

Informe sobre la situación socio sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires

Año 2008

EDICIONES DEL CCC
CENTRO CULTURAL DE LA COOPERACIÓN FLOREAL GORINI

Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini
Departamento de Salud
Coordinador: Dr. Ricardo López

Título: Informe sobre la situación socio sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires

Autora: Brenda Maier

©Ediciones CCC, Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini

Ediciones del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos C.L.

Avda. Corrientes 1543 (C1042AAB) Tel: (54-11) 5077 8080 - Buenos Aires - Argentina

www.centrocultural.coop

Director: Juan Carlos Junio

Director Editorial: Jorge Testero

Editor: Javier Marín

Composición y armado: José Luis Bournasell

Diseño original: Claudio Medín

©De los autores

Todos los derechos reservados.

Esta publicación puede ser reproducida gráficamente hasta 1.000 palabras, citando la fuente. No puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, registrada en, o transmitida por, un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, por fotocopia o cualquier otro, sin permiso previo escrito de la editorial y/o autor, autores, derechohabientes, según el caso.

Hecho el depósito Ley 11.723

ISBN: 978-987-1650-03-3

Maier, Brenda

Informe sobre la situación sociosanitaria de la Ciudad de Buenos Aires año 2008 : cuaderno de trabajo N° 85 . - 1a ed. - Buenos Aires : Ediciones del CCC Centro Cultural de la Coop. Floreal Gorini, 2009.

66 p. ; 15x23 cm.

ISBN 978-987-1650-03-3

1. Salud Pública. I. Título

CDD 614

Fecha de catalogación: 28/09/2009

Cuaderno de Trabajo n° 85

Informe sobre la situación socio sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires

Año 2008

Lic. Brenda Maier

Brenda Maier. Diploma de honor en la Licenciatura de Trabajo Social (UBA). Durante el año 2008 participó del Departamento de Salud del CCC desarrollando este informe. Actualmente, participa como investigadora en un proyecto de salud y se encuentra realizando una maestría en la temática.

Departamento de Salud

Agradecimientos

Al Centro Cultural de la Cooperación, especialmente al Departamento de Salud y al Dr. López por brindar este espacio, a quienes colaboraron aportando datos y contención en este proceso.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Concepciones en torno a la salud	9
2.2 La situación sanitaria de América Latina: su trayectoria histórica	13
3. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: CARACTERÍSTICAS GENERALES	17
3.1 Ubicación	17
3.2 Población. Datos sociodemográficos	18
3.3. Establecimientos sanitarios de la ciudad.....	19
3.4. Cobertura de Salud de la población de la ciudad	20
4. PROGRAMAS SOCIALES QUE ATIENDEN LA SALUD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	23
4.1 Asistencia Social Inmediata – DGASI	23
4.2 Programa Nuestras Familias	24
5. ANTECEDENTES DE COBERTURA DE SALUD EN EL MUNDO.....	27
La salud colectiva en Cuba	27
La salud pública española	27
6. LOS DERECHOS DE LA SALUD	29
6.1 ¿Qué derechos posee la Salud?	29
6.2 ¿Se efectiviza el derecho a la Salud?	32
7. RESOLUCIONES Y RECURSOS	35
8. A MODO DE CIERRE.....	37
9. BIBLIOGRAFÍA	39
10. APÉNDICE Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153	44

1. Introducción

El presente informe intenta caracterizar y describir cómo se establece el sistema socio sanitario en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se indaga sobre programas específicos que atiendan el tercer nivel de atención o de alta complejidad y los programas socio sanitarios que la ciudad ofrece a sus ciudadanos y ciudadanas.

Este trabajo surge dentro del marco de becas que provee el Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini desde sus distintos departamentos, en este caso desde el departamento de Salud, coordinado por el Dr. Ricardo López. Desde el mismo se está realizando una serie de informes e investigaciones sobre la situación actual del sistema sanitario con el fin de conocer el panorama que se establece en la ciudad, este informe intenta aportar a dicho proceso.

En el presente trabajo, el sistema de salud es analizado desde una perspectiva socio sanitaria, tomando en cuenta no sólo los programas de atención específicos de la salud sino también los programas sociales o de apoyo, es decir, que favorecen el acceso a los tratamientos, medicamentos, etc.

El informe se realizó indagando a través de fuentes secundarias, informes de las distintas áreas de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Censo 2001, Encuesta Permanente de Hogares (EPH), Encuesta Anual de Hogares, Informes Indicadores 2007 de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de la Nación y a través de la legislación porteña vigente.

2. Marco teórico

2.1 CONCEPCIONES EN TORNO A LA SALUD

La concepción de salud varía según los contextos históricos y culturales de cada sociedad. Se construye como un supuesto estado de bienestar a alcanzar, como un parámetro que diferencia qué es salud y qué no lo es.

La concepción de salud, según el Dr. Contandriopoulos, profesor de la Universidad de Montreal y especialista sanitario:

(...) es una categoría compleja, socialmente construida, determinada no sólo por el patrón biológico sino que es expresión y producto de una construcción social histórica que se vincula con cierta estructura simbólica, es decir, con los valores, la cultura de una sociedad, sus modalidades de organización, tradiciones, que definen una concepción de salud y el rol y funciones del estado y de la sociedad civil.¹

La salud es un proceso dinámico, que se produce, reproduce y define en las relaciones sociales. La enfermedad es una manifestación de la salud que posee una expresión biológica de un determinado estado de no-salud, se presenta como una deficiencia o un funcionamiento anormal. Sin embargo, no se reduce a esto únicamente. Como plantea Contandriopoulos, se puede decir que las enfermedades y la salud responden a construcciones sociales en un determinado tiempo y espacio, es decir, a procesos históricos que han estado atravesados por distintos factores, sean estos sociales, políticos, culturales y/o económicos, determinando y definiendo qué se va entender por salud y así también por enfermedad.

Asimismo, entendemos que las relaciones de producción, la forma en que se distribuye la riqueza y el grado de cumplimiento de los derechos son los factores que determinan el bienestar o su falta en una población, no las enfermedades.

¹ Contandriopoulos, A. *La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales*, Cuadernos médico sociales, N° 77, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 2000.

En cuanto a los sistemas de salud, se pueden comprender cómo las respuestas socio sanitarias, las cuales son mucho más amplias que la atención médica, el hospital o el centro de salud, implicar concepciones y definiciones. En los sistemas de salud, participa el Estado definiendo/diseñando políticas y acciones concretas para ejecutarlas. Estas políticas surgen de las necesidades y demandas de la población, del avance de la tecnología, de la incorporación de los laboratorios y empresas farmacológicas en el campo de la salud. A su vez, las respuestas a las problemáticas de salud por ser socio sanitarias incorporan tanto la atención médica como la psico social.

Dentro de los sistemas de salud se diferencian distintos niveles de atención, que se distinguen por las distintas acciones que se realizan: prevención, atención y curación. La curación tiene relación con la tecnología tanto para el diagnóstico de las enfermedades como para su posterior tratamiento. Según las acciones a realizar, se diferencia la atención en nivel primario, secundario y terciario.

El Nivel Primario se ocupa de los problemas sanitarios de la comunidad de baja complejidad, por ejemplo, son de atención primaria los Centros de Salud. La Atención Primaria de la Salud representa el primer nivel de contacto. Las acciones comprendidas son de carácter integral, ya que incluyen los aspectos preventivos y curativos de complejidad ascendente. A su vez debe garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud, bajo los criterios de universalidad, equidad y continuidad; debe centrar los programas en las acciones de promoción y prevención, complementadas con el tratamiento y la rehabilitación.

El Nivel Secundario se dirige a mediana complejidad, es la que ofrece, además de los aspectos preventivos y curativos, la hospitalización de pacientes en nosocomios denominados generales.

El Tercer Nivel se dirige a la Alta Complejidad. Ofrece, además de la hospitalización, diagnósticos y tratamientos complejos, en términos de recursos humanos, tecnológicos y por lo general de alto costo.

A su vez, el sistema de salud contempla distintos niveles de complejidad en relación a la tecnología, siendo el nivel VIII y el IX los niveles que se corresponden con la mayor complejidad. Los niveles de complejidad oscilan entre el I al IX, éstos son, según expone el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires:

- *Nivel I - atención exclusivamente ambulatoria*

Mediante la consulta realizada por médico general, en forma periódica y programada. Efectúa además acciones de promoción y protección de la salud. Cuenta con atención diaria de enfermería.

- *Nivel II - atención exclusivamente ambulatoria*

Mediante la consulta realizada por médico general en forma diaria y odontológica en forma periódica. Efectúa además acciones de promoción y de protección de la salud. Cuenta con atención diaria de enfermería.

- *Nivel III - con internación*

Realiza prestaciones en consultorio e internación de medicina general y obstetricia, excluida la cirugía obstétrica. Cuenta con laboratorio y radiología como actividad con personal no especializado. Atención odontológica en forma periódica, efectúa además acciones de promoción y protección de la salud.

- *Nivel IV - con internación*

Se realizan las actividades correspondientes a las cuatro clínicas básicas: Médica, Quirúrgica, Tocoginecológica y Pediátrica, por médicos generales especialmente adiestrados, tanto en consultorio como en internación. Concurren periódicamente médicos de las especialidades críticas: Otorrinolaringología, Oftalmología y Traumatología. A este nivel se practica cirugía como actividad regular y existe una mayor complejidad en los servicios de apoyo. Atención odontológica en forma permanente. Realiza reconocimientos médicos y certificación de ausentismo. Acciones de promoción y protección de la salud.

- *Nivel V - atención exclusivamente ambulatoria*

Prestaciones por médicos Clínico, Pediatra y Tocoginecólogo. Cuenta con laboratorio y radiología elementales y atención odontológica permanente. Realiza además acciones de promoción y protección de la salud.

- *Nivel VI - con internación*

Brinda atención en consultorio y en internación en las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Tocoginecológica y especialidades críticas: Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. Realiza prestaciones de rehabilitación programadas para este nivel. Entre los servicios intermedios se cuentan: laboratorio, radiología, hemoterapia, anatomía

patológica y anestesiología. Se incorporan a este nivel los siguientes profesionales: dietista o nutricionista y farmacéutico. Cuenta con odontología en forma permanente y se realizan acciones de promoción y protección de la salud. Guardia Activa en las cuatro especialidades básicas.

- *Nivel VII - atención exclusivamente ambulatoria*

Se atiende las cuatro clínicas básicas y en las especialidades críticas. Realiza prestaciones de laboratorio, radiología y fisioterapia. Realiza además acciones de promoción y protección de la salud.

