

URBANIZACIÓN Y EQUIDAD EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENCORDONES PERIURBANOS DE CIUDADES DE ARGENTINA Y BOLIVIA

Autores: Margarita del V. Abraham; Hugo Arturo Feraud. Facultad de Medicina UNT, Ministerios de Salud Pública de las Pcia: Tucumán y Santiago del Estero.

Email: mabraham79@gmail.com;

RESUMEN

La finalidad de este estudio, es contribuir a la construcción de conceptos analíticos válidos que den cuenta de la evolución de la urbanización, la equidad en el acceso a los servicios de salud dentro de la estructura socioespacial en cordones periurbanos de ciudades de Santiago del Estero y Tucumán en Argentina y la Paz Bolivia. Los

Objetivos: describir la evolución de la urbanización desde 2001-2010; analizar espacialmente los fenómenos de acceso geográfico; Caracterizar las condiciones socioeconómicas de la población urbano-marginados y describir la opinión emitida, por los informantes calificados que participan en los procesos de toma de decisiones.

METODOLOGIA: Tipo de estudio: Descriptivo de Corte Transversal. *Muestreo por conveniencia* de las localizaciones urbano marginales y la muestra incluyo a los decisores políticos en planificación urbana y sanitaria. Se combinó datos sobre la oferta de servicios de salud, la demanda por estos servicios y la correlación del acceso geográfico a los servicios de salud y una plataforma SIG para interrelacionar estos elementos en el espacio. **RESULTADOS:** La urbanización debe incorporarse a la agenda pública y de gobierno. Desarrollar programas de educación y sensibilización del Recurso Humano en Salud y de la Comunidad. La caracterización de los entrevistados por sexo es en ambos casos del 50% para mujeres y varones. El 50% de los profesionales tienen posgrados completos en gestión y administración.

CONCLUSIONES: Consideramos que el Diseño de las Redes de Servicio se debería realizar, con un enfoque de interculturalidad. La Accesibilidad Geográfica es un punto clave en los conglomerados urbanos. Profundizar en los bloques regionales el abordaje de los problemas derivados del modelo de urbanización. Las ciudades mueven la economía, por ello se recomienda la construcción de ciudades diferentes, amigables con el medio ambiente, con la salud y vida de la población.

Palabras Claves: Urbanización- Accesibilidad- Servicios de Salud- Equidad

INTRODUCCION:

Al final del siglo XX casi la mitad de la humanidad vive en zonas urbanas. En 2007, la población mundial residente en ciudades superó el 50% por primera vez en la historia, y este porcentaje sigue aumentando. En 2030, seis de cada diez personas residirán en ciudades, incrementándose hasta siete de cada diez en 2050. A su vez, es importante considerar que según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), los procesos de urbanización se han acompañado de una concentración de la pobreza. Se calcula que uno de cada tres habitantes urbanos del mundo (es decir, unos 1000 millones de personas) viven en barrios con deficiente infraestructura o en asentamientos precarios. Según las estimaciones del Banco Mundial, en 2035 las ciudades serán núcleos de pobreza predominantes concentrando cada vez en mayor medida, desigualdades e inequidades. Éstas muchas veces no son identificadas en su real medida debido a que quedan desdibujadas en los promedios de la ciudad.

El crecimiento de las ciudades transformadas en enormes metrópolis o verdaderas megaciudades, según la terminología introducida y codificada en los últimos años por las Naciones Unidas para las ciudades con más de diez millones de habitantes (Naciones Unidas, 2001), planteó nuevos problemas conforme al perfil tecnológico y de administración. La expansión física de las ciudades exige infraestructura y servicios que no son simplemente más grandes o más extensos de los que son necesarios para una ciudad de algunos centenares de miles de habitantes. El cambio de escala reclama la adopción de soluciones adecuadas no sólo a las dimensiones sino también a las particularidades y a la diversidad de la demanda de servicios y de infraestructura “sostenibles” conforme al perfil económico, social y ambiental, pero sobre todo, financiero.

Los cambios demográficos, sociales y del mercado de trabajo de los últimos quince años han marcado la fisonomía y la organización de los asentamientos urbanos modernos. Wacquant en un estudio sobre poblaciones marginales humanas realiza una aguda descripción que podría contextualizarse en el ámbito de este estudio, como descripción del entorno social de esta investigación: “La consolidación de este nuevo régimen de

marginalidad urbana, sigue distintas vías y asume formas diversas en los diferentes países del primer mundo. Cualquiera que sea la definición usada para definirla, *underclass* en Estados Unidos e Inglaterra, “nueva pobreza” en Holanda, Alemania y el norte de Italia, “exclusión” en Francia, Bélgica y en los países nórdicos, los signos de la “nueva marginalidad” se hacen rápidamente familiares, incluso para un observador casual de las metrópolis occidentales: hombres *homeless* y familias enteras se pelean por un *shelter*, mendigan en el transporte público y hacen colas interminables de comida.

Pero también las diferentes formas de subempleo, así como la explosión de las diferentes formas de economía informal e ilegal, las economías de la calle en expansión con los carteles de la droga, el número creciente de jóvenes de los sectores populares que deben competir por trabajo con los antiguos trabajadores de las industrias obsoletas por la desindustrialización y por el cambio tecnológico”. (Wacquant, 2007)

En 2001, la urbanización de Argentina alcanzaba el 89,3 por ciento de la población total, este porcentual ascendió al 92% según el censo del 2010.

