

Experiencias del pasado y del presente en las políticas y programas dirigidos a la promoción de la salud infantil en la Ciudad de Buenos Aires.

Victoria Mazzeo.

Cita:

Victoria Mazzeo (2007). *Experiencias del pasado y del presente en las políticas y programas dirigidos a la promoción de la salud infantil en la Ciudad de Buenos Aires. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/515>

Experiencias del pasado y del presente en las políticas y programas dirigidos a la promoción de la salud infantil en la Ciudad de Buenos Aires.

Dra. Victoria Mazzeo

Instituto Gino Germani – UBA

Dirección General de Estadística y Censos - GCBA

vmazzeo@buenosaires.gov.ar

1. Introducción

Las políticas sociales constituyen en las sociedades contemporáneas un instrumento irremplazable para la producción del bienestar y la integración social. Deben garantizar a los ciudadanos sistemas de protección frente a situaciones que impliquen riesgos y también promover el desarrollo de capacidades. Entre ellas, la enfermedad es uno de los ejemplos más frecuentes de riesgos previsibles que deben ser protegidos por el Estado. Las estrategias implementadas y el lugar que ocuparon en la agenda social variaron en los diferentes periodos históricos, en correspondencia con los diferentes modelos de política pública.

La formulación del derecho a la salud figura en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la 9ª Conferencia Internacional de Estados Americanos celebrada en 1948 en Santa Fe de Bogotá, Colombia. Además de reconocer “el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona” declara que: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (Alleyne, 2002:292). A partir de esta visión la mayoría de las Constituciones de los países, en su carácter de normas supremas, reconocen la salud como un derecho social que requiere de la acción del Estado para garantizar el acceso a los servicios, la calidad de las prestaciones y las condiciones que aseguren un nivel básico de bienestar de acuerdo al nivel o grado de desarrollo que cada país puede ofrecer. Lamentablemente, en la mayoría de los países la realidad muestra una importante brecha entre los derechos proclamados y los servicios ofrecidos. Las Constituciones declaran la igualdad de derechos pero no garantizan los medios que los hagan factibles. La igualdad del derecho es formal y en tanto formal mantiene la desigualdad.

Los regímenes adoptados para el desarrollo de las políticas sociales en Argentina adoptaron una forma institucional para cada una de las áreas de protección según el momento histórico específico y conforme al juego de intereses político-corporativos predominantes en cada sector. La salud pública tuvo una orientación universal en sus orígenes, al igual que en el momento de su mayor expansión bajo el primer gobierno peronista. A partir de los años sesenta, la falta de recursos y la ineficiente gestión de los existentes condujeron al sistema público de atención médica a un tipo de régimen “liberal” o “residual”, focalizado en la atención del indigente. Hubo una transformación: los derechos sociales se convirtieron en beneficios asistenciales. El

Estado Nacional modifica su rol: racionaliza y tecnifica el sector administrativo, y retoma la transferencia de los hospitales nacionales a la órbita provincial. Se facilitó el desarrollo del sector privado, alentado por los cambios en el modo de operar de las obras sociales que se tornaron agentes de intermediación financiera, captando los aportes de sus afiliados para contratar los servicios del sector privado. Durante las décadas posteriores, con la postura neoliberal, todas las medidas que se instrumentaron contribuyeron para que la atención de la salud se relacionara en mayor grado con la lógica de mercado debido al rol preponderante que adquirió el sector privado (Pérez Irigoyen, 1989). La postura neoliberal, abiertamente anti-igualitaria, postula que la desigualdad es el motor de la iniciativa personal y que la competencia entre los individuos en el mercado corrige los males económicos y sociales. Es decir que el anti-estatismo de los neoliberales proviene de su fe en el individualismo, la competencia y el mercado. Para ellos el Estado sólo debe intervenir a fin de garantizar un mínimo para aliviar la pobreza y producir aquellos servicios que los privados no pueden o no quieren producir. Propugnan un Estado asistencialista y no benefactor. Esto implica que el neoliberalismo rechaza el concepto de los derechos sociales y la obligación de la sociedad de garantizarlos a través de la acción estatal, está en contra de la universalidad, igualdad y gratuidad de los servicios sociales (Laurell, 1992). De esta manera, la estrategia de los gobiernos neoliberales para reducir la acción estatal fue el recorte del gasto social, la focalización del gasto, la privatización de la producción de servicios y la descentralización de los servicios públicos a nivel local.

En este marco, el propósito de la ponencia es analizar la legislación del gobierno de la Ciudad, así como la política nacional sancionada a partir de 1860 y hasta el 2002, con el objeto de mostrar cuáles fueron las normativas y las acciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud de los niños menores de cinco años, también llamada primera infancia.

2. Las políticas y programas de salud antes de 1990.

El análisis de la transición epidemiológica permitió orientar la búsqueda hacia aquellas modificaciones experimentadas por las políticas y programas de salud, como parte de las políticas públicas, que demostraron tener mayor incidencia en las variaciones sufridas por el nivel de mortalidad de la infancia.

Los altos niveles registrados por la mortalidad de la primera infancia en la Ciudad, hasta mediados de la década de 1870¹, encuentran su explicación en la ausencia de formulaciones políticas explícitas que estuvieran dirigidas a reducirla. Hasta ese momento la preocupación de las autoridades estaba orientada a solucionar los problemas funcionales de equipamiento de la Ciudad y organizar el sistema de atención de la salud; es el período que puede denominarse "Etapa pre-organizativa de la protección de la primera infancia".

Con respecto a la atención médica, los cuidados de la salud previos a la década de 1880 dentro del ámbito público, eran tomados a su cargo por el Consejo Nacional de Higiene, por la Comisión Municipal de Higiene y por la Sociedad de Beneficencia (creada por Rivadavia en 1823). El Consejo Nacional de Higiene se ocupaba principalmente de controlar la higiene del puerto mientras que los servicios

hospitalarios estaban a cargo del gobierno municipal o de la Sociedad de Beneficencia.

El vínculo del hospital con la pobreza era fuerte; el concepto de hospital surge con claridad de la definición de Rawson (1876:230): "Los hospitales son establecimientos o casas en donde se presta auxilio a los pobres". La falta permanente de espacio adecuado y la escasez de camas fueron una constante durante el período. Los hospitales de la época eran considerados verdaderas necrópolis. En este sentido, es demoledora la crítica de Rawson a las condiciones higiénicas de los dos grandes hospitales públicos de la Ciudad, el de Hombres y el de Mujeres. Los consideraba al primero como cementerio de vivos y al segundo, aún más mortífero.

En cuanto a la atención de los partos, es necesario remontarse hasta la época de Rivadavia para encontrar el antecedente de las maternidades. Rivadavia, sosteniendo principios que hoy se consideran fundamentales para la protección integral de la madre y el niño, fundó en 1823 una "Casa de Partos Públicos y Secretos" entregándola para su dirección a la Sociedad de Beneficencia. Treinta años más tarde, esta misma Sociedad instituyó la primera Maternidad en el Hospital de Mujeres². Por otra parte, existía la asistencia maternal a domicilio ejercida por médicos y por parteras, enmarcados en los conceptos modernos de protección médico-social a la madre y al niño (Rodríguez, 1936).