- *Nivel VIII - con internación*

Cuenta con una amplia gama de especialidades, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que en este nivel incluyen servicios de radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos. Presenta un alto grado de complejidad, que le otorga una autosuficiencia casi completa respecto a las actividades finales e intermedias. Realiza además acciones de promoción y protección de la salud.

- *Nivel IX - con internación*

Este nivel constituye el servicio de máxima complejidad. Cuenta con todos los recursos necesarios para realizar la totalidad de las actividades de atención médica integrada, acorde a los adelantos de la ciencia médica y la tecnología moderna.

Entonces, encontramos que el sistema sanitario se clasifica por la resolución de riesgo necesaria y los niveles de complejidad. Existe un criterio más que se relaciona con la organización de los nosocomios. La Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación define los Hospitales en Generales o Especializados:

Hospitales Generales: establecimiento que brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen o son sospechosas de padecer enfermedades, pudiendo tener o no internación, y debiendo contar como mínimo con tres especialidades de las básicas. No necesariamente provee todos los servicios de atención médica en todas las especialidades y a todas las edades.²

² Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar

Hospitales Especializados: el establecimiento que brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen una enfermedad específica, o afección de un aparato o sistema, o pertenecen a un determinado grupo étnico. Asimismo, deberá consignarse la especialidad predominante: Salud Mental, Pediatría, Materno-Infantil, etc.³

2.2 LA SITUACIÓN SANITARIA DE AMÉRICA LATINA: SU TRAYECTORIA HISTÓRICA

Algunos puntos que expondremos en este informe se inscriben dentro de las realidades que gran parte de los países de Latinoamérica presenta. Los países denominados “periféricos o dependientes” poseen varios puntos en común en cuanto a su desarrollo político, económico y social, producto de las relaciones internacionales desiguales en las que se encuentran enmarcados.

En nuestro país, las situaciones de emergencia social y sanitaria se han instalado desde hace algunas décadas en las agendas públicas y aún no ha podido ser resueltas. Los vastos intentos fracasados, la falta de voluntad política, las planificaciones normativas que pierden de vista los aspectos socio culturales y no producen impacto, los pequeños o medianos aciertos son parte del círculo vicioso de las políticas sanitarias.

Los contextos históricos –como ha de esperarse– han atravesado los ámbitos sanitarios modificando los escenarios, así se pueden establecer determinados puntos de inflexión en la historia del sistema de salud Argentino⁴. En la década del 60 se produjo la incorporación de la planificación, producto de lo recomendado por la Alianza para el Progreso (1971), un programa que tenía como objetivo el desarrollo socioeconómico de Latinoamérica –a partir del otorgamiento de créditos– fundamentado en la elaboración de planes de carácter decenal, iniciativa que estaba apoyada por la Organización de Estados Americanos. Cabe destacar que dicho programa no preveía las particularidades de cada país, al tiempo que ponderaba lo técnico sin reconocer los conflictos, las relaciones que se establecían en torno a las problemáticas y las trayectorias históricas que se habían definido en la resolución de las mismas.

³ *Ídem.*

⁴ Varios de los procesos que ha atravesado nuestro sistema sanitario se encuentran emparentado al que ha atravesado el resto de los países de Latinoamérica.

Otro hito en la historia de la salud pública se inscribe con la reforma producida en la década del 90, periodo en el cual se instaura la hegemonía de las políticas neoliberales. Dichas políticas resignificaron las relaciones sociales de producción y las formas de atención de la salud. Así lo describe Silvia Faraone:

Desde los diferentes gobiernos nacionales (fundamentalmente el menemismo, y con continuidad en los gobiernos posteriores) y desde los organismos multilaterales de crédito, principalmente el Banco Mundial, la intención era la articulación de los tres subsectores (público-estatal, privado y seguridad social) bajo el comando de la lógica de Mercado y donde éstas compitan por la obtención de fondos destinados a la salud (mejor dicho la enfermedad).⁵

Así, la salud ha perdido su carácter de derecho universal “(...) para convertirse en un bien de mercado, bien privado, que los individuos en forma particular deben adquirir”.⁶

Dichas reformas estuvieron sustentadas por el Banco Mundial,⁷ el cual impulsó un nuevo paradigma denominado “Invertir en Salud”, en el que la singularidad de cada país (características culturales, políticas, económicas, de organización sanitaria, etc.) no estuvieron abordadas, impulsando de este modo un modelo homogéneo, “universal”. Los objetivos apuntaban a mejorar el gasto público –reduciéndolo– y promover la diversidad y la competencia entre los sectores privados. Las consecuencias de la utilización de la propuesta del Banco Mundial fueron la focalización en la atención, la descentralización de la atención de salud sin otorgar los recursos correspondientes, el debilitamiento del Estado como organizador social, deterioro en la calidad de vida de los sectores marginales, ausencia de vigilancias epidemiológicas que generan como consecuencia la reaparición de enfermedades ya controladas (como la TBC o la Fiebre Amarilla).

Es importante mencionar que el sector privado, y en especial los laboratorios, fueron de los principales actores en la reforma de los 90. Tal como sostiene Gianni Tognoni:

(...) la Argentina ha sido uno de los primeros países del mundo donde los laboratorios han sido privatizados, lo que ter-

5 Faraone, Silvia. “Reforma silenciosa en Salud”, en revista *Salud-Problema*, N°9, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, 2000.

6 *Ídem*.

7 Informe del Banco Mundial. “Invertir en Salud”, s/e, 1993.

minó induciendo a una política pública orientada a dejar la salud en manos de las empresas.⁸

La salud adoptó la lógica del mercado, tanto en lo que refería al acceso o no de la misma como a fomentar el consumo de medicamentos.

Luego de la aguda crisis del 2001, la situación del país en general decayó, inscribiendo huellas en todos sus habitantes. La situación de precariedad en todos los ámbitos en que se desenvuelven las personas generó un fuerte impacto sobre las condiciones de vida de las poblaciones. A su vez, esta crisis trajo fuertes consecuencias en las instituciones estatales que, con menos recursos, tuvieron una mayor demanda.

A través del recorrido histórico, podemos reconocer los contextos en que se fue construyendo la atención y resolución de los procesos de salud enfermedad.

⁸ Tognoni, Gianni. “Por el mercado, la medicina adquirió un sesgo irracional”, diario *Perfil*, 29/10/06.

3. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Características generales

3. 1 UBICACIÓN

La Ciudad de Buenos Aires, denominada Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el año 1996¹, es la capital de la República Argentina. Posee una superficie de 202 km y su área metropolitana está conformada por lo que se denomina el Conurbano Bonaerense.

La ciudad, actualmente, se encuentra dividida en 15 comunas que agrupan los 48 barrios porteños. En determinadas comunas, hacia su interior y en relación con las demás, se presenta una gran heterogeneidad socio económica y cultural entre los barrios que las componen, delimitando un brecha notoria entre los sectores de mayores y menores recursos económicos. Un claro ejemplo de esa situación se presenta entre las comunas 1 y 4, que territorialmente se encuentran unidas pero presentan grandes diferencias.

Gráfico 1



Fuente: Ministerio de Estadística del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

¹ Ver Art. 2 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996).

3.2. POBLACIÓN. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El número de habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según el Informe Indicadores 2007², es de alrededor de 3.018.102 personas. Demográficamente se caracteriza por presentar un 53,8% de mujeres y un 46,2% de varones, la mayoría de los hogares (63,5%) posee entre 2 a 4 habitantes por hogar.

Los datos suministrados por la Encuesta Permanente de Hogares³ del Indec del Primer Trimestre 2007 refieren que 305.081 personas (10,3%) se encuentran en situación de pobreza, es decir, 85.557 hogares (7,5%). Mientras que 85.637 personas (2,8%) presentan situación de indigencia, lo cual refiere alrededor de 26.347 hogares (2,3%). Respecto a la escolaridad, el 10% de los jóvenes de 15 a 18 años no estudian y/o no terminaron la secundaria.

Tanto en el Informe elaborado por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como en el elaborado por la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud de la Nación reflejan que la situación socio sanitaria y económica de la Ciudad de Buenos Aires se halla entre las más favorables en relación a otros lugares del país. Por ejemplo, respecto a la población total de la Ciudad de Buenos Aires, el 7,8%⁴ de la misma presenta necesidades básicas insatisfechas (NBI)⁵, siendo el porcentaje más bajo del país (la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, presenta el 15,8%). Esta situación se presenta como favorable sólo en comparación con las demás provincias, dado que la ciudad también presenta situaciones deficitarias.

2 Indicadores Básicos 2007 recopila los últimos datos disponibles en el país provenientes de diversas fuentes oficiales. La información se puede encontrar en el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud de Argentina.

3 http://www.estadistica.gov.ar/prensa/indicadores_eph_1trim2007.pdf

4 Datos extraídos del “Análisis de la situación de salud de la población de la Ciudad Buenos Aires” realizado por Dto. de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA, 2006.

5 NBI: se consideran aquellos en los cuales está presente al menos uno de los siguientes indicadores de privación: hacinamiento, vivienda (hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente: pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo); Condiciones sanitarias (hogares que habitan en viviendas que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua); asistencia escolar (hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela); capacidad de subsistencia (hogares que tienen 4 o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación).

3.3. ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE LA CIUDAD

La Ciudad de Buenos Aires cuenta entre los tres subsectores de salud, público, privado y de obras sociales, con 1.667 efectores de salud⁶.

Las instituciones del sistema sanitario público de la ciudad presentan nueve (9) hospitales de carácter nacional y setenta y dos (72) establecimientos de carácter municipal. Los establecimientos se subdividen en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), Hospital General de Agudos, Hospitales Especializados y Hospitales Generales de Niños⁷.

Los hospitales que posee la ciudad son:

1. Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear
2. Hospital de Gastroenterología “B. Udaondo”
3. Hospital de Infecciosas “F. Muñiz”
4. Hospital de Odontología “José Dueñas”
5. Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela
6. Hospital de Oftalmología “Santa Lucía”
7. Hospital de Pediatría “Dr. Juan P. Garrahan”
8. Hospital de Rehabilitación “M. Rocca”
9. Hospital de Rehabilitación Respiratoria “M. Ferrer”
10. Hospital de Salud Mental “Braulio Moyano”
11. Hospital de Salud Mental “J. T. Borda”
12. Hospital General de Agudos “A. Zubizarreta”
13. Hospital General de Agudos “B. Rivadavia”
14. Hospital General de Agudos “D. Vélez Sarsfield”
15. Hospital General de Agudos “Donación F. Santojanni”
16. Hospital General de Agudos “Dr. C. Argerich”
17. Hospital General de Agudos “Dr. C. Durand”

⁶ Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud. En este link se pueden encontrar todos los establecimientos sanitarios de la Ciudad: http://www.deis.gov.ar/guia_archivos/Ciud%20de%20Bs.As%202000.xls

⁷ En el anexo se encuentra un mapa extraído de la Dirección de Salud del Gobierno de la Ciudad que especifica los establecimientos sanitarios que posee la ciudad y su distribución geográfica.

