

Atención de la Salud en un Área de Frontera: Posadas-Encarnación

Lila S. Sintés y Alina E. Báez (*)

(*) Investigadoras del Proyecto POBUR. Secretaría de Investigación y Postgrado. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM.

INTRODUCCIÓN

A fines de julio de 1999 el MERCOSUR¹ ocupó la primera plana en los principales medios de difusión. Los titulares de la prensa anunciaban que Brasil y Argentina, los dos socios mayores, habían entrado en una "fase de confrontación" como consecuencia de la recesión económica que estaba afectando a la región; y en particular a ambos países. El debate sobre las cuestiones estrictamente económicas derivó en la necesidad de consensuar mecanismos de integración adecuados para la consolidación del bloque regional.

El marco discursivo desde el cual se interpelló al MERCOSUR, puso en evidencia la coexistencia de dos visiones en torno a los propósitos de su constitución. Una, que sostiene -prioritariamente- su creación como un modelo de integración económica; y otra que -desde una concepción más amplia- concibe el ámbito regional como un espacio para el desarrollo y bienestar de los países integrantes. Desde esta segunda visión se propugna la constitución de una "comunidad integrada" (de carácter supranacional) operando en todos los ámbitos, a través de la mancomunidad de recursos y esfuerzos².

Pero lo cierto es que, en estos ocho años de funcionamiento del MERCOSUR, la centralidad

en lo económico no ha impedido el tratamiento de otras cuestiones que también son de interés para la región. Precisamente, una de ellas es la referida a la coordinación de políticas en el área de salud³.

En particular respecto del área, se ha señalado que -ante la constitución de los bloques regionales- los sistemas sanitarios nacionales han tenido que enfrentarse a los impactos de la integración. Y que el ingreso a este nuevo escenario se está dando a través de la celebración de acuerdos que pueden ser del ámbito global, regional, subregional, bilateral o multilateral. Consecuentemente la diversidad de modalidades, que caracteriza particularmente a la región de América Latina y el Caribe, está configurando un proceso de integración que ha sido conceptualizado como de un "**regionalismo abierto, en el que los países participan simultáneamente en diferentes acuerdos y bloques de integración**" (Vieira, 1999).

Dentro de este marco nos referiremos, entonces, al convenio celebrado entre Paraguay y Argentina en materia "Salud Fronteriza". Por tratarse de un campo de intervención amplio, donde convergen un complejo de problemas específicos, nos hemos centrado puntualmente en la Atención Hospitalaria que involucra las poblaciones fronterizas de Posadas (Capital de la

¹ Mercado Común del Sur integrado por Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay, constituido en 1991.

² Cfr. Dromi, 1996.

³ En la reunión de Ministros de Salud, el Consejo del Mercado Común establece: "Considerando: Que para el

avance del proceso de integración del MERCOSUR resulta conveniente tratar determinados asuntos a nivel ministerial. (...) decide: Artículo 1º: Crear la Reunión de Ministros de Salud, la que tendrá como función proponer a este Consejo, medidas tendientes a la coordinación de políticas en el área de salud para el MERCOSUR." (MERCOSUR/CMC/DEC.Nº3/95).

Provincia de Misiones, Argentina) y Encarnación (Capital del Departamento de Itapúa, Paraguay). En esta primera aproximación intentaremos "fotografiar" una realidad, en la que concurren las asimetrías entre los efectores de salud y las dificultades que afronta un sector de la población paraguaya para satisfacer sus necesidades de atención.

UN CONVENIO PARA LA COOPERACIÓN.

Con posterioridad a la celebración del Tratado de Asunción, que diera origen al MERCOSUR, se toman una serie de medidas en materia sanitaria⁴; en tanto que otras son concretadas a través de acuerdos bilaterales. Entre éstos se registra el Acuerdo de Cooperación entre Argentina y Paraguay.

Los antecedentes del acuerdo se remontan a octubre de 1992, cuando en Asunción se firma un Convenio sobre "Salud Fronteriza"; al que posteriormente se le agrega, en 1995, un Protocolo Adicional (suscripto en Buenos Aires). Ambos instrumentos jurídicos constituyeron la base para la promulgación, dos años más tarde, de la Ley 24.836 promulgada el 11/6/97 y actualmente en vigencia.

