



**LA SALUD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
SITUACION ACTUAL Y PROPUESTAS DE CAMBIO**

MATILDE RUDERMAN

**Equipo asesor del bloque legislativo
BUENOS AIRES PARA TODOS
EN UNIDAD POPULAR**

OCTUBRE 2013

LA SALUD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES SITUACION ACTUAL Y PROPUESTAS DE CAMBIO

Introducción:

El objeto de este trabajo es, en primer término, presentar las principales cuestiones que definen la situación actual del servicio de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y contraponer los hechos con los discursos oficiales tal como aparecen en la propaganda del gobierno de la ciudad.

Ese ejercicio nos permitirá concluir que la realidad es muy diferente, no sólo a la propaganda oficial, sino también al marco normativo vigente que debería considerarse una obligación para las autoridades.

Por último, se presentarán algunas propuestas de cambio encaminadas a que la salud sea un derecho de toda la población en la Ciudad de Buenos Aires, garantizado por el estado.

ALGUNAS DEFINICIONES Y SU RELACION CON EL MARCO NORMATIVO:

Por la importancia que tiene en el desarrollo de una sociedad, le corresponde al Estado, en sus diferentes jurisdicciones territoriales (Nacional, Provincial y Municipal) garantizar la salud de toda la población, permitiendo que el sector privado y la seguridad social presten servicios, en el marco de la regulación que el Estado emite a tal fin.

Garantizar la salud implica:

- Formular y ejecutar políticas económicas y sociales donde el centro de acción sea el individuo, la familia, la comunidad y la población toda, y que aseguren el acceso en igualdad de condiciones a los determinantes de la salud.
- Identificar alternativas para líneas de acción, establecer prioridades, dividir tareas, capturar recursos de la sociedad y articular un sistema considerando al sector público, el privado y la seguridad social.
- Se trata de un enfoque interdisciplinario que exige mucho más que el saber de los médicos.

Los determinantes de la salud de la población son:

- Alimentos en cantidad y calidad suficientes
- Vivienda digna
- Agua limpia, potable y en cantidades necesarias
- Condiciones sanitarias adecuadas
- Trabajo y salario digno, con condiciones laborales seguras y sanas
- Hábitat y medio ambiente sano
- Educación
- Información, formación en salud y empoderamiento de la población para la toma de

decisiones

- Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud.

Estas definiciones están contempladas en la Constitución de la Ciudad¹, así como en la Ley Básica de Salud de la Ciudad²

ALGUNOS DATOS:

- La CABA tiene un alto porcentaje de su presupuesto destinado a salud (del 20% al 23% según de qué ejercicio se trate)
- En el año 2012 de los 361 millones para mejoras edilicias en salud, solo se utilizó el 40%
- En los hospitales hay 14 millones de consultas por año
- Un 20% de la población se atiende en el sistema público y corresponde a las comunas más pobres de la ciudad.
- La atención médica primaria impacta en el gasto total de manera significativa y es el motivo de demanda habitual de mayor presión cotidiana en el sector público, tanto en emergencias como en atención a pacientes crónicos.

LA PUBLICIDAD VS. LA REALIDAD:

La propaganda oficial dice que la salud es “pública, gratuita y de calidad”. Pero si visitamos los hospitales y los centros de salud, nos encontramos con situaciones como las siguientes:

- Se afirma que se pueden solicitar turnos telefónicamente, pero en los hechos el sistema no funciona para todos los hospitales ni para todos los servicios.
- El cobro compulsivo de bonos de cooperadora es una práctica extendida.
- Hasta el 40 % de las cirugías se hacen, en algunos hospitales, con elementos adquiridos por los pacientes o sus familiares, ya que el sistema no se los puede proveer. Lo mismo pasa

1) ARTICULO 20.- Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.

Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones.

2) Artículo 3º.- 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

con insumos en laboratorios.

- Hay déficit de camas hospitalarias para la demanda de internación.
- Hay pacientes internados en pasillos, por falta de salas.
- Se forman más de 4.500 médicos por año, pero 3.000 no pueden hacer la residencia. Por tanto faltan médicos dedicados a cubrir vacantes.
- En el año 2012 se cerró la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Durand, y se trasladaron algunos chicos hasta el Hospital Posadas de Haedo, por falta de nombramientos de médicos y enfermeros. El servicio de neurocirugía oftálmica del Hospital Santa Lucía está cerrado desde hace un año por falta de nombramiento de médicos de terapia intensiva.
- Hay servicios, como el de neonatología, que presentan un importante déficit en personal de enfermería en toda la red.
- Hay quirófanos bien equipados y actualizados, cuyo horario de cierre temprano no se justifica por razones técnicas o médicas. En el otro extremo, hay quirófanos en desuso por factores como la falta de obras o la escasa actualización y reparación del equipamiento.
- Los problemas de los quirófanos, la falta de médicos y de enfermeras, el déficit de camas y de salas de internación hacen que las demoras en los turnos quirúrgicos sean muy superiores a lo esperado para una atención razonable. Este trato ha generado reacciones violentas contra el personal.