18. Hospital General de Agudos “Dr. E. Tornu”
19. Hospital General de Agudos “Dr. I. Pirovano”
20. Hospital General de Agudos “Dr. J. A. Fernández”
21. Hospital General de Agudos “Dr. T. Álvarez”
22. Hospital General de Agudos “J. A. Penna”
23. Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía”
24. Hospital General de Agudos “P. Piñero”
25. Hospital General de Niños “Pedro de Elizalde”
26. Hospital General de Niños “Ricardo Gutiérrez”
27. Hospital Infanto Juvenil “C. Tobar García”
28. Hospital Materno Infantil “R. Sarda”
29. Hospital Municipal de Oncología “Marie Curie”
30. Hospital Municipal de Quemados
31. Hospital Odontológico Dr. Ramón Carrillo (ex nacional)
32. Hospital Oftalmológico “Dr. Pedro Lagleyze”
33. Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (I.R.E.P.)
34. Instituto de Zoonosis “L. Pasteur”

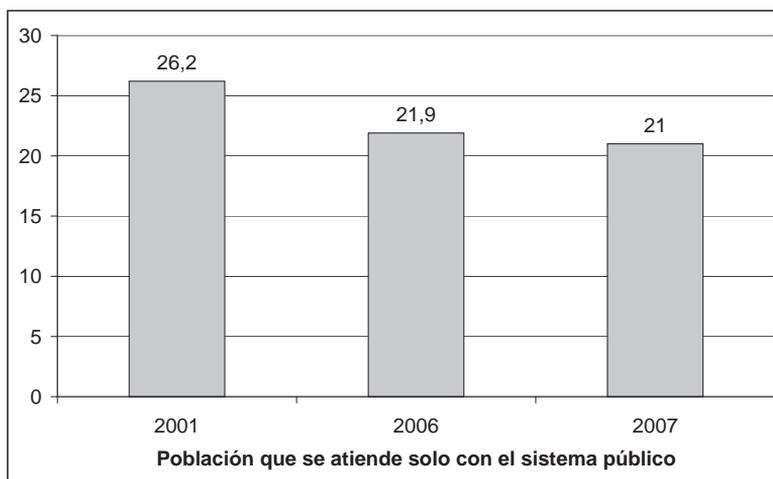
3.4. COBERTURA DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD

En cuanto a la cobertura, el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001 determinó que el 48,1% de la población argentina no poseía obra social, ni pre paga ni mutual, mientras que el porcentaje de población que no poseía cobertura en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires era del 26,2%.

La Encuesta Anual de Hogares 2006 que ejecuta el área de estadística del gobierno de la ciudad estableció que la población de la Ciudad que no cuenta con cobertura médica y se atiende a través del sistema público es del 21.9%.

En La Encuesta Permanente de Hogares (EPH Continua) los resultados del primer trimestre de 2007 muestran que el 21% de la población encuestada utiliza la cobertura médica del sistema público.

Gráfico 2 Utilización del sistema público



4. Programas sociales que atienden la salud en la Ciudad de Buenos Aires

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con programas que dependen del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales que abordan –entre otras– problemáticas de salud. Estos programas plantean sus objetivos de intervención en torno a favorecer la realización de tratamientos y el acceso a medicamentos. También apuntan a fortalecer el sostenimiento básico para propiciar una mejora en la calidad de vida, situación que impacta positivamente en el estado de salud.

El Programa “Nuestras Familias” realiza su intervención a partir de una demanda espontánea o derivación desde otra institución. El programa otorga un subsidio económico que se concede a las personas luego de una evaluación. La misma se realiza a través de una entrevista estructurada, en algunos casos domiciliarias. El monto máximo que otorgan es de \$1200 en el plazo de un año (el monto se divide en cuotas).

El Programa de Asistencia Social Inmediata interviene del mismo modo que el “Nuestras Familias”, la diferencia radica en que el programa no otorga dinero, sino el medicamento que a la persona le fue indicado. Por lo general, se cubren los medicamentos que están por fuera del Plan Remediar. Algunos medicamentos no son cubiertos por el costo, falta de presupuesto, etc. En estas situaciones por lo general se recomienda a las personas que se acerquen a la Dirección de Ayuda a Personas del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación¹.

4.1 ASISTENCIA SOCIAL INMEDIATA – DGASI

Actividades: Satisface las siguientes necesidades de los destinatarios del Programa:

¹ Este programa ejecuta sus acciones a través de un subsidio, deben cumplirse con los requisitos que la Dirección estableció para llevar a cabo el pedido, el cual se realiza por única vez. Informes: Av. Rivadavia 870 PB CABA Tel.: 4343-7441.

- a) provee, de acuerdo a Ordenanza 41.110/85, previo informe social, de remedios, frazadas, colchones y útiles escolares a ciudadanos/as en condiciones de vulnerabilidad social;
- b) evacua consultas sobre orientación social;
- c) atiende trámites para eximir y/o condonar deudas por tasas y/o servicios;
- d) tramita D.N.I., Partidas de Nacimiento, Casamiento y/o Defunción, sin cargo;
- e) atención personalizada en encuadre de entrevista social.

Destinatarios: Familias de en condiciones de pobreza y/o indigencia.

Requisitos: A través de un informe social confeccionado por miembros del Programa se determina la condición de riesgo o vulnerabilidad social de aquellos que solicitan el servicio.

Dirección General Sistema de Atención Inmediata

Entre Ríos 1492 esq. Pavón of. 16. 4300 – 9611

4.2 PROGRAMA NUESTRAS FAMILIAS

Objetivos del programa:

Fortalecer a los grupos familiares en un contexto de prevención y organización destinado a familias en situación de vulnerabilidad y/o riesgo social para cubrir necesidades básicas insatisfechas.

Destinatarios:

Familias que se encuentran en situación de extrema carencia y/o riesgo de sostener a sus integrantes en sus necesidades básicas.

Requisitos:

- Residir en la Ciudad de Buenos Aires.
- Presentar Documento Nacional de Identidad del solicitante y su grupo familiar.
- Encontrarse en situación de vulnerabilidad y/o riesgo social.
- Presentar documentación probatoria según la situación que dio lugar a la solicitud.
- Certificados de escolaridad.

- Derivación o informe del área interviniente que requirió la prestación.
- Certificado de domicilio, en caso de no coincidir con el indicado en el documento de identidad.

Servicios: Subsidiar a familias en extrema vulnerabilidad, que demuestre cambio comprobable en sus condiciones de vida y que presente alternativas para mejorar su situación

Orientación: El servicio se brinda a través de los diferentes efectores de la Secretaría de Desarrollo Social, quienes derivan coordinadamente a la oficina central cita en Av. Entre Ríos 1492 1° Piso Of. 108.

E-mail: nuestrafamilias@buenosaires.gov.ar

Tel.: 4300- 9610/ 8674

Consultas en oficina central: lunes, miércoles y jueves de 10 a 13hs.
Atención descentralizada en los Servicios Sociales Zonales.

Según lo consultado en el Ministerio de Derechos Humanos, estos son los principales programas que abordan las situaciones de salud enfermedad. Además, existen otros programas que abordan cuestiones alimentarias y habitacionales que impactan en el tema de manera indirecta.

Estos programas funcionan como paliativos a las situaciones que las familias presentan, además de presentar presupuestos que no se condicen con las demandas que poseen.

5. Antecedentes de cobertura de salud en el mundo

LA SALUD COLECTIVA EN CUBA

Cuba es uno de los países que posee cobertura de salud universal dentro de los tres niveles de atención, aun cuando el desarrollo tecnológico le es vedado por el bloqueo que Estados Unidos ejerce sobre ellos. Sin embargo, esta situación no se ha presentado como un impedimento para que puedan mantener los índices más favorables en torno a la salud de su población. La accesibilidad, la gratuidad, la promoción y la prevención de la salud son algunos de los aspectos más destacables en torno a la gestión de salud que lleva el país caribeño, como así también el avance constante en investigación.

LA SALUD PÚBLICA ESPAÑOLA

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Para la Constitución de España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC. AA.), que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. El acceso a los servicios se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud, documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud. La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.¹

¹ Ministerio de Sanidad y Consumo de España. www.msc.es

6. Los derechos de la Salud

6.1 ¿QUÉ DERECHOS POSEE LA SALUD?

En Argentina, la Constitución Nacional postula el derecho a la salud para toda la población del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica, teniendo como objetivo fundamental brindar prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Esta concepción en torno a la salud sienta sus bases en comprender este fenómeno como uno de los derechos humanos, tanto en el ámbito nacional como internacional, tal como fue planteado¹ en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. El bienestar tanto físico como mental y social que obtenga el ser humano es parte de su derecho, el cual es inherente a la dignidad humana, mientras que es el Estado quien se encuentra obligado a garantizarlo. Así mismo, el Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que los Estados Partes “(...) reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, como así también deberán cumplir con: “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. Cabe destacar que el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” posee jerarquía constitucional conforme lo dispone el Art. 75 Inc. 22 de la Constitución Nacional.

La regulación y el ordenamiento del sistema de Salud en la ciudad se encuentran establecidos principalmente en la Ley Básica de Salud, N° 153.²

1 Este derecho se expresa en el Art. 25 en el punto 1): “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

2 Para consultar la ley ver anexo.

Dicha ley fue sancionada a fines de la década del 90; tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral. Esta concepción es vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. Estableciendo así que la salud no puede reducirse a lo biológico, sino que es en la integralidad que la salud puede efectivizarse o no.

Además de la ley N° 153, el sistema de salud se encuentra regulado por otras leyes que refieren a aspectos específicos como la ley 418, que trata las características generales (entre otras cosas) en torno a la Salud Reproductiva y Procreación Responsable. La ley 448 trata sobre lo referido a la Salud Mental. No sólo las leyes se crean en torno a una problemática o a un proyecto de prevención y promoción, las situaciones coyunturales también se traducen en leyes; como el caso de la ley 752, la cual aborda la protección de derechos y atención de la salud frente a la crisis económica y social que se suscitó luego de la crisis de diciembre de 2001.