La celebración de este convenio fue reconocida como de "vital importancia" para la atención de los problemas de salud que fueran comunes a ambos países, por tratarse de un área donde es mayor el tránsito interpoblacional; lo

⁴ Sobre la "protección de la salud" y el Acuerdo Sanitario y Fitosanitario entre los estados-parte; consultar Dromi, R.: Código del MERCOSUR, 1996.

⁵ En el primer Considerando del Convenio figura: "Que en las zonas limítrofes de la República del Paraguay y la República Argentina existen problemas comunes de salud". La Ley establece la constitución "de un comité conjunto de coordinación con representación de las cinco provincias argentinas limítrofes con la República del Paraguay". (Artículo X. Disposiciones Finales).

⁶ Ver Mensaje del Poder Ejecutivo dirigido al Honorable Congreso de la Nación en ocasión de someter a consideración el proyecto de ley, fechado Buenos Aires, 16 de octubre de 1996. (Cámara de Diputados de la Nación. Sesiones Ordinarias 1997. Orden del Día N° 1475, pp. 6442-6443).

que exigiría medidas de control efectivas⁵. En este sentido, entonces, se avanza sobre la necesidad de establecer acciones conjuntas para mejorar la situación sanitaria en la frontera, en procura de una mejor calidad de vida de las poblaciones involucradas⁶.

Los ítems considerados como "temas de salud de importancia para ambos países", son los siguientes:

§ Paludismo, fiebre amarilla, dengue, enfermedad de chagas-mazza, enfermedades venéreas y SIDA, lepra, esquistosomiasis, rabia, cólera y otras enfermedades transmisibles, así como también enfermedades inmunoprevenibles.

§ Nutrición y educación alimentaria.

§ Formación y adiestramiento de recursos humanos.

§ Educación para la salud.

§ Control sanitario de poblaciones migrantes.

§ Saneamiento ambiental.

§ **Atención hospitalaria.**

§ Emergencias y catástrofes.

§ Vigilancia

§ Organización y desarrollo regional y local.

Particularmente, en lo concerniente a la "atención hospitalaria" se aprueba:

1. *"Instrumentar un sistema de asistencia recíproca efectiva en áreas de recuperación de la salud.*

2. *Promover el intercambio de información y experiencias en cuanto a diagnóstico y tratamiento de las patologías prevalentes y de interés común, como igualmente la provi-*

⁷ En febrero de 1998, la Honorable Cámara de Diputados de la Nación requirió información sobre el cumplimiento de lo acordado. La nota elevada, que constó de 30 puntos, fue respondida parcialmente. El Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto contesta, en julio/98, lo referente a "saneamiento ambiental" y se excusa del resto "dada la especificidad de la materia sobre la que se requiere información (entendiendo) que debería ser el Ministerio de Salud y Acción Social ... el responsable primario de satisfacer la iniciativa".

sión de drogas antiblásticas y otros medicamentos de uso regional. (Ley 24.836, Artículo VII)"⁷.

De este modo -con la creación de un encuadre de cooperación e intercambio- Posadas y Encarnación pasan a quedar vinculadas formal y específicamente.

POSADAS-ENCARNACIÓN: LOS EFECTORES DE SALUD Y LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

En términos de lo que constituye la atención hospitalaria existe una marcada asimetría entre Posadas y Encarnación, que convierte a la primera en un centro hospitalario de atracción.

Dentro de Misiones, el Hospital Central y Provincial "Dr. Ramón Madariaga" constituye el establecimiento de atención oficial de mayor complejidad⁸. Además de atender todas las especialidades de las clínicas básicas, cuenta con tecnología diagnóstica, laboratorios bioquímicos y patológicos y unidad de cuidados intensivos. Dispone, también, de un sector de consultorios externos para evacuar la atención ambulatoria, donde se centralizan veinticinco especialidades⁹. Su cobertura efectiva excede los límites de la provincia y del país, abarcando la zona norte de

⁸ Este Hospital, que ocupa un predio de 16 manzanas, fue inaugurado el 21 de enero de 1924 siguiendo un estilo pabellonal o francés -similar al de los hospitales Ramos Mejía y Tornú de la Capital Federal- que aún se mantiene a pesar de que fue sometido a varias refacciones y ampliaciones.