En Bolivia, el último informe de Desarrollo Humano Integral "Cifras y datos comparativos de cuatro décadas en Bolivia" elaborado por la Fundación Jubileo, revela que la población boliviana ha tenido un acelerado crecimiento desde 1950 y que casi se ha cuadruplicado (aumentó 3,9 veces), pasando de 2.7 millones de personas a más de 10 millones. El movimiento migratorio interno ha sido importante desde 1976. En ese tiempo, las cifras mostraban que el 43% de la población era urbana y 57% rural. En el comienzo del nuevo siglo, la situación se revirtió: 34% vive en el área rural y el 66% en zonas urbanas", destaca en su capítulo dedicado al desarrollo solidario de la humanidad. (Jubileo, 2009)

Es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los habitantes urbanos pobres de las ciudades y metrópolis de los países en vías de desarrollo. Con esa mira, en abril de 2011 el Consejo de Administración del Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos alentó a los países a que censaran la población que vivía en tugurios y a que establecieran metas realistas a escala nacional, regional y local para mejorar las vidas de esas personas. Esa acción podría extenderse más allá de 2020, fecha tope de cumplimiento de ésta meta de los ODM. Las prioridades serían:

vivienda y servicios básicos, infraestructura (como agua y saneamiento), transporte, energía, salud y educación. El Consejo del Programa también urge a los países a promover el acceso a tierras asequibles con tenencia segura y a que creen las condiciones necesarias para que la población pueda subsistir.

El diseño de las ciudades en este escenario de complejidades ha ocupado en forma central la agenda de los procesos de integración regional. Los países del MERCOSUR y UNASUR han encarado el proceso de globalización y las nuevas dinámicas territoriales. Un punto central ha sido la relectura del concepto propio de la globalización, desde las diferentes Teorías de Relaciones Internacionales así como la construcción de una visión latinoamericana de la globalización. Este debate sirvió de sustento inicial para poder encarar la revisión del proceso de globalización y las demandas de democratización y descentralización que el mismo proceso conlleva en el ámbito de los conglomerados urbanos.

La internacionalización de las ciudades con su marcado sesgo de exclusión ha movilizado desde los espacio de integración la construcción de propuestas tendientes a propulsar políticas de desarrollo humano con inclusión social. De hecho la reunión de UNASUR de Julio trató este tema como central.

La “nueva” crisis internacional iniciada a fines del 2008, pone interrogantes a las estrategias de cambio en las relaciones económicas, modelos de producción, modelo de desarrollo que comenzaron con este siglo. Los países centrales han cerrado filas y fronteras para resguardar sus economías. Y el sistema financiero está en el centro de la discusión. Aunque vistas las últimas medidas de los países golpeados por la crisis, resta esperar que las restricciones y recortes pasen por los servicios de la seguridad social no por los servicios financieros.

En la falta de planificación del crecimiento urbano y sus consecuencias y la concentración de la pobreza que presentan las ciudades, las políticas y estructuras estatales juegan un papel decisivo, articulando los diferenciales de clases, de trabajo, de educación, salud etc. Es el Estado en su acción múltiple y diversificada el que determina de una u otra manera (según la ideología Estatal) los mercados de trabajo,

vivienda, distribución de bienes y servicios etc. Como marca Bordieu, son efectos del Estado proyectados sobre la ciudad.

A pesar de la importancia del aumento de la pobreza en los cordones periurbano de Argentina (Tucumán y Santiago del Estero) y Bolivia, la exclusión en salud e inequidad como fenómeno social y como problema de políticas públicas, en la actualidad, no se la encuentra en la lista de temas prioritarios de la agenda político social y las reformas sectoriales sólo la han tocado de manera indirecta y fragmentaria, especialmente en el acceso a servicios de salud; en el estado de salud de estas poblaciones, Inequidades debidas a mecanismos de financiamiento en salud y capacidad y voluntad política reducida para el desarrollo de políticas de salud. En la caracterización de la oferta de servicios de salud, como problema frecuente se observa la discrepancia entre los datos administrativos y la realidad. Por ejemplo, los informes administrativos a veces incluyen establecimientos que no están en funcionamiento o dan un panorama demasiado optimista sobre la calidad y cantidad del servicio. Otro inconveniente, es la insatisfacción del prestador, respecto a los salarios percibidos.

La significación del proyecto país, en el corto y largo plazo, está inscrito dentro de las perspectiva que tiene el proceso de atención de la salud en Argentina-Bolivia, en el sentido de privilegiar lo preventivo (salud colectiva) como acción ligada al desarrollo de la persona en el mediano y largo plazo y a cuya atención preocupa a la política de salud y por tanto en su provisión, financiamiento y regulación.

Es decir encuadrándose dentro de las funciones del Estado en salud y dentro del nuevo marco de la Ley General de Salud, así como, de la Carta de Ottawa y la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santafé de Bogotá, los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” que debieran proporcionar un marco apropiado para reforzar los esfuerzos de la gestión política, que son considerados instrumentos claves de la política de salud, puesto que señalan la necesidad de que los recursos destinados a salud deben ser concebidos como una inversión social y no como gastos irre recuperables. Por lo tanto, definen como un área principal de acción la identificación y atenuación de los factores que generan inequidad, que en nuestro caso serán identificados y analizados desde la perspectiva del acceso a servicios de salud.

La finalidad de este estudio, es contribuir a la construcción de conceptos analíticos validos que den cuenta de la evolución de la urbanización, la equidad en el acceso a los servicios de salud desde su posición dentro de la estructura socioespacial en cordones periurbanos de ciudades de Santiago del estero y Tucumán en Argentina y la Paz Bolivia; para ello se combinará datos sobre la oferta de servicios de salud, la demanda por estos servicios y la correlación del acceso geográfico a los servicios de salud, basándose en datos de población censales desagregados, un inventario completo de establecimientos, análisis de indicadores de socioeconómicos, y una plataforma SIG para interrelacionar estos elementos en el espacio.

