

REUNION REGIONAL SOBRE SISTEMAS LOCALES
DE SALUD EN GRANDES CIUDADES
13 - 17 FEBRERO, 1989
RIO DE JANEIRO - BRASIL

PRESENTACION DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

DR. NORBERTO LECHUGA

"En el campo de la salud, democracia quiere decir principalmente dos cosas: hacer realmente equitativas las posibilidades de acceso a la mejor calidad de servicio de Salud que nuestro país puede ofrecer a su pueblo y, por otro parte, garantizar una amplia participación popular y de los diversos sectores de interés en la programación y desarrollo de las actividades necesarias"

Mensaje inaugural del Presidente Alfonsín al Honorable Congreso de la Nación.

La Ciudad de Santa María de los Buenos Aires fundada en dos ocasiones sobre la margen oeste del río de la Plata, estuvo vinculada desde su nacimiento, a su carácter de puerto en el estuario abierto del Atlántico Sur, convirtiéndose por su situación de acceso a un vasto territorio apto para la agricultura y la ganadería, en cabeza de uno de los últimos Virreynatos españoles en América.

La fuerte inserción de la Argentina en el mercado mundial dominado por Inglaterra entre 1870 - 1914, generó el desarrollo de una importante infraestructura en caminos, ferrocarriles, frigoríficos, etc; marcando su aspecto agro-exportador, la ciudad se transformó en la estación terminal de una vasta red centrípeta apta para el comercio exterior pero inadecuada para el desarrollo armónico nacional.

Para la misma época, recibió el grueso del impacto de una masiva corriente inmigratoria europea, que le dio a la ciudad su carácter cosmopolita y su perfil europeo.

Luego, por el "crecimiento hacia adentro" motivado por la necesidad de la sustitución de importaciones y con las reservas genuinas generadas por el comercio durante la Segunda Guerra Mundial, se desarrolla un proceso de industrialización que estimula una nueva migración; esta vez desde el interior del país y de países limítrofes, conformando un enorme ejército laboral que se asienta en el cinturón conurbano y determina un nuevo impacto sobre la ciudad.

Es necesario aclarar en este punto del análisis que la ciudad no podría explicarse prescindiendo del modelo económico que la soporta, ni de la influencia del desarrollo de los movimientos populares en la Argentina - la irrupción en la escena político-social del radicalismo a principios de siglo y del peronismo en la mitad de la década del '40.

Hoy en día, casi el 40% de la población del país y más del 50% de su población urbana en un pequeño territorio, que en una significativa proporción no ofrece condiciones de habitabilidad y ocupa zonas inundables en un lecho de río de llanura altamente afectado por la contaminación ambiental.

Así, a grandes rasgos tenemos una primera división en:

CAPITAL FEDERAL	3.000.000 habitantes	30%
CONURBANO	+ 7.000.000 habitantes	70%
AREA METROPOLITANA	+ 10.000.000 habitantes	100%

En el área metropolitana encontramos distintos ambitos de decisión: el del Intendente de la Ciudad de Buenos Aires, designado por el Presidente de la Nación y el de los diecinueve (19) Intendentes de los partidos del conurbano, elegidos por voto popular e incluídos en la Provincia de Buenos Aires - la más grande y poblada del país - cuyo Gobernador elegido también por voto directo, cuenta con un centenar de municipios más.

Este diseño jurídico-institucional que data del siglo pasado, complica significativamente el gobierno de la ciudad y deberá ser replanteado, porque así definido no permite operar en la resolución de los problemas acorde a la complejidad que plantea el área metropolitana.

Este modelo de crecimiento salvaje y concéntrico, que ya ha puesto en crisis la delimitación misma del área metropolitana -por la urbanización de los municipios vecinos- superó holgadamente con su dinámica, la reacción en disponibilidad de servicios de todo tipo, entre ellos los de salud.

