

Condiciones de Salud en las Villas de la Ciudad de Buenos Aires

JIMENA MACCIÓ

1. Introducción

De acuerdo con Amartya Sen, la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y es una de las capacidades humanas más significativas entre las que existen razones para valorar (Sen, 2002). Posee un valor intrínseco, además de un valor económico instrumental (Ariana y Naveed, 2009). Martha Nussbaum hace referencia directa o indirecta a estas dimensiones cuando menciona entre sus capacidades centrales a la salud corporal, la integridad corporal y también en la capacidad que denomina “Pensamiento, imaginación y sentidos” (Nussbaum, 2006).

Tanto la salud física como la psicológica están asociadas de manera muy cercana con las condiciones materiales de vida. En cuanto a la salud física, los sistemas pluviales y cloacales, la recolección de basura, las condiciones decentes de habitabilidad, las condiciones seguras de trabajo y las mejoras en la higiene alimenticia son todos progresos que históricamente significaron mejoras en la salud de la población y extensiones en la expectativa de vida. En términos de la desigualdad, “El status social bajo tiene un claro impacto sobre la salud física, y no solamente para personas en lo más bajo de la escala social”¹ (Wilkinson y Pickett, 2011: 75). “La desigualdad del ingreso afecta a la salud, aun luego de ajustar por los ingresos individuales” (Subramanian y Kawachi, 2004).

La salud mental, por su parte, también se vincula de manera cercana a la distribución del bienestar material. Asimismo, en la terminología de Maslow, se encuentran en la base de las necesidades fundamentales: “Las personas que están mentalmente sanas son capaces de cuidar de sí mismos, verse como personas valiosas y evaluarse bajo estándares razonables en lugar de poco realistas”. (Wilkinson y Pickett, 2011)².

Este capítulo se dedica a presentar un diagnóstico de la situación de la salud en las villas de la ciudad de Buenos Aires. El enfoque es principalmente estadístico, priorizándose tendencias más que valores específicos. Se intenta responder interrogantes como ¿Cuál es el estado general de salud de la población que habita en las villas seleccionadas? ¿Qué cobertura para la atención de la salud tiene la población de las villas? ¿Qué tipo de cobertura de salud tienen sus niños y sus mujeres en edad fértil? ¿Cuáles son los principales problemas y necesidades que identifica la población en lo que se refiere a su salud?

Con el objetivo de responder a estos y otros interrogantes, este capítulo se estructura como sigue. En primer lugar, se considera la salud materno infantil de la población joven que constituye estos territorios. En una segunda sección se analiza el estado general de salud de esta población, tanto en términos autopercebidos como objetivos. En una tercera sección se describen las opciones de atención de la salud, diferenciándose entre pública, privada y comunitaria, y presentando indicadores de problemas y necesidades vinculados a la atención. En cuarto lugar, se presentan

¹ La traducción es propia
² La traducción es propia.

breves diagnósticos referidos a temas específicos vinculados a la salud: discapacidad, alimentación y nutrición, y sueño. Finalmente, se presentan algunas consideraciones finales.

2. La Salud Materno-Infantil

Según el Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares de 2010, de los 2.890.151 habitantes de la ciudad de Buenos Aires, 197.976 eran niños de 5 años o menos. De ellos, un 12,4% (24.515) vivían en las villas y asentamientos de la Ciudad. Dentro de estos territorios, la niñez tiene una marcada relevancia: 14% de la población que habita en villas son niños de hasta 5 años; 24% son niños de hasta 10 años; 37% son menores de edad (hasta 17 años) (CNPV, 2010).

2.1. Mortalidad infantil

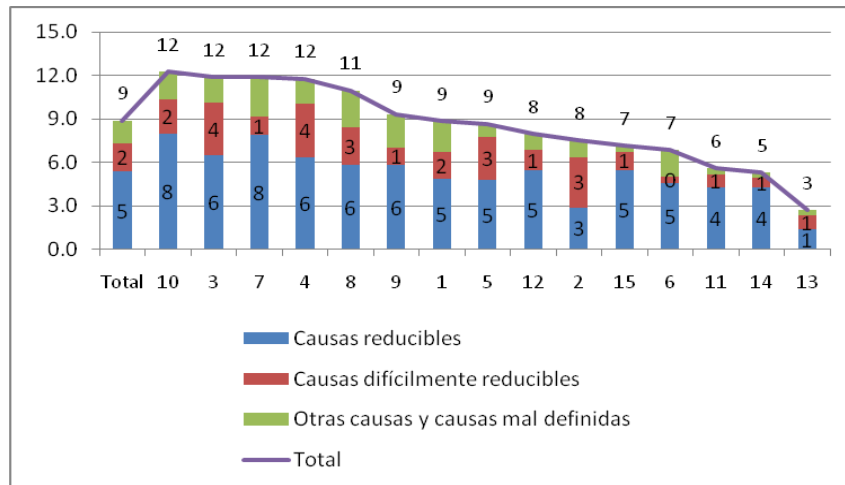
La tasa de mortalidad infantil se define como la relación entre las defunciones de niños menores de 1 año en un año dado y los nacidos vivos del año (GCBA, 2013). La tasa de mortalidad infantil para la ciudad de Buenos Aires es de 9 por mil. La apertura por comuna permite observar que hay 5 comunas que alcanzan una tasa de mortalidad infantil en torno al 12 por mil, superando el promedio. De ellas, tres corresponden a comunas del sur de la Ciudad, donde se ubican las villas analizadas: se trata de la comuna 7, que alberga las villas de Bajo Flores, la comuna 4 donde se ubican las villas de Barracas, y la comuna 8 donde se sitúan las villas de Lugano y Soldati (en este último caso, la comuna tiene una tasa de mortalidad infantil del 11 por mil). Las villas de Retiro se ubican en la comuna 1, donde la mortalidad infantil es menor, con un valor similar al promedio de la Ciudad.

De acuerdo con datos censales, en 2010 existían en las villas de la Ciudad 4506 niños menores de un año. Aplicando la tasa general de mortalidad infantil a este dato poblacional, aún sabiendo que tanto la población como la tasa en estos territorios son más elevadas, se puede obtener que más de 40 niños menores de un año murieron en las villas de la Ciudad durante 2013.

Asimismo, las estadísticas disponibles permiten una desagregación de acuerdo al tipo de causas que generaron el deceso de los menores. De acuerdo al glosario de la GCBA (GCBA, 2013), esta clasificación agrupa las causas de muerte en función de la patología, del conocimiento científico disponible y las características del sistema de salud. El resultado es la clasificación de las causas de muerte en tres grupos (a) Causas difícilmente reducibles: causas vinculadas a anomalías congénitas, malformaciones genéticas, etc.; (b) Causas reducibles: son las que podrían reducirse con acciones en el sistema de salud, a través de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto y en el nacido vivo; y (c) Causas desconocidas y mal definidas; u otras causas.

En todas las comunas de la Ciudad, la mayor proporción de las defunciones de niños menores de un año se debe a causas reducibles. Sin embargo, en la comuna 7 –donde se ubican las villas de Bajo Flores–, la mortalidad infantil por causas reducibles sextuplica la mortalidad asociada a causas difícilmente reducibles.

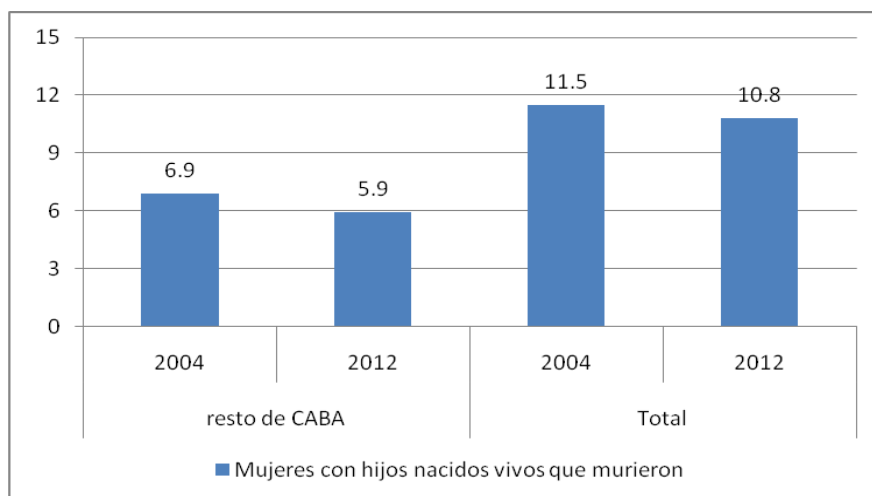
Gráfico 1: Tasa de mortalidad infantil por criterios de reducibilidad según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013



Fuente: Dirección General de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La Encuesta Anual de Hogares del GCBA permite realizar una aproximación a la situación de la mortalidad infantil en las villas de la Ciudad, si bien no es posible desagregar la información según barrio. El Gráfico 2 presenta el porcentaje de mujeres con hijos nacidos vivos que murieron, presentándose su valor para las villas y el resto del territorio de la Ciudad. En 2012, 6% de las mujeres que habitan fuera de villas tenía al menos un hijo nacido vivo que murió. En las villas de la Ciudad, el porcentaje de mujeres con hijos nacidos vivos que murieron se incrementa hasta alcanzar un 11%. La tasa en villas disminuye un punto porcentual entre 2004 y 2012, lo cual significa una reducción de la mortalidad proporcionalmente menor en las villas que fuera de ellas.