⁹ Dichas especialidades son: alergia; cardiología; cirugía; plástica y quemados; clínica médica; dermatología; ETS y SIDA; gastroenterología; ginecología; guardia adultos; guardia obstétrica; neonatología; neurología; obstetricia; oftalmología; otorrinolaringología; protección familiar; psiquiatría; traumatología; urología; medicina general; hematología; oncología; genética y medicina general. PROFESA (Programa Federal de Salud).

¹⁰ Este Hospital ocupa un predio de una manzana. Fue construido en el año 1943 por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, en colaboración con los gobiernos de la República del Paraguay y de los Estados Unidos de América.

¹¹ Comprende los 30 municipios que integran el Departa-

la provincia de Corrientes y las áreas de frontera con Brasil y Paraguay.

La ciudad de Encarnación -por su parte- dispone de un centro asistencial denominado "Hospital Regional"¹⁰, que por ser cabecera de la 7ma. Región Sanitaria¹¹ y el único efector debe evacuar no sólo las demandas de la ciudad sino también las provenientes del Departamento Itapúa. A diferencia del Hospital Madariaga no cuenta con servicios críticos; por sus características, puede ser calificado como un establecimiento de "baja complejidad"¹².

La cercanía entre ambos hospitales (distan aproximadamente 6 Km.) permitiría suponer que la población asentada en área de frontera, dispondría de dos opciones para canalizar sus necesidades de atención a la salud. Sin embargo, a partir de unos pocos datos disponibles para la comparación, debemos desestimar esta presunción (Ver Cuadro 1). Acerca del arancelamiento, cabe señalar que en ambos hospitales es el resultado de transformaciones más globales encuadradas en los procesos de Reforma del Estado de cada uno de los países; que los ha afectado de manera diferente. El

mento de Itapúa, cuya capital es la ciudad de Encarnación. Concentra una población aproximada de 478.753 habitantes, distribuida en zona urbana (40%) y en zona rural (60%). (Documento 7ma.Región, 1999)

¹² Los niveles de complejidad distinguen "... la estructura de los servicios basándose en la complejidad relativa de sus partes" (Kroeger y Luna: 1989, 14). El establecimiento de los niveles de complejidad de la red de servicios asistenciales -dependientes del Ministerio de Salud Pública- en la provincia de Misiones se ajusta a la siguiente clasificación: Primer nivel, corresponde al puesto sanitario, es el establecimiento que brinda solamente primeros auxilios a través del personal auxiliar de enfermería. Segundo nivel, alcanza a los centros de salud o consultorios externos periféricos que brindan consulta médica y de enfermería. Tercer nivel, reúne las Unidades Sanitarias dotadas de unas pocas camas para internación de emergencia y derivación. Cuarto nivel, corresponde al Hospital de Área que cuenta con servicios de internación para las cuatro clínicas básicas. Quinto nivel, aquí se ubica el Hospital Regional con atención de las 4 clínicas básicas más las especialidades. Por último el Sexto nivel, que abarca todos los servicios del nivel anterior más cuidados intensivos, laboratorios, consultorios por especialidades y especialistas. (Fte.: Dto.Gob.Prov.Misiones Nro.1248/69)

avance reformista ha modificado menos el sistema de atención del Madariaga¹³, que el del Hospital Regional.

Ello en razón de que en el primero, aún cuando la "onda" de intercambiar dinero -a voluntad- por servicios se viene dando desde hace algunos años; todavía, tanto las prestaciones básicas o de primeros auxilios cuanto la provi-

sión de medicamentos e insumos imprescindibles son suministrados sin cargo. Asimismo, la población de menores recursos cuenta con la posibilidad de recibir gratuitamente todos los servicios mediante la tramitación de un "certificado de pobreza". En cambio, en el hospital encarnaceno si bien la atención simple del parto ha pasado alternativamente por períodos de

Cuadro 1
Hospital Madariaga y Hospital Regional: cobertura, complejidad y arancelamiento. Año 1997