Antes de 1880, la atención de los niños se basaba en la concepción de que el niño era un adulto en miniatura. La enseñanza de sus enfermedades estaba dentro de los contenidos educacionales de la Clínica Médica o de la Cátedra de Partos. Alrededor de 1880, en las Facultades de Medicina latinoamericanas comenzaron a crearse las cátedras de Pediatría y de esta manera se inician avances notables en relación al conocimiento de la crianza del niño, de los cuidados de su salud y de sus enfermedades. Posteriormente, en las primeras décadas del siglo XX, se fueron creando las Sociedades Nacionales de Pediatría (Puga, 1997)³.

Otros dos acontecimientos marcaron el inicio de una nueva etapa: la creación del Hospital de Niños San Luis Gonzaga⁴ (1875) y la formación en 1890 de una Comisión de médicos y demógrafos que investigó las causas de la elevada mortalidad infantil de la Ciudad y sugirió medidas para disminuirla⁵.

Hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, la concepción de la enfermedad estaba basada en la doctrina del contagio. Por su parte, la práctica de las desinfecciones ubicaba en el exterior de la sociedad las causas de los procesos mórbidos. También las condiciones de la higiene urbana estaban incorporadas en esa concepción de la enfermedad como algo exterior al conjunto social, tomando como eje las directivas de la llamada "higiene social".

A comienzos del siglo XX, los médicos higienistas, a partir de la acción a favor de los indigentes, fundaron su labor en un concepto de solidaridad que en algunos textos aparece asociado a la concepción biológico-organicista propia del positivismo (Belmartino, 1996). El movimiento higienista denunciaba que la enfermedad tenía como causa fundamental la ignorancia; una proporción importante de las enfermedades entéricas de la infancia estaban relacionadas con el desconocimiento de las madres de las normas elaboradas para regular la alimentación infantil. Por lo

tanto, esta percepción de las causas sociales de la enfermedad conllevó a postular la necesidad de unir atención médica y asistencia social.

Es así que a partir de comienzos del siglo XX se concretaron distintas acciones cuyo objetivo fundamental fue la atención del niño y el cuidado y protección de la mujer embarazada, parturienta y en período de lactancia. Merece señalarse, por la importante obra de asistencia médico-social realizada, la creación en la órbita del gobierno local de la Sección de Protección de la Primera Infancia dependiente de la Asistencia Pública (1908) que tenía a su cargo la protección directa e indirecta de los lactantes. También se destaca el proyecto de ley que en el año 1902 presentara la Sra. Gabriela de Coni sobre la protección de las mujeres embarazadas que trabajaban en las fábricas la Ciudad. Este proyecto constituyó, junto al proyecto de Ley Nacional del Trabajo de Joaquín V. González (1904), el antecedente inmediato del presentado por el Dr. Alfredo Palacios aprobado en 1907 y del seguro obligatorio de maternidad que en la década de 1930 se extendió a las empleadas del Estado municipal y nacional.

La unión entre atención médica y asistencia social recorrió un camino accidentado, con distintas posturas políticas. Los socialistas afirmaban la necesidad de diferenciar entre asistencia social y seguro social⁶. Los higienistas alegaban que la asistencia debía ser obligatoria para el poder público, bien organizada, eficiente, preventiva, al mismo tiempo que de socorro y que el Estado debía centralizar todas las actividades relativas a la salud. Además, intentaron vincular ambos conceptos, es decir, relacionar la necesaria acción del Estado con el establecimiento paralelo de la previsión obligatoria. Con respecto al bienestar materno-infantil, los médicos higienistas, los anarquistas y socialistas bregaron por la creación de un Departamento Nacional de Maternidad e Higiene Infantil, lo que implicaba la pérdida por parte de la Sociedad de Beneficencia de una de sus áreas. Se le cuestionaba a dicha Sociedad la falta de cumplimiento de los objetivos impuestos por Rivadavia en el momento de su creación.

A partir de la década de 1920, el hábito de alimentar al niño con leche de nodriza comenzó a disminuir y se buscó satisfacer las necesidades alimentarias a través de otros métodos. En relación a las nodrizas, el discurso médico de la época se centraba en el problema de la mortalidad infantil, referida a las patologías gastrointestinales y a la sífilis. Es decir, la preocupación se colocaba en el niño lactante demandante y el niño lactante hijo de la nodriza. Las formas de control de las nodrizas operaron entonces como pautas de acción para el control, no sólo del mercado laboral, sino “como formas disciplinarias de los hábitos de crianza e introducción de preceptos higiénicos dentro de los sectores populares” (Pagani y Alcaraz, 1988:30). La incorporación de nuevas formas de alimentación estuvo inserta en una nueva política sanitaria, que se puso en evidencia a partir de 1930, con la desaparición de la nodriza como método alimentario sustituto.

A partir de los años treinta, se destaca el impulso dado a la medicina preventiva con el dictado de numerosas leyes de protección a la madre y al niño y con la consolidación del servicio social como complemento de la asistencia médica. En 1934 se constituye la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires. La puericultura concebía el cuidado del niño como parte de la higiene social. La madre comenzó a valorarse de una manera distinta: por la buena crianza del hijo y no solamente por el número de hijos que daba

a luz (Billorou, 2004). El éxito del discurso de la puericultura debe entenderse dentro de un proceso más amplio, que condujo finalmente a la medicalización del embarazo, parto y cuidado de los niños.

Durante las décadas de 1930 y 1940, el concepto de higiene defensiva como disciplina y política pública se transformó, aunque no desapareció totalmente. Se articuló un nuevo concepto, la higiene positiva, que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. “Se impuso paulatinamente la convicción de que a partir del ejercicio de ciertas normas, conductas y prácticas era posible estar sano y gozar de una salud pensada como valor integral y absoluto” (Billorou, 2004:194).

Se visualizó la conformación de un campo doctrinario favorable a la intervención del Estado nacional en la organización de los servicios de salud; en la segunda mitad de los treinta cobró vigencia el concepto de “justicia social”. El Estado “podía y debía intervenir para que, a pesar de las desigualdades, se le hiciera justicia a cada uno en su lugar y para que se lograra una mínima cohesión social” (Torrado, 2003:584). Comenzó a hablarse de planificación y de integración de prácticas preventivas y se esbozó un abordaje integral del problema de la salud, orientado a vincular trabajo, previsión, asistencia social y atención médica. Una característica relevante de esa época fue la utilización del servicio público de atención médica, especialmente en lo referido a las maternidades municipales, si bien a fines de los cuarenta es notoria la importancia que comienza a cobrar la asistencia prestada en otros hospitales. Este hecho se relaciona con la creación, a partir de 1945, de las obras sociales que marcaron el inicio de un nuevo período en la prestación de servicios para la atención de la salud. En estos años la “asistencia y previsión se confunden en la fundamentación de proyectos de seguro, incorporando un matiz diferente de la idea de solidaridad” (Belmartino, 1996:220).