Gráfico 2: Mujeres con hijos nacidos vivos que murieron. Ciudad de Buenos Aires, 2004 y 2012 (en %)



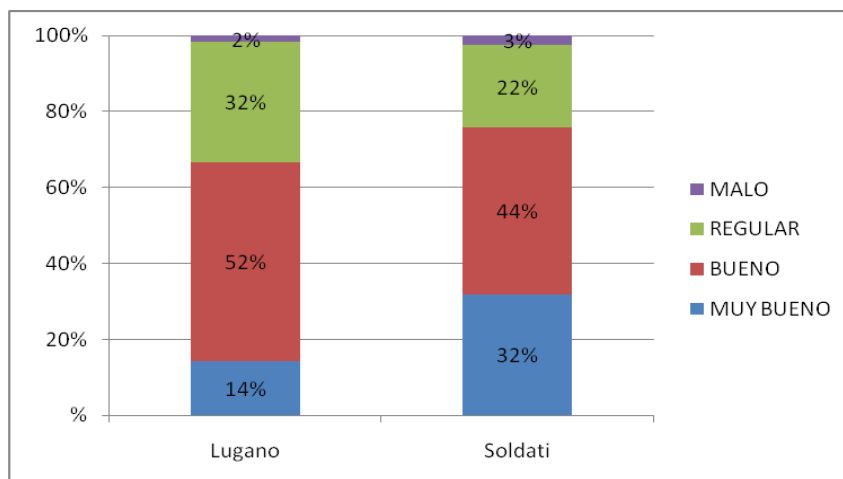
Fuente: EAH - Dirección General de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

3. Estado de salud de la población

3.1. Autopercepción del estado de salud

Un 33% de los respondientes de las villas de Lugano y un 24% de las villas de Soldati indicaron considerar su estado general de salud regular o malo (ECVF-UCA 2012). Sin embargo, mientras cerca del 15% de las personas indicó tener muy buena salud en las villas de Lugano, cerca del 32% lo hizo en Soldati³.

Gráfico 7: Autopercepción del estado de salud según barrio



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECVF, 2011-2012. UCA.

3.2. Morbilidad en los hogares de las villas

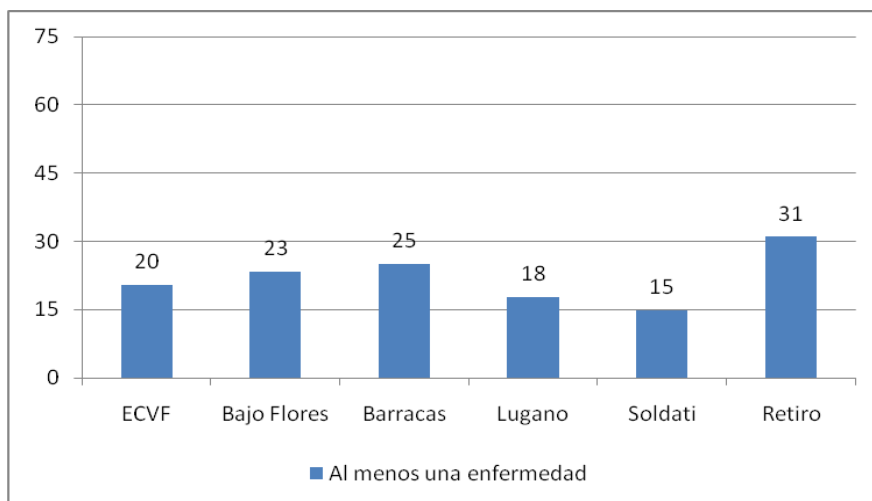
Para el análisis de la morbilidad en los hogares de las villas bajo estudio se toma en cuenta la clasificación de las enfermedades que realiza la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación⁴. A estas se agregan dos categorías, no contempladas: (1) Enfermedades del sistema nervioso y (2) Enfermedades traumatológicas. Las encuestas disponibles indagan sobre solo un grupo de estas enfermedades, como se muestra en el Gráfico 9.

Cuando se toma en cuenta este subgrupo de enfermedades, los datos de la ECVF-UCA permiten observar que la mitad de los hogares de las villas bajo análisis tienen al menos un miembro que ha sido diagnosticado con alguna enfermedad. En cerca del 60% de los hogares de las villas de Bajo Flores y Barracas al menos una persona fue diagnosticada con alguna de las mencionadas enfermedades, mientras que en las villas de Lugano y Soldati este porcentaje disminuye al 40%. La información provista para las villas de Retiro muestra una incidencia menor, pero debe considerarse no comparable con la provista para los demás territorios puesto que ha sido obtenida con un cuestionario diferente en un relevamiento independiente (UNTREF, 2013).

³ No se dispone de información sobre este indicador para el resto de los barrios analizados.

⁴ Se utiliza aquí la clasificación empleada para las causas de muerte de las Estadísticas Vitales. El motivo es que las direcciones de estadísticas vinculadas a la epidemiología disponen de información sobre enfermedades de denuncia obligatoria, que no son las únicas que interesan en este análisis.

Gráfico 8: Porcentaje de hogares en los que al menos una persona fue diagnosticada con alguna enfermedad



Fuente: Elaboración propia con datos de ECVF, 2011-2012. UCA y Encuesta de Hogares, 2013. UNTREF.

Los resultados destacan la mayor prevalencia de enfermedades respiratorias en habitantes de villas y asentamientos, en vinculación con las deficiencias de vivienda. La falta de aislamiento de pisos, techos y paredes contra las inclemencias del tiempo, la humedad, el combustible utilizado para cocinar en los mismos ambientes que se duerme, la falta de ventilación adecuada, el hacinamiento crítico, son sólo algunos de los factores que favorecen la mayor prevalencia y el contagio de estas enfermedades. De esta manera, las enfermedades respiratorias son las que se destacan en la mayor parte de los territorios estudiados. Esto es así más allá de la fuente utilizada, puesto que las villas de Retiro también alcanzan alta prevalencia de estas enfermedades. Entre el 20% y el 30% de los hogares de los barrios analizados tienen algún miembro que fue diagnosticado con enfermedades respiratorias del tipo del asma, bronquitis o bronquiolitis, enfisema.

Entre el 15% y el 20% de los hogares de las villas estudiadas tienen algún miembro que ha sido diagnosticado con enfermedades del sistema circulatorio, como hipertensión, enfermedades cardíacas. En este tipo de enfermedades se destacan las villas de Barracas, donde estas afecciones afectan a 1 de cada 5 hogares.

En tercer lugar en términos de la prevalencia, se observan las enfermedades del hígado. En la mayoría de los barrios estudiados estas enfermedades afectan a algún miembro de aproximadamente 10% de los hogares. Sin embargo, en las villas de bajo Flores este porcentaje es más cercano al 20%.

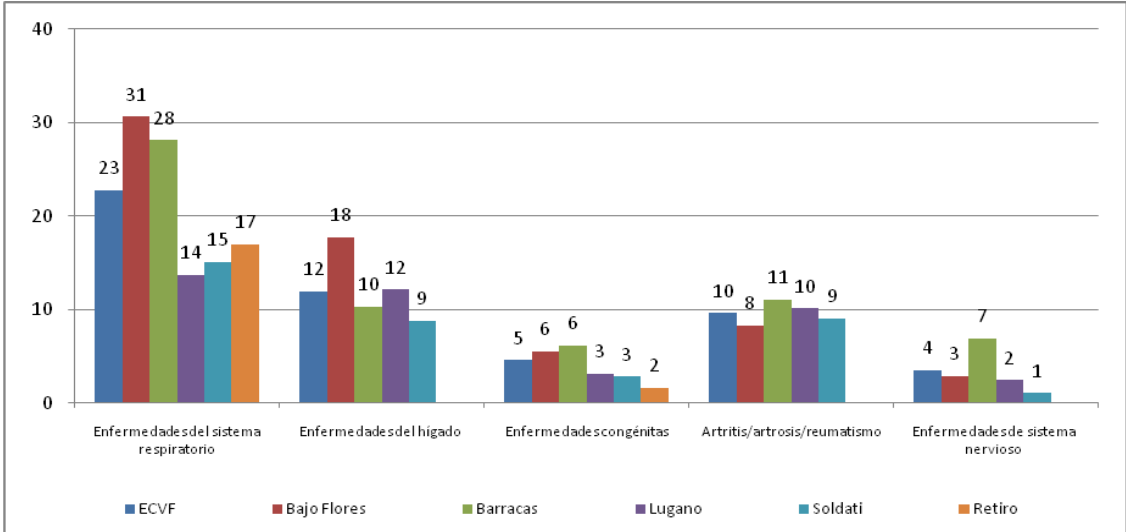
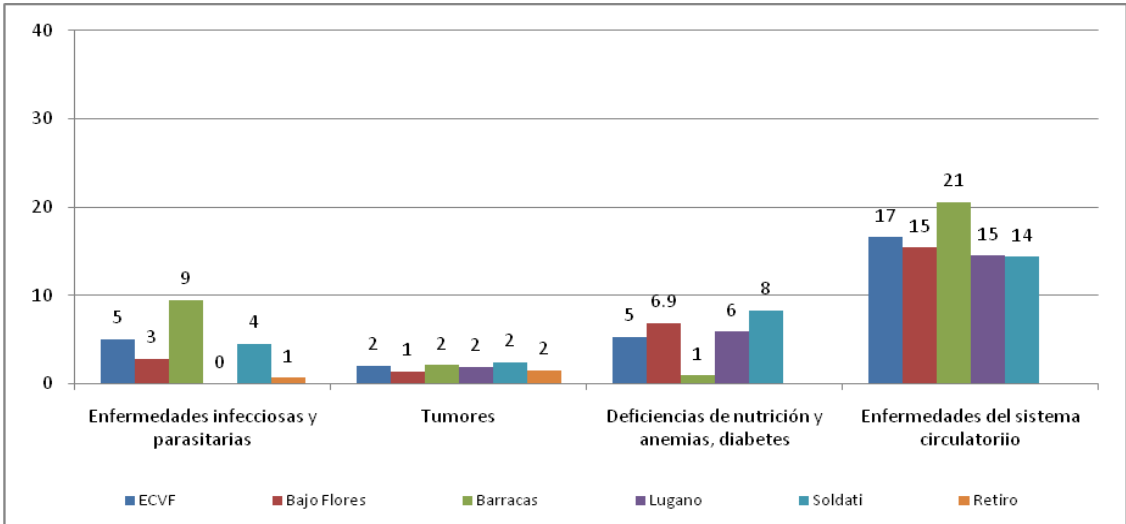
Las enfermedades como artritis, artrosis y reumatismo presentan una prevalencia similar en todos los barrios estudiados, afectando a miembros de aproximadamente un 10% de los hogares.