PROBLEMAS CON LA CARRERA SANITARIA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO:

Los cargos de profesionales universitarios de planta se concursan según carrera, pero no ocurre lo mismo con los cargos de director y subdirector. El resultado es que hay personas menos idóneas que sus propios subordinados en los cargos de mayor responsabilidad.

Las direcciones de enfermería no son cubiertas por enfermeros/as sino por médicos. Por ende, la carrera profesional de un enfermero/a no puede llegar a los niveles funcionales más altos sin otra razón que la influencia de las corporaciones médicas.

Los 33 hospitales están en asamblea permanente por falta de seguridad ya que los trabajadores de la salud son atacados y las instalaciones destruidas. Las demoras en los turnos, la falta de camas y salas, la falta de materiales e insumos, enfrentan cotidianamente a los trabajadores de la salud con los ciudadanos.

Se hicieron descuentos ilegales en el mes de junio/2013 en los sueldos de los trabajadores de la Salud.

MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL:

La Defensoría del Pueblo informó en 2012 que en la Ciudad de Buenos Aires, en promedio, mueren 361 niños por año antes de cumplir los 12 meses.

En el año 2009 la TMI porteña se incrementó en un 14% respecto a 2008 y en el año 2010 anunciaron la más baja en mucho tiempo de 6,7 por mil pero en el 2011 creció un 27% lo que correspondió a 8,5 muertes de cada 1000 nacidos vivos en la CABA.

La mortalidad promedio de la CABA, publicada en el 2012, correspondiente al año 2011, es de 8.5

por mil nacidos vivos, pero hay un abanico de valores dentro de un rango de 5 a 5.5 x1000 en comunas como la 14 (Palermo), la 12 (Coghlan-Saavedra, Villa Pueyrredón, Villa Urquiza) y la 6 (Caballito). Hay otro rango comprendido entre 10. 4 a 11x1000 que incluye a las comunas 4, 5, 8, 9 y 15, revelando una situación de desigualdad e inequidad sanitaria entre los habitantes de la CABA.

Un porcentaje alto de las muertes son evitables y no pueden ser atribuidas a la fatalidad o al azar.

PRODUCCION DE MEDICAMENTOS SUBORDINADA A OTROS FINES:

Los pacientes de los Talleres Protegidos que funcionan en el Hospital Borda hacen rehabilitación a través del trabajo.

Producen medicamentos para tuberculosis, epilepsia y psicofármacos, cuentan con dirección técnica, producción, control de calidad, y administración, y cumplen con las normativas de la ANMAT.

Esta actividad no tiene presupuesto en ningún programa específico de producción de medicamentos, sino una asignación dentro de un programa para la tuberculosis. Por lo tanto, la producción de medicamentos está subordinada a otros fines.

No hay entonces una política de producción de medicamentos pensada en términos generales como parte de la red y dirigida a toda la población beneficiaria.

La ausencia de programas eficaces de provisión de medicamentos de la Red de Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos (RELAP) en los hospitales y CESAC, determina que sean los más pobres quienes más gastan.

OTROS INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS:

Salud sexual y reproductiva: con datos de UNICEF, sobre una población de 1000 adolescentes, el 13% ha quedado alguna vez embarazada y los abortos se practican en clase media y alta.

Promoción y prevención de la salud: en la actualidad existe un proceso de vaciamiento y desjerarquización estructural de los servicios de Promoción y Protección de la Salud y Epidemiología de los Hospitales del GCABA

Salud Mental: no se cumplen las previsiones de ley 448 de Salud Mental de la Ciudad y de la ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26657, en cuanto a que:

- Se debería destinar presupuesto para la desinstitucionalización progresiva,
- Se deberían crear y fortalecer dispositivos que eviten la internación.