Propósito: Describir el crecimiento de las ciudades bajo estudio, entre períodos censales 2001-2010 y relacionar la localización espacial de los servicios públicos de salud en las poblaciones urbano marginales.

Objetivos:

- Describir la evolución de la urbanización en el período 2001-2010 en las ciudades de Santiago del Estero, Tucumán en Argentina y la Paz en Bolivia.
- Realizar el análisis espacial de los fenómenos de acceso geográfico, urbanización y disposición de la oferta de servicios de salud.
- Caracterizar con el uso de medidas de privación (NBI-IPMH), las condiciones socioeconómicas de la población, que posibilite delimitar los enclaves urbano-marginados.
- Describir la opinión emitida, por los informantes calificados que participan en los procesos de toma de decisiones, sobre las implicancias que posee el fenómeno de la urbanización y la equidad en el acceso a los servicios de salud.
- Plantear propuestas que aporten mejoras en la disposición espacial de la oferta de servicios de salud, en el marco de la planificación urbana y de servicios de salud.

1.Urbanización y Desarrollo: La múltiples ciudades posibles:

La ciudad ha ido configurándose como el terreno de juego donde múltiples intervenciones son posibles. El modelo de desarrollo impulsado por la globalización que, con la apertura de los mercados a los intercambios internacionales, división internacional de la producción etc., ha determinado un continuo aumento de las tasas de urbanización, reforzando los mecanismos de concentración de la población. El resultado

de este proceso iniciado en los años 80 son las grandes áreas metropolitanas. (Balbo Marcelo, Jordan Ricardo, Simioni, Daniela, 2003).

Las nuevas reglas de juego ocasionaron transformaciones económicas y territoriales, que indujeron a las aglomeraciones urbanas. Y las ciudades se posicionaron como los lugares referenciales de la nueva modernidad en los países en vías de desarrollo.

Fundamentalmente por dos procesos simultáneos, antagónicos y paradójicamente subsidiarios entre sí. Uno la concentración de infraestructura, servicios, recursos educativos, capacidad fabril, mejor accesibilidad a servicios básicos etc., que busca establecer condiciones económicas a escala y las ventajas comparativas que permita la eficiencia económica, captar inversiones etc. Y el otro proceso que con el cambio del modelo de desarrollo impulsado por la globalización, confinó a nuestros países a un rol de productores de materia prima fundamentalmente de alimentos, que abastezca a las economías que están en continuo crecimiento (China, India etc.). Los cambios tecnológicos en el campo de la explotación agropecuaria y ganadera, ampliaron las fronteras de explotación expulsando a millones de personas desde la zona rural a los conglomerados urbanos. (Borja, 1998).

La globalización y el modelo neoliberal impusieron condiciones para pensar las ciudades. Una relacionada con el rol de la ciudad como motor del crecimiento económico, en detrimento de la dimensión política de las ciudades. El homo civicus relegado por el homo economicus. Quien vive en la ciudad y es productivo desde el punto de vista económico, puede arrogarse una ciudadanía con cierto porcentaje de plenitud.

De esto se desprende como dos mandatos para las ciudades, la de la ciudad productiva y la ciudad en su función socializadora. Pero estos dos enfoques, rara vez han sido conciliables. Y la globalización económica y los postulados del consenso de Washington los enfrentó en una clara antinomia. Los dos aspectos de esta exigencia, ciudad productiva y función social de la ciudad (la ciudad inclusiva), rara vez han sido conciliables. Las Ciudades se encuentran en el centro de estas profundas transformaciones sociales, los gobiernos no han podido mantener bajo control esta nueva realidad con los tradicionales instrumentos de planificación urbana.

1.2 Segregación urbana. Ciudadanía y Derechos en enclaves de pobreza estructural:

El enfoque conceptual de Amartya Sen, significó un replanteo absoluto de la aproximación teórica al fenómeno social de la pobreza. (Sen, 1981)

Su trabajo trasladó la pobreza y su definición desde el enfoque unitario de la falta recursos a la discusión de las capacidades de los individuos y las familias. Este enfoque revolucionario fue el puntapié inicial de nuevos enfoques tanto de análisis como de acción, centrados en las desventajas que soportan ciertos sectores sociales y que perpetúan la pobreza.(Saraví, 2004). Esta escuela de pensamiento del desarrollo humano, permitió llevar la discusión de la pobreza al terreno de los derechos de ciudadanía en las sociedades contemporáneas. Comenzó a entreverse que existían dimensiones socioeconómicas que limitaban las capacidades de las personas para alcanzar un desarrollo justo y éticamente aceptable. Y muchas de estas dimensiones se relacionaban con el entramado espacial donde se da la cotidianeidad de las familias y los individuos.

