconocer que cada persona que los necesite tenga derecho a que el Estado la asista. Por ende, la persona que por cualquier causa no está en condiciones de proveerse particularmente y por sus propios medios tales servicios inexistentes en el ámbito estatal, no parece que con invocación de su derecho a la atención de la salud alcance a convertir al Estado en sujeto obligado frente a ella a darle o hacerle algo en pro de su misma salud.

Pasando de la esfera del Estado a la de los particulares, ninguna persona en cuanto titular de dicho derecho tiene nexo jurídico con otra para convertirla en sujeto obligado a cumplir una prestación

positiva, a menos que entre ambas se haya establecido una relación jurídica suficiente. Así, quien se ha asociado a una entidad prestadora de servicio de salud, puede exigirle que le sean provistos dichos servicios, pero en tal caso media un vínculo contractual. Igualmente, si una ley obliga a que toda persona que trabaja en relación de dependencia sea afiliada a una obra social, esa persona tiene el derecho a requerir de dicha obra social las prestaciones que esta debe proveer. Directamente relacionado con la temática central del presente trabajo, es probable que en caso de accidente o urgencia cualquier entidad prestadora de servicios de salud (sea estatal o privada) pueda ser considerada como sujeto obligado a atender a quien ha sufrido un accidente o padece una urgencia (más adelante se hará mención directa a este caso). Incluso, cabría postular que cualquier profesional del arte de curar tiene similar deber de atención. No obstante, ante tales situaciones de emergencia lo que cabe formular es que todo aquel que se halla en condiciones de prestar atención de urgencia a favor de alguien, es un sujeto obligado a no omitir la referida atención de urgencia a favor de la salud ajena, por la responsabilidad social que asume todo aquel que (sea persona, sea una entidad colectiva) se dedica profesionalmente al arte de curar. Pero también queda claro que dentro del actual sistema de vida ninguna persona o entidad se encontraría en condiciones de prestar su atención de manera gratuita a cualquier individuo que así lo requiera.

3.1.a. ¿Qué dice la Constitución Argentina al respecto?

La Carta Magna Argentina consigna en el Capítulo II que versa sobre los Nuevos Derecho y Garantías que poseen los ciudadanos “el derecho a la protección de la salud”. Este derecho se expresa en el artículo 42 de dicho capítulo de tal manera que es fácilmente detectable el tipo de norma que rige este derecho, por lo que también es posible pensar “de qué forma y hasta que punto” el Estado se hace responsable de garantizar esta atención a su población.

Del análisis de la Constitución Nacional y de este Artículo en particular se desprende que:

- La Salud en ninguna sección de la Carta Magna es directamente reconocida como un derecho, aunque reconociendo que el país ha sido partícipe de los diversos Congresos de la Organización Mundial de la Salud, en el cual sí se deja expresamente definida a la Salud como “un derecho humano fundamental y al mismo tiempo un derecho social básico”; se puede llegar a dar por sobreentendido que el gobierno en la Argentina admite esta concepción. Lo que sí reconoce claramente es “el derecho a la atención de la salud”, por lo que compartiría la noción explicada anteriormente de que es más correcto hablar del derecho a esta atención y no del derecho a “la salud”.
- También se puede apreciar, en el Art. 42, el reconocimiento formal a que “... Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho... a la protección de su salud... y que... las autoridades proveerán a la protección de esos derechos.”. De esta cita, y siguiendo con el análisis planteado anteriormente sobre normas constitucionales, se aprecia que si bien “la protección a la salud” es una norma constitucional operativa, por lo que el Estado tiene la obligación de garantizar y hacerla ejecutable; la forma en que las autoridades concretarán o “proveerán” a esta protección está expresada en “sentido programático”, por lo que obligadamente se necesita de una legislación posterior para que se logre concretar dicha protección; por lo que también cabe preguntar: ¿existe esta legislación?.
- Una segunda cuestión que llama poderosamente la atención es el uso del concepto “consumidor” para definir a las personas que hacen uso de los servicio de salud, concepto que deja ver una concepción claramente “economicista” de la Salud dado que tendiera a relacionarlo

con las pautas de consumo de un mercado en el ámbito de la salud al que seguramente no todos los argentinos tienen acceso, porque ciertamente no todos poseen el dinero como para poder “comprar este servicio”.

Por todo lo expuesto e intentando dar respuesta a la pregunta inicial de esta sección que vale recordar, ¿la Salud es un Derecho que debe ser garantizado por el Estado?; se concluye que: es **imposible** garantizarle a cualquier individuo un “Derecho a la Salud”, pero sí es posible garantizarle “una atención a su Salud”; y que en Argentina existe un derecho constitucional a “la protección de la salud” que implica directamente a dicha atención; pero que deja sin especificar cómo y quién (Estado o entidad privada) será el encargado de brindar y garantizar este derecho; aunque es posible detectar una tendencia a “privatizar” el ámbito de la Salud, cuestión que se aprecia desde la misma norma constitucional por la “redacción economicista” al que se hizo alusión.

Pero también es viable destacar que en otros artículos de la Constitución Nacional de Argentina aparecen cláusulas que establecen que el Estado y los demás hombres están obligados a no lesionar la salud ajena, como el caso de los artículos 14 bis (en donde el trabajador tiene derecho a condiciones dignas de trabajo) o el 15 (que establece la prohibición de la esclavitud en Argentina). Además es digno remarcar una serie de medidas concretas desplegadas por el Estado a favor de la salud de los habitantes de la Argentina, entre las cuales a título de ejemplo conviene citar, dentro del conjunto, a la vacunación obligatoria contra algunas enfermedades, el control de alimentos y productos farmacéuticos, la prevención de accidentes de tránsito y de trabajo, la legislación penal sobre tráfico y consumo de estupefacientes, entre otras; por lo que el Estado ha desplegado una serie de políticas tendientes a promover, proveer y coordinar servicios de Salud. ***Pero en la búsqueda realizada a lo largo de la presente investigación, no se ha podido hallar medidas que parten del Estado Nacional que se hayan concretado a favor de garantizar una atención médica pública de emergencia a cualquier individuo que se encuentre en el territorio argentino y que así lo requiera.*** Situación que se explicaría por las diversas condiciones sociopolíticas y económicas que varían de un extremo a otro del país, lo cual es entendible; pero que no justifica la ausencia de acción del gobierno nacional en este ámbito, aunque más no sea mediante un asesoramiento a las provincias o municipios para que sean ellos los que desarrollen sus propias disposiciones en el sector emergencias. De todas maneras esta cuestión se ve amparada por la propia Constitución Argentina por el carácter programático anteriormente explicado; a la vez que es comprensible al analizar las recientes reformas del Estado evidenciadas en las políticas de descentralización, políticas que serán tratadas en profundidad en páginas posteriores, que han significado la cesión de competencias a provincias y municipios en el área de política social (educación, salud, vivienda) y otro tanto recaídas en entidades privadas que han visto la posibilidad de expandirse en ramas comerciales con amplio mercado como es el caso de la atención sanitaria de la población. Es ante esta realidad que hoy por hoy el Gobierno Nacional aparece como “desentendido” de la cuestión salud pública y que ha dejado en manos de los gobiernos locales (provinciales e inclusive municipales) y de organismos privados cualquier intento real que se haga para garantizar el derecho a la atención a la salud. Por lo antedicho vale concluir que es indispensable que exista una reglamentación jurídica bien individualizada en nuestra provincia, región o ciudad para que cualquier persona que se encuentre dentro de nuestro territorio, posea realmente el derecho a la atención de su salud en caso de urgencia.

3.1.b. ¿Qué dice la Constitución de la Provincia del Chubut al respecto?

En la Sección II, capítulo I que versa sobre los Derechos Personales; el artículo 18 dice expresamente:

“... Todos los habitantes de la Provincia gozan de los derechos y garantías reconocidos por la Constitución Nacional y la presente... en especial gozan de los siguientes derechos: a la vida desde su concepción y a la dignidad e integridad psicofísica y moral, las que son inviolables. Su respeto y protección es deber de los poderes públicos y la comunidad... (gozan además del derecho)... a la protección de la salud...”.

Más adelante en el Capítulo II existe dos artículos específicos que hacen referencia al tema salud: el artículo 72 y el artículo 73 titulados “política de salud” e “inversión en salud” respectivamente.

Del análisis de estos tres artículos se desprende que:

- los chubutenses y toda aquella persona que se encuentre transitoriamente en la provincia del Chubut poseen un derecho, expresado operativamente, en el que el Estado Provincial se hace cargo de desarrollar toda medida necesaria y que esté a su alcance (mantenimiento, protección y mejoramiento del servicio sanitario y de las condiciones socioespaciales dentro del territorio provincial) en pro de garantizar “la protección de su salud”. Pero al mismo tiempo la Constitución deja claramente expresado que la política es promover a la descentralización operativa y funcional del sistema de salud dentro de la provincia, lo cual demuestra la clara intención del Estado provincial de darle cierta autonomía a los centros asistenciales. Este último aspecto fue confirmado durante las entrevistas concretadas con los directivos del Hospital Zonal de Trelew y con personal del mismo Ministerio de Salud de la Provincia. En lo que se refiere al Hospital local la mayor incumbencia que se advierte desde el Sistema Provincial de Salud es el Presupuestario, dejando en manos del Hospital los demás aspectos de su funcionamiento.
- y en lo que se refiere concretamente a los recursos financieros destinados a la salud y su mantenimiento son expresado en la Constitución Provincial como “una inversión social”, por lo que puede interpretarse que esta inversión social será el resultado de lo que el Estado esté decidido a gastar, considere necesario y que esté a su alcance presupuestario (anexos 3 y 4: art. periodísticos que hacen referencia al tema).

3.1.c. ¿Qué plantean las políticas municipales al respecto?:

Si bien la Carta Orgánica Municipal no establece directamente que el municipio es responsable de desarrollar políticas directas para garantizar la atención de la salud de la población trelewense, en los últimos años se han ido haciendo cada vez más fluida la relación entre la Municipalidad de Trelew y el Hospital Zonal con asiento en esta ciudad. Desde el mismo Consejo Deliberante se es consciente que la tendencia a nivel nacional es que las municipalidades empiecen a encargarse de los problemas particulares de cada región al punto tal que ya se está hablando de la posibilidad de “municipalizar los servicios sanitarios”, con la finalidad de que las posibles soluciones a posibles problemáticas sean manejadas a pequeñas escalas. Incluso se han elaborado una serie de propuestas desde los diferentes bloques partidarios que integra el Consejo, tendientes a aportar algún tipo de ayuda financiera al Hospital Público. Una clara demostración de ello es el Proyecto de Ordenanza denominado “Fondo de Asistencia a la Salud” (F.A.S.), aún no aprobado, el cual de ser sancionado en carácter de Ordenanza Municipal destinaría al Hospital Zonal de Trelew el 4 % de los recursos que se obtenga por el Impuesto a los Ingresos Brutos. Entre las exposiciones de motivos que llevó a su elaboración vale resaltar el hecho que los concejales han detectado que el actual sistema de salud en la provincia se encuentra prácticamente desarticulado, y que sumado a una falta de planificación en la inversión estatal en esta área, llevaría a que no se pudiese satisfacer

la totalidad de las demandas que la población hace de este servicio. Ante la decisión provincial de descentralizar el sistema de salud, el estado municipal se encuentra no solo con la necesidad sino con la obligación moral de secundar a los servicios asistenciales de carácter público, dado que de otra manera se verían en una suerte de “desamparo estatal”.