ALGUNAS IDEAS PARA ESTRUCTURAR UNA PROPUESTA DE CAMBIO:

EN RELACION CON LA ORGANIZACION DEL SISTEMA:

- Creación del Consejo de Salud de la CABA que gobierne la Salud de la Ciudad, donde participen los trabajadores y trabajadoras de la salud, la comunidad, los movimientos sociales y gremiales, con elección democrática de sus representantes y que esté presidido por el/la Ministro/a de Salud de la CABA.

- Planificación consensuada de la red sanitaria y elaboración del presupuesto que asegure la inversión requerida para proveer, en plazos razonables, de:
 - Salas de internación suficientes y debidamente acondicionadas
 - Camas de internación en todos los servicios
 - Quirófanos equipados y en pleno funcionamiento
 - Cobertura de las necesidades de médicos y residentes
 - Cobertura de las necesidades de enfermeras/os, en particular en los servicios de neonatología
 - Hospitales funcionando las 24 hs. y CESACs abiertos de 8 a 20 hs.
 - Turnos telefónicos en todos los servicios de todos los hospitales
- Rendición de cuentas pública de los responsables de cada unidad

EN RELACION CON LA ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD:

- Crear condiciones que aseguren el acceso gratuito y equitativo a los servicios de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Eliminar la venta de bonos de cooperadora o de cualquier otro instrumento de arancelamiento encubierto, en oportunidad de la atención de la población en cualquier sede de la red. Las cooperadoras deberán establecer estrategias de financiamiento independientes, en tiempo y lugar, de la concurrencia de la población a los efectores de la red pública de salud.
- Proveer de todos los elementos necesarios, incluyendo medicamentos e insumos a todos los servicios de todos los hospitales y cesac, tanto para abastecer la demanda no planificada como las prácticas programadas, mediante una administración eficiente del presupuesto. Ningún paciente debe proveer de elemento alguno a la red pública
- Establecer la obligación de prepagas y obras sociales de informar a la red pública su padrón de afiliados, para que la atención en la red pública sea gratuita para el paciente pero no sea un subsidio encubierto a los otros subsectores, particularmente en atención de guardia y en emergencias.

EN RELACION CON LA CARRERA SANITARIA:

- Cobertura de las direcciones y subdirecciones de los hospitales y CESACs por concurso.
- Apertura de la carrera sanitaria para las diferentes especialidades de trabajadores/as de la salud, con desarrollo hasta los máximos niveles de conducción de los servicios, acceso y promociones por idoneidad, formación y desempeño.
- Restitución inmediata de las direcciones de enfermería que son ocupadas por médicos, a personal de la carrera de enfermería.

EN RELACION CON LA PROMOCION Y PREVENCION:

- Restitución del programa de educación para la salud (Proyecto de Ley presentado por los diputados Laura García Tuñón y Fabio Basteiro)
- Establecer su dependencia de los servicios de Promoción y Protección de la Salud y

- Epidemiología de los Hospitales.
- Organizar la actividad por niveles de complejidad de respuesta como cualquier otra especialidad.
 - Dotar al programa de una estructura organizacional adecuada para el desarrollo de sus competencias.

EN RELACION CON LA MORTALIDAD INFANTIL:

- Ley de emergencia sanitaria neonatal (proyecto de ley presentado por Laura García Tuñón y Jorge Selser)
- Apoyo y seguimiento a familias, adolescentes o mujeres solas en situación de riesgo biopsicosocial, principal causa de nacimientos prematuros y bajo peso.
- Acceso universal a los turnos de control prenatal.
- Aplicación efectiva de Resolución 1137/11 del Ministerio de Salud que dispuso Regionalizar la atención del recién nacido de bajo peso para mayor eficacia. Es necesario visualizar y analizar la mortalidad infantil según unidades más pequeñas de análisis: comunas, barrios y diferentes territorios de cada barrio para precisar al detalle las posibles causas intervinientes, incluidas las ambientales.
- Nombramiento inmediato de 200 enfermeras/os y plan de contingencia para la cobertura del resto de las necesidades en esta materia.

EN RELACION CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

- Capacitar a personal de los centros de salud y a los docentes sobre educación sexual integral adecuada a la edad y etapa de desarrollo de los alumnos de todos los niveles educativos de la educación pública y privada. La capacitación será llevada adelante por personal especializado dependiente del Ministerio de Educación del GCBA en forma conjunta con profesionales pertenecientes a Promoción de la Salud de los Hospitales Públicos.
- Monitoreo de las supervisiones escolares distritales de la implementación curricular de los lineamientos de educación sexual integral en todos los niveles educativos.
- Cumplimiento efectivo de las Leyes de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual Integral.
- Plena vigencia del protocolo sobre abortos no punibles sancionado por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires en septiembre de 2012 y vetado por Macri.
- Creación de consejerías pre y pos aborto en todos los hospitales públicos y CESAC de la Ciudad.
- Servicios de atención de guardia relacionados con el aborto en todos los hospitales de la Ciudad.