En cuanto a las enfermedades infecciosas y parasitarias, no presentan valores uniformes en los barrios, sino que se destaca una mayor prevalencia en las villas de Barracas. En las villas de Soldati, la prevalencia de este tipo de enfermedades es baja de acuerdo a los resultados de las encuestas, si bien el

estudio cualitativo realizado en Piletone destaca una alta frecuencia de problemas de salud en la población, especialmente en niños, debido a la contaminación del Lago Soldati.

Una característica de los barrios bajo estudio es la acumulación de desventajas en distintas dimensiones de sus condiciones de vida. Si se considera esto desde el punto de vista de la salud, se puede analizar la prevalencia de más de un tipo de enfermedad en los hogares. Al hacerlo se obtiene que en las villas de Barracas 1 de cada 4 hogares tiene al menos dos tipos de enfermedad de las descritas arriba. Las villas de Bajo Flores tienen una incidencia similar, mientras que las villas de Lugano y Soldati están en torno al 15%.

Gráfico 9: Porcentaje de hogares en los que al menos una persona fue diagnosticada con las siguientes enfermedades



Fuente: Elaboración propia con datos de ECVF, 2011-2012. UCA y Encuesta de Hogares, 2013. UNTREF.

3.3. Aspectos psicológicos: agencia

La salud no es solo física, sino que también comprende aspectos psicológicos. En la ECVF-UCA se mide un conjunto de indicadores que permiten dar cuenta de la agencia de las personas encuestadas. De acuerdo con Sen, la agencia es la habilidad de una persona para actuar en favor de lo que ella considera valioso y tiene razones para valorar (Alkire, 2009). De esta manera, un agente es una persona que logra que se lleve a cabo el cambio (Sen, 1999: 19). Según Sen, el opuesto a alguien que tiene agencia es alguien que está oprimido, pasivo o forzado. Según Ryan *et al*, el opuesto es aquel cuyas acciones se observan como controladas por fuerzas que son ajenas a él mismo o que lo fuerzan a actuar en formas diferentes a las que actuaría según sus propios valores e intereses⁵.

Se observa que cerca de la mitad de las mujeres jefas o cónyuges del jefe no se consideran dueñas de sus destinos, al indicar que casi siempre o muchas veces en la vida no hay forma de cambiar las situaciones, que les son dadas desde afuera de determinada manera. En las villas de Soldati este porcentaje es algo menor pero igualmente relevante, alcanzando a 37% de estas mujeres.

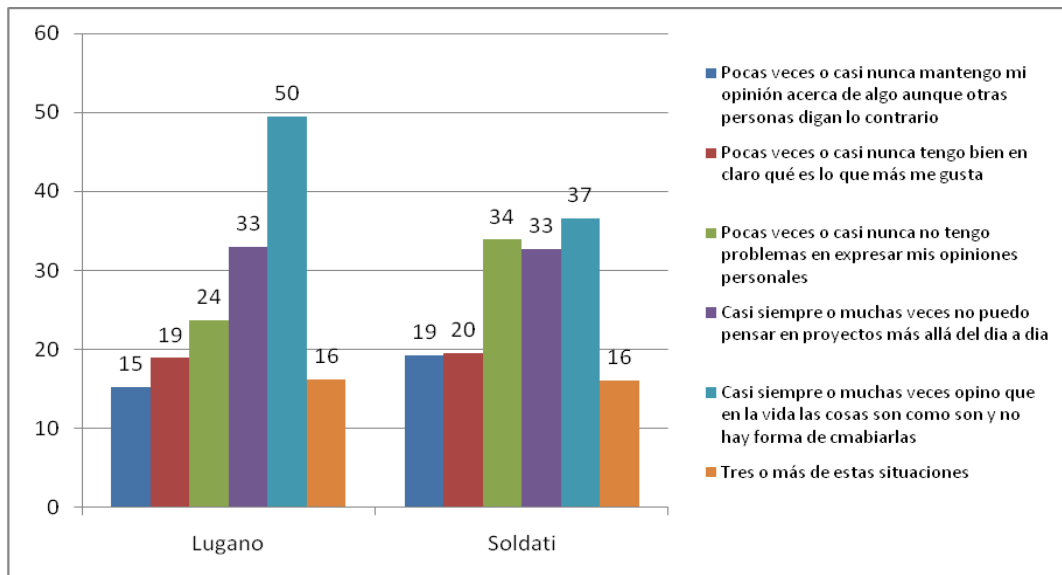
Las posibilidades de proyectar hacia futuro también se ven coartadas en estos territorios. Una de cada tres mujeres jefas o cónyuges tiene dificultades para formularse proyectos más allá del día a día.

Por otro lado, aproximadamente 25% de las mujeres jefas o cónyuges en las villas de Lugano y 33% de las villas de Soldati frecuentemente encuentran dificultades para expresar sus opiniones personales. En vinculación con esto, aproximadamente 1 de cada 5 jefas o cónyuges expresan dificultades para mantener sus opiniones y para decidir.

Cuando se combinan estos enunciados, se observa que algo más del 15% de las mujeres jefas o cónyuges del jefe estaban en situación deficitaria en al menos 3 de los 5 aspectos evaluados. Debe tomarse en cuenta, además, que estas mujeres referentes son las que tienen un importante rol en la salud (física) propia y de sus hijos.

⁵ Debe advertirse el cambio en la unidad de análisis en este caso. Puesto que se trata de indicadores de aspectos subjetivos del individuo, deben indagarse para los respondientes de la Encuesta de Condiciones de Vida Familiares. Esta encuesta fue realizada principalmente a mujeres jefas de hogares monoparentales o a cónyuges del jefe masculino. Por lo tanto, los siguientes resultados no representan a la población total sino a este subgrupo.

Gráfico 10: Indicadores de agencia para las mujeres referentes



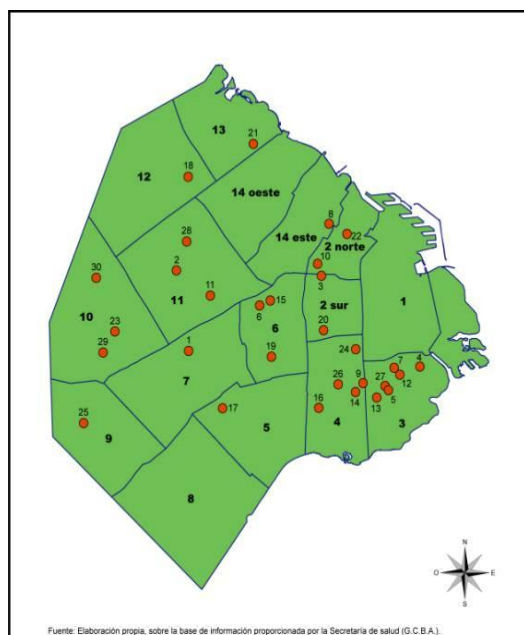
Fuente: Elaboración propia con datos de ECVF, 2011-2012. UCA.

4. Atención de la salud

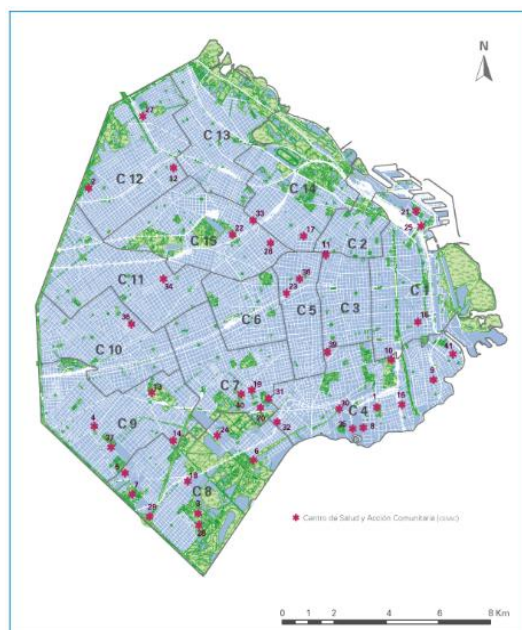
4.1. Oferta pública de servicios de salud

La oferta pública de servicios de salud se satisface mediante dos tipos de establecimientos principales: los hospitales públicos y los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC). Los CeSAC dependen de los Hospitales Públicos y funcionan como centros de atención inmediata cercanos a la comunidad, derivando hacia los centros de mayor complejidad los casos que lo requieren.