El surgimiento de las obras sociales⁷, suele estar asociado a las transformaciones políticas, económicas y sociales producidas en esos años y a una estrategia de cambio de las relaciones sociales desarrollada desde el aparato estatal. Pero la indagación histórica aporta otra interpretación: “Las obras sociales no serían instituciones creadas *ex novo* como prenda de negociación en una determinada coyuntura política. Aún cuando hayan sido utilizadas con ese objeto, parecen responder en mayor medida a tradiciones culturales fuertemente arraigadas en los sectores populares, dado que puede reconstruirse una línea de continuidad entre ellas y las mutualidades gremiales” (Belmartino, 1996:223).

Uno de los pilares de la reforma del sistema de salud de la década de 1940 fue el reconocimiento del derecho al bienestar⁸. Este reconocimiento supuso la organización de la salud pública y de la asistencia social, estructurada en el mismo cuerpo normativo y planificada por un organismo único. Los fundamentos doctrinarios que se plantearon fueron: responsabilidad social, planificación, solidaridad, asistencia y justicia social.

La política nacional que comenzó a implementarse a fines de los cuarenta y que continuó hasta 1955, tuvo en el ministro Dr. Ramón Carrillo su principal representante. Durante su gestión se destacó el carácter social y público de la medicina, existiendo una notable expansión en el número de camas de la jurisdicción nacional. Asimismo

se promovió la creación de mutuales sindicales y se apoyó a las existentes mediante subsidios o fondos especiales para la construcción de establecimientos asistenciales (Novick, 1992).

Por su parte, el surgimiento de la seguridad social médica se vinculó a la capacidad organizativa de los sindicatos más poderosos y el futuro de los mismos quedó progresivamente atado a la inestabilidad de los acuerdos y a la continua negociación; los beneficios de los trabajadores pasaron a operar como prebendas. Se construyó un régimen de tipo corporativo fuertemente controlado desde la cúspide. Esto obstaculizó, en el mediano plazo, todo intento de generar un sistema centralizado y uniforme de cobertura para la totalidad de la clase obrera y estuvo contra los principios igualitarios y universalistas que se pregonaban desde el Estado.

A partir de los años cincuenta, en el orden nacional, se inició una política sanitaria de transferencia de servicios y se consolidó la medicina preventiva a través de la organización de programas nacionales de vigilancia epidemiológica y campañas de vacunación. Asimismo se instituyó el régimen de asignaciones familiares por maternidad y nacimiento.

A fines de los sesenta se inició el Servicio de Neonatología en la Maternidad Sardá concretada en 1968 por una firme decisión del Dr. García Díaz, Secretario de Salud de la Municipalidad (Ceriani Cernadas, 2004). La neonatología era una disciplina nueva, no sólo en la Argentina sino en el resto del mundo⁹. También por estos años se desarrollaron distintas investigaciones aplicadas a la atención de los niños recién nacidos: la alimentación parenteral con aminoácidos cristalinos y glucosa para prematuros y desnutridos, y esquemas dietéticos para prematuros. Se trataba de caracterizar clínica y bioquímicamente la prematurez y el déficit nutricional para contribuir a su recuperación. Hubo mucho interés y preocupación en promover la leche humana y sostener su utilización en los niños prematuros y lactantes enfermos. Por otro lado, la cirugía, la anestesia y el manejo postoperatorio inmediato se volvieron más seguros aumentando las indicaciones quirúrgicas en la infancia. El mejor conocimiento de la clínica y el intenso desarrollo de la tecnología de estudios complementarios incrementó el número e importancia de las subespecialidades pediátricas (Croce, 2003).

En esta misma época, la insistencia del Dr. Florencio Escardó sobre los daños que producía el hospitalismo y la necesidad de la internación conjunta de la madre con su hijo, comenzó a ser implementada en los servicios hospitalarios. Por otro lado, la “nursery” clásica de los Servicios de Neonatología comenzó a cuestionarse y de esta manera nacieron los sectores de alojamiento conjunto o “rooming in”, donde el recién nacido se encuentra junto a su madre desde el momento del nacimiento, favoreciendo la formación del vínculo madre-hijo y la lactancia materna (Puga, 1997).

Por su parte, la política nacional llevada adelante por el Dr. Arturo Oñativia “puede ser incluida dentro de la concepción del Estado de Bienestar” (Novick, 1992:193). Durante su administración la tendencia descentralizadora adquirió prudencia y moderación. Asimismo, puso en práctica una legislación para el control de medicamentos considerado uno de los puntos críticos en la prestación de los servicios médicos en el país. Lamentablemente el golpe de 1966 que instauró el gobierno de la denominada Revolución Argentina inició una reducción de la actividad del Estado. Se implementó

una racionalización y tecnificación administrativa, mientras se retomó el proceso de transferencia de los hospitales nacionales a las provincias.

A partir de los setenta, en el ámbito nacional, se comenzó a aplicar un programa destinado a la protección de la salud de la madre y el niño. En el ámbito de la Ciudad, se dictaron numerosas disposiciones vinculadas con la vigilancia epidemiológica y el reordenamiento de recursos en el área materno infantil, creándose las unidades y secciones de pediatría en los hospitales municipales.

Con el golpe de 1976 comenzó el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la instauración progresiva de políticas sociales neoconservadoras. El gobierno militar promovió la expansión del sector privado¹⁰ mediante el aumento del gasto de obras sociales que reconstruían sus servicios, estableció la libertad de afiliación de los trabajadores, transfirió los servicios nacionales a la órbita de las provincias y estableció aranceles para acceder a ciertos servicios del sector público. “También se inicia y difunde una modalidad mixta de contratación en la que la obra social establece convenios por capitación con la entidad intermedia y ésta le paga por prestación a sus proveedores” (Katz et. al., 1993).

Finalmente, el gobierno alfonsinista aportó algunas ideas para regular la producción de medicamentos y la importación de aparatología y presentó al Congreso el proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud, enviado por el entonces Ministro de Salud y Acción Social Dr. Aldo Neri; este proyecto originó un intenso debate entre los funcionarios del gobierno y los sindicatos. “A la crisis económica, la escasez de fondos disponibles y el escepticismo de los encargados de generar cambios en las políticas, se sumaba la crítica generalizada acerca de lo improductivo del gasto en esta área: gasto desmedido en aparatología y medicamentos, pobre implementación de estrategias de atención primaria, fuerte sub-utilización del sector público (...) perpetuación de esquemas burocráticos, etc.” (Novick, 1992:195). En síntesis, el debate político-ideológico no permitió avanzar con el proyecto del seguro nacional de salud, proyecto que tampoco podrá concretarse en el futuro y que determina por definición la ausencia de una organización que al menos en su sentido esencial garantice servicios homogéneos y equitativos para la ciudadanía, independientemente de su condición laboral, social, lugar de nacimiento o residencia, edad, género o raza.

3. Las políticas y programas de salud a partir de 1990.

A mediados de la década de 1990, conforme al principio federal establecido en la reforma de 1994 de la Constitución Nacional, se reunió la Convención Constituyente de la Ciudad con el objeto de afirmar su autonomía y organizar sus instituciones, promulgando en octubre de 1996 la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como estatuto organizativo. Este antecedente se constituyó en la referencia fundamental de la normativa sancionada a partir de 1990.