Para poder comprender esta tendencia a “achicar las problemáticas sociales a escala regional e inclusive zonal”, se hace imprescindible un análisis de las recientes medidas que han condicionado y transformado el rol del Estado en la última década; ya que este tipo de tendencia es prácticamente nueva en Argentina.

4. LA REDEFINICIÓN DEL ESTADO Y SUS IMPLICANCIAS EN LA SALUD PÚBLICA

2.1 La Reforma del Estado:

El proceso de Globalización, caracterizado por la interdependencia creciente entre los países a nivel mundial, por el cambio en las formas productivas y por el predominio del sector financiero, tiene un profundo impacto en los Estados nacionales. Esto es particularmente evidente en América Latina, porque los obliga a redefinir de manera drástica y abrupta la actuación del sector público en todos sus niveles. En Argentina, esta situación se hace evidente en lo que García Delgado denomina “... el nuevo paradigma del Estado mínimo...”; que ha venido siendo impulsado por los últimos tres ministros de economía de nuestro país, que busca reducirlo en sus roles tradicionales (seguridad, defensa, educación, justicia).

Este paradigma ha sido efectivizado a partir de una serie de medidas llevadas a cabo a través de dos grandes Reforma del Estado. La implementación del Plan de Convertibilidad, un vertiginoso y hasta entonces sin precedente programa de privatizaciones, una fuerte reforma tributaria y administrativa, una descentralización de las políticas sociales y una marcada desregularización son los efectos directos de la implementación de la primera Reforma del Estado en Argentina (llevada adelante entre 1990 y 1996). Estas medidas, que aún sigue llevándose a la práctica hoy en día, han influenciado directamente en el sector salud. La descentralización de las políticas sociales a causado, en todo el territorio nacional, el traspaso a las provincias e inclusive a los municipios de los servicios públicos, entre los cuales se cuenta el de salud, traspaso que incluye la tarea de redimensionar el establecimiento público de salud, para transformarlo en una “institución de autogestión”. Si bien este último proceso aparece como una megatendencia universal que encuentra fundamentos en la revolución científica y tecnológica, en las demandas de la sociedad civil y en las orientaciones privatizadoras, en nuestro caso la descentralización ha estado básicamente vinculada a la crisis fiscal del Estado, a la distribución de los costos del ajuste, buscando la reducción del gasto público en el amplio sector estatal.

La descentralización supone para las provincias y municipios una mayor presión en todos los aspectos. Con la descentralización, afirma García Delgado, “... el Estado Central *tira* la crisis para abajo...”, hacia las provincias primero, y de estas hacia las comunas, en un proceso en donde los municipios tienen que hacerse cargo de problemas que un par de décadas atrás parecían impensados para esta dimensión; teniendo que dar respuesta a un servicio como el de salud, muchas veces sin recursos o sin las capacidades técnicas y de gestión necesarias.

Pero desde otra postura también puede tomarse a esta medida como una manera de derivar competencias a las áreas territoriales donde se producen las problemáticas, de aumentar la cercanía entre el problema y el organismo que toma las decisiones para darle respuesta, pero recaemos nuevamente en la cuestión presupuestaria dado que esta “bajada” de problema no va acompañada de

un incremento del presupuesto local. Trelew no ha sido ajeno a esta cuestión, y en los días que corren tanto el Ejecutivo como el Legislativo local se ve cada más inserto en los menesteres de la salud pública.

Como se podrá apreciar en estos artículos, el gobierno municipal recibe la carga de la crisis del sector público de salud, y con ello se transforma en receptor directo de la posible protesta ciudadana. Esto obliga al municipio a efectuar un replanteo de su organización y funciones.

Por otro lado, el hecho que el Estado Nacional lleve adelante una política de descentralización sin asegurar los ingresos de los municipios y sin una compensación financiera entre “regiones ricas y regiones pobres”, puede agravar, por añadidura, las desigualdades regionales y con ello también las desigualdades sociales, y fomentar así un mayor deterioro del sistema estatal de salud, sobre todo en los municipios más pobres.

La segunda Reforma anunciada a mediados de 1996 guarda continuidad con el Plan de Convertibilidad y está orientada a extender el ajuste al conjunto de las provincias para reducir el déficit fiscal basada en la lógica de “cierre de caja”, reducir el creciente desempleo (aunque sea temporalmente: Planes Trabajar) y a mejorar la competitividad del país en el mundo globalizado.

Una medida que es necesario resaltar en esta segunda etapa es la “desregularización de las obras sociales”, que se presenta como la posibilidad de libre elección para sus beneficiarios, lo que significa introducir la competencia de las empresas privadas en un campo hasta ahora controlado por los sindicatos. Esta orientación, si bien puede traducirse en una mejora en los servicios de salud privados y prepagos -clínicas, sanatorios u otras empresas médicas organizadas como sociedades comerciales-, seguramente también ha implicado una diferenciación de los mismos por el nivel de ingresos y una disminución del grado de solidaridad del sistema (expresado en la cita que inicia el presente capítulo). Para el Hospital Público esta etapa es nuevamente “un cachetazo” expresado en los continuos recortes de presupuesto destinado a su funcionamiento con el único fin de reducir el gasto estatal; lo cual recae una vez más en sus usuarios que padecen una nueva caída del sistema de salud público.

El Estado actual concentra el cada vez más “recortado gasto social” en los sectores más vulnerable de la población, a la vez que admite una mayor presencia del sector privado en el área de salud, situación que encuentra su amparo en la propia norma constitucional. Se da así una prestación mixta por capacidad de ingreso: los que pueden pagar los servicios privados tienen más o mejores prestaciones. La política social como lucha contra la pobreza basada en la focalización de recursos hacia grupos considerados vulnerables, adopta un modo “residual”, actuando donde el mercado no llega. En esta realidad, se plantea la división entre áreas sociales estrictamente “públicas” -básicas, poco rentables y utilizadas por quienes no tienen otra posibilidad: el Hospital Público-, y las que pueden considerarse “privadas” -aparentemente complejas, más rentables, empleadas por quienes tienen mayores posibilidades: clínicas y servicios de emergencia privados-. Esta última cuestión es fácilmente observable en la ciudad de Trelew en donde es posible detectar estos dos servicios médicos de emergencia: el del Hospital Zonal de Trelew obviamente de carácter público con su correspondiente unidad médica de urgencias, y una serie de clínicas privadas con sus correspondientes guardias, que atienden obras sociales o se comportan como prepagos al darle la posibilidad a las personas que no poseen dicha obra social, de atenderlas cobrándoles una cuota mensual por sus servicio o por cada consulta realizada a un profesional médico (Sanatorio 28 de Julio, Instituto Médico del Sur, Clínica San Martín, Clínica Trelew, C.E.M.I.T., Clínica San Miguel, entre otras centros asistenciales especializados).

Esta situación, en dónde un área como el de salud pareciera verse envuelta a una suerte de “privatización”, puede llegar a interpretarse como una postura estatal que busca resolver parte de su crisis fiscal atribuida en gran proporción al gasto desmedido en políticas sociales; y al mismo tiempo como un intento de subsanar la falta de recaudación de las mismas, recaudación que entraría a las arcas del estado a través de los impuestos que se les cobraría a posteriori a las incipientes empresas médicas privadas. Por otro lado, el destino del gasto ahorrado, debería dirigirse a los más necesitados mediante un desvío del mismo hacia el servicio de asistencia estatal (por el momento obviamente con menor capacidad técnica y profesional que un servicio privado), política que actualmente no parece estar en las decisiones a adoptar por el gobierno. Esta tendencia a privatizar una parte del sector salud e inclusive de seguir achicando los gastos que el Estado realiza en la Salud Pública, es claramente observable en los últimos paquetes de ajuste que ha llevado adelante el Gobierno de la Provincia del Chubut. En una copia fiel de un facsímil de un texto oficial, difundido en la primera semana del mes de julio del corriente año por la propia gobernación, se puede leer:

**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT / ESCRIBANÍA GENERAL DE GOBIERNO
PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT
ANEXO II / FOLIO 14**

1. La Provincia se compromete a la aplicación de las siguientes medidas.
 - ◆ Suspensión de ascensos y promociones del personal policial hasta un 50%.
 - ◆ **Disminución del 25% en las guardias médicas y horas extras del Ministerio de Salud.**
 - ◆ Reducción de horas extras de organismos públicos en general (50%)...-

Fuente: “Diario El Chubut” (4 de julio 2000 / página 2).

Como se trató de evidenciar en páginas anteriores desde la misma Constitución Nacional e inclusive también desde la Constitución Provincial todas estas medidas se ven avaladas por las propias normas constitucionales.

En resumen, lo que se manifiesta concretamente es un “retiro” del Estado de las denominadas funciones sociales -seguridad, educación, salud, etc.-. Es así que en lo que hace a la seguridad, las empresas privadas de vigilancia han incrementado su acción, otro tanto los institutos privados en educación, y en lo que a salud respecta las clínicas, consultorios y centros de emergencias privados han proliferado ante este repliegue estatal.

5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN RECIENTEMENTE INCORPORADA AL EJIDO URBANO DE TRELEW

Las recientes Reformas en el Estado, explicitadas anteriormente, han desencadenado una serie de nuevas situaciones dentro de la sociedad argentina. García Delgado afirma que con dichas Reformas “... se produce una desarticulación de la condición social, el surgimiento de la informalidad, del desempleo estructural, de la rotación permanente de la mano de obra e inestabilidad laboral y de la precarización”. El nuevo modelo tiende a admitir todas estas cuestiones.

El dualismo que generan las políticas macroeconómicas neoliberales del Estado, hace que algunos municipios, entre los que se incluye Trelew, atraigan nuevamente migraciones (aunque en menor número que en décadas anteriores: 1970-1980) que complican su situación; un tipo de migración ya no solo orientadas por la búsqueda de empleo, como ocurriera en la década del 70, sino de “asistencia”.