La red hospitalaria, que se expandió y desarrolló a estímulo de los grandes períodos de crecimiento económico del país, quedó "atrapada" dentro de los límites de la Capital Federal, generando un efecto particular que transforma a la Capital Federal en "ciudad sanatorio". Este hecho obliga a la población a demandar atención -incluso la más básica- recurriendo a servicios muy alejados de su domi

cilio. Es conveniente aclarar que esta concentración de servicios se da tanto en el campo del subsector estatal como en el privado y aún con la menor infraestructura propia de la seguridad social.

De esta manera se conforma una demanda que, en el caso de los hospitales de la red municipal de la ciudad, está constituida por un 50% de población no residente en el área geográfica de su influencia. Así, por ejemplo, el 73% de los egresos del partido de La Matanza se producen en la Capital.

Todas estas características históricas se vieron agravadas sensiblemente por la inestabilidad político-institucional del país que culminó en la última dictadura, con una combinación de técnicas de terrorismo de estado y liberalismo económico decimonónico, que profundizaron los problemas estructurales de la ciudad.

Estas condiciones operaron al menos en dos planos identificables.

Sobre la población:

Se dió origen al llamado proceso de reconversión industrial, especie de darwinismo económico, responsable directo de la detención del crecimiento de la riqueza nacional desde hace más de una década y el previsible descenso del nivel de ingresos de la población. Al mismo tiempo se incrementaron los precios de los servicios dificultando el acceso a los mismos de vastos sectores, incluso a aquellos servicios más redistributivos como los estatales de salud, que por tradición han sido gratuitos en la Argentina. Se implementaron brutales estrategias de represión dirigidas a toda forma de expresión política, gremial, social o cultural, hasta niveles desconocidos hasta entonces para la sociedad argentina que determinaron una verdadera cultura del terror.

Sobre el aparato del Estado y su repercusión en el Campo de la Salud:

Se desarticularon los mecanismos regulatorios del estado, se concentraron y centralizaron sus funciones residuales y formales aumentando la brecha con la comunidad y sus necesidades, se subsidio al sector privado y privilegio la obra publica faraonica.

Se generó una actividad importadora de tecnología de alta rentabilidad para el sector privado que fue financiada por la seguridad social. La política de subsidiariedad del estado también influyó en un intento de reemplazar el sistema de la seguridad social por uno de seguro privado, dando origen a los sistemas pre-pagos.

La seguridad social ya estaba intervenida, era mal adminis

trada y se definanciaba por las caídas salariales y el aumento del costo de la oferta de atención médica y de aparatología, profundizándose las inequidades para los trabajadores: obras sociales y obras sociales cada vez más pobres.

El sector público arancelado, con magros presupuestos, subsidiaba a la seguridad social. Los servicios hospitalarios y aún hospitales se cerraban -la mitad de las camas de la Capital-, no se desarrollaba y se achicaba el primer nivel de atención y se desmantelaban equipos técnico-profesionales por razones ideológicas y políticas; el personal era cesanteado y castigado o desalentado para las actividades extramuros o participativas, incorporando el discurso "liberal" que consideraba ilegítima la demanda del conurbano.

Esta era la única alternativa pública de servicios para los pacientes sin cobertura y de escasos recursos, los que eran "obligados" a gestionar certificados de pobreza y a falsear sus domicilios para ser atendidos; algunos de ellos ya habían sido trasladados compulsivamente de las villas de la Capital al Conurbano en camiones del ejército, como símbolo de la política social de la dictadura.

Estos cambios en el peso relativo de los tres sectores han sido ajenos a un aumento de la racionalidad y eficiencia en la utilización de los recursos de salud.

Esta deuda interna sanitaria acumulada tiene como marco la mayor crisis política y económica de la historia del país, caracterizada por un marcado aislamiento internacional y un elevado endeudamiento económico externo con destrucción de gran parte del aparato productivo.

Este es el panorama de grave complejidad que enfrentó el gobierno democrático en 1983, con un desafío sin precedentes para llevar un proyecto de reconstrucción de una trama de solidaridad social destruida.