1.3 Los status de la ciudadanía y el acceso a servicios esenciales.

Es conveniente trazar una definición de “población urbano-marginada”. Un asentamiento urbano-marginado, no es una simple entidad topográfica o una suma de familias y de individuos pobres, sino una forma institucional, es decir, una sucesión particular, anclada en el espacio, de mecanismos de clausura y control etno-racial. Como resumen puede caracterizarse a una población urbano-marginal como una constelación socioespacial limitada, racial y culturalmente uniforme, fundada sobre la relegación forzosa de una población estigmatizada, en un territorio reservado en cuyo seno dicha población desarrolla un conjunto de instituciones propias que operan a la vez como un sustituto funcional y como un tope protector de la sociedad circundante. (Wacquant, 2007). Así configurado el espacio urbano, podemos inferir que el lugar de residencia opera como un “clasificador social” (con el proceso de segregación urbana como herramienta). Y esta segregación configura estados de ciudadanía y de derechos disímiles. Efectivos en la práctica pero callados desde la formalidad de lo enunciativos en políticas públicas y legislación. Porque desde su condición jurídica y política los enclaves urbano-marginales ocupan un lugar de indefinición. Pertenecen a una geografía reconocida, pero se instauran desde una posición crítica de las leyes

ordinarias. Producen en su interior una mezcla de reglas prácticas y específicas del aislamiento.

Por su parte los enclaves urbano-marginales, ofrecen una mezcla de legalidad civil y de estado de excepción respecto a los usos y costumbre de la población abierta. Es que verdad que la ley no se suspende dentro de un asentamiento marginal, pero también es cierto que las fuerzas del orden, la red educativa o la red del servicio de salud no se deslizan dentro de sus fronteras con la misma agilidad que lo hacen por las calles de la ciudad. Se da de hecho una situación donde los atributos de la ciudadanía tal como la proclama el pacto social de la modernidad quedan suspendidos en un limbo de indeterminación y no reconocimiento.

2. Accesibilidad a los Servicios de Salud.

La accesibilidad geográfica es interpretada como distancia entre la oferta, equipamiento colectivo localizado y demanda que posee la población en un momento dado. El resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población. Si la localización introduce un factor de discriminación en el uso de los servicios en las diferentes áreas jurisdiccionales, es de interés analizar las relaciones espaciales entre ambas.

La accesibilidad a los servicios públicos, ya sea por la distancia física a ellos; por el egreso monetario que implica poder utilizarlos o por el desconocimiento necesario sobre su existencia y uso, principalmente, no son equitativos para todos, creándose en consecuencia verdaderos recortes territoriales desiguales. (Rossi, 2007).

La accesibilidad a los servicios de salud no sólo se relaciona con su oferta sino también con las políticas del sector y con los mecanismos y dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población. En este sentido, los servicios de salud están condicionados por fuerzas mayores, como las políticas públicas, las leyes, la economía, los paradigmas médicos, los valores culturales y los problemas sociales. Estas condiciones estructurales se expresan en las relaciones personales entre profesionales de la salud y usuarios del sistema.

Es posible redefinir la comprensión de la relación médico-paciente tomando el concepto de “actos de salud” que involucra, en un sentido amplio y complejo, el espacio de intersección/intervención entre usuarios y agentes de los servicios de salud. Se

considera a los usuarios y a los trabajadores tanto en el aspecto individual como colectivo, ambos capturados por necesidades y modos de actuar. Necesidades que no sólo connotan el sentido de carencia, de falta, sin una dimensión positiva, como el valor de uso expresado en la búsqueda de bienestar.

La accesibilidad al sistema de salud es definida, entonces, como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”.

La accesibilidad, por lo tanto, no se define simplemente sólo por el acceso a una consulta o al ingreso a un hospital. Para estas situaciones se recurre a la definición de accesibilidad inicial, que sería el ingreso al sistema.

2.1 Dimensiones de la accesibilidad: La accesibilidad constituye el extremo más deseable de ingreso al sistema de salud, en tanto remite a la posibilidad de acceder plenamente. En el otro extremo se encuentran las barreras, que constituyen la situación menos deseable. Las principales dimensiones con las que clásicamente se aborda el tema de la accesibilidad son las siguientes: La geográfica, que refiere a la localización del centro de salud o unidad sanitaria y su población asignada; las distancias entre el lugar de residencia de los usuarios y el centro de salud; el desplazamiento de poblaciones de una jurisdicción a otra para hacer uso de centros de salud, tanto porque en su zona carecen de los mismos o porque prefieren o eligen un mejor servicio.

La cuestión de la distancia geográfica se suma un elemento de la dimensión económica: costo del transporte y tiempo de viaje. La dimensión económica, que refiere al acceso gratuito o no al servicio de salud, el precio de los medicamentos, la privatización o cobro encubierto de los servicios de salud pública, etc. La dimensión organizacional, que abarca los aspectos burocráticos y administrativos de cada institución (modalidad de los turnos o interconsultas, tiempo de espera, etc.).

METODOLOGIA:

Población: Argentina: Gran San Miguel de Tucumán, Santiago del Estero Capital y la Paz (Bolivia).

Tipo de estudio: la investigación será cuali-cuantitativa. Observacional. Descriptivo de Corte Transversal.

Muestreo: En la etapa de aplicación de la metodología cuantitativa, se selecciono *muestreo por conveniencia* de las localizaciones urbano marginales. En la etapa de aplicación de la metodología cualitativa, se estableció la búsqueda bibliográfica y de campo. La muestra incluyo a los decisores políticos en planificación urbana y sanitaria que participaron como informantes claves de la investigación a partir de la delimitación del universo.

Unidad de Medida: a) para el mapeo de indicadores de pobreza se utilizará como unidad de medida la fracción censal (cada una de los segmentos en que se divide un departamento). b) personas a cargo en planificación sanitaria.

Criterios de inclusión y exclusión: se incluirán las poblaciones y servicios de salud de las áreas periurbanas de las provincias bajo estudio. Así mismo, se incluirá a los Decisores políticos en planificación urbana y sanitaria. Se excluirán a todas las variables que no fueron enunciadas en dicho proyecto.