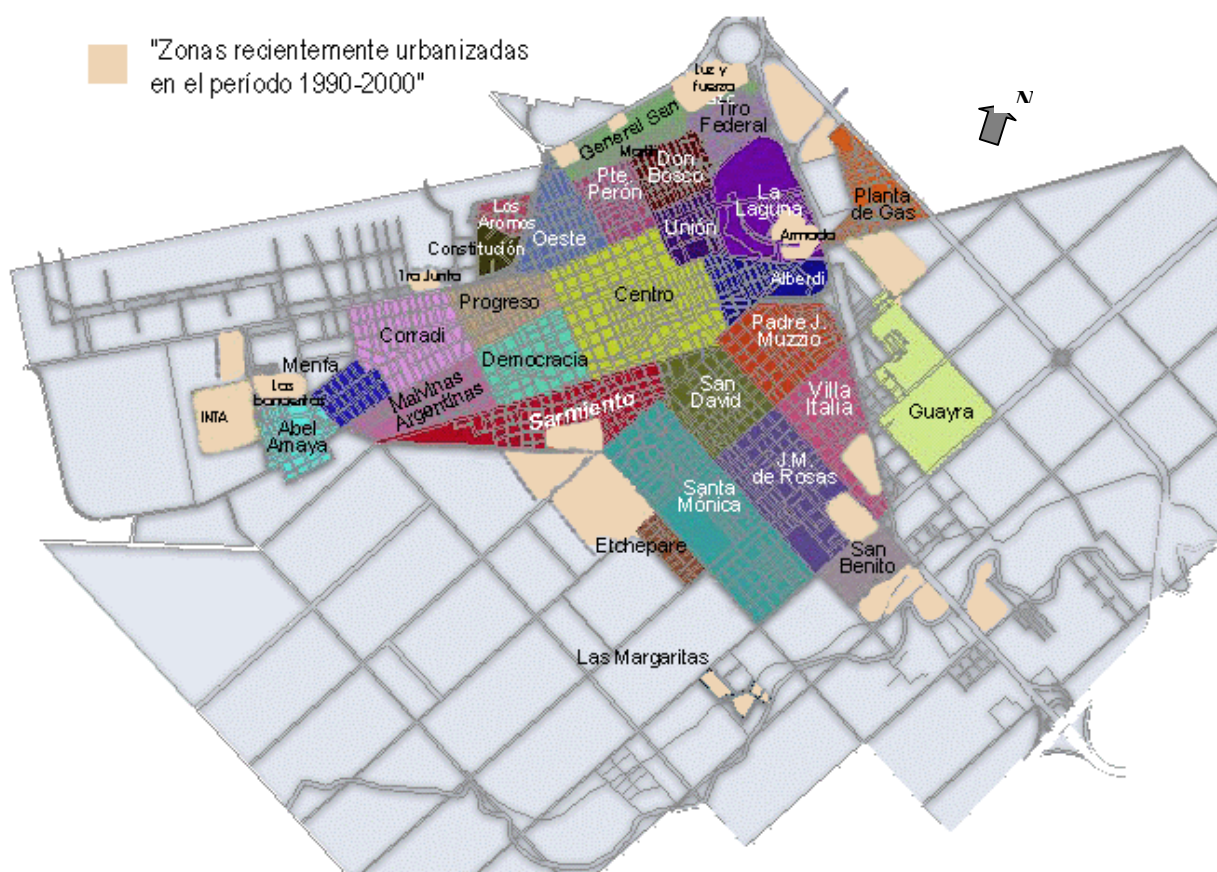
Según datos proporcionados por la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Trelew, basadas en proyecciones estimadas, nuestra ciudad habría incrementando constantemente su número de habitantes en el último decenio pasando de 80181 en 1991 a 104073 en el año 2000.

Este crecimiento no solo habría sido el resultante del crecimiento vegetativo propio de cualquier población, sino también de la incorporación de una significativa masa migratoria.

La mayor proporción de estos nuevos habitantes, han tendido a localizarse en los márgenes de la ciudad.

Esto se comprueba en los nuevos barrios que han ido surgiendo en el ejido urbano en los últimos diez años, tales como: Las banderitas, Inta, Primera Junta, Los Barrios Médanos y los construidos en el límite Este del ejido (50 viviendas, 12 de octubre, etc.). Como se observa en el plano de Trelew estos barrios se encuentran situados a una distancia considerable del sector centro: Inta y las banderitas a seis kilómetros, Primera Junta a tres kilómetros, los sectores cercanos a la Base Aeronaval cinco kilómetros (ver plano 1).

Plano 1: "Plano de la Ciudad de Trelew con la delimitación por barrios".

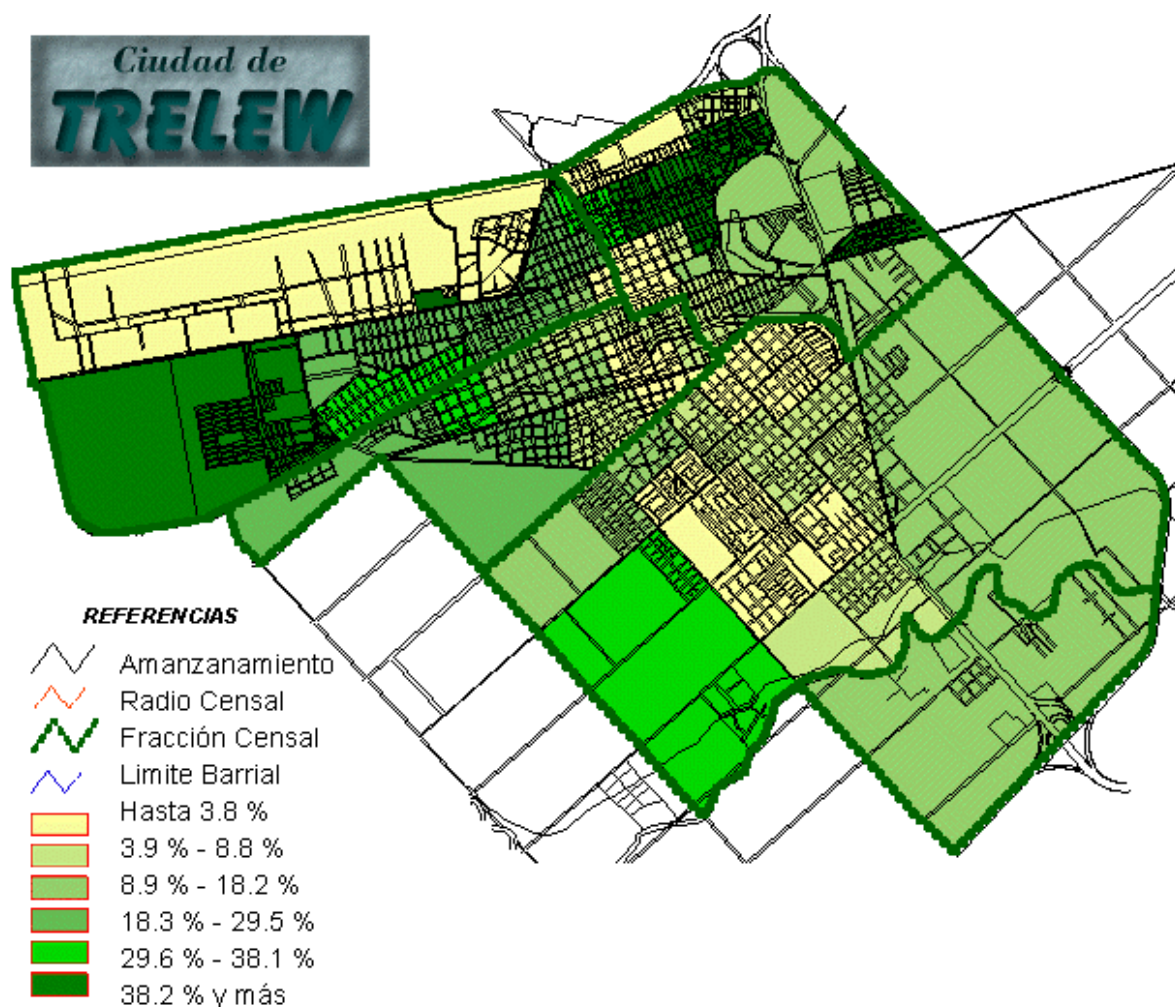


Fuente: Anuario Estadístico 99. Dirección de Estadística y Censo. Dirección General de Información de Gestión. Secretaría General de la Gobernación. Provincia del Chubut. (las "zonas recientemente urbanizadas" han sido reformadas a partir de datos propios).

Comparando el plano anteriormente presentado con el "plano 2" concerniente a la calidad de vida de su población (en este caso medido por N.B.I.), se puede apreciar una considerable diferencia

entre los grados de satisfacción de necesidades básicas, al punto tal que los tres primeros barrios periféricos nombrados anteriormente poseen un elevado índice de N.B.I.; no ocurriendo lo mismo con los demás.

Plano 2: "Plano de la Ciudad de Trelew con la delimitación por áreas según N.B.I."



Fuente: Anuario Estadístico 99. Dirección de Estadística y Censo. Dirección General de Información de Gestión. Secretaría General de la Gobernación. Provincia del Chubut.

La "búsqueda de asistencia" a la que se hizo mención, se evidencia en la gran cantidad de personas que hoy forman parte de los nuevos barrios carenciados de la ciudad, que han llegado a los mismos ha sabiendas que si habitan viviendas abandonadas o construyen precariamente sus moradas, a corto plazo el municipio tendría que brindarle algún tipo de asistencia. En entrevistas concretadas con algunos de los dirigentes barriales de la ciudad se ha logrado confirmar esta situación. Un ejemplo claro es el barrio Primera Junta, cuyos habitantes están al tanto de que si son desplazados de este lugar tendrán que ser reubicados por la municipalidad. Lógicamente esta es una nueva carga social que debe asumir la comuna, lo que no está tan claro es con que recursos económicos la abordará.

La contracara de estos barrios es el surgimiento de espacios privados, en búsqueda de mayor privacidad y protección, alejándose de aquellos sectores considerados de cierto riesgo social, ya sea

por el temor hacia la creciente oleada de delincuencia o por el simple hecho de buscar mayor tranquilidad y confort: Barrio Parque Las Margaritas, Los Pinos, entre otros.

Empieza a aparecer una suerte de “ciudad dual”, entre sectores de alto bienestar y medios y otras zonas de supervivencia con falta de servicios y alta inseguridad. Cabe aclarar que entre ambos sectores se encontraría una zona intermedia que incluye aquellos sectores que no viven ninguna de estas situaciones extremas: los barrios cercanos al predio de la Base Aeronaval Almirante Zar y al Parque Industrial Liviano, que según el mapa de N.B.I. tendrían un grado aceptable de necesidades básicas satisfechas.

De todas formas las estimaciones actuales, sostienen que el número de personas que pasan a formar parte de los sectores menos favorecidos seguirá incrementándose, por lo que también se prevé que afecte a la demanda de los servicios sanitarios públicos.