Frente a semejante desafío se identificaron desde un comienzo problemas que permitían una rápida y vigorosa intervención. Otros, llevarían un largo proceso, especialmente aquellos destinados a democratizar la sociedad y sus instituciones y desmontar el autoritarismo en los diversos espacios sociales.

Aún hoy, recuperado el prestigio internacional, los derechos humanos esenciales, las libertades públicas, el funcionamiento pleno de los poderes y las instituciones de la democracia, con la matrícula educativa en ascenso y la posición alcanzada de liderazgo americano en inversiones sociales relativas, procurando generar mejores condiciones para la inversión, la actividad industrial y el desarrollo,

podemos decir que nuestros calculos más cautelosos eran excesivamente optimistas.

En el área sanitaria las estrategias tuvieron en cuenta estas dificultades e inmediatamente se procedió a eliminar el aparato de pago directo por parte de la población en los servicios municipales y se desarrollaron los componentes en Capital Federal y Gran Buenos Aires del Programa Alimentario Nacional destinado a paliar con urgencia las consecuencias más directas de la política económica y social de la dictadura.

Por detrás de estas dos acciones se comenzó un proceso participativo de planificación que culminó en la aprobación legislativa del primer Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 1985/1989.

Por entonces (1984), el Instituto Nacional de Estadística y Censo hacía conocer un excelente trabajo realizado a partir del reprocesamiento del Censo de Población de 1980. Se estableció la existencia en el país de un 27,7% de habitantes con necesidades básicas insatisfechas; el 26,38% de ellos vivía en el área metropolitana. Aun cuando los porcentajes de la Capital Federal eran bajos (7,4%), en números absolutos correspondían a más de 230.000 habitantes.

Este estudio, junto con otros permitían verificar el reasentamiento de la población marginada en antiguas zonas de radicación de la Capital y tasas de mortalidad infantil diferenciadas hasta en siete (7) veces según sectores, lo que contribuyó a reafirmar la necesidad de desarrollar una política social y sanitaria progresista.

Por ello, no sin resistencias y retrocesos, se desencadenó un proceso de primarización de la atención que se expresó en parte en:

- el crecimiento de la consulta externa (más de 700.000 consultas el primer año de gestión democrática).
- la expansión de la red de centros de salud, recuperando los que estaban, creando nuevos y dotándolos de recursos, determinó notables cambios cuali y cuantitativos de la atención (en el término '84 - '88 aumentaron en 73% el número de consultas, como también las consultas de ulterior citación).
- el desarrollo de áreas programáticas de responsabilidad.
- la formación de redes de servicios.

Se complementó con estrategias de recuperación del hospital público, entre otras:

- la habilitación del Hospital de Pediatría, de referencia, descentralizado, nuevo modelo de atención con cuidados progresivos y profesio-