INDICADORES	HM	HRE
COBERTURA PROGRAMATICA		
En Posadas		
En Encarnación	204.361 ⁽¹⁾	99.363 ⁽²⁾
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS		
Básicos ⁽³⁾	si	si
Críticos ⁽⁴⁾	si	no
INDICADORES HOSPITALARIOS		
Número anual de consultas	138.733	42.127
Número anual de egresos	11.194	5.162
Número anual de consultas obstétricas	15.949	4.867
Número anual de partos	4.970	s/d
Promedio diario de camas disponibles	222	126
Promedio diario de camas disponibles en obstetricia	72	26
ARANCELAMIENTO		
<u>Servicios básicos o de primeros auxilios</u>		
Sutura	No arancelado	700 Gs ⁽⁵⁾
Curación	No arancelado	7.000 Gs
Inyectable	No arancelado	1.000 Gs
Nebulización	No arancelado	3.000 Gs
Consulta	No arancelado	3.000 Gs
Toma de presión	No arancelado	1.000 Gs
<u>Prestaciones Obstétricas</u>		
Consulta	Voluntario de \$ 1	21.000 Gs
Parto vaginal	a 5	225.000 Gs
Cesárea	\$100 ó c. de pobreza \$150 ó c de pobreza	900.000 Gs

(1) Censo 91. Argentina.

(2) Estimado por Oficina Sanitaria de la 7^{ma} Región. Encarnación. Paraguay.

(3) Ginecología; Pediatría; Clínica Médica y Cirugía.

(4) Unidad de Cuidados Intensivos

(5) 3.000 Gs. Equivalen a \$ 1,00.

FUENTE: Departamento de Estadística. Hospital Ramón Madariaga. Posadas. Misiones. Argentina.

Oficina Sanitaria de la 7^{ma} Región. Encarnación. Departamento Itapúa. Paraguay.

¹³ El proceso de preparación de los marcos legales y reglamentarios del arancelamiento para la totalidad de los establecimientos hospitalarios provinciales, se inició en el año

1992. En el Madariaga el cobro por los servicios prestados se pone efectivamente en práctica en el año 1995.

gratuidad/arancelamiento -de acuerdo con los criterios impuestos por las autoridades de turno-, las prestaciones básicas, la provisión de los demás elementos y la atención quirúrgica del parto, están aranceladas. Por otra parte, el Sistema Regional de Atención a la Salud Pública no cuenta con programas regulares de promoción de la salud materno-infantil, ni con programas de inmunizaciones.

Por otra parte, si se toma como base el número de consultas brindadas a la población usuaria ubicada fuera del área de cobertura programática del Hospital Madariaga¹⁴, se observa que los pacientes de nacionalidad paraguaya se ubican en segundo lugar (Ver Cuadro 2). Una situación similar se da respecto de la zonificación sanitaria de la provincia de Misiones¹⁵, donde, excluyendo la Zona de Salud 4, la demanda de consultas de pacientes paraguayos representa 23,4% (Ver Cuadro 3).

Esta cifra permite pensar en que hay una presencia importante de paraguayos, que por la cercanía, los menores costos y la mejor oferta de atención se trasladan voluntariamente al Madariaga en busca de atención ambulatoria.

En cuanto a la demanda de servicios que requieren hospitalización, la proporción de población paraguaya disminuye hasta alcanzar valores ligeramente superiores al 3%. Sin embargo esta cifra, en relación con la magnitud de las internaciones producidas por derivaciones de otras zonas sanitarias de la provincia, se sitúa en el tercer lugar; difiriendo muy poco de la proporción de la Zona 2; y triplicando la correspondiente a la Zona 3 (Ver Cuadro 4).

El grueso de esta población -con un perfil sanitario deficiente- requiere por lo común cuidados intensivos o servicios de internación pro-

longada¹⁶, lo que incide en el tiempo de permanencia y en el costo de las prestaciones.