Asimismo, la legislación porteña en la ley 153 en su Art. 3 establece:

- La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:
 - a) La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
 - b) El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
 - c) La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
 - d) La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
 - e) La cobertura universal de la población.
 - f) El gasto público en salud como una inversión social prioritaria.
 - g) La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones.

- h) El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
- i) La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- j) La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.
- k) El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.
- l) La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

Según el Art. 22 de la ley 153 de la Ciudad de Buenos Aires definen la Alta Complejidad como todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

El Art. 23 refiere a la organización de dicho sector y establece los siguientes criterios:

- Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
- Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención;
- Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades; Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

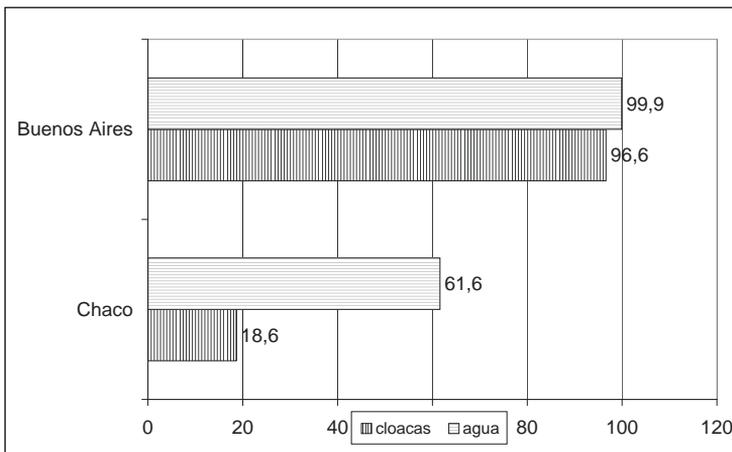
Entonces encontramos que diferentes leyes tanto provinciales como nacionales e internacionales ordenan lo referido a la salud, estableciendo criterios y normas. Determinando qué se entenderá como un derecho y otorgando responsabilidades a los Estados respectivos.

6.2 ¿SE EFECTIVIZA EL DERECHO A LA SALUD?

A través de los datos que nos brindan las estadísticas podemos visualizar que la situación de Salud en la Ciudad de Buenos Aires es una de las más favorecidas dentro de nuestro país. En términos generales, presenta indicadores por debajo de la media y con grandes brechas en relación a las provincias que presentan mayor déficit. La ciudad, entonces, es el conglomerado que presenta una mejor situación sanitaria a nivel nacional. Esta situación favorable posee relación con la situación total en que se encuentra la ciudad, es decir, con la situación socio económica que atraviesa.

Como definimos anteriormente para comprender el estado sanitario de un país o una región, se debe vincular a la condición en que sus habitantes se desarrollan, trabajan, se alimentan y al desarrollo de las condiciones de salubridad tales como la provisión de servicios. Por ejemplo, respecto a las condiciones de vivienda, la población que habita en condiciones deficitarias es el 6,4% del total. Quienes poseen acceso a la red de agua corriente en la Ciudad de Buenos Aires es el 99,9% de la población y desagües cloacales corresponde al 96,6%, mientras en la provincia del Chaco los índices son del 61,6% y 18,6%, según los Indicadores 2007.

Gráfico 3. Comparación de acceso a servicios en la CABA y Chaco

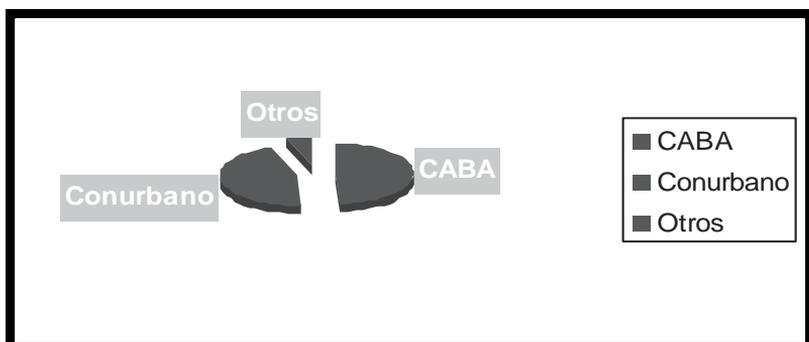


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Indicadores 2007.

Actualmente, el sistema sanitario de la ciudad atiende las problemáticas de salud no sólo de la población que reside en la misma, sino

de poblaciones del Conurbano Bonaerense, del Interior del país y de países limítrofes. El porcentaje³ de pacientes egresados de hospitales según residencia habitual refleja que el 49,3% es población de la ciudad, mientras que el 45,5% corresponde a habitantes del Conurbano y el 5% a otros lugares de residencia.

Gráfico 4.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Indicadores 2007.

Los resultados de una investigación recientemente realizada por la Defensoría del Pueblo demuestra que la mayor demanda de atención hospitalaria en la ciudad de la población que reside en el conurbano es en la especialidad materno infantil. Estas personas concurren a la ciudad en busca de respuestas a las problemáticas de salud que presentan dado que, en parte, la ciudad presenta mayores recursos e infraestructura –aunque no por esto óptimos– y, por otro lado, existen representaciones sociales ligadas a que la ciudad presenta mejores prestaciones o con mayor rapidez, deseo que no siempre coincide con la realidad. Estos hechos presentan repercusiones desde hace décadas en la organización sanitaria de la ciudad, dado que la demanda es superior a la oferta de servicios y produce un fuerte impacto en los recursos destinados.

En la actual gestión de Mauricio Macri, esta situación presenta una fuerte tensión, hace algunas semanas el ministro de Salud porteño, Jorge Lemus, expresó que los hospitales de la ciudad deberían dar prioridad en la atención a aquellos que residen en la ciudad por sobre los vecinos del conurbano o los pacientes de países del exterior.

³ Datos extraídos del “Análisis de la situación de salud de la población de la Ciudad Buenos Aires” realizado por Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA, 2006.

Esto provocó una gran discusión con el gobierno de la provincia que plantea a la medida como inconstitucional, al tiempo que se establecen privilegios entre quienes residen en un espacio y en otro, siendo que todos al fin y al cabo son argentinos.

Esta medida aún no se lleva a cabo de manera efectiva. Se está intentando instalar, priorizando, al momento de otorgar turnos, a quienes residan en la ciudad.

7. Resoluciones y recursos

En el abordaje de los procesos de salud y enfermedad coexiste una multiplicidad de factores que facilitan u obstaculizan los procesos de resolución. A partir del material recopilado y el análisis de documentos hemos visualizado algunas situaciones que influyen en las intervenciones dificultando que las resoluciones sean eficaces y propicias. Los aspectos más destacados son:

- Escasa capacitación o especialización de los profesionales de la salud, por ejemplo, el número de ingresantes a las residencias y concurrencias –un espacio de formación de especialización o de posgrado– se encuentra reducido ampliamente en relación a la cantidad de egresos de grado.
- Respecto a los recursos humanos se presenta escasez de personal; al tiempo que se expone a situaciones laborales de precariedad al plantel existente, sueldos por debajo de la canasta familiar, los auxiliares médicos trabajan más de la jornada establecida.
- Demora diagnóstica o diagnósticos erróneos, esto se produce por falta de recursos para realizar determinados estudios y/o por el escaso conocimiento de los profesionales sobre enfermedades que presentan baja prevalencia.
- Demoras en las cirugías, en algunos hospitales las listas de intervenciones quirúrgicas superan los seis meses. Un ejemplo de esta situación se puede encontrar en la Resolución N° 0379/08 de La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. A partir de una actuación, un paciente manifiesta una demora de cinco a ocho meses en la cirugía cardiovascular que se le ha indicado en forma urgente, por esta razón la Defensoría toma parte en el asunto. El Jefe Unidad Cirugía Cardiovascular del Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández” afirmó¹ que en mayo del 2005 se implementó un plan de cirugías que por diferentes motivos debió suspenderse en tres oportunidades. En relación a esto en la mencionada resolución se cita la respuesta que brindó dicho funcionario del Hospital:

¹ Las afirmaciones mencionadas se encuentran en la Resolución N° 0379/08 que puede verse en: <http://www.defensoria.org.ar/institucional/resoluciones/r0379-08.doc>

Existen 20 pacientes en lista de espera, ninguno tiene cobertura social (llegó a haber 70, de los cuales fueron derivados cada vez que se suspendía el plan. De éstos, 5 pacientes fallecieron sin poder ser derivados, 3 requerían tratamiento de urgencia y 2 esperaban cirugía electiva). El tiempo de demora, si un paciente ingresa en este momento, es de 6 meses aproximadamente (...)

A esta situación se suma que el gobierno actual de la ciudad ha decidido centralizar las compras de insumos desde el mes de junio de 2008, por denunciar la existencia de sobreprecios. Así les quitó la facultad a los hospitales de realizar sus compras y las centralizó a cargo del Ministerio de Hacienda. Dicha situación produjo graves trastornos, porque los hospitales se quedaron sin stock a la espera que les envíen los insumos solicitados. Dada la conflictividad, se acordó un sistema mixto, en el cual las compras generales (insumos de mayor uso) quedaron centralizadas y las compras específicas (para prestaciones de mayor complejidad) en manos de cada hospital. Esta situación ocasionó que se debieran suspender las cirugías programadas o, en algunos casos, que debieran solicitarles a los pacientes que ellos mismos compraran los materiales o gestionaran subsidios a través de los servicios sociales, como estrategia para apalea la situación deficitaria.

8. A modo de cierre...

Actualmente, encontramos que el panorama general del sector salud manifiesta una profunda crisis, el sector público comienza a desestimarse por presentar déficit en la atención, en la legitimidad de su acción, en su infraestructura. El presupuesto otorgado no se corresponde con la demanda creciente. Se produce una brecha importante entre el desarrollo de los recursos humanos y tecnológicos del ámbito público en relación al privado. Este último, a su vez, comenzó a definirse como un actor prestigioso en la atención sanitaria, fragmentando y diferenciando planes de salud de acuerdo al poder adquisitivo, instalando la concepción de clientes y afianzando la salud como un producto de mercado.