En su Preámbulo se declaran los valores sociales y principios básicos de promoción del desarrollo humano: libertad, igualdad, solidaridad, justicia y derechos humanos. En el título primero, Derechos y Garantías, se recogen las orientaciones más actuales sobre derechos humanos; en su título segundo Políticas Especiales, capítulo segundo Salud, “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 (...) y se aseguran las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.” (Art. 20). Asimismo, prevé la sanción de una Ley Básica de Salud, conforme a lineamientos que se detallan en el Artículo 21 y entre los que se destacan que la Ciudad conduce, controla y regula el sistema de salud; el área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de la atención primaria jerarquizando el primer nivel; promueve la maternidad y paternidad responsable y en lo referente a la infancia, “garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, propendiendo a su normal crecimiento y con especial dedicación hacia los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos” (Art. 21, inciso 5). Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en su Capítulo Décimo Artículo 39, los reconoce como sujetos activos de sus derechos, les garantiza su protección integral y que deben ser informados, consultados y escuchados, respetando su intimidad y privacidad. Es decir, en la Constitución de la Ciudad se ratifican los principios básicos de una política de salud sustentada en los derechos humanos, que garantiza la equidad en el acceso de la población a los servicios personales y en la protección de la salud colectiva.

Ante la necesidad de implementar un sistema desconcentrado de la atención de la salud, con el fin de reorganizar los servicios y recursos por niveles de atención y buscando jerarquizar el primer nivel, se puso en marcha el Plan Médicos de Cabecera (Decreto 456 – 23/10/96 – B.O. 90). Los beneficiarios son los habitantes de la Ciudad con domicilio real en ella que no cuentan con cobertura de salud o los habitantes que teniendo cobertura, pertenecen a una obra social, mutual y/o prepaga que tiene convenio con el gobierno de la Ciudad. Los principios rectores del programa son la atención personalizada y el seguimiento continuo y particularizado de cada persona para favorecer no sólo el cuidado durante la enfermedad sino también la prevención de la salud y la integración entre el vecino, el médico y el hospital. En el caso de los niños, cuenta con pediatras que además de atenderlos efectúan el seguimiento del programa de vacunación.

Teniendo en cuenta los derechos de los ciudadanos, la Legislatura, a fines del año siguiente sancionó la Ley 114 (3/12/98 – B.O. 624) sobre la Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Según lo especifica esta Ley, la protección integral está conformada “por todos y cada uno de los derechos a ellos reconocidos y los que en el futuro pudiera reconocérseles”. Bajo el Título II Principios, derechos y garantías se detallan los mismos: derecho a la vida, a su disfrute y protección; derecho a la libertad, dignidad y respeto; garantías procesales; derecho a la identidad y a su protección; derecho a la salud; derecho a la convivencia familiar y comunitaria; derecho a la educación con miras a su desarrollo integral; derecho a la recreación, juego, deporte y descanso; derecho a no trabajar y derecho a la libre expresión, información y participación. Específicamente en lo relacionado a la salud y a los efectos de garantizar la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, se asegura su acceso gratuito, universal e igualitario sobre la base de la solidaridad. A su vez, el Art. 23 detalla las medidas que debe adoptar el gobierno para garantizar el cumplimiento de la Ley, entre ellas: reducir la

morbimortalidad; combatir las enfermedades y la malnutrición; asegurar que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de la salud, de la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y todas las medidas de cuidado y prevención; desarrollar la atención sanitaria preventiva y la educación en materia de salud sexual y reproductiva; vacunación gratuita según el esquema vigente y garantizar la atención de la salud a toda adolescente embarazada. En lo que respecta a la atención perinatal (Art. 24), los establecimientos públicos y privados que realicen atención del embarazo, del parto y del recién nacido, están obligados a realizar exámenes a fin de determinar el diagnóstico y la terapéutica de anormalidades en su metabolismo y ejecutar acciones programadas teniendo en cuenta los grupos de mayor vulnerabilidad para garantizar el adecuado seguimiento del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Esta Ley contempla los fundamentos de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, convertida en Ley Nacional 23.849 en 1990 e incorporada al Art. 75 inciso 22 de la Constitución Nacional de 1994. Es decir, reconoce a los niños como titulares de los derechos que poseen los adultos, sumándoles otros derechos especiales propios de su edad y abandona la concepción del niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad.

Poco tiempo después, la Legislatura de la Ciudad promulgó la Ley 153 (25/02/99 – B.O. 703), Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Esta Ley garantiza, como lo indica en su Art. 1º, el derecho a la salud integral a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes. Esta concepción de la salud está vinculada con la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. Asimismo se sustenta en la cobertura universal de la población, en la solidaridad social como filosofía rectora del sistema y en la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control como medio de promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo. Otros dos principios que merecen destacarse son el acceso y utilización equitativos de los servicios que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, y que la organización y desarrollo del área estatal se efectúe conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.

Bajo el Título III Subsector estatal de salud, en el Art. 14º, se detallan los objetivos del subsector estatal, entre los que merecen citarse, por estar relacionados directamente con la problemática investigada, los dos primeros. El primero se refiere a que el subsector estatal debe contribuir a disminuir 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 reducibles. El segundo especifica que se deben 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 y generar condiciones adecuadas de nutrición.

La reglamentación de esta Ley se realizó dos años más tarde mediante Decreto 208 (09/03/01 – B.O. 1149) modificándose algunos artículos, en especial el Art. 4º, donde se especificaban los derechos de las personas en los ítems referidos a la intimidad,

privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad, el acceso del paciente a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y el consentimiento de éste, previo a la realización de estudios y tratamientos¹¹. En cuanto a la internación conjunta madre-niño se reglamentó que los centros asistenciales adecuarán las estructuras de los servicios básicos requeridos para asegurar la internación conjunta de la madre y el niño hasta los catorce años.

En síntesis, esta Ley incluye una definición de salud (salud integral), adopta principios (cobertura universal y solidaridad) y prioriza un tipo de atención (estrategia de atención primaria) que tiene en cuenta las consignas impulsadas por la Organización Mundial de la Salud durante la década de 1970¹², en pos de la “Salud para todos en el año 2000”, que después de veintinueve años de planteada continúa siendo una meta a alcanzar.

Al año siguiente, se promulgó la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, cuyos objetivos generales son garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos; garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio y disminuir la morbilidad materna infantil (22/06/00 – B.O. 989). Posteriormente, mediante la Ley 439 se modificaron algunos artículos, con el objeto de incorporar en el Art. 5º el respeto de las creencias y valores de la población; en el Art. 7º la aclaración que los métodos anticonceptivos que se prescriban serán voluntariamente elegidos por las/los beneficiarios luego de ser informados por los profesionales¹³. Finalmente en su Art. 8º se faculta a incorporar nuevos métodos de anticoncepción (13/07/00 – B.O. 997). Es necesario recordar que en la Ciudad, la primera experiencia programática en el campo de la planificación familiar fue impulsada en 1988, momento en el que se creó, como experiencia piloto, el Programa Procreación Responsable, destinado a suministrar asistencia en anticoncepción a la población usuaria de los servicios de la red asistencial pública de la Ciudad; de esta manera se equiparó a la brindada en los servicios de las obras sociales y privados. En los primeros años, su desarrollo estuvo dificultado por discontinuidades en el abastecimiento y entrega gratuita de métodos anticonceptivos, además de estar acotado a un reducido número de establecimientos de la red municipal. Desde 1995, por iniciativa de la Legislatura de la Ciudad, este programa cuenta con una partida presupuestaria especial que le confirió estabilidad y la expansión de la red asistencial (Ramos et. al., 2001).