GESTIONANDO LA ATENCIÓN A LA SALUD

La población paraguaya que cruza a Posadas en busca de atención sanitaria tiene que sortear dos instancias de registro-control: 1) el trámite migratorio que habilita el cruce de la frontera y el ingreso a la ciudad y 2) la admisión en el Hospital Madariaga. De manera que estamos en presencia de por lo menos dos controles que se ejercen, uno sobre el tránsito vencial fronterizo y el otro sobre las necesidades de esta población en materia de salud. En una primera aproximación podríamos señalar que la diferencia entre ambos controles reside en el modo en que éstos se producen y ejercen. Así entonces, mientras que el primero opera sobre la base de normativas migratorias vigentes; en el segundo caso no existen disposiciones escritas; lo que no es equivalente a decir que no se ejerza ningún tipo de restricciones. Dentro del Madariaga, las prestaciones están sujetas a mecanismos regulatorios formulados por la propia institución; que es la que en última instancia decide sobre la atención-rechazo-devolución del paciente. Prueba de ello son los testimonios recogidos que dan cuenta de las dificultades de acceso de la población paraguaya que -en los últimos años- se han incrementado. La falta de normativas claras de gestión, agrega además dificultades para la atención de derivaciones del Hospital Regional de Encarnación. Al respecto, el Ministerio de Salud Pública ha reconocido que:

"Muchas veces tenemos inconvenientes con los pacientes que vienen de Encarna-

¹⁴ Zona 4 que comprende los Departamentos de Capital, con los municipios de Posadas, Garupá y Fachinal.

¹⁵ Las zonas sanitarias son: a) Zona 1: Apóstoles, Concepción, Candelaria Jardín América, Ldor. Gral. San Martín y San Ignacio; b) Zona 2: 25 de Mayo, Cainguás, Guaraní, L.N. Alem, Oberá y San Javier; c) Zona 3: Eldorado, Gral. Manuel Belgrano, Iguazú, Montecarlo, San Pedro y Esperanza; Zona 4: Dpto. Capital.

¹⁶ Del total de internaciones (2.280) de la población no perteneciente al área de cobertura del Hospital Madariaga, las correspondientes a la población paraguaya se distribuyen del siguiente modo: Terapia Intensiva 19%; Traumatología 10%; Urología 27.7% y Neurocirugía 15%. (Fuente: Servicio de Estadística del Hospital Madariaga, 1997).

ción. Queremos llegar a un acuerdo concreto para que esos pacientes que son derivados a Posadas lleguen con su historia clínica y sean previamente consultados para que puedan ser dirigidos y atendidos como corresponde¹⁷.

y fundamentalmente en casos de internación, se han tomado decisiones dispares. A través de sus recuerdos surge la comparación, lo que nos permite identificar básicamente dos modalidades. La primera, habría sido de ingreso irrestricto para los paraguayos:

Cuadro 2

Consultas anuales de pacientes según procedencia. Hospital Público "Dr. Ramón Madariaga". Posadas. Misiones. Año 1997.

Procedencia	Nº de consultas	%
Del interior de Misiones	9.551	72.8
Otra provincia argentina	662	5.0
Paraguay	2.919	22.2
Total	13.132	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base al Manual de Estadística Hospitalaria. Servicio de Estadística.

Cuadro 3

Consultas anuales excluida el área programática. Hospital Público "Dr. Ramón Madariaga". Posadas. Misiones. Año 1997.

Procedencia	Nº de internaciones	%
Zona de Salud 1	6.360	51.0
Zona de Salud 2	2.464	19.8
Zona de Salud 3	727	5.8
Paraguay	2.919	23.4
Total	12.470	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base al Manual de Estadística Hospitalaria.

Cuadro 4

Internaciones anuales excluida el área programática. Hospital Público "Dr. Ramón Madariaga". Posadas. Misiones. Año 1997.

Procedencia	Nº de internaciones	%
Zona de Salud 1	1.319	62.0
Zona de Salud 2	350	16.4
Zona de Salud 3	119	5.6
Paraguay	340	16.0
Total	2.128	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base al Manual de Estadística Hospitalaria.

La toma y ejecución de decisiones, no parece ser independiente de las modalidades personales de administración que son parte de la historia del Hospital Madariaga. El personal de la institución atestigua que en política de admisión,

*"en la medida que los recursos alcanzaban para todos, no se les negó atención ... Escrito, escrito no está pero había verbalmente un 20% de dotación de camas por Servicio (para los pacientes paraguayos). Luego, con la gestión de *** fue totalmente libre (se refiere a la hospitalización)".*

¹⁷Declaraciones del Ministro de Salud, publicadas en El Territorio el 20-9-98.