Mapa 1: Localización territorial de los Hospitales públicos



Mapa 2: Localización territorial de los CESAC



Fuente: GCBA.

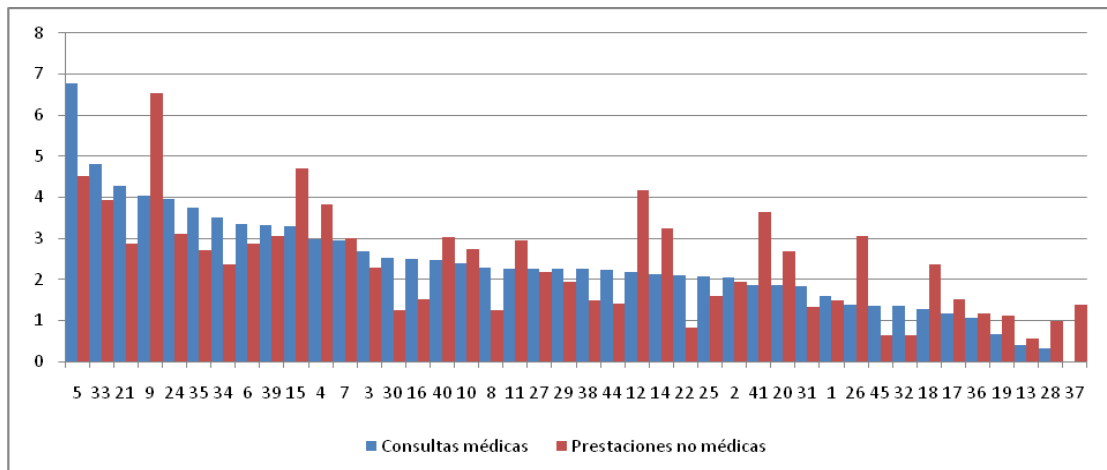
La distribución territorial de los Hospitales Públicos que se observa en el Mapa N°1 permite observar que no hay hospitales públicos en la Comuna 8 ni en la Comuna 1, dos de las comunas que albergan parte de las villas estudiadas. Por el contrario, hay una mayor concentración de hospitales públicos en la Comuna 4. La situación opuesta se evidencia en relación con los CeSAC: estos centros de atención se concentran particularmente en la zona Sur de la Ciudad. La mayor accesibilidad de estas “salitas” para la población de las villas bajo estudio se hace evidente con una mayor cantidad de consultas en estos establecimientos, lo cual se observa al analizar la demanda de servicios públicos de salud según tipo de establecimiento en el apartado siguiente.

4.2. Demanda de servicios de salud

Los CeSAC atienden un conjunto de necesidades vinculadas con la salud de la población. Dentro de las especialidades médicas, están la clínica médica, la medicina general familiar, la pediatría y la tocoginecología. Entre las otras prestaciones brindadas por los CeSAC se encuentran la psicología y la psiquiatría, psicopedagogía, trabajo social, fonoaudiología, kinesiología, odontología, nutrición y obstetricia (GCBA, 2013).

Si se contabiliza la totalidad de consultas brindadas por los CeSAC en 2013, y se obtiene la proporción de consultas brindada por cada centro, se puede observar que el CeSAC que mayor proporción de consultas médicas brinda es el CeSAC 5 ubicado en las villas de Lugano (cerca del 7% de las consultas totales del año). También se ubican entre los principales prestadores de consultas médicas el CeSAC 21 de las villas de Retiro y el 24 de las villas de Soldati.

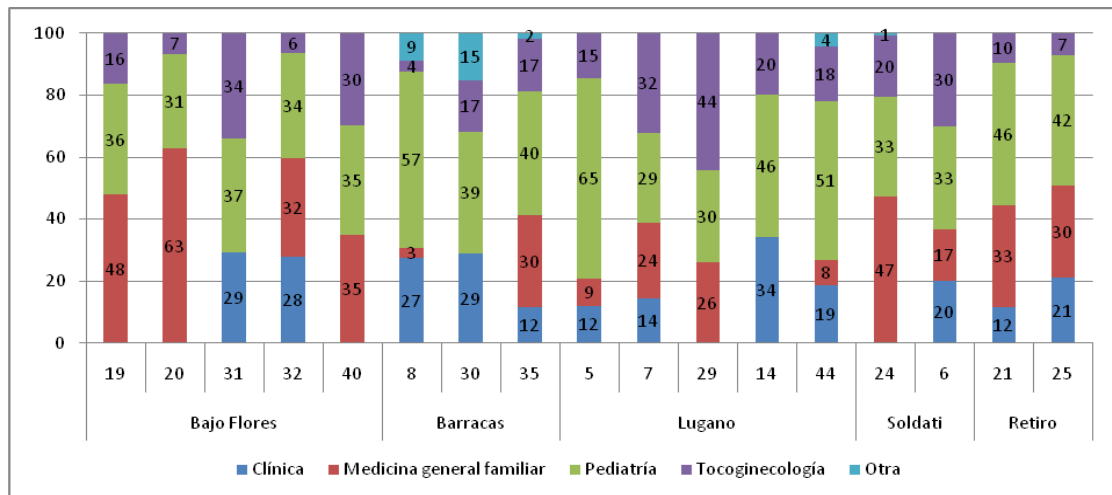
Gráfico 11: Distribución de las consultas médicas y las prestaciones no médicas realizadas por los CeSAC de la Ciudad de Buenos Aires¹



1. Porcentaje de las consultas brindadas por cada CeSAC respecto del total de consultas brindadas por la totalidad de los CeSAC en 2013. Ordenado según proporción de consultas médicas realizadas

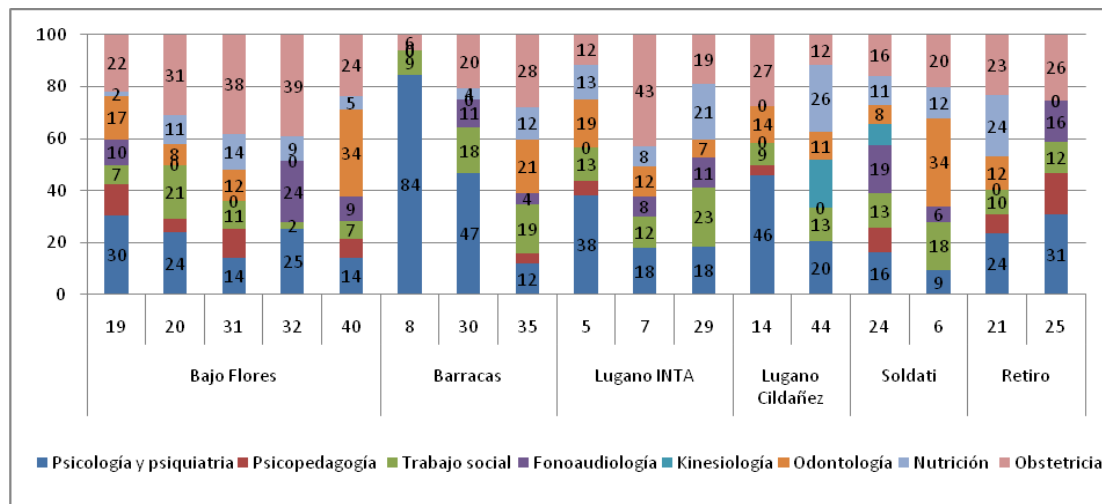
Fuente: Elaboración propia sobre la base de DGE-GCBA.

Gráfico 12: Porcentaje de consultas médicas realizadas en los CeSAC, según localización en los barrios seleccionados. Año 2013



Fuente: Elaboración propia sobre la base de DGE-GCBA.

Gráfico 13: Porcentaje de otras prestaciones realizadas por los CeSAC, según localización en los barrios seleccionados. Año 2013

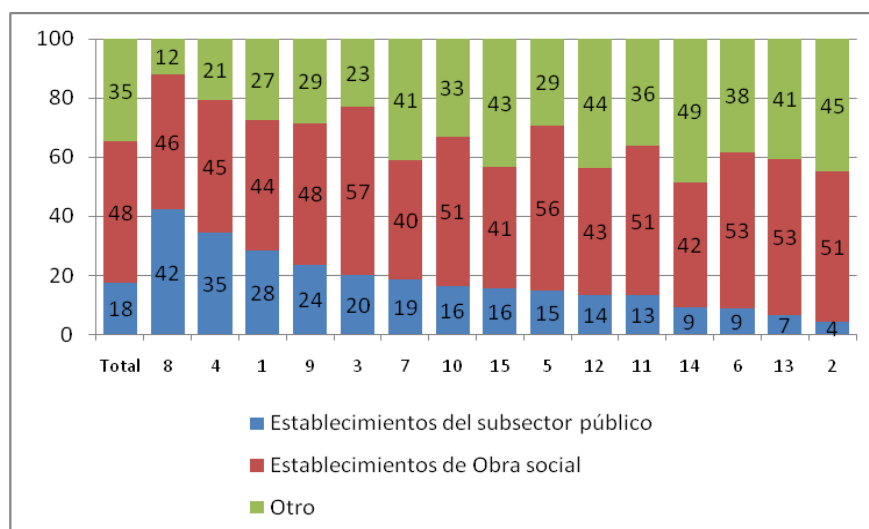


Fuente: Elaboración propia sobre la base de DGE-GCBA.

El CeSAC N°8 está ubicada en el territorio de las villas de Barracas, y depende del Hospital Penna. Se destaca entre los demás CeSAC de las villas analizadas por el tipo de prestaciones no médicas brindadas. En particular, 84% de las consultas registradas durante 2013 fueron relativas a psicología y psiquiatría.