6. TRELEW COMO FIEL REFLEJO DE LOS RECIENTES CAMBIOS SUFRIDOS EN EL SENO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA

El fenómeno de movilidad social descendente desencadenado por las nuevas reestructuraciones económicas impulsadas desde el Estado Nacional, afecta principalmente a la clase media y baja, e incluso a empresarios medios y pequeños que han sido empujados a la periferia del mercado. Cierta número de ellos tienden a ser incorporados o asistidos por el Estado mediante planes de contención (Planes Trabajar) y la mínima parte logran incorporarse nuevamente al mundo laboral; pero obviamente no todos, lo cual lleva al incremento del sector de subocupados y desocupados.

Según datos arrojados por la última encuesta encargada por la Municipalidad de Trelew a una empresa privada, en esta ciudad habría un 16% de la P.E.A. desempleada y en búsqueda de un empleo. Se registró asimismo, que los sectores que habrían tenido una mayor expulsión de mano de obra fueron los concernientes a la actividad primaria e industrial manufacturera (29%) y al comercio minorista (15.8%), por lo que se reafirma que la desocupación actual afecta nuevamente a los estratos inferiores de la estructura social. Se indicó también que el 21% de los desocupados harían más de dos años que permanecerían sin ocupación. Si se considera que estas personas al momento de perder su empleo también pierden su cobertura médica brindada por el sindicato al cual pertenecían (obra social) y en algunos casos también pierden la posibilidad de afiliarse a una empresa médica prepaga al no poder afrontar el costo de la misma, pasarían a integrar el grupo de personas “sin cobertura médica”; por lo tanto su capacidad de recibir cualquier tipo de asistencia médica quedaría relegada al Hospital Público.

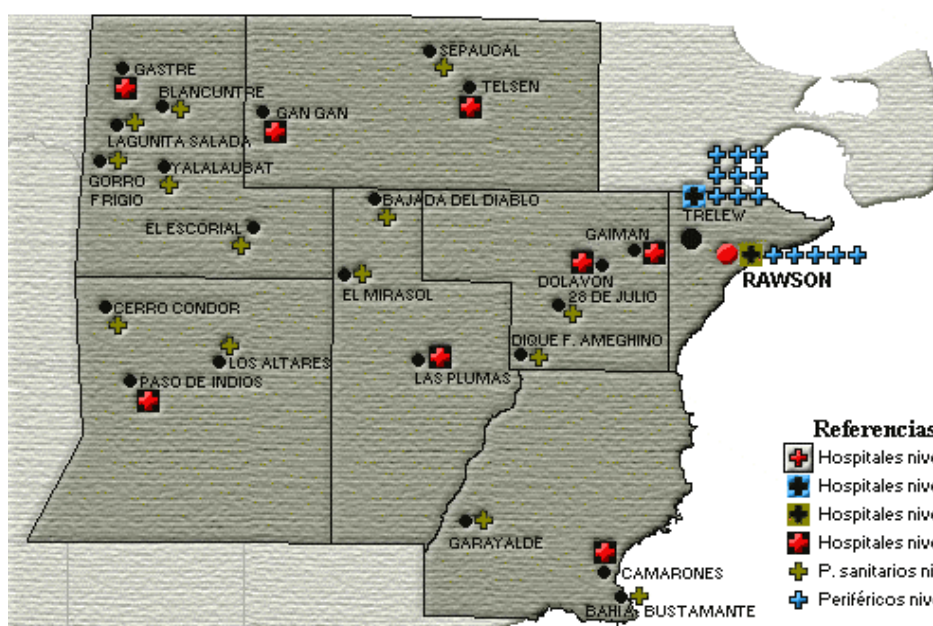
Esta situación llevaría también a acrecentar el uso del servicio de asistencia médica pública de emergencia al carecer la gran mayoría de alguna cobertura social (obra social o prepaga). Según datos del último Censo Nacional en Trelew, el porcentaje de personas que no poseen algún tipo de cobertura médica (obra social o privada) es significativo.

Si bien estos porcentajes datan de hace casi una década, no habrían variado si se tiene en cuenta la tasa de desocupación que hoy afecta a la ciudad, y al considerar también que cuando el sostén de la familia (sea el jefe de familia varón o mujer) pierde su trabajo, pierde junto con él la cobertura médica asistencial para todo su grupo familiar.

7. HOSPITAL ZONAL DE TRELEW: CARACTERÍSTICAS GENERALES

El Hospital Zonal de Trelew es considerado como una institución sanitaria de complejidad intermedia, lo cual significa que posee una atención ambulatoria e internación, un servicio odontológico permanente y las cuatros especialidades clínicas básicas (medicina general, cirugía, pediatría y tocoginecología). Concretamente posee un total de 90 médicos de distintas especialidades, 457 empleados (160 permanentes y 367 sin especificar su relación de trabajo distribuidos en todas las áreas), y 140 camas. Teniendo en cuenta el dato demográfico de la ciudad de Trelew y el carácter público del nosocomio, toda esta disponibilidad asistencial tendería a cubrir las necesidades médicas de una población de 104.073 personas. Esta cantidad se acrecentaría al considerar que este Hospital también detenta el carácter de “Hospital Cabecera”, lo cual indica que también es el encargado de asistir a todas aquellas derivaciones provenientes de centros asistenciales de menor complejidad y salas rurales de 25 localidades vecinas y del interior chubutense (ver mapa 1: “Zona Sanitaria Nordeste”). Esta asistencia consiste en recibir y brindarle la atención especializada al paciente, y en caso de que la patología sea de extrema complejidad y si se cuenta con los medios técnicos y financieros necesario, se realiza la derivación hacia la ciudad de Buenos Aires mediante los aviones sanitarios que posee en Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut. De este Hospital también dependen los nueve Centros Periféricos distribuidos dentro del ejido urbano trelewense.

Mapa 1: “Localidades que dependen del Hospital Cabecera Trelew” (Región Sanitaria Nordeste).



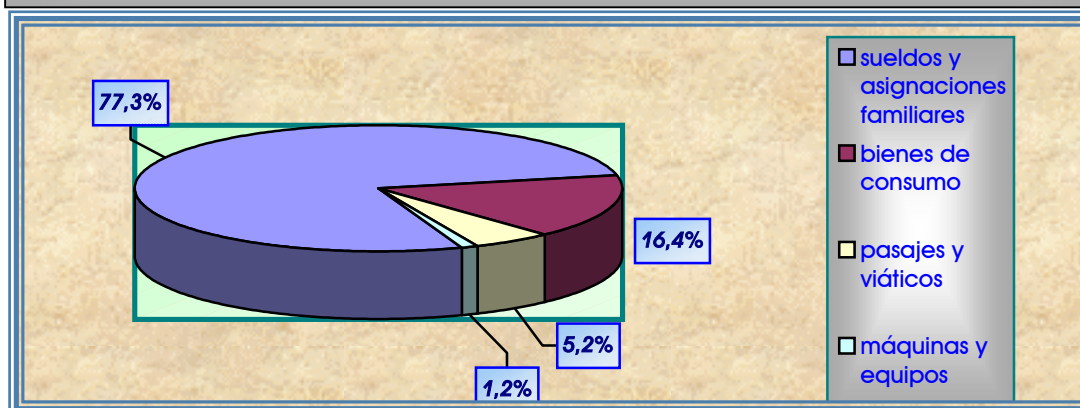
Fuente: Anuario Estadístico 99. Dirección de Estadística y Censo. Dirección General de Información de Gestión. Secretaría General de la Gobernación. Provincia del Chubut.

En el aspecto administrativo y funcional, y como se afirmó anteriormente, el Hospital posee una autonomía prácticamente en todo su funcionamiento, autonomía que se ha podido comprobar a través de la propia Dirección Hospitalaria y del Ministerio de Salud de la provincia. En ambos organismos se es consciente que actualmente las políticas de salud del ejecutivo provincial e inclusive nacional tienden a “descentralizar los hospitales públicos”, decisión que se ve avalada por

las normas constitucionales plasmadas en la Carta Magna Nacional y de la Provincia del Chubut. Además se ha podido detectar cierta reticencia a las decisiones de provincia dado que se consideran poco realista con las vivencias que suceden dentro del edificio hospitalario (en páginas posteriores se hará alusión a este aspecto con mayor detenimiento). También propias declaraciones de la dirección del Hospital “las veces que el Ministerio a dado directivas han sido para modificar el presupuesto o bien ante un pronto cambios de autoridades”.

Esta situación no es del todo desventajosa dado que permite a la dirección local ser flexibles al momento de tomar alguna medida, y a adaptarse a los constantes requerimientos que demanda la salud de la población a su cargo. Pero al mismo tiempo queda a merced de su propio esfuerzo para afrontar su labor. Incluso el destino de las partidas presupuestarias que se reciben desde el Ministerio de Salud, es decidido por la administración del nosocomio.

Gráfico 1: “Presupuesto Año 2000 asignado al Hospital Zonal de Trelew por el Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut” (en \$).



Destino del Presupuesto dentro del Hospital Zonal Trelew	
Sueldos y asignaciones familiares:	\$ 6633317
Bienes de consumo (prod. médicos, alimenticios, textiles, químicos, etc.):	\$ 1404408
Pasajes y viáticos:	\$ 441966
Maquinarias y equipos:	\$ 100000
TOTAL (año 2000):	\$ 8579691

Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por el Area Presupuestaria del Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut.

Como se observará en “el gráfico 1”, el mayor porcentaje de este presupuesto, el 77,3 %, es destinado a cubrir el pago de salarios del personal y solo la mínima parte, un 22,7%, es utilizado para los demás aspectos que hacen al funcionamiento del nosocomio (suministros y reposición de medicamentos, de materiales, de infraestructura y equipamiento, etc.), por lo que si bien el Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut no brindan directivas concretas respecto a como debe funcionar el Hospital, igualmente está condicionando al mismo al destinar una partida presupuestaria mínima, a sabiendas que se debe afrontar el pago de haberes a un plantel de 547 personas y mantener un Hospital Cabecera con todo lo que ello significa. Prácticamente todas las situaciones vividas dentro del Hospital tienen como uno de los principales condicionantes a estos porcentajes, ya que es prácticamente el único ingreso que recibe, dado que lo que se pueda llegar a recaudarse por medio de la cooperadora del nosocomio como por medio de las donaciones es

realmente mínimo, alcanzando solamente para reponer elementos y medicamentos básicos y de muy bajo costo.

8. EL SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA PÚBLICA DE EMERGENCIAS

Toda esta realidad del entorno y del propio Hospital descripta en esta y en las anteriores secciones, influye en el funcionamiento de cada una de las áreas que posee el establecimiento sanitario, entre las que se encuentra el servicio de asistencia médica pública de emergencia. Dicho servicio (denominado internamente U.M.U.: Unidad Médica de Urgencia), presenta una serie de ribetes que merecen ser descriptos y analizados con cierto detenimiento.

8.1 El equipo de Trabajo: sus integrantes

Actualmente posee un plantel de tres móviles asistenciales con sus correspondientes choferes; un grupo de tres médicos y tres enfermeros por turno, un jefe de urgencias en la figura de un profesional médico, y un equipo de operadores telefónicos. Este servicio se encuentra disponible a toda hora todos los días del año.