Consideraciones éticas: Se informará a las personas sobre los objetivos del presente estudio, solicitándoles consentimiento para realizar la entrevista, asegurándoles la confidencialidad y anonimato de los datos que de ésta resulten. Se entrevistará solo a las personas que acepten de forma voluntaria participar de este estudio.

Se realizo un análisis documental de leyes, normas, archivos institucionales, memorias, informes de gestión. Elegimos la accesibilidad a servicios de salud por ser esta un atributo determinado por múltiples factores que indirectamente miden el universo de posibilidades que a una familia le interpela su ambiente social. Se analizaron los censos de población de los años 2001-2010. Para caracterizar el crecimiento poblacional en relación al acceso a servicios y bienes materiales, se utilizo el índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) y el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), si bien tienen limitaciones metodológicas, permiten la identificación (sobre todo el IPMH) de fenómenos, multidimensional y heterogéneos de la pobreza, y están disponibles en las bases censales. Se realizo entrevistas estructuradas a informantes calificados como decisores políticos, académicos y actores sociales, en relación directa con la planificación urbana y/o sanitaria. La misma se efectuó en forma personal o bien a través de la entrega escrita; remarcando, las dimensiones pasadas, presentes y futuras sobre las implicancias que poseen el fenómeno de la urbanización y la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Instrumentos y Técnicas:

Se realizó un análisis documental de leyes, normas, archivos institucionales, memorias, informes de gestión para la construcción del marco conceptual relacionado con el tema en estudio. Elegimos la accesibilidad a servicios de salud por ser esta un atributo determinado por múltiples factores que indirectamente miden el universo de posibilidades que a una familia le interpela su ambiente social. Se analizaron los censos de población de los años 2001-2010. Para caracterizar el crecimiento poblacional en relación al acceso a servicios y bienes materiales, se utilizó el índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) y el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), si bien tienen limitaciones metodológicas, permiten la identificación (sobre todo el IPMH) de fenómenos, multidimensional y heterogéneos de la pobreza, y están disponibles en las bases censales.

Esta caracterización de la población a través de estos índices de privación nos permitió relacionar la localización espacial de los servicios públicos de salud, en función de los enclaves de población más desprotegida.

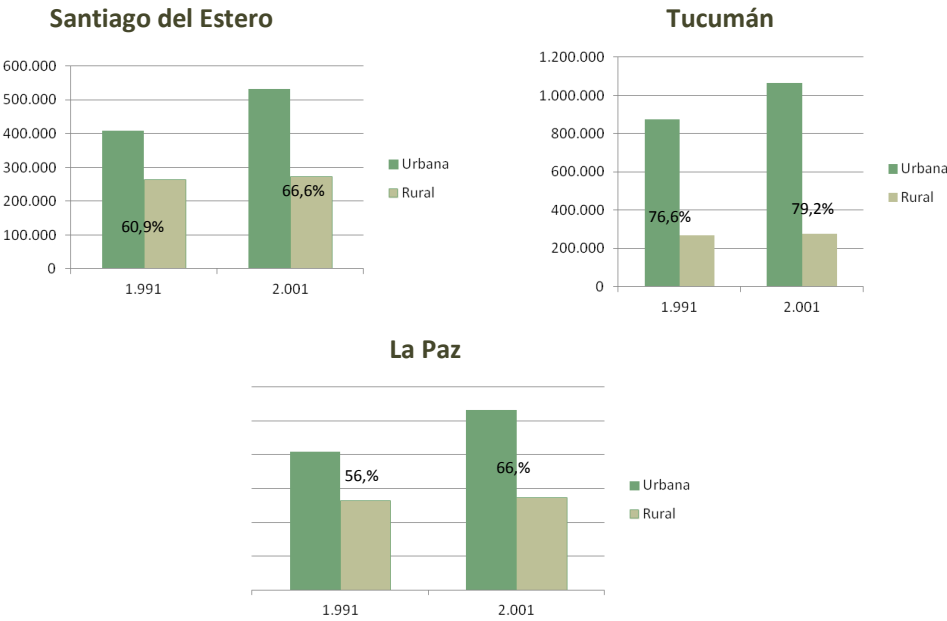
Se realizó entrevistas estructuradas a informantes calificados como decisores políticos, académicos y actores sociales, con relación directa con la planificación urbana y/o sanitaria. La misma se efectuó en forma personal o bien a través de la entrega escrita, previa explicación de su contenido sobre las preguntas formuladas de la entrevista; remarcando, las dimensiones pasadas, presentes y futuras sobre las implicancias que posee el fenómeno de la urbanización y la equidad en el acceso a los servicios de salud. La duración de la misma se previó como mínimo 25 minutos.

Procesamiento y análisis de datos: Para el análisis de los datos de las bases censales se usó Redatam+SP en su última versión. Para las medidas de georreferenciamiento se usó gvSIG Desktop, software para el manejo de información geográfica con precisión cartográfica.