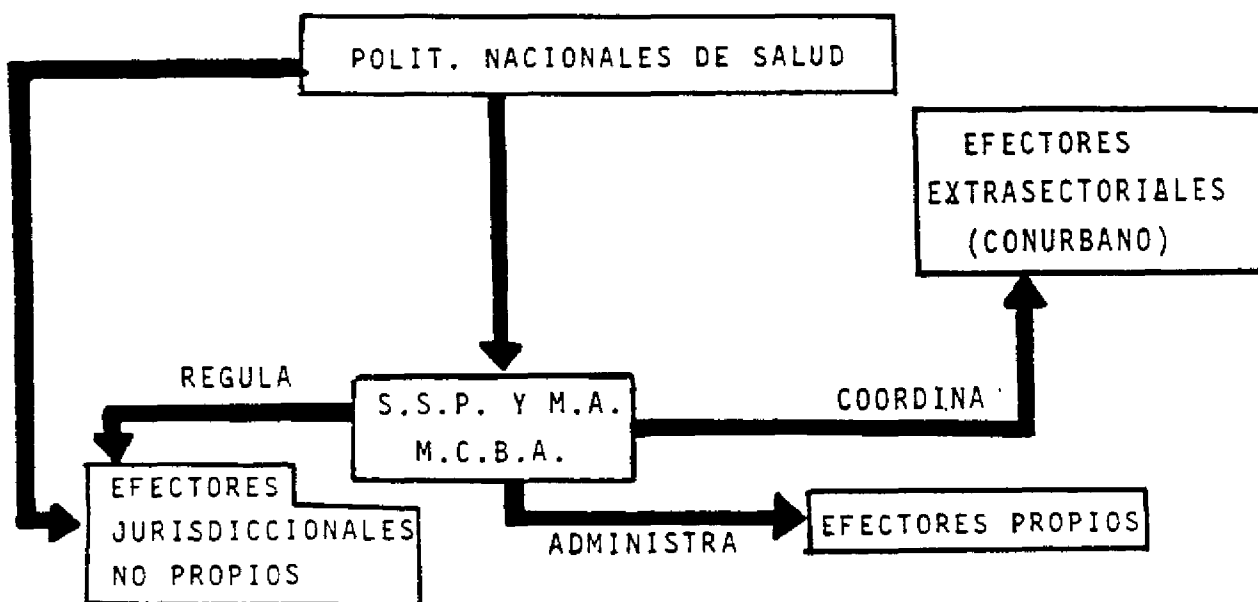
nales de tiempo prolongado o completo.

- transformación de un hospital de neumotisiología en hospital General de Agudos para la ciudad.
- recuperación de las plantas físicas con incorporación racional de equipamiento tecnológico y desarrollo gradual de la informática.
- promoción e incorporación de estrategias de cuidados progresivos de pacientes, concentración de los nacimientos, quirófanos y áreas de cuidados intensivos y expansión de la consulta externa.
- estrategias relacionadas al confort y a la humanización de la atención.
- formación continua del recurso humano y su articulación con las instituciones que los forma en el pregrado; legislación de sus escalafones con tendencia a confluir en una carrera sanitaria que los integre y que premie el compromiso, la idoneidad y la capacitación.
- vinculación con la seguridad social a través de más de 100 convenios con obras sociales, para la recuperación de fondos genuinos.

A estos procesos se agregó un paquete de programas y proyectos de fuerte carga redistributiva y se generaron en diferentes ámbitos diversas formas de participación ciudadana (cabildos, creación de consejos comunitarios en hospitales, diseño y aporte para realización de jardines materno-infantiles y centros de atención del primer nivel, recuperación de agentes de salud de la comunidad, etc).

Se promovieron instancias de articulación intra e intersectoriales, entre ellas el denominado "Puente Medico Sanitario", convenio entre la Capital y la Provincia de Buenos Aires tendiente a crear un mecanismo permanente de coordinación técnico-política.

GRAFICAMENTE:



CAPITAL FEDERAL

En lo referente a la transformación institucional, el eje político-estratégico, utilizado fue el de la descentralización-participación tendiente a crear una nueva arquitectura de poder, que facilite el control social de las instituciones por parte de la población y la clara asignación de responsabilidades a aquellos que se encuentran donde las actividades se desarrollan.

En relación a las propuestas que sistemáticamente son acordadas por los diferentes gobiernos del mundo que se expresan a través de organismos internacionales del prestigio de la O.M.S., UNICEF o la O.P.S., cabe señalar que la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires sigue atentamente las propuestas teórico-conceptuales y metodológicas que allí se consensuan. Esto permite establecer una rica interacción entre teoría y práctica, conocimiento y acción y un fluido intercambio de experiencias a veces insuficientemente valoradas.

Algo así, es lo ocurrido con la influencia de la adopción de la meta "Salud para todos en el año 2000", la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y más recientemente alrededor de la propuesta de Sistemas Locales de Salud (SILOS).