<u>Cuadro 1:</u> Características de la Unidad Médica de Urgencias del Hospital Zonal de Trelew.			
personal médico	personal de enfermería	móviles asistenciales	pacientes asistidos (total anual, dato 1999)
  	  	  	      

fuentes: elaboración propia a partir de datos suministrados por el Hospital Zonal de Trelew.

 = 10000 pacientes.

De toda esta disponibilidad técnica y humana cabe destacar varias cuestiones. En primer término el hecho de que solo uno de los tres profesionales médicos y un enfermero son destinados en forma permanente al servicio de ambulancias. Ambos se encuentran disponibles las 24 horas los 365 días del año, y no vería en cantidad durante “días especiales” como los fines de semana, periodo de vacaciones o feriados. El personal restante está designado para la atención de guardias médicas dentro del Hospital. Es decir, si bien se cuenta con tres ambulancias disponibles para atender urgencias, solo una está en “condiciones reales” de asistir a la emergencia, dado que los otros dos móviles no tienen personal designado específicamente para tal fin; aunque llegado el caso que se solicitara más de un móvil al mismo tiempo, se destina al personal restante de guardia. Una cuestión que merece ser resaltada es el hecho que en los momentos en que el servicio ambulatorio no está en acción, el personal del mismo realiza trabajos dentro del nosocomio, por lo que el médico de la ambulancia se encuentra generalmente atendiendo en el consultorio o en el servicio de guardia, lo cual hace que sea común recibir un llamado requiriendo al móvil asistencial, y el profesional esté desempeñando su tarea médica.

Esta última situación puede llegar a explicarse teniendo en cuenta dos aspectos que hoy por hoy son una realidad para el Hospital:

- en primer lugar que las solicitudes de salidas de los móviles son “irregulares”. En el último semestre se han contabilizado un promedio de 60 salidas mensuales, promedio que no ha sido distinto a los de semestres anteriores, con un intervalo no especificado pero que los operarios de móviles describen como “discontinuo o desigual con días sin salidas y otros con cinco o seis partidas de móviles”;
- y en segundo término el grave problema de “saturación” que afronta el sector de guardia; problema que es descripto a continuación.

8.2 La guardia interna del Hospital: el “por qué” de su saturación y su repercusión en la U.M.U.

Tanto la Dirección del Hospital como los propios agentes de salud han detectado que en los últimos años, este servicio ha empezado a ser utilizados por personas cuyas consultas son muy particulares. Estas consultas, caratuladas por el propio jefe de la U.M.U. como “consultas banales”, son realizadas por usuarios cuyos estados de salud de ninguna manera pueden ser considerados como de “emergencias”. A modo de ejemplo, se ha evidenciado un enorme incremento de personas que asisten a la guardia por un cuadro de gripe o dolor de garganta. También les resulta llamativo que este tipo de pacientes sean en su mayoría “nuevos usuarios”, es decir gente que anteriormente poseían obra social o eran clientes de una medicina prepaga y ante un deterioro de su condición económica recurre al Hospital Público para la atención de su salud. Si bien no se lleva un control estadístico preciso respecto a la condición ocupacional de cada individuo, los profesionales médicos son conciente de ello y reconocen esta realidad.

Al observar el número de personas que han concurrido a la guardia médica en la última década se pudo apreciar claramente este incremento, principalmente en el requerimiento que hacen del médico clínico, quién atendería aquellas consultas llamadas “de consultorio”, en su mayoría de escasa complejidad.

Al momento de dar una explicación sobre este fenómeno, se ha coincidido en indicar que el mismo es una consecuencia directa del gran número de usuarios que día a día no logran “sacar un turno” para el profesional médico, dado que su solicitud supera enormemente la capacidad de atención de los consultorios, por lo que deciden demandar su asistencia en el servicio de guardia, haciéndose presente ante el profesional a cargo por cuadros patológicos que requerirían simplemente una medicación o tratamiento sencillo. Demandar las atenciones médicas en guardia también serían vistas por estos usuarios como “mucho más cómodas”, ya que solo se requiere una simple orden médica, por lo que ellos se abstendrían inclusive de realizar las interminables “colas de espera”, para las que hay que hacerse presente a las cuatro o cinco de la madrugada en la ventanilla de entrada, ya que es prácticamente inútil llegar unos minutos más tarde si el fin es conseguir el preciado turno.

Esto ha llevado a que un servicio que tendría que ser exclusivo para urgencias médicas, hoy se comporte como un “**complemento**” de las atenciones de consultorios.

Si se compara los años 1990 y 1999 se advierte que la cantidad total de pacientes atendidos por la “U.M.U. interna” se ha incrementado en un 86,5 %; y si bien en todas las especialidades se han

intensificado las demandas, el médico clínico ha visto ampliado su trabajo en una cantidad más que importante: 17660 nuevas consultas en diez años (un 127,6 % más). Lo sigue pediatría con una cifra también elevada con 9014 consultas contabilizadas (un 49,5 % más), traumatología con 3570 (un 162,8 % más) y tocoginecología con 1545 nuevas consultas (un 62,1 % más que en 1990). A estos números habría que sumarle aquellas personas que si bien acuden a guardia, terminan por retirarse antes de ser atendidos, debido a que se topan con varios pacientes antes que ellos que también esperan por el mismo facultativo.

Gráfico 2: “Especialidades atendidas por la Unidad Médica de Urgencia del Hospital Zonal Trelew en la última década”.



Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por el Área de Estadística del Hospital Zonal Trelew.

Relacionando toda esta situación con lo explicado en páginas anteriores, se podría llegar a concluir que el 16% de desocupación y subocupación, que lleva posteriormente a la pérdida de la cobertura sanitaria de la población que las padecen, es junto al constante crecimiento demográfico trelewense, el principal agente que ha desencadenado el por demás importante incremento de la demanda del servicio de la Unidad Médica de Urgencia del Hospital Zonal de Trelew.

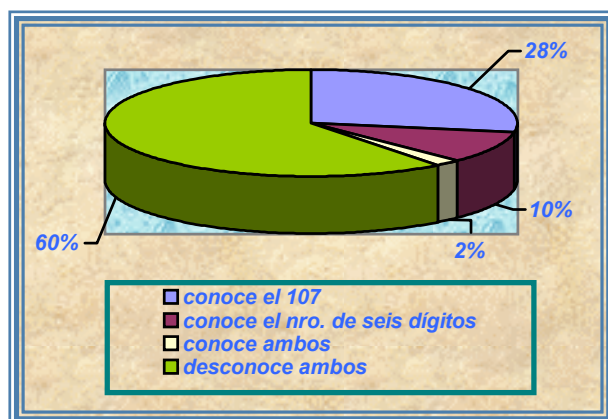
8.3 Los teléfonos del Hospital: su función y condición actual

Otro punto que merece primordial atención es el trabajo de los operadores de los teléfonos por donde “entran” los llamados de urgencias. Si bien el número telefónico aceptado en todo el territorio nacional para solicitar asistencia médica de emergencia es el 107, desde el Hospital también se reconoce que estos tres dígitos son prácticamente desconocidos por la población en general (aunque tampoco el organismo lleva una estadística de ello), por lo que es mucho más común las entradas de este tipo de llamados por el clásico número de seis dígitos (el 420819), que aparecen en la Guía Telefónica e inclusive en los medios masivos de comunicación locales. Los operadores aseveran también que un alto porcentaje (no especificado) de llamados solicitando la concurrencia de una ambulancia, son realizados por Policía y Bomberos ya que suelen ser ellos los

primeros en llegar al lugar, debido a que la propia población tendría incorporado el “hábito” de llamar primeramente a estos servidores públicos ante un accidente o cualquier percance que podría poner en riesgo su salud. Esto respondería a que la personas recordarían más fácilmente y reconocerían “al 101” (policía) o “al 110” (bomberos) como los números telefónicos adonde solicitar algún tipo de asistencia ante tales situaciones.

Ante la ausencia de un dato concreto y para comprobar si el desconocimiento del número telefónico 107 era tal, se creyó importante realizar una encuesta al respecto. Para su ejecución se decidió tomar una muestra aleatoria de 100 personas que concurren al Hospital, a las cuales se le consultó concretamente si conocían algún número telefónico de este centro asistencial a donde llamar en caso de necesitar una atención médica de urgencia, cuál era el número que conocían y cómo habían llegado a saber de su existencia; llegándose a los siguientes resultados:

Gráfico 3: Conoce ud. algún número de teléfono del Hospital Zonal Trelew?



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4: Cómo llegó a saber de la existencia del 107?



Fuente: elaboración propia.

Como se podrá observar el 28% de los encuestados dicen conocer el 107 y solamente el 10% conocería el número telefónico de seis dígitos y un ínfimo 2% dicen conocer ambos; por lo que resulta realmente llamativo e inclusive preocupante que un 60 % de los usuarios del hospital “no sabrían” a qué número telefónico llamar ante un caso de emergencia médica.

Del porcentaje que afirma conocer el 107, se detectó que solo un 27% llegó a saber de su existencia por medio del hospital, lo cual reflejaría una despreocupación del centro médico por dar a conocer este número. Un 8% dice haberse enterado a través de los medios masivos de comunicación, por lo que su divulgación por estos medios sería prácticamente inexistente. Lo realmente significativo es el 62% de las personas que mediante una iniciativa propia de indagar ya sea en la guía telefónica o en otros lugares han logrado conocer este importante servicio como lo es un número telefónico fácil de recordar, y sobretodo totalmente gratuito y que funciona las 24 horas del día durante todo el año, lo cual permite a una persona pedir la asistencia de un equipo médico a cualquier lugar que fuese necesario y desde cualquier aparato compatible con una empresa telefónica (teléfono particular, celular e inclusive desde cualquier cabina de teléfono).

Retomando la labor que desempeñan los operadores del Hospital, es imprescindible detenerse nuevamente en varias cuestiones.

Es importante remarcar que de un plantel de cuatro operadores, se destina permanentemente a lo largo del año a “una sola persona por turno”, para atender los teléfonos del nosocomio; incorporándose un operador más en el horario considerado “de mayor demanda telefónica” (entre los 10 y 14 hs.). De esta forma de lunes a viernes, cada operador trabaja 8 horas diarias, extendiéndose la jornada de trabajo durante los fines de semana a 12 horas; dado que la mitad del plantel en esos días tienen jornada no laborable.

Pero lo realmente llamativo es que por este conmutador en donde trabaja los operadores, es el único que existe en el Hospital, por lo que no solo atienden y son responsables de las llamadas de emergencias, sino también de todas aquellas llamadas de entrada o salida de todas las áreas administrativas y de consultorio realizadas por pacientes y empleados de este Hospital, de otros centros de salud y de cualquier persona o entidad que desee comunicarse con el mismo, de las llamadas internas e inclusive también de las llamadas de dos equipos de comunicación B.H.F. o “banda ciudadana” que comunican al centro asistencial con las dependencias policiales y de bomberos de Trelew, con sus propios móviles asistenciales y con la Red de Frecuencia Sanitaria conformada por los demás centros asistenciales del interior provincial y que dependen del “Hospital Cabecera Trelew”.