A fines del mismo año, ante el proceso de pauperización creciente y debido a la gran heterogeneidad de los sectores más pobres, y con el objeto de lograr un abordaje integral de los grupos familiares más necesitados, se creó el Programa de Centros Médicos Barriales destinado a la atención integral del grupo familiar dentro del marco del Plan Médicos de Cabecera. Estos centros nuclea a médicos de cabecera de distintas especialidades y están ubicados en las áreas donde reside población “con riesgo aumentado”. Sus objetivos son: incrementar la accesibilidad a la atención de la salud de las poblaciones con riesgo aumentado en zonas identificadas como prioritarias, disminuir la morbilidad materno-infantil en estas zonas y disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes (Decreto 2132 – 29/11/00 – B.O. 1084). Este programa está inserto en la política de descentralización

hospitalaria de la atención primaria y estaría concebido, al igual que los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), para atender a los sectores que carecen de cobertura de salud sin que deban salir del barrio. Estos centros barriales¹⁴ fueron distribuidos por toda la Ciudad en especial en la zona sur.

También a fines del 2000 y como estrategia de prevención para la salud infantil, se implementó el Programa de Pesquisa Neonatal (PPN), creado por la Coordinación de Redes de Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad, con el objeto de prevenir patologías de forma temprana en los recién nacidos. El análisis que se efectúa consiste en extraer una gota de sangre del talón del recién nacido para realizar estudios que permitan descubrir enfermedades tales como: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y fibrosis quística, que si no son tratadas a tiempo pueden causar daños irreversibles en el sistema nervioso central. Este programa se lleva a cabo en las doce maternidades de los hospitales de la Ciudad y en los tres hospitales pediátricos.

En el 2001, considerando las cifras oficiales que indicaban que “entre el 25 y el 30 por ciento de las embarazadas que llegaban al parto en los hospitales públicos no se habían hecho ningún chequeo y que sólo un 25 por ciento había hecho alguna consulta durante el primer trimestre de la gestación, la mayoría de las veces por falta de orientación e información”, la Dirección General de Atención Médica (SAME) implementó a comienzos del año, el Servicio de Atención Telefónica Perinatal. Dicho servicio recibe las consultas y dudas referentes a salud durante el embarazo y la lactancia y brinda un servicio de ayuda y contención telefónica y toda la información referente a los lugares posibles de atención cercanos a los domicilios de los consultantes (Resolución 772-SS-01 – 04/04/01 – B.O. 1174).

Un objetivo de trascendencia para el futuro desarrollo del sistema de salud de la Ciudad fue la implementación, en el período 2001-2002, de un proyecto con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este proyecto de cooperación técnica tuvo como objeto mejorar la calidad y la eficiencia en la atención de la salud en la Ciudad, mejorando la provisión de insumos médicos mediante la consolidación de listados terapéuticos, perfeccionando procedimientos de adquisición de medicamentos, material descartable e insumos esenciales para optimizar la relación costo-efectividad, costo-eficiencia y costo-beneficio, profesionalizando la gestión hospitalaria (Mazza, 2005). La meta principal del programa fue mejorar el estado de salud de la población mediante el perfeccionamiento del acceso al sistema y la extensión de la cobertura, enfatizando las cuestiones de equidad en el acceso a los medicamentos esenciales y su uso racional, una mejor distribución de los servicios, una aplicación correcta de la tecnología y un mejoramiento en el tratamiento de las enfermedades.

Finalmente, en el año 2002, frente a la crisis económica y social que estalló en diciembre de 2001, la Legislatura de la Ciudad, con el propósito de garantizar la continuidad de la atención de la salud de la población, sancionó la Ley 752 de Protección de Derechos y Atención de la Salud Frente a la Crisis Económica y Social (14/03/02 – B.O. 1426). Esta Ley dispuso varias medidas para garantizar las prestaciones del primer, segundo y tercer nivel de atención en los efectores de salud del subsector estatal. Entre ellas se destacan la compra en forma directa, hasta fines del 2002, de los insumos necesarios para la normal prestación del subsector estatal

y el impulso a la producción, el fraccionamiento y la adquisición de medicamentos genéricos. Por otra parte, entre las estrategias que utilizó la Secretaría de Salud para enfrentar la crisis y garantizar los insumos esenciales pueden mencionarse: el control permanente del estado del stock, se estableció un clearing interhospitalario para garantizar que los hospitales compartieran los insumos, se centralizó el sistema de compras para adquirir insumos críticos e imprescindibles, se estableció un mecanismo de seguimiento de la evolución de los precios y se constituyeron Comités de Crisis y Fondos de Crisis en los hospitales.

Puede afirmarse que a partir de la promulgación de la Constitución de la Ciudad, mejorar el sistema de salud se convirtió en un objetivo prioritario de gestión. Tanto el discurso político como los programas desarrollados destacaron la importancia de la atención primaria como la estrategia más adecuada para enfrentar la problemática de la salud de una manera integrada. La desconcentración y optimización de los servicios, a partir de la implementación del Plan Médicos de Cabecera, los Centros Médicos Barriales y la inauguración de nuevos Centros de Salud y Acción Comunitaria, tuvo como objetivo introducir una nueva modalidad de atención para dar respuesta a las necesidades de salud de la familia y por otro lado, permitir que los hospitales de agudos y los especializados pudieran dedicarse a su función específica: la atención de pacientes que requieren prestaciones de un mayor nivel de complejidad. Hacia fines del período analizado la Ciudad cuenta con 34 Centros de Salud y Acción Comunitaria, 28 Centros Médicos Barriales y con 256 profesionales que atienden en sus consultorios privados a los beneficiarios del Plan Médicos de Cabecera. La red de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad se distribuye entre los diferentes barrios, especialmente en la zona sur, considerada la más desprotegida.

En los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) se implementaron las acciones de promoción y protección de la salud, a través de distintos programas: Programa Materno-Infantil; Salud Reproductiva; Control del niño sano y del niño desnutrido; Salud escolar; Inmunizaciones, Prevención del cáncer en la mujer; Tuberculosis; Educación para la Salud; Salud Mental, prevención de accidentes; Integración comunitaria de discapacitados; Tratamiento de las adicciones; Violencia familiar; SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y Enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, asma y epilepsia).

En estos centros las consultas se mantuvieron estables desde mediados de la década de 1990, con un leve repunte en el 2002; el incremento observado a comienzos de los noventa se debe a la apertura de nuevos centros en las cercanías de los barrios carenciados de la Ciudad.

Por su parte, en los Centros Médicos Barriales o en los consultorios particulares de los Médicos de Cabecera, los médicos pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos, realizan controles de salud, tratamiento de las enfermedades más frecuentes y desarrollan actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud. Los estudios de diagnóstico y tratamientos especializados se realizan en el segundo nivel de atención¹⁵, en el hospital que le corresponde al barrio del paciente.