Más adelante la escasez de insumos y medicamentos, en cambio, habría dado ingreso a lo que reconocemos como una segunda modalidad, y que en el relato del personal aparece referenciado como un "endurecimiento" en la política de admisión:

"... antes el pase era libre porque había recursos y no se notaba ... en los 70 éramos ricos"

"Desde agosto de 1998 las prestaciones a los paraguayos se vieron seriamente restringidas. Se puso en práctica una orden verbal de la Dirección del Hospital que indicaba que: todas las mañanas el Servicio de Estadística debía pasar el reporte de los pacientes de esa nacionalidad que hubieran ingresado, con el número de historia clínica y la identificación de cama y servicio de internación. Luego el Director se encargaba de dar el alta al paciente más allá del cuadro que presentara".

En paralelo, y siempre en relación con esta población, los distintos Servicios comenzaron a funcionar estableciendo una clara distinción entre:

1- Casos de urgencia: el paciente recibe la primera atención y retorna a Encarnación¹⁸; y

2- Casos de emergencia: se autoriza la internación del paciente, pero con controles estrictos; y la orden de alta es impartida por la Dirección.

Estas nuevas directivas generaron en el personal del establecimiento opiniones diferentes. Para algunos resultaron "ofensivas y lesivas" al derecho social que le asiste a toda persona que demanda asistencia médica. Para otros -en cambio- resultaron "razonables", teniendo en cuenta la crítica situación presupuestaria por la que atraviesa el sistema sanitario provincial. Si bien es cierto que el déficit de recursos y la insuficiencia de insumos hospitalarios incide en la calidad de la atención a los usuarios, en los

¹⁸ Aunque existe cierto margen de maniobra para demorar su salida: "de tarde ...hay pase libre por ausencia de la jefatura".

hechos las consecuencias se hacen sentir mayoritariamente sobre la población procedente del Paraguay; que por su condición de "extranjera" no reviste prioridad.

Las versiones recogidas en la vecina orilla son coincidentes con los cambios operados en la política de admisión para los pacientes paraguayos. Representantes de la 7ma. Región Sanitaria, expresan que en los últimos tres años han tratado de reducir el número de derivaciones por alguna de las siguientes razones:

* Retorno de la ambulancia, por la no admisión de pacientes.

* Obstáculos en el cruce de la frontera, ante la exigencia de "documentación en regla" para autorizar el pase del vehículo sanitario.

Aún así no se deja de reconocer que Posadas sigue siendo la mejor alternativa de derivación, por tratarse de la ruta más corta para alcanzar asistencia de mayor complejidad; luego siempre que sea posible se intentan sortear las restricciones que impidan la admisión del enfermo. Esta situación ha generado que tanto el sistema sanitario de Encarnación como la familia del paciente tengan que recurrir a diferentes estrategias para poder llevar a buen término la gestión de derivación. En este sentido se han podido registrar diversas acciones:

* Un contacto telefónico directo entre profesionales médicos, para sortear trabas burocráticas.

* Algún pariente que -con la historia clínica en mano- cruza anticipadamente a Posadas e intenta "sensibilizar" al sistema de admisión.

* Algún pariente que hace valer su residencia en Posadas para la admisión.

De estas tres alternativas, la última resulta ser la más efectiva. Todavía la presencia de familiares con residencia en Posadas continúa operando como un factor diferencial a favor. En cambio, las dos primeras conducen a resultados inciertos; si fracasa la gestión, se podrá decidir el traslado a la ciudad de Asunción -lo que implica mayor tiempo y distancia-, con la

consiguiente pérdida de la oportunidad y eficiencia de la atención; y en caso extremo de la vida.

Un caso particular es el constituido por el grupo de mujeres que cruzan la frontera por sus propios medios, en busca de atención obstétrica. Si el parto no es inminente, no se las recibe salvo que paguen un arancel que puede variar desde \$ 20.- tratándose de una consulta; o entre \$ 150.- a \$ 200.- para asistencia del parto. Personal de enfermería comenta:

"Pero también está la trampa de siempre ... se quedan dando vueltas hasta que el parto es inminente. Ahí por supuesto no queda más remedio (se refieren a la internación)".