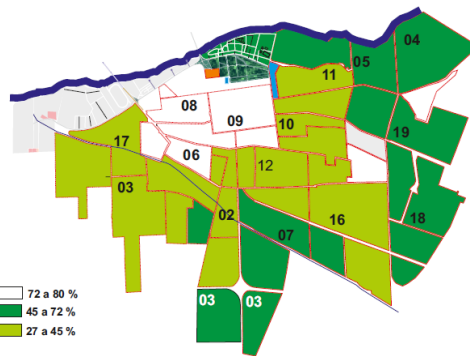
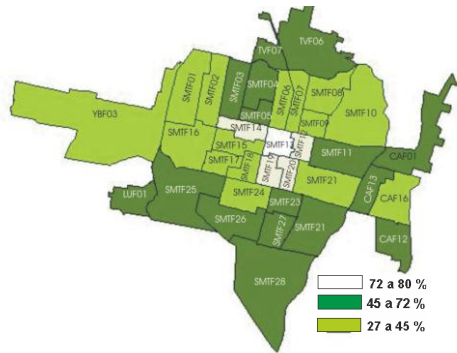
Se transcribió las entrevistas realizadas con la finalidad de encontrar similitudes, diferencias y especificidades en cada fuente de información analizada. Los resultados cualitativos finalizaron con la saturación de la información, propias de la aplicación de las técnicas cualitativas y el proceso de elaboración de los resultados será básicamente inductivo.

RESULTADOS:

Evolución de la urbanización en el período 2001-2010 en las ciudades de Santiago del Estero, Tucumán en Argentina y la Paz en Bolivia.



Caracterización con el uso de medidas de privación (NBI-IPMH), las condiciones socioeconómicas de la población, que posibilite delimitar los enclaves urbano-marginados.



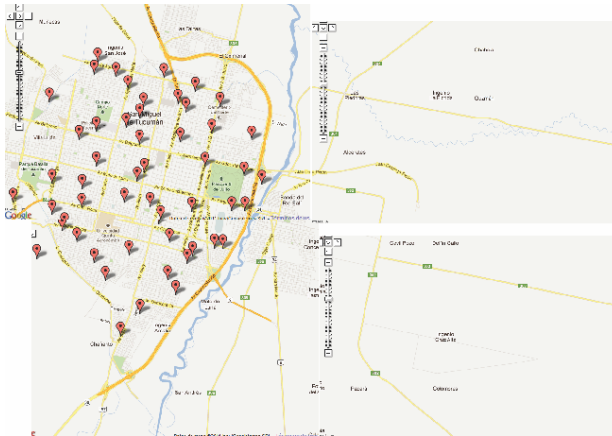
Los Límites de la Pobreza

La Localización de la Pobreza

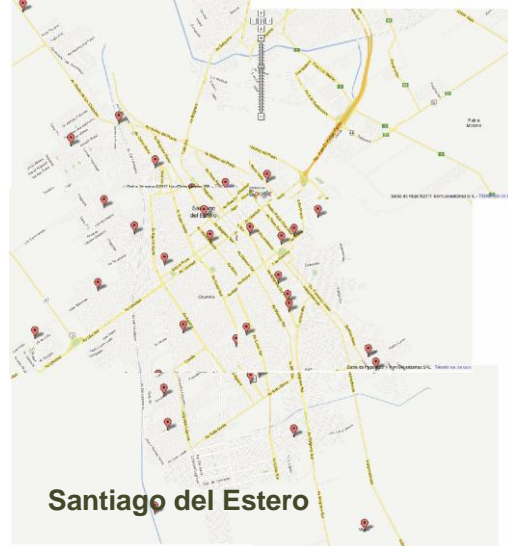
Fracciones censales del Gran San Miguel de Tucumán y Santiago del Estero clasificadas de acuerdo a la Intensidad por Índice de Privación Material de los Hogares. 2001.

Análisis espacial de los fenómenos de acceso geográfico, urbanización y disposición de la oferta de servicios de salud

Georreferencia de Los Servicios de Salud.



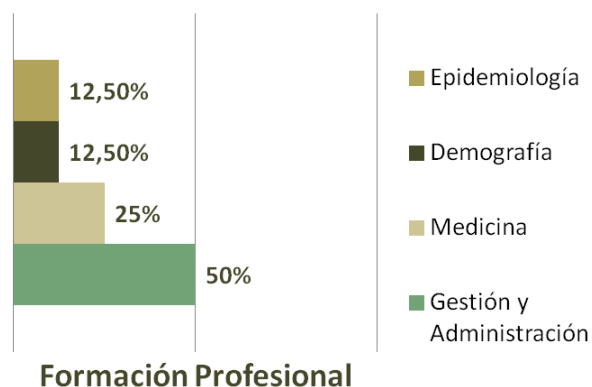
Tucumán



Santiago del Estero

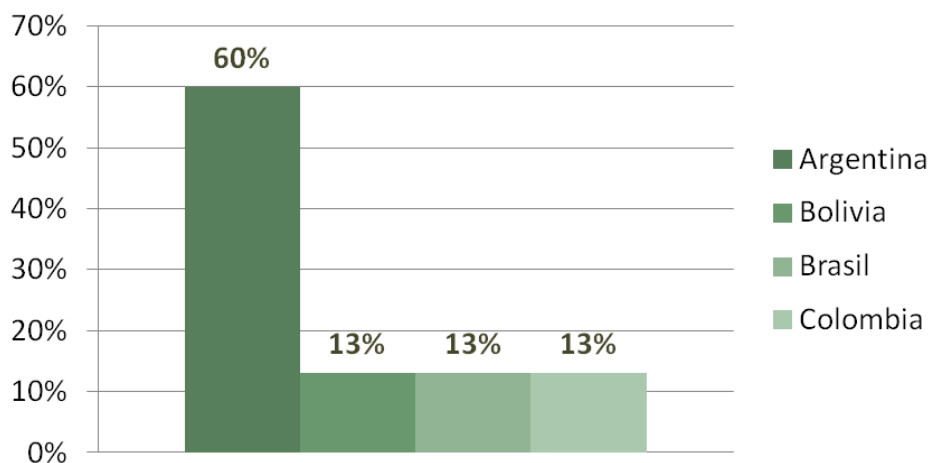
CARACTERIZACION DE LOS ENTREVISTADOS: Del total de la población analizada la distribución por sexo es en ambos casos del 50% para mujeres y varones entrevistados. El 50% de los profesionales entrevistados tienen posgrados completos en gestión y administración.