En el barrio Ramón Carrillo utilizan el CeSAC N°24, dependiente del Hospital Piñero. Entrevistas a habitantes de ese barrio (PIDH, 2013) destacan el compromiso que brindan los profesionales de tal CeSAC, si bien remarcan que la gran demanda supera la capacidad de respuesta del Centro.

Gráfico 14: Consultas al médico en los últimos seis meses por lugar de realización según Comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2011 (en %)¹



1. Porcentaje de la población ordenado según proporción que se atendió en los establecimientos del sector público.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de DGE-GCBA.

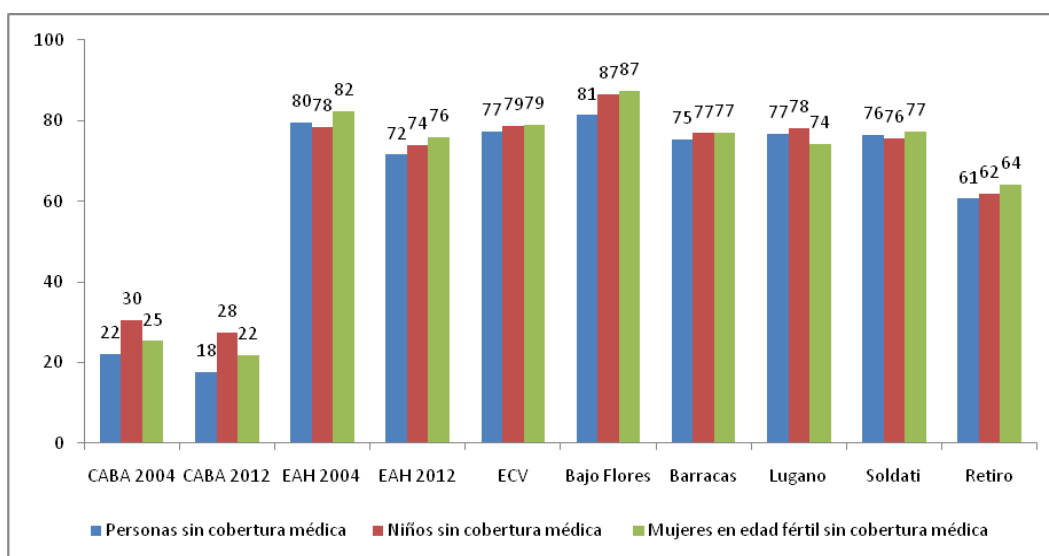
La importancia del sector público en la atención de la salud se hace evidente en las comunas 1, 4 y 8, cuando se observa el porcentaje de la población que se atiende en el sector público, tomándose en cuenta bajo esta categoría los centros de salud o salas de salud (público), consultorios de hospitales públicos, guardias de hospitales públicos y consultorios del Programa Cobertura Porteña de Salud/Plan Médicos de Cabecera⁶.

4.2.1. Acceso a cobertura médica

En todos los barrios estudiados, más del 75% de la población no dispone de otra cobertura médica más que la atención que puede recibir en el sistema público. La excepción ocurre en las villas de Retiro, donde este valor es más bien cercano al 60%. Asimismo, en Bajo Flores los niños y las mujeres tienen un porcentaje de no cobertura cercano al 90%.

Cuando se comparan estas cifras con el resto de la ciudad de Buenos Aires, utilizando datos de la Encuesta Anual de Hogares, se observa que fuera de las villas de la ciudad cerca del 20% de la población y el 30% de los niños no cuentan con cobertura médica. Esto implica que en las villas la falta de cobertura médica cuadruplica los porcentajes del resto de la Ciudad. No obstante, las cifras de 2012 presentan una mejora para las villas que no se observa de igual manera para el resto de la Ciudad, donde la falta de cobertura médica afecta a aproximadamente el mismo porcentaje de la población en 2012 que en 2004.

Gráfico 15: Población sin cobertura médica, niños sin cobertura médica y mujeres en edad fértil sin cobertura médica, según barrio (en %)



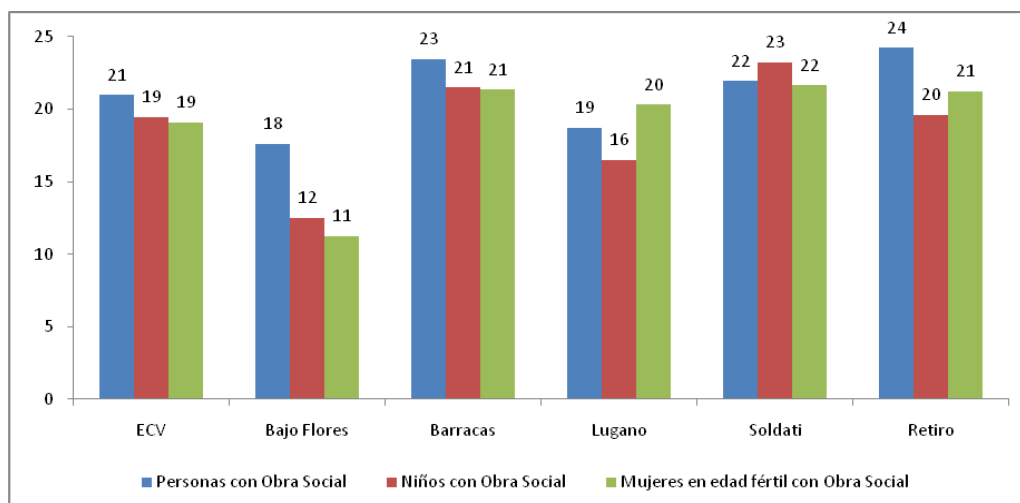
Fuente: Elaboración propia con datos de la EAH (DGE-GCBA), ECVF, 2011-2012. UCA y Encuesta de Hogares, 2013. UNTREF.

Cuando se estudia el tipo de cobertura del que disponen quienes sí tienen una, la obra social se destaca por ser la principal forma de acceder a una cobertura

⁶ Debe destacarse que esta información corresponde al año 2011.

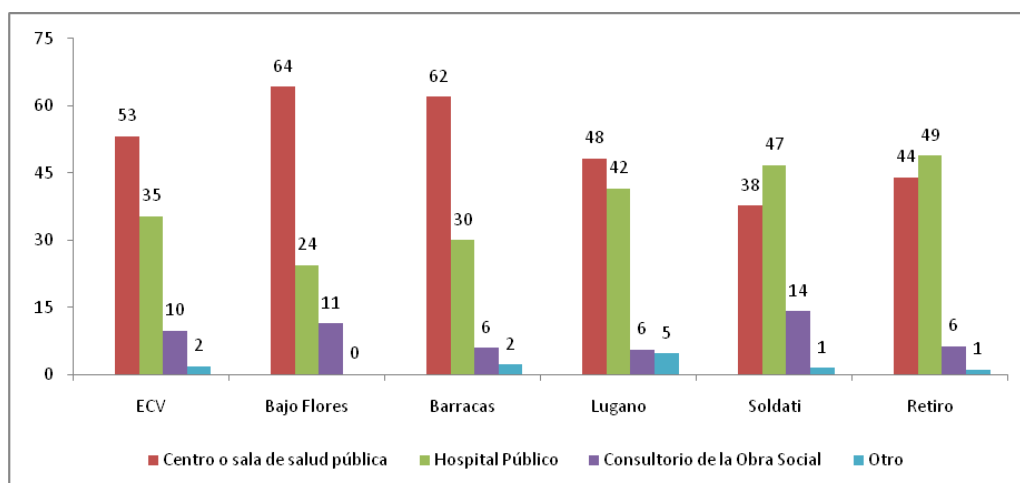
de salud. Las opciones de coberturas prepagas y el uso de consultorios médicos particulares son virtualmente inexistentes en estos territorios.

Gráfico 16: Población con cobertura médica por Obra Social, según barrio (en %)



Fuente: Elaboración propia con datos de la ECVF, 2011-2012. UCA y Encuesta de Hogares, 2013. UNTREF.

Gráfico 17: Lugar de atención al que recurren habitualmente los hogares ante algún problema de salud de sus miembros, según barrio (en %)



Fuente: Elaboración propia con datos de la ECVF, 2011-2012. UCA y Encuesta de Hogares, 2013. UNTREF.

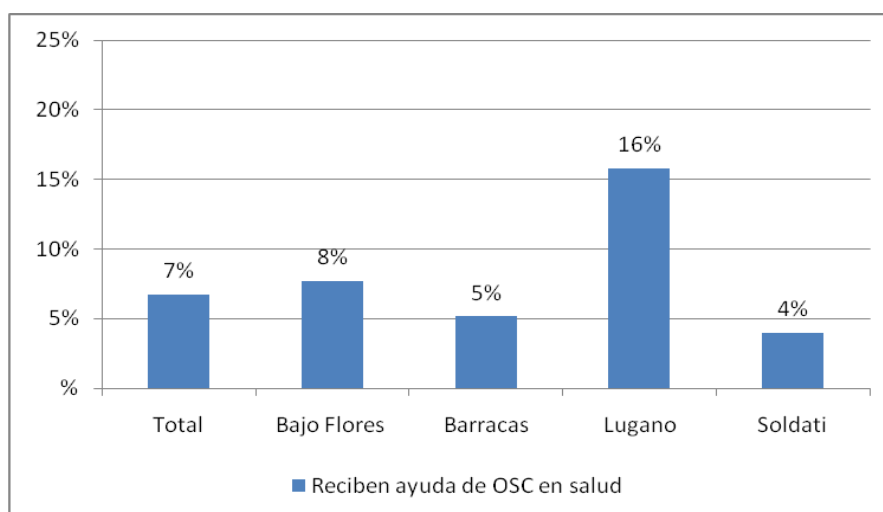
Si bien el sistema de salud público es el principal satisfactor de las necesidades de salud de la población de las villas de la Ciudad, cuando los habitantes de estos territorios tienen un problema de salud habitualmente se atienden en los CeSAC, siendo menos frecuente el uso de hospitales públicos. En las villas de Bajo Flores y Barracas, más del 60% de los hogares indican recurrir a los centros o salas de salud pública, en tanto que aproximadamente un 30% se atienden en hospitales públicos. En cambio, en las villas de Lugano y de Retiro la proporción es similar (aproximadamente 50%-50%), mientras que en Soldati las familias recurren a hospitales en mayor medida que a CeSAC (47% y 38% respectivamente).