Como ya se señalara, a partir de la sanción de la Constitución de la Ciudad, comienza a observarse una mayor preocupación en las autoridades por las acciones

de promoción y protección de la salud. La mayor importancia que hasta ese momento tuvo la visión reparadora se encuentra en la opinión de Aldo Neri al hacerse cargo de la Secretaría de Salud, a mediados del 2001, quien advertía¹⁶ un “desbalance en el nivel de atención primaria” y que el sector hospitalario “tuvo un crecimiento mayor a la atención primaria” (CBA, 2001:6). Afirmó que el problema de la atención primaria no se debe a la falta de recursos sino a que los centros de salud “no están montados dentro de una estructura que mejore su llegada a la gente para que conozcan las utilidades que pueden brindarles” (CBA, 2001:7). También destacó la importancia de atender el nivel local, representado por los barrios, porque en la medida en que los programas sociales se puedan integrar en ese nivel, no sólo serán más eficientes, sino que integrarán mucho mejor la orientación de la familia, su apoyo y seguimiento, haciendo converger todas las problemáticas en un solo lugar. Asimismo insistió en que había que profundizar el proceso de descentralización, que los hospitales debían tener mayor autonomía de funcionamiento para la captación de beneficiarios de la seguridad social y del sector privado y que debería superarse, poco a poco, “la imagen del hospital como un lugar para pobres”, ya que en los países donde el hospital público es mejor se atienden allí las distintas clases sociales. Por otro lado ponderó, como proyecto de largo plazo del gobierno, el seguro único de salud para que el llamado indigente asistencial fuera cubierto por ese seguro.

En cuanto a la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades, se implementó el programa “Presupuesto Participativo”¹⁷ que recién fue incorporado al presupuesto general de la Ciudad a mediados del año 2002, una vez que el presupuesto de ese año estaba en ejecución. Se desarrollaron dieciséis foros barriales que se constituyeron con ocho comisiones temáticas (una de las cuales era salud). En ellos participaron 4.500 vecinos que definieron 338 prioridades barriales para ser realizadas durante el segundo semestre del año (Secretaría de Descentralización y Participación Ciudadana, 2002b). Entre las prioridades de salud solicitadas por los vecinos se encuentran las referidas a: carencia de infraestructura y falta de mantenimiento de la existente¹⁸; problemas en la atención de la salud¹⁹ y también los referidos a comunicación social y participación ciudadana²⁰. Tres años más tarde, en el año 2005, la Legislatura local sancionó la Ley Orgánica de Comunas, prevista en la Constitución de 1997, que permitirá la descentralización de la gestión de gobierno en los distintos barrios agrupados en Comunas. Recién a partir de esta ley se garantiza la participación de los vecinos de cada Comuna en la formulación del anteproyecto de presupuesto y en el control de su ejecución. Es decir, recién a partir de la implementación de esta ley, la población comenzará a participar en la determinación de sus necesidades. Hasta ese momento el presupuesto de la Ciudad estaba formulado en función de la demanda espontánea atendida, desconociéndose la necesidad pública total. No existen registros ni estudios de demanda insatisfecha ni es suficiente el conocimiento acerca del perfil de salud-enfermedad de la población. Puede afirmarse que los presupuestos de salud de la Ciudad, hasta el momento, no tuvieron en cuenta la realidad y se basaron en estimaciones provenientes de la demanda espontánea satisfecha que en los hospitales no proviene sólo de residentes.

Con respecto a la política nacional, cabe mencionar los antecedentes que sirvieron de marco normativo para las acciones llevadas a cabo en el nivel local, con especial referencia a los programas que tuvieron como propósito lograr la equidad en la salud

de la primera infancia. A comienzos de la década de 1990, frente a la crisis económica del momento, las autoridades sanitarias nacionales y de las distintas jurisdicciones del país, integradas en el Consejo Federal de Salud (COFESA), firmaron el Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud, ratificando los principios básicos de una política de salud sustentada en la justicia social. Se destacó “claramente la responsabilidad del Estado en sus distintos niveles jurisdiccionales – nacional, provincial y municipal- como reasignador de los recursos sociales para garantizar la equidad en el acceso de la población a los servicios personales y en la protección de la salud colectiva” (MSAS, 1991:5). Asimismo, se afirmó que “la transformación del Estado en el área de salud pasa entonces por la descentralización en distintos niveles, generando nuevas formas institucionales de planificación y administración que aseguren la participación, la concertación y el control social sobre la gestión de los servicios públicos” (MSAS, 1991:6). Se definió un marco doctrinario en el que deberá basarse el proceso de transformación que incluye los principios rectores del sistema²¹ y las funciones del Estado, como garante del sistema. También se sostuvo que el Estado Nacional deberá fortalecer su función de orientador, conductor, articulador y distribuidor de recursos; que el Estado provincial será el responsable de la política de salud de su jurisdicción y de la administración de la red pública de servicios de salud como también de la fiscalización del sistema y que los Municipios deberán asumir la planificación de su sistema de salud en forma concertada con el Gobierno Provincial. La descentralización hospitalaria, prevista por Decreto 9/93, se puso en marcha a través del Decreto 578/93 que establece la creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión (Belmartino, 2005). De esta manera concluyó el proceso de descentralización con el traspaso a la Ciudad de los últimos hospitales que pertenecían aún a la órbita nacional²².

El amplio consenso logrado en el país para otorgar alta prioridad política a las acciones a favor de la niñez se puso de manifiesto tanto en las iniciativas legislativas e institucionales llevadas a cabo, como en la instrumentación de políticas públicas consecuentes. En 1990, Argentina ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño²³ y al año siguiente, con la firma de los Jefes de los Programas Materno Infantiles provinciales, las sociedades científicas y UNICEF, se formalizó el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño y se fijaron metas para el año 2000 con sus respectivas líneas de acción. A comienzos de 1993 se anunció el Plan Nacional de Acción en favor de la Madre y el Niño y por Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 443/93 se aprobó el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), destinado a mejorar la calidad de vida de las mujeres en edades fértiles y de los niños menores de seis años en situación de pobreza crítica. Al año siguiente, el Presidente de la Nación, los Gobernadores Provinciales y el Intendente de la Ciudad de Buenos Aires, firmaron el Pacto Federal en favor de la Madre y el Niño por el cual, según lo establecido, cada distrito elaborará su propio plan.

Las metas²⁴ definidas son veintidós y cubren las áreas de salud infantil, salud materna y nutrición. Para la salud infantil abarca aspectos tales como: la reducción de la tasa de mortalidad de menores de un año y de menores de cinco años, mantener la cobertura nacional de inmunizaciones, eliminar el tétanos neonatal, controlar el sarampión y reducir la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas, por diarrea y por accidentes en los menores de cinco años. Con respecto a la salud materna: reducir la mortalidad materna, aumentar la cobertura de las

embarazadas con toxoide tetánico, aumentar la detección temprana del embarazo, asegurar un mínimo de cinco controles preparto y uno postparto, reducir la mortalidad fetal tardía y el bajo peso al nacer y desarrollar programas de procreación responsable. Por último, las metas de nutrición: aumento de la lactancia materna y disminución de la malnutrición severa, aumento de control del crecimiento y desarrollo de la primera infancia y el control de las deficiencias de yodo y hierro (MSAS, 1999).