Grafico N°1: Encuadre biográfico de los entrevistados según formación profesional.



El 50% de los profesionales entrevistados tienen posgrados completos en gestión y administración.

Grafico N°2: Encuadre biográfico de los entrevistados según Países representados.



DIMENSION TEMPORAL PASADA: Se analizó el conocimiento que poseían los entrevistados respecto a las firmas de acuerdos sobre urbanización y el impacto en

metrópolis en ciudades en vía de desarrollo. Más de la mitad de los entrevistados, solo conoce los acuerdos locales, provinciales y muy pocos los acuerdos nacionales e internacionales. Sin embargo todos relacionaron la firma de los acuerdos en el desarrollo urbano local y municipal, con atención sobre todo en la problemática de los excluidos; los compromisos para reducir el impacto de la urbanización sobre las áreas peri urbanas. Muy pocos de ellos, demostraron poseer conocimientos sobre acuerdos nacionales e internacionales. En relación a las actividades del Gobierno en este tema, respecto a *lo más importante que se ha hecho en los últimos 5 años?*. Los referentes entrevistados expresaron, avances sobre: temas de *infraestructura, determinantes de salud y ambientales*.

DIMENSION TEMPORAL PRESENTE: Al consultarles a los entrevistados sobre el modelo de desarrollo en un mundo globalizado contempla un diseño de gobernabilidad para la salud de las personas?. Los informantes, respondieron que en estos lineamientos se encuentran presentes la rectoría que le compete al estado en todos los aspectos y que esto puede abordarse en forma más eficaz si el fortalecimiento institucional continúa. Sin embargo la mayoría coincide en expresar que faltan planes articulados para la consecución de esos objetivos, debido a que se sigue el modelo capitalista neoliberal, en el que la salud es un tema secundario, las políticas son fragmentadas y segmentadas y es imposible integrar demografía con pueblo, con geografía y con oferta de servicios públicos. *Al preguntar si se considera al proceso de urbanización un problema?*. Todos los entrevistados enunciaron un *si rotundo*, por considerar que la problemática está tratada en los procesos de urbanización; que es una tendencia mundial y latinoamericana que pretende brindar una mayor cantidad de servicios y protección a la población. *Respecto al posicionamiento del tema de la urbanización si debería estar en la agenda pública o en la agenda de gobierno?*. Todos los entrevistados consideraron que *si*, de manera articulada y trabajando desde la transversalidad de las dimensiones que el problema presenta: Agenda pública, para incluir la visión y la participación de la comunidad y un replanteo en la agenda de gobierno.

DIMENSION TEMPORAL FUTURA: *Qué planes, programas o proyectos desarrollaría para determinar para esta nueva configuración social y espacial en la oferta y demanda a los servicios de salud?*. Del análisis de esta dimensión pudimos

observar que las respuestas estaban enunciadas sobre tres nodos: a) La participación y articulación estratégica permanente en los ámbitos interministeriales, y con los diferentes estamentos sociales, y representantes de la población van a permitirnos un desarrollo sanitario sin ampliar las inequidades. b) Educación y sensibilización de conciencia pública y sensibilización de los tomadores de decisiones. c) Surgieron las propuestas de planes, proyectos y programas de protección ambiental, cambio climático. Programas de Saneamiento Básico tendientes a la reducción de las desigualdades en entornos urbanos.

En general demostraron tener conocimiento los entrevistados de aspectos que se desarrollan a nivel local, Municipal de planes, programas y compromisos entre los gobiernos, Universidades. Si bien eran muy pocos los que conocían aspectos desarrollados por el Consejo Federal de Inversiones, Organismos Internacionales, Kobe, Estambul. Todos pudieron expresar las acciones para mejorar la calidad de vida de los sectores menos favorecidos y detallaron las mejoras en agua, aire, saneamiento, vivienda, servicios públicos, determinantes sociales, municipios saludables.

Oportunidades: Las ciudades mueven la economía, difunden las innovaciones, representan un ámbito de numerosas oportunidades. Plantear la construcción de ciudades diferentes, amigables con el medio ambiente y con la salud y vida de la población. La urbanización debe incorporarse a la agenda pública y de gobierno. Desarrollar programas de educación y sensibilización del Recurso Humano en Salud y de la Comunidad.

Debilidades: Las iniciativas de las ciudades saludables aún están buscando una identidad y un quehacer propio en el tema. Reconocen un Sistema de salud segmentado.

Amenazas: Modelo capitalista neoliberal. La crisis ambiental es una crisis de civilización, de un modelo económico, tecnológico y cultural de carácter global. La reducción de **personas** que se dedican a la producción de alimentos comprometen la sostenibilidad de las ciudades.