"Algunas dan los domicilios de sus familiares en la argentina ... esos casos se filtran".

El 28,3% de internaciones de pacientes paraguayos son de este tipo. Las ventajas comparativas que les ofrece Posadas están en relación con la gratuidad de la atención y el "trato humano" que reciben. En efecto, en el Hospital Regional de Encarnación se cobra por cada consulta para control del embarazo. La atención del parto es gratuita, pero la paciente tiene que hacerse cargo del costo de los medicamentos y prever mayores gastos por la eventualidad de una cesárea. (Ver Cuadro 1).

No obstante ello, y en opinión de algunos funcionarios del área sanitaria de Encarnación, recibir atención del embarazo y del parto en Posadas no es una posibilidad al alcance de cualquiera. Las mujeres que cruzan la frontera serían aquéllas que conocen "algo" del sistema de atención y disponen de una red de relaciones -más o menos extensa; más o menos institucionalizada- que pueden movilizar. En este grupo, dicen, las "paseras" o sus familiares son la mayoría¹⁹.

A partir de una revisión selectiva de historias clínicas de pacientes paraguayos interna-

¹⁹ Las "paseras" son mujeres que diariamente cruzan a Posadas para desarrollar actividades económicas informales como la venta de ropa y alimentos frescos.

dos en distintos servicios del Madariaga durante el año 1997, fue posible identificar tres modalidades recurrentes de ingreso:

1) Pacientes habituales que registran una historia de atención de larga data;

2) Pacientes que llegan formalmente derivados de la 7ma. Región Sanitaria con un diagnóstico y la recomendación de que el caso "debe ser manejado en un servicio de alta complejidad". (Aquí se registraron casos de extrema necesidad: abortos sépticos; heridas provocadas por

arma; accidentes con traumatismo de cráneo); y

3) Pacientes de riesgo, admitidos como producto complicado de partos de embarazadas con ingreso encubierto²⁰. Una puérpera paraguaya con residencia en Itapazo mientras espera en un Hogar de Tránsito la recuperación de su hijo recién nacido justifica su presencia:

"... vine a visitar a mi hermana a Posadas... y aquí me enfermé".

Su hijo ya lleva cinco días de internación en el Servicio de Neonatología. Recién cuando le den el alta al bebé, se comunicará con el marido para reunirse *"...en el puente ... debajo del mango, para irnos los tres".*

Por lo común esta población se traslada acompañada de algún familiar quien, para poder permanecer con ellos en caso de no contar con amistades o parientes en Posadas, tiene que resolver las cuestiones de alojamiento y comida. Personal de enfermería nos describe sus condiciones de permanencia en el lugar:

"... duermen dentro del hospital ... al aire libre. En invierno se consiguen una manta ... son muy unidos. A veces se logra que los ingresen en el albergue Madre Teresa de Calcuta"²¹.

²⁰ Mujeres que se registran con domicilio en Posadas

²¹ Su fundación data de 1989. Recibe un subsidio mensual del Ministerio de Salud Pública de \$ 700, que se destina al pago del salario del matrimonio a cargo y a los gastos de mantenimiento del Hogar; más un cupo de comida diaria para los encargados y los acompañantes de pacientes allí alojados. La idea de fundar un Hogar surgió del Padre

El Hogar de Tránsito "Madre Santa Teresa de Calcuta" es una organización no gubernamental, que funciona en un predio cercano al Hospital Madariaga. Allí se da alojamiento a mujeres y varones; y en ocasiones son las mismas enfermeras las que tramitan el pedido de alojamiento, avalado con la firma del médico. Sobre la presencia de paraguayos la persona encargada del Hogar nos informa:

"uyyy ... son muchos. Sobre todo mujeres que vienen a tener sus hijos en el hospital, porque en Paraguay les cuesta cien pesos y la atención es muy mala".

Dispone de un nutrido anecdotario sobre la llegada de paraguayos que le complace reeditar; y en el que va enhebrando sus propias valoraciones acerca de esta población. El perfil que describe es el de "gente dejada", con poca instrucción, que "se pierden" con facilidad en la ciudad. Más adelante en la conversación remarcará que unos pocos muestran ser "personas de cierto poder adquisitivo", condición que ella misma deduce por el tipo de vehículo en el que llegan, o la cantidad del dinero en efectivo que traen para poder afrontar los gastos en insumos y medicamentos.