La situación sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires no escapa a la crisis. Las políticas socio sanitarias presentan baja incidencia en la resolución de las problemáticas que las poblaciones presentan. Los procesos de salud enfermedad que se enmarcan dentro de la Alta Complejidad se encuentran, por lo general, por fuera de los programas existentes y los que se encuentran comprendidos están atrapados dentro de un sistema burocrático que presenta grandes demoras y poca efectividad en las respuestas que brinda. Respecto de los hospitales especializados, por la gran demanda existente, muchas veces pierden la “especialidad” que los atañe y atienden consultas que podrían haberse resuelto en ámbitos comunitarios, como en los CESAC. La descoordinación de los trabajos en red también se presenta como un obstáculo para la atención de patologías complejas. Otro dato que resulta interesante de analizar es la mayor demanda que se produce en la zona sur de la ciudad en comparación con la zona norte¹ (según los datos obtenidos del movimiento correspondiente al 1er Semestre de 2008 del servicio de estadística del gobierno de la ciudad). La zona sur es la que presenta mayores índices de vulnerabilidad y, por tanto, mayor solicitud de atención sanitaria por parte de la esfera pública.

Finalmente, habiendo transitado este panorama, consideramos de suma urgencia replantear las políticas socio sanitarias que se desa-

¹http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/1er_trim_2008/aps_pdf/informe_aps_1er_2008.pdf

rrollan en los niveles de atención de mayor complejidad. Debe considerarse que las personas afectadas por estas patologías se encuentran atravesadas por una multiplicidad de circunstancias que afectan fuertemente su desenvolvimiento cotidiano. Las políticas públicas deberían favorecer la reproducción diaria, no obstaculizarla más. Es importante entender que estos procesos se encuentran enmarcados por una lógica de precarización y degradación que la sociedad viene transitando desde hace algunos años, motivo por el cual se tiende a una naturalización de la deficiente atención sanitaria. Sin embargo, es importante destacar que la Ciudad de Buenos Aires posee hospitales con distintas especializaciones que deberían favorecer las respuestas a la población, dispone de un presupuesto generoso en relación a las demás provincias, es decir, por los niveles de ingresos que mantiene presenta las condiciones para ofrecer una mejor atención a sus ciudadanos y ciudadanas, efectivizando así las leyes que la ciudad promulgó y garantizando el “derecho a una salud integral” expuesto en el artículo 1 de la Ley Básica de Salud, N° 153.

9. Bibliografía

- Castellanos, P. *Sobre el concepto de salud-enfermedad, un punto de vista epidemiológico*, Cuadernos Médico Sociales, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1987.
- Contandriopoulos, A. *La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales*, Cuadernos Médico Sociales, N° 77, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 2000.
- Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar
- Faraone, Silvia. “Reforma silenciosa en Salud”, en revista *Salud-Problema*, N°9, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, 2000.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: www.buenosaires.gov.ar
- Informe del Banco Mundial. “Invertir en Salud”, s/e, 1993.
- Laurell, C. *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*, Cuadernos Médico Sociales, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1986.
- Minayo, M. C. *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.
- Menéndez, Eduardo. *Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*, Cuadernos Médicos Sociales, N°33, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1985.
- Ministerio de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España: www.msc.es
- Organización Panamericana de la Salud. *Programación y Salud Pública*, en Programación de la Salud. Washington DC: OPS; 1965. (Publicaciones Científicas N° 111)
- Sans, Mónica; Hidalgo, Pedro C. *Uruguayan and Cuban public health systems in the Latin American context: a consideration*. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.7, N°1, 2002.
- Testa M. *Pensar en Salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial; 1993.
- Tognoni, Gianni. “Por el mercado, la medicina adquirió un sesgo irracional”, diario *Perfil*, 29/10/06.

10. Anexo



Año 2008

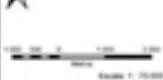
Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

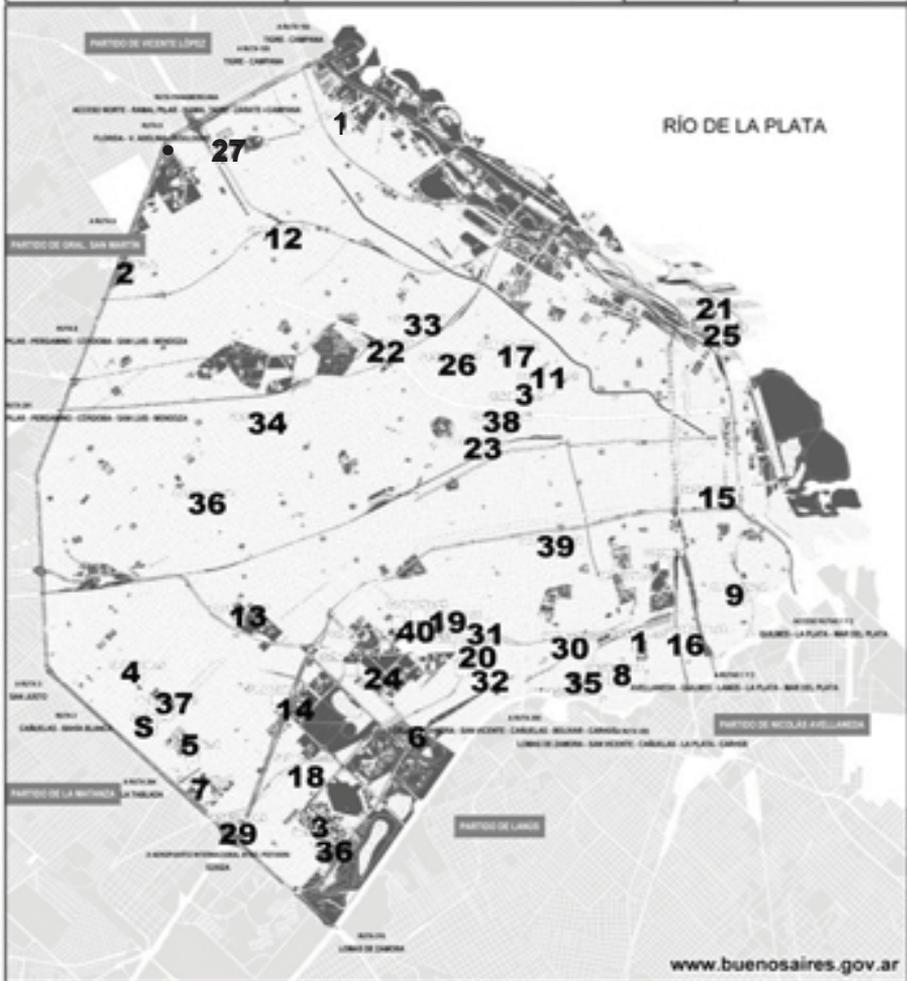
CENTROS DE SALUD



N

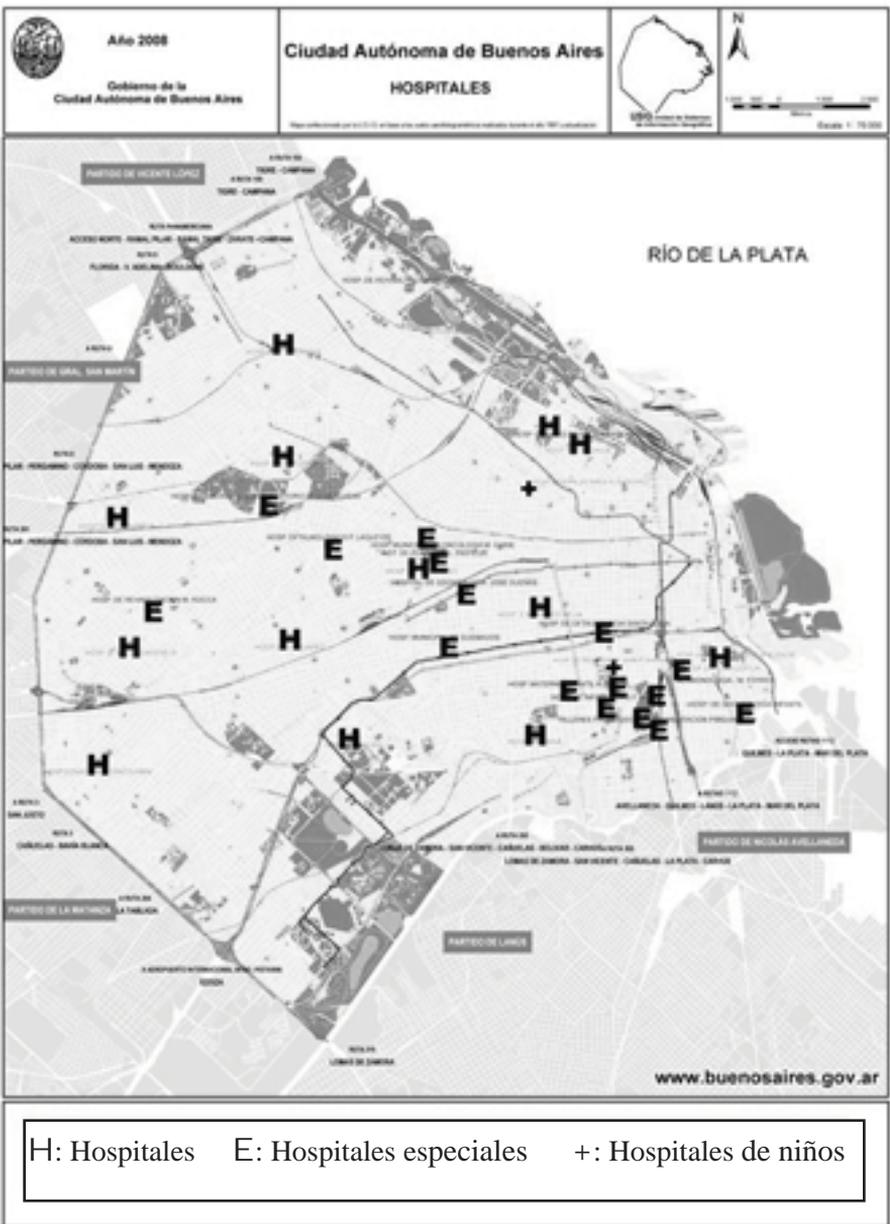


Escala 1: 75.000



www.buenosaires.gov.ar

S: Centros de salud comunitarios



LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES N° 153

PODER LEGISLATIVO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (P.L.C.I.B.A.)

Fecha de Sanción: 25/02/1999

Fecha de Promulgación: 22/03/1999 (Aplicación art. 86, C. de la C. de Buenos Aires)

TITULO I - Disposiciones generales

CAPITULO 1 - Objeto, alcances y principios

Art. 1° - Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

Art. 2° - Las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 3° - Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

- a) La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- b) El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- c) La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
- d) La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
- e) La cobertura universal de la población.
- f) El gasto público en salud como una inversión social prioritaria.
- g) La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones.
- h) El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.