No es necesario un estudio pormenorizado para verificar que las megalópolis representan desafíos sin precedentes para la organización eficiente y equitativa de servicios de salud, por ello la propuesta de descentralización y microrregionalización como la que se analiza puede servir de marco para una clara discusión de aportes y adecuaciones.

Alrededor del tema descentralización hemos verificado y acordamos que:

- es una herramienta política vinculada a cambios en el uso y la distribución del poder en el sector y en la sociedad.
- requiere decisión política firme desde los niveles centrales, esto implica disponer los recursos económico-financieros y humanos para su programación, implementación y supervisión.
- gestión mas eficiente a través de la cadena de medios afines.
- genera una práctica capacitante para el personal incrementando el compromiso institucional.
- facilita la emergencia de las necesidades, la participación y el control social de la población.

Sin embargo resulta necesario tener en cuenta que la descentralización no ofrece reaseguros para la equidad del sistema, pudiendo congelar y aún profundizar inequidades geográficas o sociales pre-existentes y creando múltiples instancias de articulación de fuerzas sociales-descentralización de conflictos-, pudiendo reducir la participación social en los macro problemas, fenómeno que se observa exacerbado en las grandes ciudades, donde los otros subsectores tienden a la concentración y a la monopolización antes que a procesos de descentralización.

En consecuencia, creemos que debe combinarse un proceso de descentralización de las funciones gerenciales pero asociado a un fortalecimiento de los niveles centrales, especialmente en lo que hace a la capacidad regulatoria del estado, su capacidad de articulación económica y política y al control y diseño de mecanismos que permitan garantizar la equidad global del sistema.

Algo mas complejo es lo que sucede con las propuestas de microregionalización reconociendo la utilidad de trabajos en sistemas geográficos bien delimitados y la posibilidad de racionalizar el uso de los recursos y la articulación de factores. Debe considerarse que en ningún lugar como en las grandes ciudades, se manifiesta con tanta intensidad la fuerza del mercado como asignador de recursos (algunos autores afirman que las ciudades son de hecho productos del mercado), y esta lógica de mercado se caracteriza precisamente por el uso discrecional del espacio. En consecuencia transformar los ambitos locales en espacios de articulación institucional, resulta al menos en ciudades como Buenos Aires una propuesta de difícil práctica; baste considerar que en menos de cuarenta (40) manzanas se concentra el grueso de toda la capacidad instalada privada y de la seguridad social de la ciudad (y una importante proporción de la del país) y que su clientela se recluta por mecanismos de prestigio económicos o legales desde todo el país y en ocasiones de países vecinos.

Este dato permite inferir los recursos de poder que se articulan en el campo de salud y como la presencia del estado requiere instancias de regulación, coordinación y complementariedad mas potentes de las que son posibles a nivel local (en ocasiones resulta insuficiente aún la capacidad regulatoria del estado nacional).

Aun teniendo en cuenta estas dificultades, la Secretaria ha utilizado el criterio geográfico como una instancia de división del

trabajo y de selección de prioridades combinadas con otros criterios en función de las complejidades de su campo de acción.

Las técnicas mas frecuentes usadas han sido:

- Áreas geográficas:

Se organizan desde áreas operativas de programas específicos para la cobertura de población de alto riesgo social y sanitario (cobertura sanitaria, Programa Alimentario Nacional, alfabetización, comedores escolares, colonias de vacaciones y otros programas sociales, apoyo a entidades intermedias y de base, Fondo de Asistencia en Medicamentos, programas culturales, etc.) cubriendo realmente áreas según características de la vivienda (villas de emergencia, inquilinatos, hoteles, viviendas precarias, viviendas de ocupación ilegal, etc.). Aquí se aplica el principio de discriminación positiva, intentando compensar los factores de riesgo social mediante actividades de impacto probado en población deprivada social y económicamente.

El desarrollo de esta técnica se complementa con las asignaciones de áreas programáticas a los hospitales generales para servicios de urgencia domiciliaria, institucional y en vía pública y en programas extensivos de cobertura (inmunización).