Al momento de consultar el promedio de comunicaciones que atiende un operador, se afirmó que rondan los tres llamados por minuto en “hora pico”, únicamente a través de los teléfonos, aunque tampoco existe una estadística interna que lo confirme.

Al considerar el espacio físico dentro del Hospital en donde se encuentra el conmutador, se pudo apreciar que está “pegado” o a la par de la sala de choferes y a escasos metros de la guardia, lo cual permite al operador dar rápido aviso al equipo de la U.M.U. en caso de un llamado de emergencia, dado que “es normal” que el operador sea el encargado de avisar personalmente a cada integrante del equipo de emergencia, porque si bien existe una línea telefónica interna que lo conecta con estas salas, se haría llegar mucho más rápido la emergencia de persona a persona.

Respecto al cuarto o instalaciones edilicia en donde se ubica el conmutador, es un lugar “extremadamente reducido”, al punto tal que se hace prácticamente imposible que puedan trabajar y mucho menos circular más de dos personas al mismo tiempo. Un operador al momento de ser consultado al respecto afirmó que el actual conmutador eran “dos baños” que han sido modificado solo en su interior (retirando los elementos sanitarios), manteniendo sus dimensiones y una pequeña puerta de madera que reduce enormemente la visibilidad hacia fuera de este cuarto, por lo que a los operadores se le hace dificultoso ver el movimiento de los móviles y de los integrantes del equipo U.M.U.. Ante esta situación se han realizado varias “quejas orales y escritas” a la dirección del Hospital a fin de trasladar el mismo a otro lugar del edificio, sin respuesta positivas hasta el momento. Hecho como el descripto evidencia la manera en cómo desde el mismo Hospital y ante la falta de una posible ampliación de la estructura edilicia, se ve forzado a ir organizando el espacio disponible, ocupando hasta los lugares más impensados para el funcionamiento de sus diferentes áreas. Este tipo de hechos también suelen enfrentar a los agentes del nosocomio con los del Ministerio de Salud, ya que la requisitoria por ampliar el edificio se ha venido haciendo desde varios años atrás tanto por los profesionales, como por la propia población que allí asisten, pero que desde el ente provincial no se ha brindado respuesta alguna hasta el momento.

Retomando el tema de los llamados telefónicos que solicitan una ambulancia, las indicaciones que suelen dar los demandantes sobre el lugar y sobre lo acontecido con el paciente, suelen ser muy escuetas, debido a que generalmente la persona que realiza el llamado suele estar en un estado

nervioso que lo lleva a que una vez solicitada la asistencia “cuelgue rápidamente” el teléfono, por lo que el operador debe estar muy atento para identificar y anotar estas indicaciones. Otro dato llamativo que molesta enormemente a toda la U.M.U. son los llamados a modo de “bromas” que reciben y la importante cantidad de “salidas en vano” (llegándose a contabilizar 20 en una sola semana), ya que suelen ser “falsas emergencias” o bien por que el paciente ya había sido trasladado por otros medios. Es por esta razón que en este año se ha incorporado un “identificador de llamadas” en el teléfono 107 que permite verificar cada llamado a este número.

8.4 La estructura edilicia

Como dejó en evidencia el caso de la sala de operadores telefónicos, entre otros tantos casos que son fáciles de advertir, el edificio hospitalario presentaría graves deficiencias internas e inclusive de emplazamiento, deficiencias que se ven agravada por el creciente aumento de pacientes que acuden a él.

Respecto a su ubicación sobre dos arterias fuertemente transitadas como las calles Pellegrini y J. A. Roca no es del todo apropiada, ya que si bien se encuentra a una distancia equidistante de varios puntos de la ciudad, suelen desencadenar dificultoso e inclusive inseguro acceder al mismo debido a la gran transitabilidad que sumado al “apuro” por llegar a un Hospital puede resultar riesgoso.

Respecto a la U.M.U. el edificio condiciona en gran medida su funcionamiento. El Hospital posee una **única entrada** utilizada tanto por el personal, como por todos los pacientes que llegan a él para una consulta médica, e inclusive para los que llegan en estado de emergencia, ya sea por su propios medios o mediante el servicio de ambulancias. A esto debe agregarse una situación que se repite día a día, como lo es el constante desfilarse de personas privadas de su libertad que solicitan atención médica. Estas pacientes son derivados a las mismas salas de atención que un paciente común, lo que suele incomodar e inquietar no solo a estos últimos sino a los propios detenidos que se ven expuestos ante las miradas y comentarios de todas las personas allí presente. Es normal ver estacionados frente a la entrada móviles policiales que hacen las veces de escoltas de los detenidos. Al mismo tiempo suelen coincidir con otras ambulancias que realizan traslados de un centro asistencial a otro, que sumado a los autos particulares y los propios del nosocomio hacen que una calle de dimensiones no muy amplia como la J. A. Roca se produzcan embotellamiento de vehículos por la propia carencia de un estacionamiento para aquellos automóviles que arriban al edificio y de la inexistencia de una entrada exclusiva para los móviles asistenciales.

Cuando arriba un paciente (en estado grave o no, en camilla o por sus propios medios), los hace por esta única entrada y también suele ser común que en horas de la mañana se tope con filas de gente apenas ingresado, debido que entre la puerta de acceso y la sala de guardia se encuentra la mesa de entrada en donde se dan los turnos y se atiende todas las consultas de los que allí llegan.

Respecto a la sala de guardia, esta también no es del todo apropiada debido a su reducida dimensiones y mucho más por la escasa disponibilidad de recursos con los que cuenta, ya que solo posee una camilla y los elementos básicos de primeros auxilios, careciendo de algún equipo especial de resucitación y mucho menos un equipo de terapia intensiva, debido a que el propio Hospital carece de él.

Al sumar estas carencias y dificultades de funcionamiento a lo escaso del presupuesto disponible para mantener correctamente funcionando al centro asistencial el panorama se torna preocupante; mucho más al considerar que este edificio sanitario que data de fines del año 1970, no ha sufrido

hasta la actualidad mayores modificaciones y mucho menos ampliaciones, a sabiendas del notable incremento en su demanda producto de los 79859 nuevos trelewenses que se han sumado en estos últimos treinta años y que hoy forman parte de la ciudad; nuevos habitantes que no escapan a la actual crisis económicas con graves ribetes sociales por la que atraviesa la sociedad argentina. Entre estos ribetes se encuentran la creciente desvinculación del Estado del servicio público de salud con todo lo que ello significa.

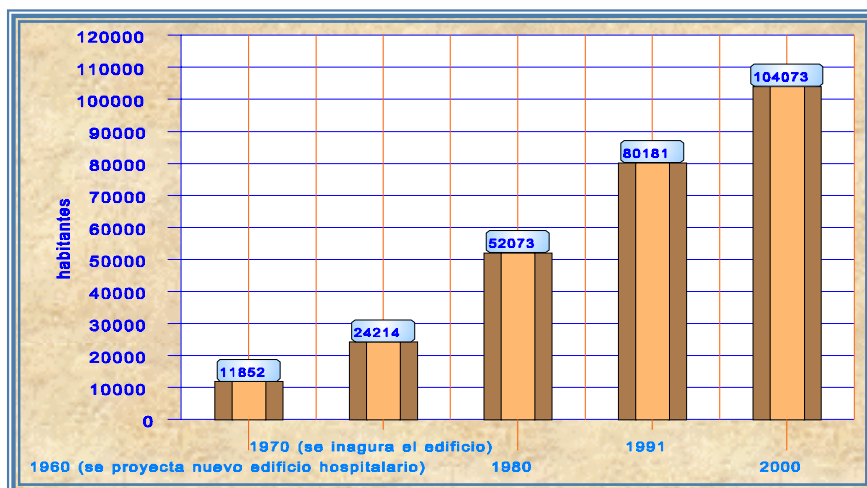


Gráfico 5:
“Crecimiento Demográfico de la ciudad de Trelew en los últimos treinta años” (muestra además los años en que se proyecta e inaugura el actual edificio hospitalario).

8.5 Características de los móviles asistenciales

En un anterior trabajo concretado en el mes de noviembre de 1998 a modo de Trabajo Final de la Asignatura “Metodología de Investigación II”, se concretaron una serie de entrevistas con los choferes de ambulancias del Hospital, con el objetivo de elaborar un informe sobre el funcionamiento de este servicio. En aquel momento se detectó que la disponibilidad y el equipamientos de estos móviles no era del todo apropiada; dado que solo se disponía de un vehículo asistencial, que databa del año 1993, para atender emergencias a toda la población trelewense. Su propio chofer definió al mismo como “una camioneta con cúpula” que se había equipado para tal fin, pero que carecía de una gran cantidad de elementos básicos para la atención de emergencias. Se reclamaba en ese entonces la urgente adquisición de nuevas unidades.

Dos años después se ha podido comprobar que existen dos nuevas ambulancias, ambas equipadas con los instrumentos elementales de asistencia (camilla, cuello ortopédico, sueros, tubo de oxígenos, botiquín, etc.); pero como se afirmó en el apartado anterior, aún se carece de una unidad médica móvil de terapia intensiva para asistir eficientemente aquellos casos que demanden cierta complejidad en las atenciones.

Un dato realmente llamativo es el hecho que estos nuevos móviles no han sido el producto de una compra o transacción llevada a cabo por del Ministerio de Salud o por el propio Hospital, sino ha sido el resultado de dos donaciones. La primera de ellas realizada a fines del año 1999 por el I.A.S. (Instituto de Asistencia Social de la prov. del Chubut). La segunda, incorporada en los primeros meses del año 2000, ha sido posible gracias a un acuerdo firmado entre la dirección del centro de salud con la Municipalidad de Trelew. Esta última ya estaba en funcionamiento en el Aeropuerto de esta ciudad, pero ante la mayor demanda dentro del ejido urbano se llegó a la conclusión de que sería mucho más útil que la misma se encuentre a cargo y al servicio del Hospital Público, pero que

mantendría como prioridad la cobertura de cualquier eventualidad que ocurriera en la estación aérea.

Si bien el I.A.S. depende del gobierno provincial, aquí se puede apreciar como desde el ente municipal también se tiende a brindar su colaboración para equipar al hospital público, buscando de esta manera desde el ámbito local y provincial mejorar la asistencia sanitaria de la población.

Respecto a su mantenimiento, se afirma que es realizado por personal del nosocomio, entre los que se cuenta un mecánico, por lo que rara vez se acude a particulares o entidades privadas para acondicionar los vehículos.