Finalmente personal médico, enfermeras, voluntarias y religiosas se constituyen en otros tantos medios eventuales para sortear las dificultades o carencias generadas por el traslado. No obstante y pese a la existencia de mecanismos informales, las probabilidades de éxito pasan a depender de las capacidades individuales

Jaime Vorwerk con el propósito de dar cobijo a las puérperas llegadas del interior de la provincia que deben permanecer en Posadas y no tienen parientes en la ciudad. Aunque fundamentalmente se alojaba a puérperas con hijos en el Servicio de Neonatología, con el tiempo se amplió a pacientes-varones y familiares. Las personas que se alojan en este lugar disponen de ropa de cama, abrigo, heladera, agua para mate y eventualmente reciben algún tipo de donación (como por ejemplo, ropa o calzado). Funciona de 5 a 13 y de 15 a 2; aunque este horario es flexible dado que puede presentarse alguna emergencia, o la llegada de alguna persona solicitando alojamiento. Cifras suministradas por el Hogar muestran que en el año 1998, sobre un total de 1043 personas alojadas, 64 (6,1%) fueron paraguayos; 24 (2,3%) brasileños y 955 (91,6%) argentinos.

para movilizar recursos humanos y materiales y por consiguiente son generadoras de desigualdades.

REFLEXIONES

En lo referente a los acuerdos de cooperación mutua en temáticas no-económicas, la firma del Convenio para la atención a la salud en áreas de frontera, constituye indudablemente un primer paso hacia el establecimiento de nuevas formas de vinculación. Pero también es cierto que a partir de la celebración del MERCOSUR, las acciones o intervenciones que de él se deriven formarán parte de un ordenamiento mayor regido por la globalización y la regionalización (Bernal-Meza, 1999). Si convenimos que éstos son los nuevos elementos estructurales que conducen al establecimiento de un "nuevo orden", debemos asumir que la protección de la salud en poblaciones de frontera requiere decisiones políticas que hagan posible el reemplazo de canales de vinculación concentradores de ayuda solidaria, por modalidades acordadas de asistencia recíproca conducentes al mejoramiento de las condiciones de salud.

Aun cuando en el discurso político regional se acuerda que las enfermedades, como la prevención, no tienen fronteras; lo actuado en tal sentido no está exento de contradicciones. Concretamente las medidas que se adoptan para el control del tránsito vecinal y las restricciones de acceso a las prestaciones hospitalarias, finalmente resultan atentatorias a la integración. En lo referente a la atención hospitalaria no se observan avances en la instrumentación de un sistema de asistencia recíproca efectiva. Por el contrario, la disminución de la inversión pública en el sector salud ha provocado la agudización de las diferencias y una retracción en los vínculos entre ambos efectores que está afectando mayoritariamente a la población paraguaya.

BIBLIOGRAFÍA:

BERNAL-MEZA, Raúl: ¿Regionalismo o globalización?. Tres aspectos para la decisión de políticas. En: Revista Realidad Económica. Buenos Aires IADE. Nro.165, Julio-Agosto. 1999.

CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN: Sesiones Ordinarias. Orden del Día Nro. 1475. Argentina. 1997.

DROMI, Roberto: Código del MERCOSUR. Bs.As. Ediciones Ciudad. 1996.

SERVICIO DE ESTADISTICA. Estadística Hospitalaria. Hospital Público Dr. Ramón Madariaga. Ministerio de Salud Pública. Misiones. 1997.

KROEGER-LUNA (Comp.): Atención Primaria de la Salud. Principios y métodos. 2da. Edición. México. OMS/OPS. PALTEX nº10. 1992

SÉPTIMA REGIÓN SANITARIA: Diagnóstico Situacional: de Enero a Mayo. Departamento de Itapúa. P a r a - guay. 1999.

VIEIRA, César: Globalización, Integración Regional y Gobernabilidad Supranacional en Salud.

<http://www.clad.org.ve/documen/html>.