4.2.2. Atención comunitaria de la salud

De acuerdo a lo analizado hasta el momento, la oferta principal de servicios de salud en las villas está brindada por el sector público, principalmente a través de los CeSAC. La demanda de servicios de salud por parte de la población de las villas se concentra en estos centros y en los Hospitales Públicos. La utilización de atención de la salud a través de obras sociales es muy baja, mientras que el sector privado es virtualmente inexistente. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que dentro de las villas operan un conjunto de organizaciones de la sociedad civil que brindan servicios de salud a su población, aunque lo hacen de manera marginal en comparación con lo que es el mayor alcance de los servicios públicos de salud.

En todos los barrios, menos del 10% de los hogares reciben ayuda vinculada a la salud de sus miembros por parte de OSC que trabajan en el barrio. La excepción ocurre en las villas de Lugano, donde un 16% de los hogares recurre a estos servicios de base comunitaria.

Gráfico 19: Hogares que reciben algún tipo de ayuda de Organizaciones de la Sociedad Civil en relación con su salud



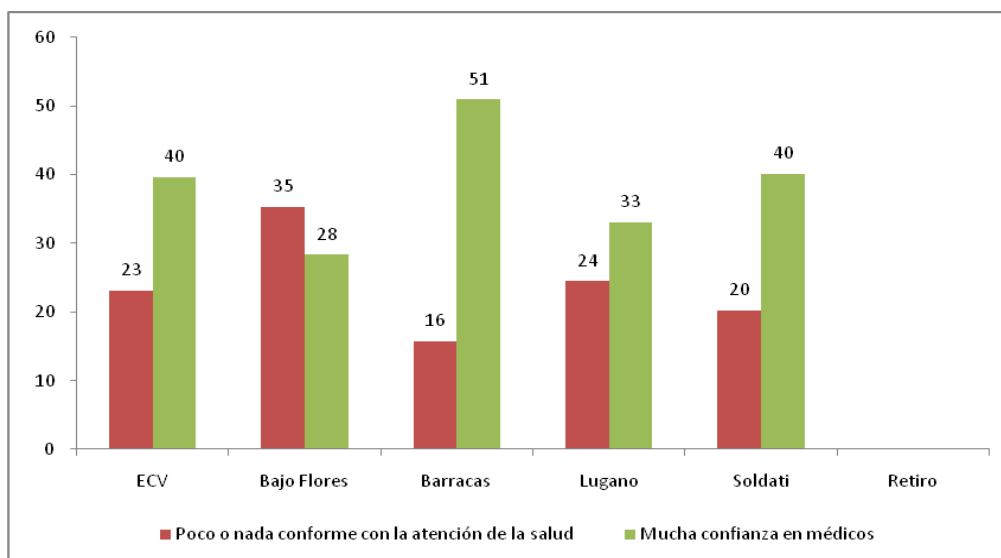
Fuente: Elaboración propia sobre la base de ECVF, 2011-2012. UCA.

4.3. Evaluación de los servicios recibidos

4.3.1. Conformidad con la atención de la salud y confianza en los médicos

La Encuesta de Condiciones de Vida Familiares (ECVF-UCA) indaga sobre la conformidad de las personas con la atención de salud recibida. En el gráfico que se presenta a continuación se observa el porcentaje de personas que dicen estar poco o nada conformes con la atención de la salud recibida por ellos y sus familias.

Gráfico 20: Poco o nada conformes con la atención de salud recibida y mucha confianza en médicos. En porcentaje de hogares

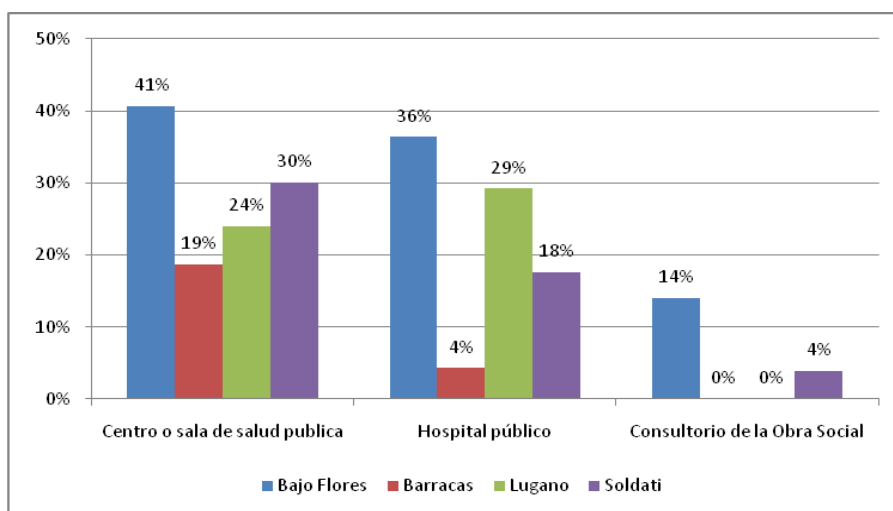


Fuente: Elaboración propia sobre la base de ECVF, 2011-2012. UCA.

Existen mayores niveles de inconformidad entre quienes asisten a los centros o salas de salud pública que los que asisten a los hospitales públicos. El estudio cualitativo de mapeo de servicios públicos en las villas permite identificar algunas de las razones de esta inconformidad (PIDH, 2013). Los problemas expresados por los entrevistados en relación a los CeSAC se concentran en la poca capacidad de respuesta ante la necesidad de la población. Si bien existe una valoración general positiva de estos centros de salud, se destaca que la demanda supera la oferta. Esto se evidencia en poca cantidad de turnos, en largas esperas, se mencionan horarios acotados de atención y falta de especialistas (en Cildáñez, fonoaudiólogos y oftalmólogos⁷). En cuanto a la atención en hospitales públicos, los entrevistados refieren problemas de saturación de los servicios, problemas de atención en áreas como la salud sexual y reproductiva, la atención de partos y el servicio de pediatría. También se menciona la discriminación por parte de los profesionales.

⁷ Se destacarán en el apartado sobre Discapacidad (véase punto 5.1) los altos niveles de discapacidad visual detectados en estos territorios, que coinciden con la solicitud (reiterada) de oftalmólogos como especialistas necesarios en el barrio.

Gráfico 21: Poco o nada conforme con la atención de salud recibida por tipo de establecimiento, según villa



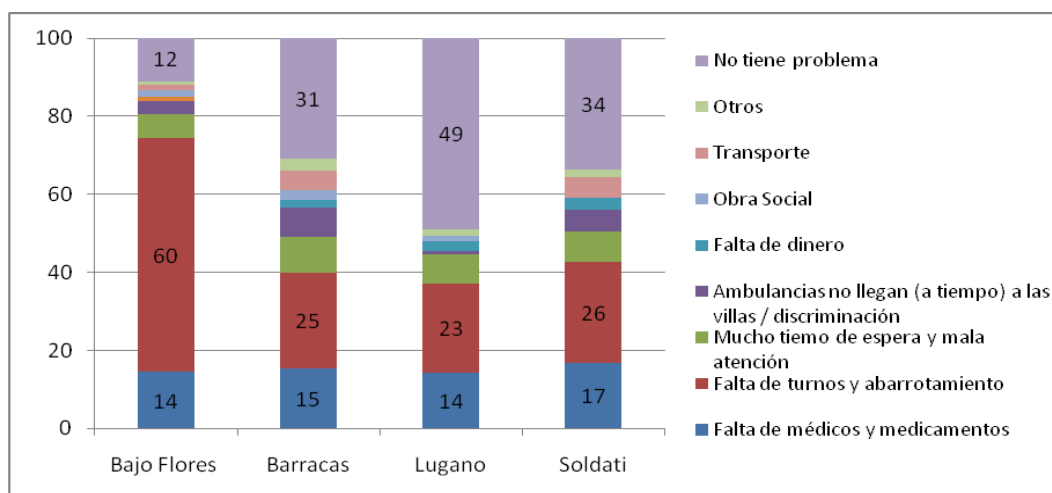
Fuente: Elaboración propia sobre la base de ECVF, 2011-2012. UCA.

4.3.1.1. Problemas y necesidades vinculados a la atención de la salud

Cuando se consulta a los encuestados acerca de los problemas y necesidades vinculados a la atención de la salud, la respuesta más frecuente es que no tienen problemas o no tienen necesidades concretas.