EN RELACION CON LA POLITICA DE SALUD MENTAL:

- Asignación de presupuesto suficiente para la desinstitucionalización.
- Crear y fortalecer dispositivos que eviten la internación:
- Subsidio de externación y reinserción social para personas con alta de internación, cuyos ingresos son insuficientes para garantizar su independencia habitacional y a su vez carecen de familiares que puedan brindar acompañamiento y contención habitacional.
- Subsidio de externación para niños y adolescentes cuyos familiares se encuentran en situación

de vulnerabilidad psicosocial y requieren de apoyo para poder brindar los cuidados y necesidades en domicilio.

- Subsidios de externación y reinserción laboral: destinados a los usuarios de los emprendimientos sociales de salud mental.
- Casas de Medio Camino: para aquellos pacientes que requieren como última instancia de su tratamiento un dispositivo que le posibilite el logro de su autonomía plena.
- Residencias Protegidas: son casas para pacientes que requieren de su soporte más permanente para el logro de su autonomía y donde no se cuenta con familias que puedan acompañar el proceso de los mismos.
- Creación de equipos interdisciplinarios de salud mental dentro de la estrategia de atención primaria de la salud (CESAC) para atender diferentes padecimientos mentales en el área de residencia.
- Fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios en los hospitales generales con los dispositivos necesarios (camas de internación, hospital de día, consultorios externos para todos los grupos etáreos).
- Creación e inclusión dentro de los hospitales generales de dispositivos que aborden la problemática de las adicciones (hospitales de día).
- Creación de estructura y asignación presupuestaria propia del ADOP-ADOPI (Atención domiciliaria psiquiátrica programada)
- Creación de una estructura orgánica para los Emprendimientos Sociales.
- Asignación presupuestaria para redireccionar y fomentar la formación interdisciplinaria, intersectorial y en el trabajo en red, con enfoque en prácticas comunitarias, en articulación con las universidades y sociedades científicas.

EN RELACION CON LA PRODUCCION PUBLICA DE MEDICAMENTOS:

- Establecer el principio de que el medicamento es un bien social y no un producto del mercado
- Tatamiento en la legislatura del proyecto de ley de producción pública de medicamentos esenciales, sueros, vacunas y productos médicos, vetado por el ejecutivo. Proyecto que está en sintonía con la Ley N° 26.688.
- Fortalecer la red de laboratorios públicos existente, la colaboración con laboratorios universitarios y nacionales, destinar partidas a programas presupuestarios específicos para la producción de medicamentos, y adquirir todo lo que los laboratorios propios no producen a otros laboratorios públicos autorizados por la ANMAT.
- Destinar el ahorro del gasto que se produzca en esta materia a fortalecer la red y a reforzar las plantas de enfermeras/os y de médicos/as.

En relación con esta última propuesta, entendemos que la producción pública de medicamentos está directamente relacionada con la recuperación de la soberanía, en este caso, en materia de políticas de salud, por varios motivos:

- Por jerarquizar esta cuestión como elemento esencial de las políticas de salud de nuestra ciudad, con beneficios para todo el país.
- Por estimular la Investigación y el Desarrollo de los Laboratorios nucleados en la RELAP, junto con las Universidades Nacionales y el Ministerio de Ciencia y Tecnología, (salvo que la gestión de esas instituciones sea capturada por los intereses privados, como viene

ocurriendo en muchos casos).

- Por tender al desarrollo de las fórmulas más sofisticadas, atendiendo al conocimiento médico alcanzado, y evitar ser sólo productor de medicamentos primarios.
- Por bajar costos y hacer accesible el medicamento para toda la población, teniendo en cuenta que se trata de un bien esencial.
- Por establecer un parámetro de calidad, que permita efectuar controles a los medicamentos (nacionales e importados) no producidos en la red.
- Por centralizar la compra de los medicamentos de alto costo-baja incidencia, evitando la extorsión económica permanente y el paciente como rehén de situaciones de emergencia.
- Por actualizar periódicamente, por consenso de los profesionales del ámbito científico de investigación, académico, asistencial, etc, el vademecum nacional dejando de lado los que se producen sólo para responder a intereses comerciales.