8.6 Sectores urbanos que condicionan la labor del servicio de ambulancias

Cuando se les consultó a los choferes de las mismas si ellos han podido detectar ciertos obstáculos al momento asistir a una emergencia, coincidieron en indicar que en el interior de la ciudad existen ciertos barrios y zonas en donde se les dificulta encontrar algunas calles e inclusive algunos domicilios, principalmente como consecuencia de la ausencia de señalizaciones o por lo irregular del entramado del lugar. Entre estos sectores cabe destacar:



Barrios Inta, Las Banderitas y Primera Junta : por su escasa señalización de calles y por su división en lotes y manzanas que aún subsisten como datos domiciliarios principales, ya que no se ha realizado la debida demarcación numéricas de los domicilios.



Barrio Comercio: por lo entramado de su construcción, ya que sus arterias no respetan el diseño en “damero” que es común en la mayoría de los sectores de la ciudad, sino un diseño mucho más irregular que suele dificultar el tránsito y la localización de ciertos domicilios si no se es habitué del lugar.



Barrio Constitución: si bien la distinción en sectores del barrio es sencilla, la labor de encontrar cada domicilio en particular no lo es, debido a que las escaleras y departamentos han perdido su señalización o escritura con el pasar de los años y son muy pocas las que han sido nuevamente escritas en cada frente del complejo habitacional.



Barrio Tiro Federal y algunas áreas del Barrio Don Bosco: aquí a la falta de señalización de calles suele sumarse lo irregular y escarpado del relieve, ya que son comunes los cañadones naturales en donde se han construido viviendas (en su mayoría carenciadas), por lo que las calles también se torna difíciles de transitar.

Los choferes también indicaron que en estos sectores es común que cuando se solicita un móvil asistencial, las personas lo espere en la entrada principal del barrio o en algún otro lugar clave del mismo (una cabina de teléfono público, en una esquina, etc.), debido a que ellos son consciente que la ambulancia puede extraviarse y que esta actitud puede ser la diferencia entre recibir o no la asistencia.

9. ENCUESTA DE OPINIÓN DERIGIDAS A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL ZONAL DE TRELEW (RESULTADOS FINALES)

Cuando se decidió realizar una encuesta entre los usuarios del hospital, con el propósito de verificar el grado de información que los mismos poseían sobre los números telefónicos del nosocomio, también se creyó importante recabar la opinión sobre cómo estos usuarios calificarían la situación actual del servicio de salud público y del servicio de emergencia de este centro asistencial. De una muestra de cien usuarios se pudo llegar a los siguientes resultados:

Gráfico 6: Qué opinión tiene Ud. del Servicio de Salud Público Local?

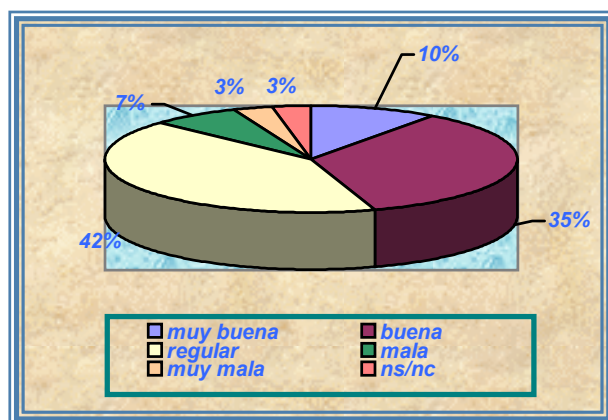
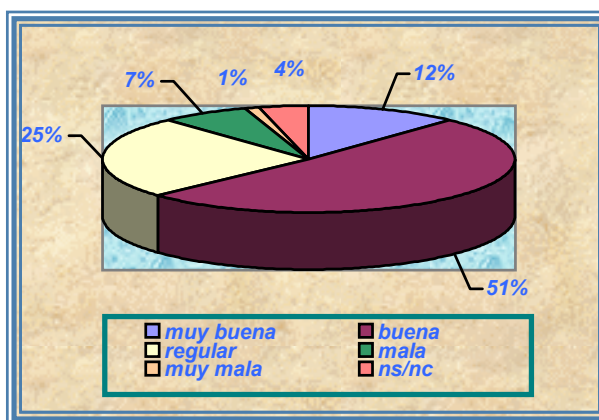


Gráfico 7: Cómo calificaría actualmente al servicio de emergencia médica del Hospital de Trelew?



Fuente: elaboración propia.

El 52 % de los usuarios califica al servicio que brinda el sistema público de salud como regular, malo o muy malo y contrariamente a lo estimado solo un 33 % considera de la misma manera al servicio de urgencia del nosocomio. Cabe aclarar que del total de muestra solo el 54 % dice haber necesitado recientemente este tipo de atención médica.

En las preguntas que prosiguieron en la encuesta se presentó una llamativa contradicción. De las personas que efectivamente lograron recibir tal asistencia de urgencia, un 79 % dicen haber obtenido una buena y muy buena atención, siendo más sorprendente aún que el 81 % de los mismos fueron asistido por el hospital público. Puede interpretarse a través de estas respuestas, como ha venido sucediendo en los últimos tiempos, que las personas separan por un lado la situación de cierto deterioro que vive el establecimiento público de salud (escasez de materiales, medicamentos y demás elementos que hacen al trabajo médico), y por el otro la atención que brinda los profesionales y enfermeros que en este caso pertenecería a la Unidad Médica de Urgencia del Hospital Zonal de Trelew. Cuando se intentó averiguar de qué manera habrían llegado al centro de salud solamente un 45 % habría hecho uso del servicio de ambulancia, lo puede llegar a reflejar la relación que este dato posee con la situación de desconocimiento de los número telefónico a donde llamar para solicitar a este móvil. De las personas que hicieron uso efectivo de dicho móvil asistencial el 73 % califica al tiempo que demandó su traslado hasta el hospital como aceptable o muy aceptable, lo cual demuestra un amplio grado de conformidad por el trabajo que realiza este sección de la U.M.U..

Gráfico 8: Ha necesitado recientemente una atención médica de urgencia?



Gráfico 9: A qué tipo de establecimiento solicitó la asistencia?

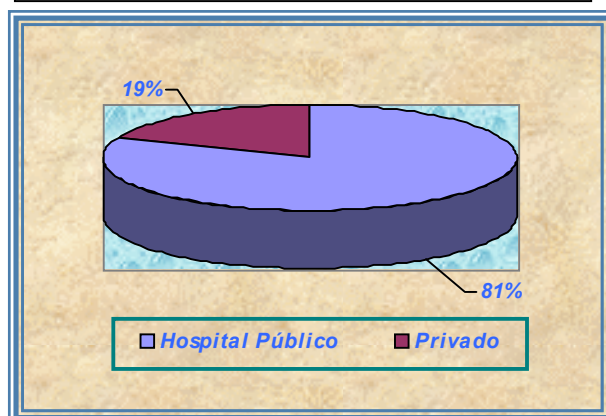


Gráfico 10: Cómo calificaría la atención recibida en el Hospital Público?

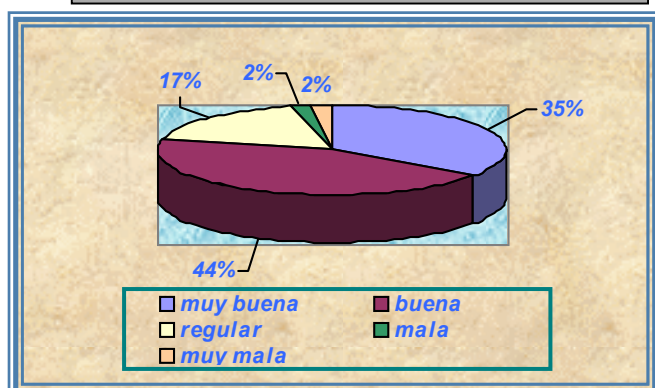


Gráfico 11: Mediante qué medio de transporte logró llegar al hospital?

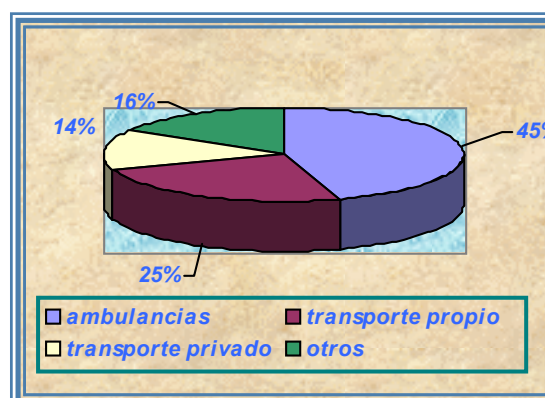
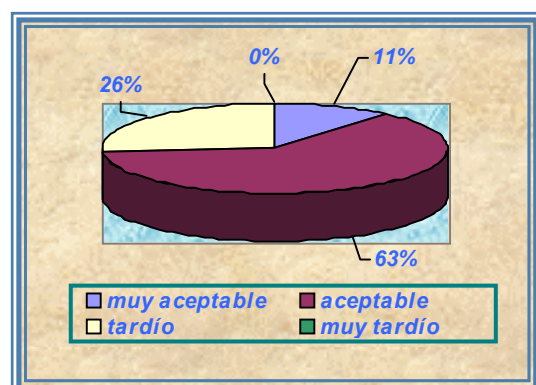


Gráfico 12: Cómo calificaría el tiempo que demandó el traslado del paciente hasta el centro asistencial?



Fuente de los gráficos 8 al 12:
elaboración propia.

conclusiones finales

Culminada la tarea investigativa se han arribado a las siguientes conclusiones finales:

-  Que el estado de completo bienestar físico, psíquico y social de una persona no está relegado exclusivamente a los profesionales médicos, sino que necesita de un aporte interdisciplinario que tienda a mejorar este bienestar.
-  Que desde la Geografía es posible realizar múltiples aportes, y una de sus ramas, “la Geografía de la Salud”, posee herramientas para colaborar en el estudio de la calidad de la salud de la poblaciones, y en lo que a la temática en cuestión se refiere, brinda la posibilidad de realizar un análisis espacial de los sistemas de salud, de su equipamiento y servicios y sobre su utilización; análisis que se intentó plasmar en el presente trabajo.
-  Que la realidad que pueda presentar un servicio como el de “asistencia médica pública de emergencia” depende enormemente de la realidad en la que se encuentra inserto el sistema de salud del cual depende, y que intentar analizarlo por separado sería un error que llevaría a un análisis segmentado y escasamente representativo de la problemática.
-  Que este sistema encuentra su génesis en las normas constitucionales que se comportan como bases generales sobre las cuales se van a tomar todas las decisiones que van hacer a su estructuración y funcionamiento.
-  Que estas normas constitucionales, actualmente en la República Argentina, dejan claramente expresado que en nuestro país no existe un “derecho a la salud”, sino un derecho a “la protección a la salud” anunciado en forma operativa; pero la manera en que se va a garantizar dicha protección está expresada en forma programática, lo cual indica la libertad y flexibilidad de las autoridades a ir adaptando las medidas o decisiones que se toman en este campo, de acuerdo a las necesidades o a las situaciones (de progreso, estancamiento o retroceso económico) por las que pueda atravesar la Argentina.
-  Que en la ciudad de Trelew este servicio de emergencia ha sufrido los avatares de las dos variables analizadas en esta Tesis:



I. Las políticas públicas en el ámbito de la salud reinantes en esta última década: que apuntan a que el Estado tienda a desentenderse de aquellas funciones sociales que generen pérdidas en sus arcas, con el fin de reducir el gasto público. Esta tendencia a un “Estado mínimo”, instalado en la Argentina en los últimos diez años, ha sido avalado por las propias normas constitucionales que tienden a privatizar el ámbito de la salud pública. Ante esta realidad, un amplio porcentaje de los usuarios del sistema de salud se han transformado en “consumidores”, al empezar a ser regidos por reglas de un mercado de consumo; mercado que deja fuera de él a una considerable cantidad de personas que no pueden acceder al mismo por sus condiciones económicas y laborales precarizadas que continúan extendiéndose en el seno de la sociedad (desocupación y subocupación).