- i) La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- j) La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.
- k) El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.
- l) La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

CAPITULO 2 - Derechos y obligaciones de las personas

Art. 4° - Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- a) El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural.
- b) La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden.
- c) La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad.
- d) El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso.
- e) Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba.
- f) Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad.
- g) Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud.
- h) Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos.
- i) Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.

j) Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación.

k) Internación conjunta madre-niño.

l) En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento.

m) Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores.

n) Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen.

o) En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores.

Art. 5° - Garantía de derechos. La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

Art. 6° - Obligaciones. Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a) Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos que se pongan a su disposición.

b) Firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas.

c) Prestar información veraz sobre sus datos personales.

Art. 7° - Información de derechos y obligaciones. Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

CAPITULO 3 - Autoridad de aplicación y Consejo General de Salud

Art. 8° - Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud.

Art. 9° - Consejo General de Salud. El Consejo General de Salud es el organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud. Tiene carácter consultivo, no vinculante, honorario, de asesoramiento y referencia para el gobierno de la Ciudad.

Arbitra los mecanismos para la interacción de los tres subsectores integrantes del sistema de salud, y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria.

TITULO II - Sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires

CAPITULO UNICO

Art. 10. - Sistema de salud. Integración. El sistema de salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: Estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

Art. 11. - Recursos de salud. Entiéndese por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

Art. 12. - Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

a) La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Ciudad.

b) El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención de los tres subsectores.

c) La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención.

d) La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios.

e) La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores.

f) La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del personal de los tres subsectores.

g) La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles.

h) La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social.

- i) La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud.
- j) La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores.
- k) La regulación y control de la tecnología sanitaria.
- l) La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zooterápicos, productos de higiene y cosméticos.
- m) La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud.
- n) La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente.
- o) La prevención y control de las zoonosis.
- p) La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos.
- q) La protección de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucodentales.
- r) La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población.
- s) El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales.
- t) El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única.
- u) La promoción e impulso de la participación de la comunidad.
- v) La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante.

w) El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad.

x) La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud.

y) La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

TITULO III - Subsector estatal de salud

CAPITULO 1 - Definición y objetivos

Art. 13. - Subsector estatal. Definición. El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control.

Art. 14. - Subsector estatal. Objetivos. Son objetivos del subsector estatal de salud:

a) Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles.

b) Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, promover la lactancia en el primer año de vida, generar condiciones adecuadas de nutrición.

c) Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y sociosanitaria.

d) Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores.

e) Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud.

- f) Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones.
- g) Asegurar la calidad de la atención en los servicios.
- h) Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel.
- i) Establecer la extensión horaria de los servicios y programas, y el desarrollo de la organización por cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención.
- j) Garantizar el desarrollo de la salud laboral, y de los comités de bioseguridad hospitalarios.
- k) Establecer la creación de comités de ética en los efectores.
- l) Descentralizar la gestión en los niveles locales del subsector, aportando los recursos necesarios para su funcionamiento.
- m) Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios.
- n) Desarrollar el presupuesto por programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población.
- o) Desarrollar una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos, y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura.
- p) Instituir la historia clínica única para todos los efectores.
- q) Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación.
- r) Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social.
- s) Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente.

t) Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud.

u) Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios.

v) Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud.

w) Desarrollar en coordinación con la provincia de Buenos Aires y los municipios del conurbano bonaerense la integración de una red metropolitana de servicios de salud.

CAPITULO 2 - Organización

Art. 15. - Subsector estatal. Organización general. El subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la autoridad de aplicación.

Art. 16. - Subsector estatal. Organización por niveles de atención. La autoridad de aplicación debe contemplar la organización y control de las prestaciones y servicios del subsector estatal sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución.

Art. 17. - Articulación de niveles. La autoridad de aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas.

Art. 18. - Primer nivel. Definición. El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

Art. 19. - Primer nivel. Organización. Son criterios de organización del primer nivel de atención:

a) Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención.

b) Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.

- c) Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- d) Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquellas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector.
- e) Promover la participación comunitaria.
- f) Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- g) Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.
- h) Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Art. 20. - Segundo nivel. Definición. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran internación.

Art. 21. - Segundo nivel. Organización. Son criterios de organización del segundo nivel de atención:

- a) Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención.
- b) Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios.
- c) Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.
- d) Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquellas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector.
- e) Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día.
- f) Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia.

g) Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.

h) Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Art. 22. - Tercer nivel. Definición. El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Art. 23. - Tercer nivel. Organización. Son criterios de organización del tercer nivel de atención:

a) Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados.

b) Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.

c) Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención.

d) Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.

e) Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Art. 24. - Efectores. Definición. Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud.

Art. 25. - Efectores. Organización general. Los efectores deben adecuar la capacidad de resolución de sus servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales.

Art. 26. - Efectores. Descentralización. La autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes.

Art. 27. - Subsector estatal. Organización territorial. El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud.

Art. 28. - Regiones sanitarias. Número y delimitación. La autoridad de aplicación debe establecer regiones sanitarias en un número no menor de tres (3), orientándose a desarrollar la capacidad de resolución completa de la red estatal en cada una de las mismas, coordinando y articulando los efectores de los tres subsectores, y contemplando la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación.

Art. 29. - Regiones sanitarias. Objetivo. Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Tienen competencia concurrente en la organización de los servicios de atención básica y especializada según la capacidad de resolución definida para las mismas, y en su articulación en redes locales, regionales e interregionales con los servicios de mayor complejidad.

Art. 30. - Regiones sanitarias. Conducción y consejos regionales. Cada región sanitaria está conducida por un funcionario dependiente de la autoridad de aplicación, y establece un consejo regional integrado por representantes de los efectores, de las áreas de salud, de los trabajadores profesionales y no profesionales, y de la comunidad.

Art. 31. - Areas de salud. Lineamientos. Las áreas de salud se desarrollan en base a los siguientes lineamientos:

- a) Responden a una delimitación geográfico-poblacional y tenderán a articularse con las futuras comunas.
- b) Son la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud.
- c) Son conducidas y coordinadas por un funcionario de carrera.
- d) Constituyen un consejo local de salud, integrado por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del área.
- e) Analizan las características socio-epidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y perfil de los servicios de atención.

CAPITULO 3 - Financiación

Art. 32. - Presupuesto de salud. El funcionamiento y desarrollo del subsector estatal, y la regulación y control del conjunto del sistema de salud, se garantizan mediante la asignación y ejecución de los recursos correspondientes al presupuesto de salud.

Art. 33. - Recursos. Los recursos del presupuesto de salud son:

- a) Los créditos presupuestarios asignados para cada ejercicio, que deben garantizar el mantenimiento y desarrollo de los servicios y programas.
- b) Los ingresos correspondientes a la recaudación por prestación de servicios y venta de productos a terceros por parte del subsector estatal. Todo incremento de estos recursos constituye un aumento de los recursos para la jurisdicción.
- c) Los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación.
- d) Los aportes provenientes del gobierno nacional para ser destinados a programas y acciones de salud.
- e) Los préstamos o aportes nacionales e internacionales.
- f) Los provenientes de disposiciones testamentarias y donaciones.

Art. 34. - Fondo de redistribución. Los ingresos señalados en los incs. b) y c) del artículo anterior corresponden al efector que realiza la prestación, excepto un porcentaje que integra un fondo de redistribución presupuestaria destinado a equilibrar y compensar las situaciones de desigualdad de las diferentes áreas y regiones.

Art. 35. - Presupuesto. Lineamientos. La autoridad de aplicación elabora, ejecuta y evalúa el presupuesto de salud en el marco de los siguientes lineamientos:

- a) La jerarquización del primer nivel de atención, con individualización de las asignaciones presupuestarias y su ejecución.
- b) La identificación y priorización de acciones de impacto epidemiológico y de adecuada relación costo/efectividad.
- c) La incorporación de la programación local y del presupuesto por programa como base del proyecto presupuestario.
- d) La descentralización de la ejecución presupuestaria.
- e) La definición de políticas de incorporación tecnológica.
- f) El desarrollo de la planificación plurianual de inversiones.

g) La participación de la población en la definición de las prioridades presupuestarias en los diversos programas.

CAPITULO 4 - Organización del personal

Art. 36. - Estatuto sanitario. El personal del subsector estatal de salud se encuentra bajo el régimen de un estatuto sanitario en el marco de la estabilidad y demás principios establecidos por el art. 43 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 37. - Estatuto sanitario. Lineamientos. El estatuto sanitario debe basarse en los siguientes lineamientos:

- a) Comprende a la totalidad del personal del subsector estatal de salud, y contempla las cuestiones específicas de cada agrupamiento.
- b) Garantiza igualdad de posibilidades para el ingreso, promoción y acceso a los cargos de conducción, reconoce la antigüedad e idoneidad, y asegura un nivel salarial adecuado.
- c) Los ingresos y ascensos son exclusivamente por concurso.
- d) Establece la periodicidad de los cargos de conducción.
- e) El retiro está reglado por el régimen de jubilaciones correspondiente.
- f) Reconoce la necesidad y el derecho a la capacitación permanente, y fija los mecanismos.
- g) Contempla prioritariamente la protección de la salud en el ámbito laboral.
- h) Establece la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización.

CAPITULO 5 - Docencia e investigación

Art. 38. - Consejo de Investigación de Salud. Creación. El Poder Ejecutivo debe remitir a la Legislatura, un proyecto de creación de un Consejo de Investigación de Salud, como organismo de conducción y coordinación de la actividad de investigación en el sistema de salud.

Art. 39. - Consejo de Investigación de Salud. Lineamientos. El Consejo de Investigación de Salud debe organizarse bajo los siguientes lineamientos:

- a) Propicia la investigación científica en el sistema de salud y su integración con la actividad asistencial, y promueve la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios.

b) Autoriza y fiscaliza todo plan de investigación en el subsector estatal, tomando en consideración lo dispuesto en los incs. b) y c) del art. 33. Los convenios de investigación con instituciones públicas o privadas deberán asegurar al subsector estatal una participación en los resultados científicos y económicos.

c) Favorece el intercambio científico, nacional e internacional.

d) Otorga becas de investigación y perfeccionamiento, en el país o en el extranjero, para el desarrollo de proyectos.

e) Realiza convenios con organismos similares, tanto en el orden nacional como en el internacional.

f) Propone la creación de la carrera de investigador en salud.

g) Constituye una instancia de normatización y evaluación ética en investigación.

h) Institucionaliza la cooperación técnica con universidades nacionales y entidades académicas y científicas.

i) Promueve la creación y coordina el funcionamiento de comités de investigación en los efectores.