Las líneas de acción fueron desarrolladas a través del Programa Nacional de Salud Materno Infantil, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, los Programas Especiales (de erradicación del sarampión, de la poliomielitis y del tétanos neonatal), el Programa Nacional de Prevención de Accidentes y el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). En el 2000, frente a la necesidad de establecer estrategias para la atención primaria de la salud que permitieran la descentralización y racionalización de los recursos y basado en la experiencia realizada en la Ciudad, se creó el Programa Nacional de Médicos de Cabecera²⁵. También se creó la Unidad Coordinadora Ejecutora del Programa de Atención de la Salud Materno Infantil²⁶ para coordinar las actividades de la Dirección de Maternidad e Infancia con el PROMIN. Esta Unidad cooperó con las provincias mediante transferencias de fondos, según el grado de vulnerabilidad social de cada jurisdicción, para la compra de insumos, capacitación y recursos de asistencia técnica. El Programa suscribe “convenios de gestión anual con las provincias para apoyar sus esfuerzos en prevenir y atender la malnutrición y las enfermedades más frecuentes en la infancia, mediante fondos para compra de leche en polvo, medicamentos, equipamiento para servicios de baja complejidad, educación y comunicación social” (MSAS, 2000:35).

Asimismo, se actualizó, con criterios de solidaridad y equidad, el Índice de distribución de recursos del Programa Materno-Infantil. Se trabajó con una metodología basada en indicadores que reflejaran la situación de vulnerabilidad de la población objeto del Programa y que a su vez permitieran priorizarlas en cada jurisdicción²⁷. Los indicadores seleccionados fueron: la participación porcentual de las muertes de menores de un año en el total de defunciones²⁸, bajo nivel de instrucción de las madres, proporción de niños de 0 a 5 años en hogares con NBI y tasa de desocupación abierta. Este índice se actualizará anualmente, a fin de traducir las variaciones que se van produciendo en las situaciones de vulnerabilidad y necesidad en las jurisdicciones.

En el año 2001 se estipuló que en los programas alimentarios implementados por el Gobierno nacional dirigidos a niños y mujeres embarazadas, que incluyan distribución de leche entera en polvo, la misma deberá estar fortificada con minerales y vitaminas (hierro, zinc y ácido ascórbico). Esta normativa (Ley 25.459) es de suma importancia no sólo para el problema de nutrición de los niños sino también de las mujeres durante su embarazo, ya que previene deficiencias del peso al nacer de sus hijos.

En el año 2002, cuando se declaró la emergencia sanitaria, en el área de la salud materno infantil se fijaron como prioritarios tres ejes estratégicos: Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa de Salud Perinatal y Programa de Salud Integral del Niño. El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado por Ley Nacional N° 25.673/02, procuró dar respuesta al grave problema de

la mortalidad materna, basándose en la autonomía de las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo, transitorio, para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener. Esta Ley “es la primera en la historia argentina que asigna una partida del presupuesto nacional a la compra de anticonceptivos” (Gogna, 2005). Entre otras medidas, facultó a los hospitales y los centros de salud públicos y privados a entregar métodos anticonceptivos por demanda. La sanción de esta Ley constituyó un significativo avance en la medida en que formalizó la incorporación de la problemática de la salud sexual y reproductiva en la agenda del Estado nacional.

El Programa de Salud Perinatal propuso promover en todo el país la salud de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal, para disminuir la morbimortalidad materno-infantil. Sus objetivos son: mejorar la calidad de atención de los servicios perinatales en todos los niveles; promover redes de atención perinatales; mejorar la cobertura, disponibilidad y accesibilidad del control preconcepcional y prenatal; asegurar la atención del parto con el cumplimiento de condiciones obstétricas esenciales; garantizar la atención neonatal en el nivel de complejidad adecuado y el seguimiento del recién nacido de riesgo; promover la lactancia materna y desarrollar y/o perfeccionar los sistemas de registro para ser utilizados en el monitoreo y evaluación de la calidad de atención perinatal. Sus principales actividades son la transferencia de medicamentos esenciales para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido y la asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la transformación del modelo de atención en todos los servicios perinatales.

El Programa de Salud Integral del Niño²⁹ plantea un conjunto de actividades tendientes a alcanzar la cobertura universal de las acciones saludables para preservar y mejorar la salud integral del niño y corregir las fallas del sistema de atención. Propone la transformación del modelo y calidad de la atención en los servicios pediátricos de todos los niveles para dar respuesta a las necesidades de los niños, con énfasis en los de mayor riesgo biológico y social y con acciones centradas en el apoyo y sostén de la familia. Las actividades que se desarrollarán son de asistencia técnica y apoyo a las autoridades y equipos técnicos provinciales, transferencia de equipamiento, insumos y medicamentos esenciales para la atención del niño en las enfermedades prevalentes y la evaluación de los servicios sobre la base de la aplicación de normas de organización y funcionamiento.

Finalmente, a estos programas se agregó el Programa Remediar para garantizar el acceso a los medicamentos de quienes están bajo la línea de pobreza o sin cobertura de obra social, prepaga o mutual y que se atienden en los centros de atención primaria de la salud. Se instrumentará “mediante la compra de medicamentos, incluidos en un vademécum básico³⁰, que son distribuidos por operadores logísticos contratados mediante licitación pública nacional, en los centros de atención primaria provinciales, municipales y comunitarios de todo el país” (MS; 2002:5) a través de convenios de adhesión que se realizan con las provincias, donde se consignan los criterios de distribución de los medicamentos³¹.

Con respecto al sistema de atención de la salud, cabe destacar que en el ámbito nacional, durante la década de 1990, se inició un proceso de reforma que fue denominado “desregulación de obras sociales”. Si las anteriores buscaban llevar el sistema de salud a un modelo universal y de seguro único, esta reforma lo orientó hacia un mercado de seguro privado de atención gerenciada. “El eje de la reforma consistía en introducir la libertad de elección entre obras sociales, en una primera instancia, y en el futuro permitir la competencia con otros organismos” (González García y Tobar, 2004). La desregulación como tal comenzó en 1993, con el Decreto 9/93, que establecía que los beneficiarios del sistema de obras sociales tendrían libre elección de las mismas. Posteriormente, el Decreto 576/93 definió los alcances de este decreto y estableció una nueva reglamentación de la Ley de Obras Sociales (Ley 23.660) y del Sistema Nacional de Seguro de Salud (Ley 23.661).

Por otra parte, desde el año 1993 fueron modificadas en diversas oportunidades las alícuotas de las contribuciones patronales³² y el régimen de obras sociales³³. Una pieza clave en esta reforma consistió en la incorporación de una canasta básica de servicios a ser garantizada por las aseguradoras. El Decreto 247/96 aprobó el Programa Médico Obligatorio (PMO) que definía un grupo de prestaciones obligatorias y que fue modificado por Resolución 939/00 que estableció la obligatoriedad de un sistema de medicina familiar para el primer nivel de atención. Luego, en el contexto de emergencia del año 2002, se sancionó un Programa Médico Obligatorio de Emergencia “cuya intención fundamental fue ordenar las prestaciones garantizadas en base a criterios de medicina basada en la evidencia y costo-efectividad no contemplados en el PMO anterior. A este respecto, cabe acotar que más de 100 procedimientos diagnósticos y terapéuticos comprendidos en aquel PMO no respondían a ninguno de estos criterios” (González García y Tobar, 2004:289). Este programa redujo las prestaciones del anterior que era un programa voluntarista y de difícil instrumentación, pues los perfiles profesionales solicitados no podían ser alcanzados dado el reducido número de especialistas en medicina familiar capacitados en el país.