Esta situación a desencadenado que en la ciudad de Trelew prácticamente 1/3 parte de su población buscara cubrir sus necesidades asistenciales en un nosocomio público de salud que no se encuentra actualmente preparado para brindar una cobertura sanitaria acorde a una población hoy tres veces mayor a la del año 1970 (fecha de su inauguración), población que

a la vez presenta graves problemas sociales (alto índices de N.B.I., surgimiento y crecimiento de barrios carenciados, familias sin cobertura médica).

A causa de ello la unidad médica de urgencia ha incrementado en casi un noventa por ciento la cantidad de consultas atendidas (en el período 1990-1999), incorporando una masa de nuevos usuarios que anteriormente poseían alguna cobertura sanitaria. En la U.M.U. es el médico clínico el más solicitado como resultado del desborde de los turnos para las atenciones de consultorio, que lleva a que la personas que no han podido conseguir su consulta médica acuda al servicio de guardia. Esto conlleva a que dicha guardia exceda su rol principal: atender emergencias médicas. Hoy se comporta como complemento del consultorio.

Por otro lado el Ministerio de Salud de la provincia del Chubut, ha descentralizado el funcionamiento de los hospitales públicos, decisión también avalada por la Constitución Provincial, reduciendo su intervención a aspecto meramente presupuestarios, destinando una mínima partida presupuestaria, al punto tal que un 77% se utiliza para el pago de personal. Este porcentaje influye en la disponibilidad técnica y humana que hoy posee el hospital.

La dirección del propio centro asistencial entonces, debe subsanar cualquier circunstancia por modus propio o bien mediante organismos e instituciones que deciden colaborar con el mismo a través de algún tipo de donaciones u otra colaboración. Es el municipio trelewense una de las instituciones gubernamentales que más a tendido a colaborar con este centro (ejemplo: donación de ambulancia, Fondo de Asistencia Sanitaria), a sabiendas que la política a nivel nacional y provincial es “tirar” este tipo de problemáticas hacia los municipios.

II. Respecto al crecimiento demográfico de la ciudad de Trelew en la última década:

no cabe duda alguna que condicionó enormemente al trabajo de todo el hospital en general y del servicio de emergencias en particular. Sus principales consecuencias se evidencian en:

- ✓ el surgimiento de barrios en forma acelerada que aún hoy no han recibido el ordenamiento debido por lo extremadamente rápido de su emplazamiento y desarrollo (correcta numeración y señalización de calles), lo cual dificulta el accionar del servicio de ambulancias.
- ✓ el gran número de hogares con N.B.I., que indicaría también, entre otras cuestiones, la dificultad por acceder a servicios de salud de calidad (privados).
- ✓ que estos barrios son atiborrados por nuevos habitantes que llegan desde otras ciudades o regiones en busca de trabajo y asistencia, que pasan a formar parte de los nuevos usuarios del hospital público.



Toda esta situación a desencadenado que el servicio de asistencia médica pública de emergencias de la ciudad, presente actualmente:

- ✓ una sobrecarga de su labor.
- ✓ la dependencia de lo que pueda aportar una donación u otra ayuda para equipar y mejorar su capacidad operativa, ayuda proveniente de instituciones y organismos que decidan colaborar con el mismo.

- ✓ una suerte de abandono por parte del ente gubernamental de salud, producto de las políticas nacionales y provinciales tomadas en este ámbito.
- ✓ un lugar inapropiado para su funcionamiento dentro del edificio hospitalario, situación a la que se arribó por la necesidad de la dirección del mismo de acondicionar y reciclar todo sitio disponible para ampliar el espacio disponible para atender a los paciente que allí asisten.
- ✓ un personal, escaso en número, que trabaja incansablemente con escasos recursos; trabajo que se ve recompensado por las muy aceptables opiniones que poseen los usuarios del servicio sobre su accionar.
- ✓ una falta de información de sus usuarios sobre los números telefónicos a donde deben comunicarse en caso de emergencia, producto de la ausencia de recursos para encarar una campaña de divulgación masiva de los mismos; lo cual se refleja en el amplio porcentaje de personas que llegan por sus propios medios o por terceros a la sala de guardia.
- ✓ un enfrentamiento entre el personal del hospital con los responsables del Ministerio de Salud, ante la desprotección y desentendimiento de las problemáticas reales que sufre el nosocomio.

P Por último y por todo lo expuesto, es preciso afirmar que la hipótesis inicial que guió la presente labor se ha podido comprobar; por lo que el servicio de asistencia médica pública de emergencia de la ciudad de Trelew ha visto sobrepasado los límites esperados y proyectados, como consecuencia del crecimiento demográfico sufrido por la ciudad en estos últimos diez años y por las políticas de ajuste en el sector de la Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA:

- 📖 BELTRAN S. y SÁNCHEZ M. (1994): *“El paisaje urbano de Trelew y sus elementos, una singular organización espacial”*. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Geografía. Trelew, Argentina.
- 📖 CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA (1994). *Santa Fé-Paraná, Argentina*.
- 📖 CONSTITUCIÓN DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT (1994). *Prov. del Chubut, Argentina*.
- 📖 CURTO DE CASAS, S. (1985): *“Geografía y Salud Humana”*. PROMEC Geografía. Talleres Gráficos SENOC. Bs. As. , Argentina.
- 📖 DIARIO “EL CHUBUT”. *Artículos varios*.
- 📖 DIARIO “JORNADA”. *Artículos varios*.
- 📖 DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA Y CENSOS DE LA PROV. DEL CHUBUT (1999): *“Anuario Estadístico de la Provincia del Chubut 1999”*. Dirección General de Información y Gestión. Subsecretaría General de la Gobernación. Rawson-Chubut. Argentina.
- 📖 ESCUDERO, José Carlos (1999): *“La salud al final del siglo”*, en Mallimaci, Fortunato (director), *“Argentina, fin de siglo”*. Facultad de Ciencias Económicas (UBA). Bs. As., Argentina.
- 📖 FUENZALIDA-PUEBLA, CONNOR (1989): *“El derecho a la Salud en las Américas: Estudio Constitucional Comparado”*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., Estados Unidos.
- 📖 GARCIA BALLESTEROS, A. (1989): *“Teoría y Práctica de la Geografía”*. Editorial Alhambra. Madrid, España.
- 📖 GARCIA CANCLINI, Néstor (1995): *“Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la Globalización”*. Grijalbo, México.
- 📖 GARCÍA DELGADO, Daniel (1998): *“Estado Nación y Globalización: fortalezas y debilidades en el umbral del tercer milenio”*. Edit. ARIEL. Bs. As. , Argentina.
- 📖 GONZÁLEZ, Mariela (1996): *“Los equipamientos asistenciales en nuestras ciudades. Elementos de transformación urbana”*. Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- 📖 GONZALEZ GARCÍA, Ginés (1997): *“La salud: sus contradicciones y potencialidades vinculadas a la transformación del mercado laboral”*, en Villanueva, Ernesto (coordinador), *“Empleo y Globalización: la nueva cuestión social en Argentina”*. Universidad Nacional de Quilmes. Bs. As. , Argentina.

-
- 📖 GUÍA DEL MUNDO 1996-1997 (1996): *"El Mundo visto desde el Sur"*. Editorial LUMEN. Bs. As. , Argentina.
- 📖 INDEC (1970): *"Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas"*. Bs. As., Argentina.
- 📖 INDEC (1999) : *"Los municipios de la provincia del Chubut. Estadísticas básicas"* . Bs. As. , Argentina.
- 📖 KROEGER, A. Y LUNA R. (1992): *"Atención Primaria de Salud: principios y métodos"*. Organización Panamericana de la Salud. México.
- 📖 MAMMARELLI, Sergio Marcelo (1999): *"La reforma del sistema de salud en la Argentina"*, en *"Anuario 1998: publicación de trabajos docentes"*. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Trelew, Argentina.
- 📖 NAGHI NAMAKFOROOSH, Mohamed (1984): *"Metodología de la Investigación en Administración, Contabilidad y Economía"*. LIMUSA. México.
- 📖 OLIVERA, A. (1993): *"Espacios y Sociedades: Geografía de la Salud"*. Editorial SINTESIS. Madrid, España.
- 📖 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1993): *"Sobre la Teoría y Práctica de la Salud Pública: Un debate, múltiples perspectivas"*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nro. 98. Washington, D.C., Estados Unidos.
- 📖 PONS, Ignacio (1991): *"Programación de la Investigación Social"*. Cuadernos Metodológicos 8. Argentina.
- 📖 REIMEL DE CARRASQUEL, S. y MUÑOZ Carlos (1990): *"Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida"*. Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela.
- 📖 ROJAS SORIANO (1995): *"Métodos para la Investigación Social. Una proposición dialéctica"*. Editorial Plaza y Valdéz. México.
- 📖 SCRIBANO y otros (1995): *"Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales"*. UNPSJB/FHCS. Trelew, Argentina.
- 📖 TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. (1986): *"Introducción a los métodos cualitativos de investigación"*. Editorial Paidós. Bs. As. Argentina.
- 📖 TRIFIRÓ, María Cristina (1996): *"Consideraciones acerca de la actualidad de la Geografía de la Salud"*. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.
- 📖 VICENTE, A. (coordinador) (1997): *"Administración aplicada a Organizaciones de Salud"*. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. O. Buyatti Editorial. Bs. As., Argentina.
-

-  ZAMORANO, Mariano (1993): *“Geografía Urbana. Forma, funciones y dinámica de las ciudades”*. Editorial CEYNE. Bs. As. Argentina.
-  ZÁRATE, Antonio: *“El mosaico urbano: organización interna y vida de las ciudades”*. Editorial Cincel.