Art. 40. - Docencia. Lineamientos. La autoridad de aplicación adoptará las medidas necesarias para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y posgrado en todas las disciplinas relacionadas en el ámbito del subsector estatal de salud, bajo los siguientes lineamientos:

a) La promoción de la capacitación permanente y en servicio.

b) La inclusión de todos los integrantes del equipo de salud.

c) El enfoque interdisciplinario.

d) La calidad del proceso enseñanza-aprendizaje.

e) La articulación mediante convenio con los entes formadores.

f) La jerarquización de la residencia como sistema formativo de postgrado.

g) El desarrollo de becas de capacitación y perfeccionamiento.

h) La promoción de la capacitación en salud pública, acorde con las prioridades sanitarias.

TITULO IV - Regulación y fiscalización

CAPITULO UNICO

Art. 41. - Regulación y fiscalización. Funciones generales. La autoridad de aplicación ejerce la regulación y fiscalización de los subsectores de la seguridad social y privada, del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, de la acreditación de los servicios, de lo atinente a medicamentos, alimentos, tecnología sanitaria, salud ambiental y todo otro aspecto que incida sobre la salud.

Art. 42. - Subsector privado. Fiscalización. Los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

Art. 43. - Subsector privado. Entes financiadores. Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Art. 44. - Seguridad social. Fiscalización. Los prestadores propios del subsector de la seguridad social son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

Art. 45. - Seguridad social. Prestaciones estatales. La seguridad social debe abonar por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal de salud sin necesidad de autorización previa; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Art. 46. - Seguridad social. Reclamo por prestaciones estatales. Los efectores del subsector estatal de salud están facultados para reclamar ante el organismo nacional correspondiente, el pago de las facturas originadas en prestaciones brindadas a los beneficiarios de las obras sociales, cumplidos los plazos y por los mecanismos que establezca la reglamentación.

Art. 47. - Padrones de beneficiarios. La autoridad de aplicación debe arbitrar todos los medios que permitan mantener actualizados los padrones de beneficiarios y adherentes de los entes financiadores de salud de cualquier naturaleza.

Art. 48. - Legislación específica. La presente ley se complementa con legislación específica en los siguientes temas:

a) Consejo General de Salud.

b) Ejercicio profesional.

c) Salud mental, que contempla los siguientes lineamientos:

1. El respeto a la singularidad de los asistidos asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas.

2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios.

3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existentes. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

d) Régimen marco de habilitación, categorización y acreditación de servicios.

e) Medicamentos y tecnología sanitaria que garantice la calidad, eficacia, seguridad y acceso del medicamento, la promoción del suministro gratuito de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura, y el uso de genéricos.

f) Transplante de órganos y material anatómico, que contempla la creación del organismo competente jurisdiccional, la promoción de la donación y el desarrollo de los servicios estatales.

g) Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados asegurando el abastecimiento y la seguridad transfusional.

h) Régimen regulatorio integral de alimentos en su relación con la salud.

i) Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de provisión de medicamentos específicos.

- j) Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales.
- k) Salud reproductiva y procreación responsable.
- l) Salud escolar.
- m) Salud laboral.
- n) Telemática en salud.
- o) Identificación del recién nacido.

Art. 49. - Comuníquese, etc.

10.3 Ley N° 2597/07

PODER LEGISLATIVO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (P.L.C.I.B.A)

Sumario: Cobertura Porteña de Salud (CoPS) -- Creación con el objeto de garantizar el derecho del acceso a la cobertura integral, personalizada y gratuita y la atención de la salud -- Ambito de aplicación -- Autoridad de aplicación -- Difusión -- Seguimiento

Fecha de Sanción: 06/12/2007

Fecha de Promulgación: 15/01/2008

Art. 1° - Objeto. Créase la Cobertura Porteña de Salud (CoPS), con el objeto de garantizar el derecho del acceso a la cobertura integral, personalizada y gratuita y la atención de la salud, jerarquizando el primer nivel de atención, conforme el artículo 18 de la Ley N° 153, y en los términos de lo dispuesto por el Decreto N° 456/96 (B.O.C.B.A. N° 90), sus complementarios y modificatorios.

Art. 2° - Ambito de aplicación. La Cobertura Porteña de Salud establecida en el artículo 1° de la presente, alcanza a todos los habitantes sin cobertura médica, que acrediten su residencia en la ciudad, de conformidad a lo que se establezca en la reglamentación.

Art. 3° - Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de salud.

Art. 4° - Servicios. La autoridad de aplicación garantiza a los habitantes comprendidos en artículo 2° de la presente ley, la atención integral, personalizada y gratuita, según los criterios de organización del primer nivel de atención establecidos en el Capítulo Segundo de la Ley N° 153, en una red de complejidad creciente, como puerta

de entrada al sistema a través de los médicos de cabecera, debiendo estar la residencia y/o lugar de trabajo del paciente dentro del área programática o delimitación geográfica sanitaria que se establezca en un futuro.

La autoridad de aplicación adopta las medidas necesarias para ampliar el plan médico de cabecera con los profesionales necesarios para el cumplimiento de la presente ley.

Art. 5° - Acreditación. La autoridad de aplicación, a través de los efectores de salud, registrará y acreditará a los beneficiarios, quienes recibirán el listado de profesionales disponibles.

Art. 6° - Difusión. La autoridad de aplicación debe arbitrar las medidas necesarias para identificar, inscribir y brindar cobertura a todos los habitantes indicados en el artículo 2° de la presente ley. A tal fin, desarrolla programas de difusión pública dirigidos a brindar información sobre la Cobertura Porteña de Salud.

Art. 7° - Seguimiento. La autoridad de aplicación debe remitir anualmente un informe sobre la implementación de la presente ley a la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 8° - Presupuesto. Los gastos que demande la aplicación de la presente ley se imputarán a las partidas presupuestarias correspondientes.

Art. 9° - Reglamentación. El Poder Ejecutivo procederá a reglamentar la presente ley en el plazo de sesenta (60) días de su promulgación.

Art. 10. - Comuníquese, etc.

Cuadernos de Trabajo

1. Departamento de Ciencias Sociales: *Prevención y promoción de la salud integral en la Ciudad de Buenos Aires. Organizaciones de la Sociedad Civil*. Natalia Bauni y Julieta Caffaratti.
2. Departamento de Ciencias Sociales: *Cooperativa de recuperadores de residuos. Exclusión social y autoorganización*. Julio Gabriel Fajn.
3. Unidad de Información: *Racionalización y democracia en la escuela pública. La educación durante el período 1916-1930*. Daniel Campione y Miguel Mazzeo.
4. Departamento de Cooperativismo: *La cooperación y los movimientos sociales. Consideraciones sobre el papel del cooperativismo en dos movimientos sociales*. Trabajo colectivo (MTD Matanza, MOI, Mario Racket y Gabriela Roffinelli).
5. Departamento de la Ciudad del Tango: *El tango en el teatro (parte 1)*. Liliana Marchini.
6. Departamento de la Ciudad del Tango: *El tango en el teatro (parte 2)*. Liliana Marchini.
7. Departamento de Economía y Política Internacional: *El petróleo en la estrategia económica de EE.UU.* Valeria Wainer, Andrea Makón y Carolina Espinosa.
8. Departamento de Economía y Política Internacional: *La globalización neoliberal y las nuevas redes de resistencia global*. Dolores Amat, Pedro Brieger, Luciana Ghiotto, Maité Llanos y Mariana Percovich.
9. Departamento de Estudios Políticos: *La construcción del ejército de reserva en Argentina a partir de 1976. La población excedente relativa en el área metropolitana de Buenos Aires, 1976-2002*. Javier Arakaki
10. Departamento de Ciencias Sociales: *La parte de los que no tienen parte. La dimensión simbólica y política de las protestas sociales: la experiencia de los piqueteros en Jujuy*. Maricel Rodríguez Blanco.
11. Departamento de Cooperativismo: *FUCVAM. Una aproximación teórica a la principal experiencia cooperativa de viviendas en Uruguay*. Analía Cafardo.
12. Unidad de Información: *La Calle. El diario de casi todos. Octubre a diciembre de 1974 (Parte 1)*. Gabriel Vommaro.
13. Departamento de Cooperativismo: *El cooperativismo agrario en cuba*. Patricia Agosto.
14. Unidad de Información: *La Calle. El diario de casi todos. Octubre a diciembre de 1974 (Parte 2)*. Gabriel Vommaro.
15. Departamento de Estudios Políticos: *Las nuevas organizaciones populares: Una metodología radical*. Fernando Stratta y Marcelo Barrera.
16. Departamento de Cooperativismo: *Empresas recuperadas. Aspectos doctrinarios, económicos y legales*. Alberto Rezzónico
17. Departamento de Economía y Política Internacional: *Alca y apropiación de recursos. El caso del agua*. María de los Milagros Martínez Garbino, Diego Sebastián Marenzi y Romina Kupellián
18. Departamento de Cooperativismo: *Género y Cooperativas. La participación femenina desde un enfoque de género (Parte 1)* Teresa Haydée Pousada.
19. Departamento de Cooperativismo: *Género y Cooperativas. La participación femenina desde un enfoque de género (Parte 2)* Teresa Haydée Pousada.
20. Departamento de Cooperativismo: *Dilemas del cooperativismo en la perspectiva de creación de poder popular*. Claudia Korol.