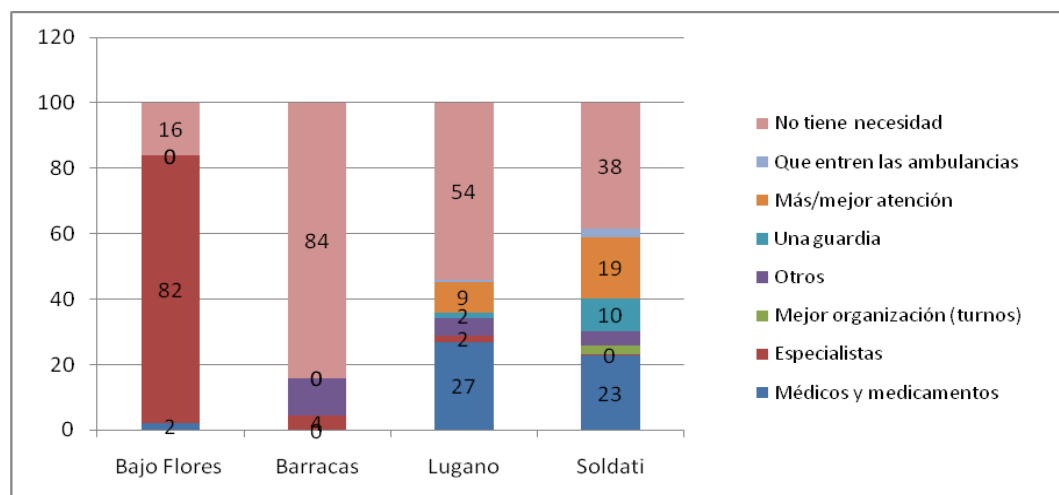
Los principales problemas mencionados por los habitantes de todas las villas, además de la falta de problemas en sí misma, son la falta de turnos y abarrotamiento, y la falta de médicos y medicamentos. En vinculación con estos problemas, las principales necesidades mencionadas son la de especialistas (particularmente en Bajo Flores) y médicos y medicamentos, en las villas de Lugano y Soldati.

Gráfico 22: Problemas con la atención de la salud según localización (en %)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ECVF, 2011-2012. UCA.

Gráfico 23: Necesidades vinculadas a la atención de la salud según localización



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ECVF, 2011-2012. UCA.

El análisis de mapeo de servicios públicos brindados en las villas del sur de la Ciudad (PIDH, 2013) en el barrio Ramón Carrillo destaca estos mismos problemas en las respuestas cualitativas de las entrevistas realizadas. Uno de los problemas muy mencionados es el acceso de las ambulancias a las villas en situaciones de emergencia. En el barrio Ramón Carrillo “Respecto a las emergencias el problema radica en que muchas ambulancias no ingresan por la invasión de las calles por construcciones irregulares, por la obstrucción de vehículos o porque son consideradas zonas peligrosas (estigmatización). Primero llaman a la comisaría y luego a emergencias que van acompañadas por gendarmería”. En la Villa 3 se observa que las “ambulancias que entran por la noche lo hacen acompañadas por Gendarmería o la Policía Federal”. En Barracas “El SAME entra acompañado por la Policía Federal o la Policía Metropolitana”. En tanto que en Cildáñez señalan que “No hay restricciones al ingreso de ambulancias, cuentan con un grupo de 9 respondedores que actúan en caso de emergencias” (PIDH, 2013). El programa al que hace referencia el entrevistado es el “Primeros respondedores ante una emergencia. Plan Barrial de Prevención y Mitigación de Riesgos de Villas y Barrios Carenciados”. Este Plan es llevado a cabo por Defensa Civil con aportes de la UGIS (Ministerio de Desarrollo Social) y COPIDIS (Ministerio de Desarrollo Económico) en las villas 6, 19, 21-24, 15, 31, 31bis, 1-11-14 y los barrios Cildáñez, INTA, Riachuelo, Ciudad Oculta y Rodrigo Bueno, desde el año 2011⁸.

5. Nutrición e Inseguridad Alimentaria

En aproximadamente 5% de los hogares de las villas bajo estudio algún miembro no comió por falta de dinero muchas veces en el año. Las villas más afectadas son las de Bajo Flores y Retiro, con 8 y 7% respectivamente, mientras que en las villas de Soldati la tasa llega al 3%.

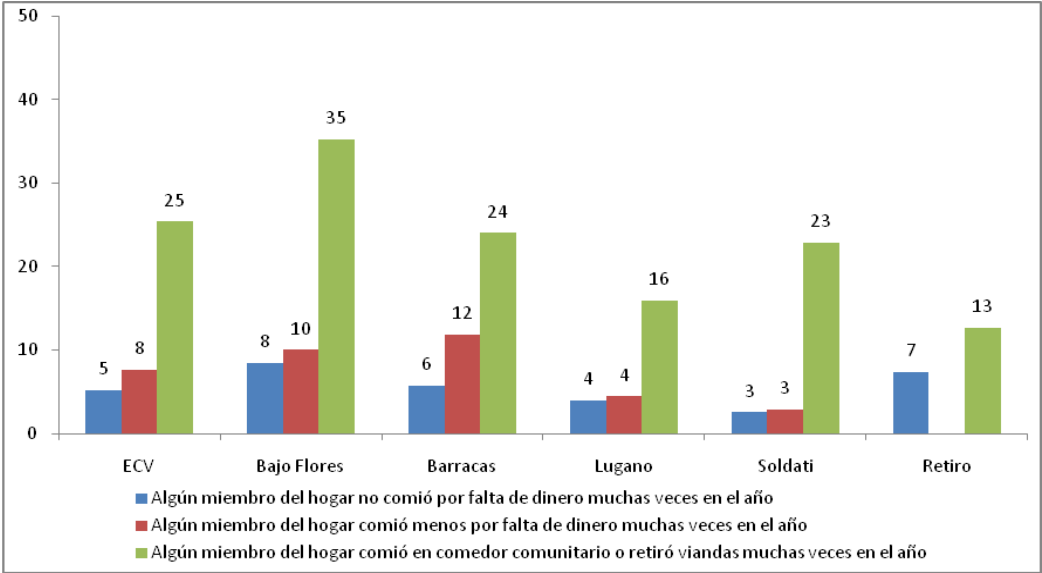
Por otro lado, en un 8% de los hogares algún miembro debió comer menos por falta de dinero muchas veces en el año. En este caso, se destacan las villas de

⁸ Se puede consultar en: <http://emergenciasgcba.blogspot.com.ar/2012/02/primeros-respondedores-ante-una.html>

Barracas con un 12% de incidencia de este tipo de déficit alimentario, en tanto que nuevamente son las villas de Soldati las que tienen un menor porcentaje con 3%.

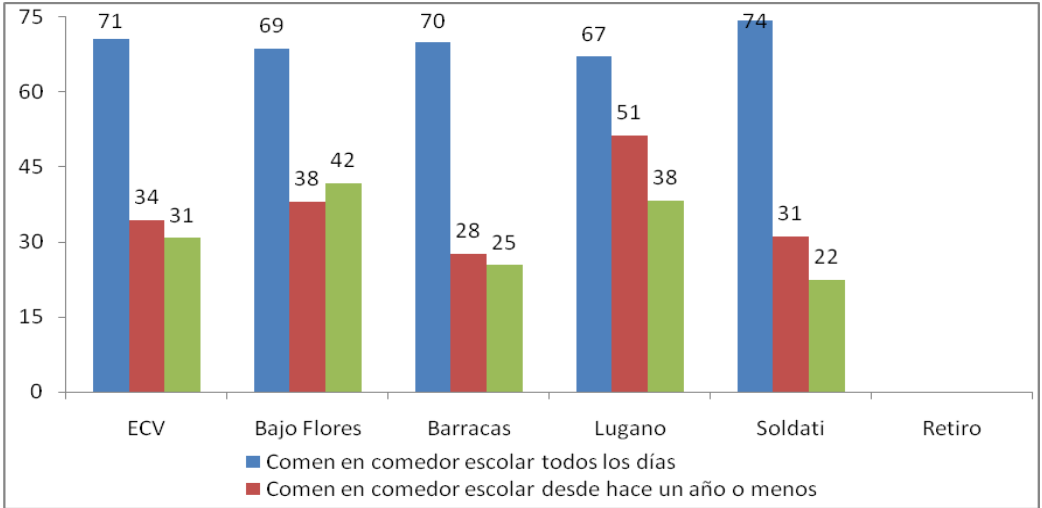
La incidencia del déficit alimentario es relativamente baja debido a la influencia que tienen los comedores comunitarios y escolares sobre la alimentación de las familias en los barrios estudiados. En 1 de cada 4 hogares de las villas bajo análisis al menos un miembro comió en comedores comunitarios o retiró viandas muchas veces en el año. En las villas de Bajo Flores se observa el mayor porcentaje de hogares que comen en comedores escolares (35%), mientras que las villas de Barracas y Soldati se encuentran en valores similares al promedio (24%), y las villas de Lugano y Retiro están en porcentajes inferiores (en el orden del 15%).