Estas técnicas de división del trabajo se complementan con otras que tienden a identificar:

- Grupos biológicos y sociales vulnerables: (lactantes, embarazadas, ancianos, etc.) para lo cual se aplican mecanismos de seguimiento por cartera y otros procedimientos alternativos, según enfoque de riesgo.
- Problemas sanitarios y sociales seleccionados: seguimiento de problemas seleccionados que requieren acciones específicas de prevención o control (T.B.C., drogadicción, SIDA, inmunoprevenibles) y atención de complejidad (cirugía cardiovascular, diálisis y trasplantes, centro de trauma).
- Complementariedad de la red: contando con la vasta red de hospitales generales (12) y especializados propios (10) y un vasto conjunto de hospitales privados, de la seguridad social y públicos de otras jurisdicciones, existe la necesidad permanente de diseñar mecanismos para la complementariedad estructural y funcional de los servicios, lo que se lleva adelante en algunas áreas a pesar de la dificultad inherente a la racionalidad económica, política y social con que los diferentes servicios ingresan a este complejo mercado prestador.

Frente a todo esto las perspectivas mediatas e inmediatas permiten alentar expectativas concretas. Por un lado las elecciones

del 14 de mayo próximo representan un fenómeno de rotación de poder que puede ser habitual en otras latitudes, pero resulta un hecho espectacular en nuestro país toda vez que hace treinta y siete (37) años que un presidente constitucional no llama a elecciones presidenciales y más de sesenta (60) que un presidente constitucional no le entrega el gobierno a otro presidente constitucional. Desde nuestra perspectiva la preservación del orden constitucional y del sistema democrático constituye un pre-requisito insustituible e irremplazable para la salud de la población, del país y de sus instituciones. Al mismo tiempo, la reciente aprobación de las leyes de Obras Sociales y del Seguro Nacional de Salud, representan el marco jurídico fundamental para estructurar un sistema de salud mas equitativo, pluralista, federal e integrado.

Proyectos como la elección directa del Intendente municipal y/o la provincialización de la Capital Federal y su traslado al sur, complementados con el desarrollo, profundización y multiplicación de las instancias con el acuerdo de sus protagonistas, permitirá en nuestra opinión recuperar en forma no autoritaria ni compulsiva una visión integrada de una ciudad única y dinámica, donde mas de diez millones de personas vivan, estudien, trabajen y encuentren expresión a su creatividad en un marco de justicia, respeto y libertad.

A N E X O

- La Argentina gasta en salud el 8% de su P.B.I., el tercero en América después de Estados Unidos y Canadá, y 180 dólares por habitante y por año.
- La Capital Federal presenta múltiples divisiones, entre otras: 12 áreas programáticas de salud, 50 circunscripciones policiales y 28 electorales, 21 distritos escolares y 14 consejos vecinales, y otras tantas jurisdicciones operan en su ámbito.
- La red municipal de salud produce en números redondos: 6.000.000 de consultas anuales de las cuales 420.000 pertenecen a los centros de salud, 150.000 egresos, y administra 6.000 camas con 76% de ocupación y 11,3 días de tiempo de permanencia.
- El número de camas del área metropolitana en 1980 era de 42.000; el 54% pertenece al sector público, el 7% a la seguridad social y el 34% al privado. Había 1500 establecimientos: 30% público, 8% seguridad social y 34% privado. Es decir, la participación en camas de los sectores público y privado es inversa a la del número de establecimientos. El 95% de los mismos con más de 300 camas pertenecen al sector público.

COMPARATIVO CAPITAL - CONURBANO

NATALIDAD (‰)	14,8	22,3
MORTALIDAD INFANTIL (‰)	15,3	23,8
MENORES DE 14 AÑOS (%)	19	30
AGUA CORRIENTE (%)	100	48
DESAGÜES CLOACALES (%)	94	19
RELACION ENFERMERO/MEDICO	0,6	0,7
CAMAS ‰ habitantes	8,5	2,5