21. Departamento de Cooperativismo: *El zapatismo: hacia una transformación cooperativa "digna y rebelde"*. Patricia Agosto.
22. Departamento de Economía Política: *Imponernos. Progresividad y recaudación en el sistema tributario argentino (Parte 1)*. Rodrigo M. G. López.
23. Departamento de Economía Política: *Imponernos. Progresividad y recaudación en el sistema tributario argentino (Parte 2)*. Rodrigo M. G. López.
24. Departamento de La Ciudad del Tango: *Laburantes de la música. Apuntes de su historia sindical*. Mario A. Mittelman.
25. Departamento de Cooperativismo: *Debate sobre Empresas Recuperadas. Un aporte desde lo legal, lo jurídico y lo político*. Javier Echaide.
26. Departamento de Ciencias Sociales. *Asambleas barriales y mitologías: Una mirada a partir de las formas de intervención político cultural*. Hernán Fernández, Ana Enz, Evangelina Margiolakis y Paula Murphy.
27. Departamento de Cooperativismo. *Autogestión obrera en el siglo XXI: Cambios en la subjetividad de los trabajadores de empresas recuperadas, el camino hacia una nueva sociedad*. Analía Cafardo y Paula Domínguez Font.
28. Departamento de La Ciudad del Tango: *La escuela de todas las cosas. Tango: acercamiento a los modos de transmisión de la música popular a través de la reconstrucción oral*. María Mercedes Liska.
29. Departamento de Historia: *Las primeras experiencias guerrilleras en Argentina. La historia del «Vasco» Bengochea y las Fuerzas Armadas de la Revolución Nacional*. Sergio Nicanoff y Axel Castellano.
30. Departamento de Historia: *Estudios críticos sobre historia reciente. Los 60 y 70 en Argentina. Parte I: El PRT-ERP: Nueva Izquierda e Izquierda Tradicional*. Eduardo Weisz.
31. Departamento de Historia: *Estudios críticos sobre historia reciente. Los 60 y 70 en Argentina. Parte II: Militancia e historia en el peronismo revolucionario de los años 60: Ortega Peña y Duhalde*. Ariel Eidelman
32. Departamento de Historia: *Estudios críticos sobre historia reciente. Los 60 y 70 en Argentina. Parte III: Historia en celuloide: Cine militante en los '70 en la Argentina*. Paula Halperín.
33. Departamento de Historia: *Estudios críticos sobre historia reciente. Los 60 y 70 en Argentina. Parte IV: Mujeres, complicidad y Estado terrorista*. Débora C. D'Antonio.
34. Departamento de Economía Política: *Deuda externa: verdades que encandilan*. Colectivo del Departamento.
35. Departamento de Comunicación: *Los dueños de la palabra. La propiedad de los medios de comunicación en Argentina*. Luis Pablo Giniger.
36. Departamento de Ciencias Sociales: *Los discursos de la participación: Una mirada hacia la construcción de la figura del ciudadano en la prensa escrita de la Ciudad de Buenos Aires*. Matías Landau (coord), Alejandro Capriati, Nicolás Dallorso, Melina Di Falco, Lucas Gastiarena, Flavia Llanpart, Agustina Pérez Rial, Ivana Socoloff.
37. Departamento de Educación: *Reformas neoliberales, condiciones laborales y estatutos docentes*. Analía Jaimovic, Adriana Migliavacca, Yael Pasmánik, M Fernanda Saforcada.
38. Departamento La Ciudad del Tango: *Los tangos testimoniales*. Julio César Páez.
39. Departamento de Comunicación: *Espectáculos de la realidad*. Cecilia Rovito.
40. Departamento de Literatura y Sociedad: Serie *El sujeto social en algunas obras narrativas argentinas del siglo XX. Parte I: Acerca de La Forestal. La tragedia del quebracho colorado (ensayo de Gastón Gori)*. Pablo Marrero.
41. Departamento de Literatura y Sociedad: Serie *El sujeto social en algunas obras narrativas argentinas del siglo XX. Parte II: Rodolfo Walsh. Hacia una nueva épica*. Nancy Denise Javelier.

42. Departamento de Cooperativismo: *La gestión en las empresas recuperadas*. C. Roberto Meyer; José E. Pons
43. Departamento de Historia: *La formación de la conciencia de clase en los trabajadores de la carne desde una perspectiva regional. Zárate 1920/1943*. Christian Gastón Poli.
44. Departamento de Literatura y Sociedad: *Griselda Gambaro: exilio textual y textos de exilio*. María Cecilia Di Mario.
45. Departamento de Economía Política: *Un análisis del acuerdo con el FMI: ¿un nuevo rumbo o el mismo camino?*. Diego Mansilla, Lucía Tumini.
46. Departamento de Educación: *¿Qué regulan los Estatutos Docentes? Trabajadores de la educación, relaciones sociales y normativa*. Analía Ivanier, Analía Jaimovich, Adriana Migliavacca, Yael Pasmanik, M. Fernanda Saforcada.
47. Departamento La Ciudad del Tango: *Tango. Los jóvenes y el tango*. Roxana Rocchi; Ariel Sotelo
48. Departamento de Literatura y Sociedad: *Otra cara del mundo. Literatura juvenil popular en los márgenes de la ciudad*. Diego Jaimes y Pablo Provitilo.
49. Departamento de Historia: *Historia de una militancia de izquierda. Las socialistas argentinas a comienzos de siglo XX*. Bárbara Raiter.
50. Departamento de Ciencias Sociales: *El trabajo, las subjetividades y los movimientos sociales en la Argentina contemporánea: el caso del MTD de Solano*. Trabajo colectivo.
51. Departamento de Historia: *La huelga metalúrgica de 1954*. Fabián Fernández
52. Departamento de Estudios Políticos: *Presupuesto Participativo: ¿Herramienta legitimante o construcción de poder popular?* Pablo A. Ladizesky; Claudio Casparrino.
53. Departamento de Cooperativismo: *La experiencia cooperativa del Movimiento de Campesinos de Santiago del Estero (MOCASE)*. Patricia Agosto, Analía Cafardo, María Julieta Calí.
54. Departamento La Ciudad del Tango: *Detrás del sonido. Los estudios de la música como construcción social*. María Mercedes Liska.
55. Departamento de Derechos Humanos: *La configuración del enemigo interno como parte del esquema represivo argentino. Décadas de 1950/60*. Héctor Barbero y Guadalupe Godoy.
56. Departamento de Derechos Humanos: *Los Usos de la Inseguridad. Reorganización neoliberal y mafias policiales*. Leonardo Fernández y Matías Scheinig.
57. Departamento de Comunicación: *Mediados. Sentidos sociales y sociedad a partir de los medios de comunicación*. Martín E. Iglesias.
58. Departamento de Educación: *OMC, ALCA y educación. Una discusión sobre ciudadanía, derechos y mercado en el cambio de siglo*. Myriam Feldfeber y Fernanda Saforcada.
59. Departamento de Salud: *Los jóvenes y el Sida. Un estudio cualitativo sobre representaciones sociales del VIH / Sida en las comunidades bonaerenses de Lanús, San Fernando y La Matanza*. Julio Kors y Luciana Strauss.
60. Departamento de Comunicación: *La representación del movimiento de desocupados en la prensa gráfica. Una mirada*. Cecilia Fernández; Mariano Zarowsky.
61. Departamento de Ideas Visuales: *El otro. Aproximaciones a la figura social del artista*. Marina Porcelli.
62. Departamento de Comunicación: *Cultura, comunicación y lucha social en Argentina*. Aritz Recalde.
63. Departamento de Comunicación: *Notas sobre la televisión alternativa. Experiencias de Argentina, Cuba e Italia*. Natalia Vinelli, Fabiana Arencibia, María Cecilia Fernández.

64. Departamento de Comunicación: *Teatro comunitario, teatro transformador*. Yamila Heram.
65. Departamento de Política y Sociedad: *La sociedad exclusiva (Un ensayo sobre el diagrama de poder pos-disciplinario)*. Javier Osvaldo Arakaki.
66. Departamento de Economía y Política Internacional: *Estrategia militar de Estados Unidos en América Latina*. Sonia Winer, Mariana Carroli, Lucía López, Florencia Martínez.
67. Departamento de Historia: *El Estado contra el movimiento anarquista*. Edgardo Álvarez.
68. Departamento de Literatura: *La Biblioteca «José Murillo». Cultura, movimientos y núcleos de transformación social*. Claudia Szelubsky.
69. Departamento de Economía Política: *Crisis, hegemonía y proyectos de nación. El pensamiento económico argentino durante la Década Infame (1930-1943)*. Juan Pablo Artinian; Ariana Sacroisky; Gaspar Tolón.
70. Departamento de Política y Sociedad: *Banco Mundial. Estado, mercado y sujetos en las nuevas estrategias frente a la cuestión social*. Susana Murillo (coordinadora); Dana Borzese; Roberta Ruiz; Paula Aguilar; Ana Grondona; Natalia Gianatelli; Sabina Dimarco; Ana Soledad Montero; Mariano Alú.
71. Departamento de Historia: *Un Socialismo de Mayorías para la Argentina. Itinerario intelectual de Alfredo Palacios*. Julio Fornelli.
72. Departamento de Economía y Política Internacional: *El conflicto árabe - israelí. Historia y perspectivas de resolución*. Maximiliano Uller; Pamela Bezchinska; Luciana Manfredi.
73. Departamento de Salud: *Decisiones y omisiones en salud sexual y reproductiva. El problema de la mortalidad materna en Argentina. Análisis de situación*. Katty Pérez Chávez.
74. Departamento de Historia: *Sobre los orígenes del sindicalismo revolucionario en la Argentina*. Alejandro Belkin.
75. Departamento de Economía Política: *Cartoneros: ¿Una práctica individual o asociativa? Ciudad de Buenos Aires, año 2004/2005*. Valeria Escliar, Valeria Mutuberría Lazarini, María Florencia Rodríguez y Paula Rodríguez.
76. Departamento de Historia: *Las grietas del relato histórico. Apuntes sobre los orígenes del anarquismo en Bahía Blanca y la matanza de obreros en Ingeniero White en 1907*. Federico Randazzo.
77. Departamento de Historia: *Movimiento Territorial Liberación. Su historia. Piquetes, organización, poder popular*. Christian Poli.
78. Departamento Artístico: *El cine en la era de la repetición. Séptimo arte, pobreza y políticas culturales en la Argentina*. Luciano Zito (Coordinador); Gastón González; Marcela Jelen.
79. Departamento de Literatura y Sociedad. *La usurpación de la tierra en la literatura marcada por la revolución mexicana*. Lucas Panaia.
80. Departamento de Comunicación: *Héctor P. Agosti. Apuntes para una política cultural contrahegémica*. Adrián Pulleiro.
81. Departamento de Salud: *Atención Primaria de la Salud. ¿Meta o Mito?* Leticia Andina; Karina Doval.
82. Departamento de Comunicación: *Un discurso para el gatillo fácil*. Gabriel Sarfati.
83. Departamento de Literatura y Sociedad: *De crónicas y escrituras en la Semana Trágica*. María Cecilia Di Mario.
84. Departamento de Comunicación: *Voces. Propuestas y debates hacia una nueva ley de medios. Entrevistas*. Luis Pablo Giniger (coordinador). Alejandro Aymú; Inés Farina; Luis Pablo Giniger; Ianina Lois; Luciana Mignoli; Adrián Pulleiro; César Zubelet.