Gráfico 29: Indicadores de inseguridad alimentaria según barrio



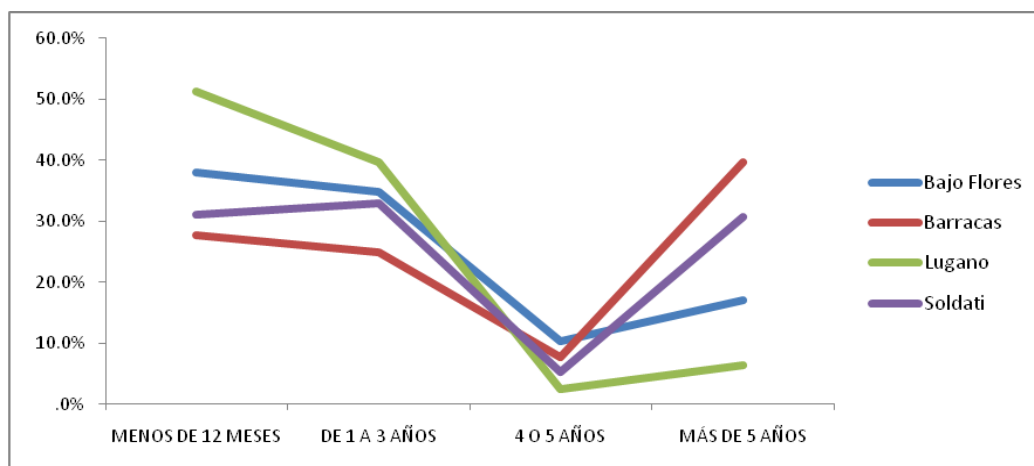
Fuente: Elaboración propia sobre la base de ECVF, 2011-2012. UCA y Encuesta de Hogares, 2013. UNTREF.

Gráfico 30: Frecuencia y permanencia de la asistencia a comedores comunitarios (en %)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ECVF, 2011-2012. UCA y Encuesta de Hogares, 2013. UNTREF.

Gráfico 31: Tiempo que hace que en el hogar asisten regularmente a un comedor comunitario



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ECVF, 2011-2012. UCA.

Entre quienes se alimentan en comedores comunitarios o retiran viandas, aproximadamente el 70% lo hacen todos los días. En Barracas se observa una mayor proporción de hogares que utilizan comedores comunitarios desde hace más tiempo que en el pasado: 28% de los hogares de estas villas comenzaron a utilizar comedores comunitarios desde hace un año o menos, mientras que cerca de un 40% los utiliza desde hace más de 5 años (antes de 2007).

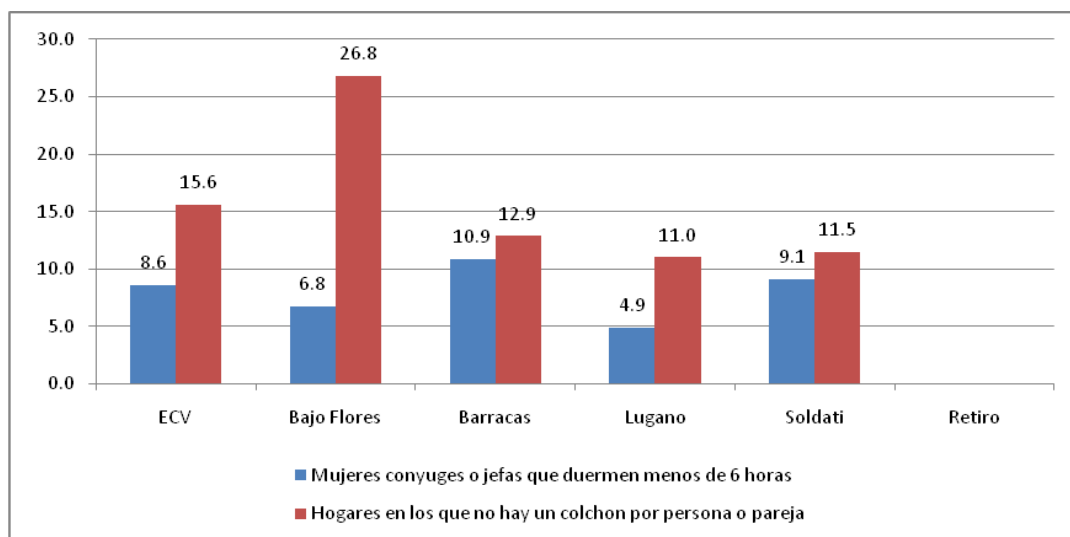
6. Sueño

6.1. Mujeres cónyuges o jefas que duermen menos de 6 horas

Dormir menos de 6 horas no permite que el cuerpo pueda recuperarse adecuadamente. Los motivos de la falta de sueño muchas veces se vinculan con la propia situación socioeconómica que vive esta población⁹. Aproximadamente un 9% de las jefas de hogar o cónyuges del jefe en las villas estudiadas duermen menos de 6 horas. En las villas de Barracas, este valor llega a aproximadamente un 11%, mientras que en las villas de Lugano es menor al 5%.

⁹ Tener que levantarse durante la noche para tomar recaudos con sus viviendas precarias ante las inclemencias del clima, no poder conciliar el sueño por la inseguridad que sienten en estos barrios donde el delito está difundido y la policía no accede a determinadas áreas, las preocupaciones vinculadas a cuestiones económicas, como el trabajo y la alimentación diaria de los miembros de su hogar, tener que levantarse temprano para conseguir o acudir a un turno en un hospital público, o para viajar a sus trabajos diurnos, etc.

Gráfico 32: Problemas de sueño según localización (en %)



Fuente: ECVF, 2011-2012. UCA. No se dispone información acerca de estos problemas en las villas de Retiro.

6.2. Hogares en los que no hay un colchón por persona o pareja

En las villas de Bajo Flores, cerca del 27% de los hogares no tiene un colchón para cada miembro del hogar. Teniendo en cuenta los importantes niveles de cohabitación de núcleos conyugales en estos hogares ampliados o extensos, no disponer de un colchón para cada miembro del hogar o para cada pareja significa un riesgo social importante, particularmente para niños, niñas y adolescentes. Las villas de Bajo Flores se destacan por sobre las demás villas estudiadas, donde cerca del 12% de los hogares se encuentran en esta situación.

7. Consideraciones finales

En este capítulo se utiliza información con diversos niveles de agregación que permite un diagnóstico de las condiciones de salud en las villas de la ciudad de Buenos Aires, con foco sobre las villas de bajo Flores, Barracas, Lugano, Soldati y Retiro.

Las características demográficas de la población de estas villas, una población joven, compuesta de familias con muchos hijos, requiere una particular atención de la salud materno infantil en estos territorios. Si bien no se dispone de datos específicos de los barrios estudiados, los datos con desagregación por comuna permiten observar que existen mayores tasas de mortalidad infantil en las comunas que albergan villas. Por otro lado se debe destacar que una importante proporción de los nacimientos ocurridos en estos barrios ocurre para madres muy jóvenes, que representan un alto riesgo para su salud y la de sus hijos recién nacidos. La vulnerabilidad propia de esta etapa del ciclo de vida se ve potenciada por las características propias del territorio en el que habitan estas madres y sus niños.

En cuanto al estado general de salud de la población, no se presentan niveles altos de inconformidad con el estado propio de salud. Detectándose problemas variados de salud, discapacidad y alimentación en estos barrios, esta

autopercepción puede entenderse como una naturalización de los problemas de salud de las familias y sus miembros. Entre las enfermedades detectadas se destacan las respiratorias, asociadas según la literatura a las condiciones de habitabilidad en los barrios. Asimismo, se presentan indicadores de agencia de las mujeres referentes de los hogares de estas villas que permiten detectar desánimo en cuanto a las posibilidades de mejorar sus propias vidas, falta de potenciación.

La atención de la salud en las villas de la Ciudad se concentra en el sector público, excluida su participación del sector privado excepto para una muy baja proporción de los hogares. El sector público atiende las necesidades de la población con una oferta insuficiente en relación con la demanda, de acuerdo a los reclamos que se hacen evidentes en las fuentes estudiadas. La falta de especialistas, el abarrotamiento de los servicios, las largas esperas por turnos, la falta de medicamentos son, entre otros, las necesidades manifestadas por los respondentes. Los esfuerzos por ofrecer servicios cercanos a las personas se valoran, destacándose la atención en los CeSAC y de los profesionales que allí atienden. La oferta de servicios de salud hacia la comunidad también se brinda por parte de organizaciones de la sociedad civil, que operan dentro de los mismos barrios pero resuelven una parte menor de la importante demanda.

En cuanto al problema de alimentación y nutrición, se presentan una incidencia relativamente baja de déficit alimentario, pero un rol muy difundido de los comedores comunitarios. Asimismo, se detecta una mayor frecuencia de asistencia a estos centros, particularmente cuando se compara contra la concurrencia de hace 5 años atrás. Finalmente, se estudian dos indicadores que dan cuenta de la falta de descanso suficiente para una proporción de mujeres referentes. De la misma manera, la problemática del hacinamiento se vincula con la calidad del sueño (y otros riesgo sociales) cuando se observa una importante proporción de camas hacinadas en los hogares estudiados.

Bibliografía

- Ariana, P. y Naveed, A. (2009). "Chapter 10: Health", en Deneuil, Severine y L. Shahani *An Introduction To The Human Development And Capability Approach Freedom and Agency*, Capítulo 3, Londres, Earthscan. En URL: http://www.idrc.ca/en/ev-143029-201-1-DO_TOPIC.html
- IDEIS (2013) Anuario de estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación
- GCBA (2013) Glosario del Banco de Datos de GCBA
- Nussbaum, M. (2006). "Chapter Three: Poverty and Human Functioning: Capabilities as Fundamental Entitlements", en Grusky, D. y Kanbur, R. (eds.), *Poverty and Inequality*, Stanford University Press, Stanford, California.
- PIDH (2013). Relevamiento de disponibilidad y acceso a servicios públicos en siete villas de la Ciudad de Buenos Aires (2013). Programa Interdisciplinario sobre Desarrollo Humano e Inclusión Social, UCA.
- Sen, A. (2000). *Development As Freedom*, Anchor Books.
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone* Penguin, Londres.