CONCLUSIONES: La Urbanización pretende modificar a una planificación sanitaria estática y desde una urbanización impulsada por la gente considera una Planificación

Sanitaria con lógica sectorial. Otro de los aspectos que deben ser considerados es el ejercicio de Ciudadanía y Salud a través de la Configuración de espacios invisibles, con una Planificación de servicios con perspectiva de Derecho. Por último, consideramos que el Diseño de las Redes de Servicio se debería realizar, con un enfoque de interculturalidad. La Accesibilidad Geográfica es un punto clave en los conglomerados urbanos. Profundizar en los bloques regionales el abordaje de los problemas derivados del modelo de urbanización. Incorporar a salud en los equipo de trabajo de abogacía internacional en desarrollo. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS: Progresar en los bloques regionales el abordaje de los problemas derivados del modelo de urbanización; Promover la participación de la comunidad; Desarrollar herramientas de análisis; Fortalecer la iniciativa de municipios saludables en los bloques regionales e internacionales; Funcionalizar los departamentos de planificación; Formular políticas públicas sobre el proceso de urbanización; Generar un impacto directo sobre la calidad de vida de las poblaciones urbano marginales e incorporar a salud en los equipo de trabajo de abogacía internacional en desarrollo.

BIBLIOGRAFIA.

Aranda Dario. Otra Campaña del Desierto, ahora por la soja [Artículo] // Pagina 12. - Buenos Aires : Pagina 12, 2010. - 12 de Octubre del año 2010.

Balbo Marcelo, Jordan Ricardo, Simioni, Daniela La Ciudad Inclusiva [En línea] // CEPAL. - Cepal, 2003. - <http://www.eclac.org/>.

Boaventura de Sousa Santos Reinventar la Democracia, Reinventar el Estado. [Libro]. - Buenos Aires : CLACSO, 2004.

Borja Jordi Las Ciudades y el planeamiento Estratégico. Una reflexión europea y latinoamericana. [Publicación periódica] // Urbana. - Caracas : Facultad de Arquitectura y Urbanismo . Universidad Central de Venezuela, 1998.

Bosi María L., Mercado Francisco. *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. Buenos Aires. Argentina 2007.

Buzai Gustavo Análisis Socioespacial con Sistemas de Información Geográfica [Libro]. - Buenos Aires : Lugar, 2006.

Cortazzo Inés, Moise Cecilia. *Estado, Salud y Desocupación: de la vulnerabilidad a la exclusión*. Edit. Paidós Tramas Sociales. Buenos Aires. 2000.

Díaz Esther. *Las Grietas del Control. Vida Vigilancia y Caos* [Libro]. - Buenos Aires : Bilblos, 2010.

INDEC [En línea]. - 2001. - 05 de Agosto de 2011. - http://www.indec.gov.ar/redatam/CPV2001ARG/docs/Definiciones%20CD%20Base%20CNPHV2001_d.pdf.

Jubileo Fundación Desarrollo Humano Integral. *Cifras y datos comparativos de cuatro décadas en Bolivia* [Informe]. - La Paz- Bolivia : Serie: denate público 14- Fundación Jubileo, 2009.

Luco Camilo Arriagada *Segregación residencial según dos modelos de urbanización y bienestar: estudio comparado de las áreas metropolitanas del gran Santiago, Toronto y Vancouver* [Publicación periódica] // *Notas de Población*. - Santiago del Chile : CEPAL, 2004. - 91.

Massey Douglas *The age of extremes: concentrated affluence and poverty in the twenty-first century* [Publicación periódica] // *Demography*. - Silver Spring : Population Association of America, 1996. - 4 : Vols. 33,.

Robert J. Barro Xavier Sala-i-Martin *Crecimiento Económico* [Libro]. - Barcelona : Reverte, 2009.

Rossi Diana *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud de las ciudades de Buenos Aires y Rosario* [Libro]. - Buenos Aires : Intercambio Asociación Civil, 2007.

Saraví Gonzalo *Segregación urbana y espacio público: los jóvenes en enclaves de pobreza estructural* [Publicación periódica] // *Revista de la CEPAL*. - Santiago del Chile : C E P A L, Agosto de 2004. - 83.

Sen Amartya *Poverty and Famines: An Essay on Entitlements and* [Libro]. - Oxford : Oxford Press, 1981.

Wacquant Loïc Los Condenados de la Ciudad. Guetos Periferia y Estado [Libro]. - Buenos Aires : Siglo Veintiuno, 2007.

MATERIAL Y DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Carracedo E. Utilización de un servicio de salud. Accesibilidad y adherencia. <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Carracedo-5.pdf>.
- Castillos-Salgado C. Revista Panamericana de Salud Pública. Medición de las desigualdades de salud; 12(6):371- 372; 2002. <http://journal.paho.org/>.
- Comes Camila; Solitario Romina y Col. El Concepto de la Accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones. Vol. XIV. Buenos Aires. Argentina 2006.
- Documentos oficiales de varios países (Panamá, México, Honduras, Argentina, Chile, etc.) BID. Banco Mundial. OPS/OMS, FAO UNICEF. (2003) (2004)
- Flinn, Michael W. «El sistema demográfico europeo, 1500-1820». Crítica. Barcelona 1993.
- Fraguas E. L; Dal Mas E. S; Díaz Mulligan M; Carril M. V. Participación Comunitaria. Repensando la Accesibilidad a la APS <Http://www.medicoscomunitarios.gov.ar/trabajos/resumen/resumen>.
- Hamilton G. Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. En: *Jornadas Gino Germani.IIFCS*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.37; 2000.
- Jarra Nora M., Ceballos María B. *Indicadores de privación en los hogares en base a datos censales del GSMT,2001*. Cuaderno N° 97. Año 2005.
- Jacqard, Albert «La explosión demográfica». Debate. Dominós. Madrid 1993
- Livi-Bacci, Massimo «Historia mínima de la población mundial». Ariel. Barcelona 1990 .
- Livi-Bacci, Massimo «Introducción a la demografía». Ariel. Barcelona 1993
- Chavez Negrin, Ernesto. “Población y desarrollo”, CEDEM, La Habana, julio del 2002.