Puede afirmarse que durante la década de 1990 predominaron en el discurso político las referencias a las mejoras que pudieran obtenerse en productividad y competitividad. Las reformas estructurales en salud fueron enfocadas a eliminar la ineficiencia del sector y para ello se introdujeron instrumentos de mercado, como la competencia. Este intento de mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos por la vía de la competencia, partiendo de una base muy inequitativa y desigual en la distribución de los recursos en salud, terminó dando por resultado incrementos en la inequidad. En un sistema de mercado, la salud está regida en gran medida por los intereses de la industria de tecnología médica, los laboratorios y el gerenciamiento de las obras sociales y las prepagas. Por lo tanto, “los principales instrumentos de reforma sancionados a partir de 1993 no lograron imponerse. El fracaso pudo deberse en este caso a la falta de adecuación de la estrategia de cambio identificada: la posibilidad de introducir reglas de juego basadas en la competencia, en un mercado anteriormente regulado por relaciones entre corporaciones, olvidando o descuidando el hecho de que la construcción de una nueva forma de mercado no requiere solamente la desregulación de la anterior, sino también el empleo de nuevas normas que orienten el tipo de competencia que se procura imponer.” (Belmartino, 2005:211).

A modo de conclusión, se observó durante el período analizado, especialmente a partir de la autonomía de la Ciudad, una creciente voluntad legislativa para mejorar el sistema de salud. La Constitución de la Ciudad y posteriormente la Ley Básica de Salud, fueron el inicio del proceso de modificación de la concepción de salud, que a partir de allí, privilegió una visión integral fortaleciendo la estrategia de atención primaria.

La política de la Secretaría de Salud planteó una serie de acciones a implementar, entre las que se destacan por su importancia: fomentar la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades de salud e incrementar la accesibilidad geográfica y social mediante el fortalecimiento de los centros de salud, los médicos de cabecera y la incorporación de nuevas modalidades de atención (servicios domiciliarios, móviles sanitarios y consultas telefónicas). Pero, una cosa es la formulación de propósitos y otra los programas que se implementan para lograrlos.

La expansión del Plan Médicos de Cabecera (que incorporó los Centros Médicos Barriales) a los que se suma los CESAC y los consultorios externos y las guardias de los hospitales dependientes del gobierno local, reflejan una superposición de servicios en la red de salud. La oferta del gobierno local a su vez se complementa con las obras sociales y el sector privado, que por no existir información centralizada no pudo ser incluida en este análisis. Por su parte, el fortalecimiento de los efectores desconcentrados y la incorporación de nuevas modalidades de atención no parecen haber mejorado su llegada a la población. Basta mencionar los problemas señalados por los vecinos en los foros barriales del año 2002 donde se solicitó incrementar las campañas de difusión de los distintos programas y la aún baja proporción de inscriptos en el Plan Médicos de Cabecera en relación a la población sin cobertura³⁴. Asimismo, pareciera que los CESAC desvirtuaron la misión para la que fueron creados, circunscribiéndose a atender la demanda espontánea, dejando de lado la acción comunitaria y desconociendo las necesidades de salud de la población de sus áreas de influencia. Será necesario un cambio copernicano para que exista un lazo más fuerte entre las familias y los centros, fortaleciendo la acción comunitaria de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Bibliografía

- Alleyne, G. A. O. (2002). La equidad y la meta de Salud para Todos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 11. N°s. 5/6.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Argentina: Siglo veintiuno editores.
- Belmartino, S. (1996). Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40. En M. Z. Lobato (Ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Universidad Nacional de Mar del Plata: Editorial Biblos.
- Billorou, M. J. (2004). Esta sociedad ha llegado en un momento oportuno: nació aunando pensamiento y ejecución. La creación de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires. En A. Alvarez, J. Molinari y D. Reynoso (Eds.) *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX*. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Ceriani Cernadas J. M. (2004). Mis recuerdos de los primeros años del Servicio de Neonatología. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 23 (4).

- Croce, P. A. (2003). *Historia de la Casa Cuna. Los primeros 224 años ... y lo que vendrá*. Disponible: <http://www.portalplanetasedna.com.ar> Acceso el 22-11-2005.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005). *Versiones Taquigráficas, Período 1997-2004*, Versión en CD del 4-01-05.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2000). *Ley de salud reproductiva y procreación responsable*. Buenos Aires: Boletín oficial N° 989.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (1999). *Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Boletín oficial N° 703.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (1997). *Constitución de la Ciudad de Buenos Aires*. Estatuto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires: Editorial Martino.
- Gogna, Mónica (2005). *Estado del Arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002)*. Buenos Aires: CEDES-CLAM.
- González García, G. y Tobar F. (2004). *Salud para los argentinos*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- Katz, J. M., Arce H. y Muñoz A. (1993). El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales. En Jorge Katz y colaboradores. *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. C. (1992). La política social en el proyecto neo-liberal. Necesidades económicas y realidades socio-políticas, Rosario. Santa Fe: *Cuadernos Médicos Sociales* N° 60. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- Mazza, P. (2005). *El caso de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires durante la crisis política, económica e institucional del período 2001-2002*. Tesis de maestría no publicada. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. ISALUD. Buenos Aires.
- Mazzeo, V. (2006). *La inequidad en la salud-enfermedad de la primera infancia. Las políticas de salud y la capacidad resolutoria de los servicios en la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de doctorado no publicada. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social (2000). *Políticas de Salud*. Buenos Aires.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. *Versiones taquigráficas de las Sesiones del Honorable Concejo Deliberante, Período 1885-1945*.
- Novick, S. (1992). *Política y población. Argentina 1870-1989*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina N°s. 353 y 354.
- Pagani, E. y Alcaraz M. V. (1988). *Las nodrizas en Buenos Aires. Un estudio histórico (1880-1940)*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. Serie Conflictos y procesos de la historia argentina contemporánea N° 14.
- Pérez Irigoyen, C. (1989). Política pública y salud. En Isuani, E. et.al. *Estado democrático y política social*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Puga, T. F. (1997). *Reseña histórica de la pediatría Latinoamericana*. Disponible: <http://www.asociacionmedicaargentina> Acceso el 22/11/2005.
- Ramos S., Gogna M., Petracci M., Romero M. y Szulik D. (2001). *Los médicos ante la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?*. Buenos Aires: CEDES.
- Rawson, G. (1876). *Conferencias sobre higiene pública dadas en la Facultad de Medicina de Buenos*.
- Rodríguez, O. (1936). *La protección social del recién nacido. Bases para una legislación en la República Argentina*. Buenos Aires: Ed. Aniceto López.
- Secretaría de Descentralización y Participación Ciudadana del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2002 a). *Reglamento del Presupuesto Participativo*. Disponible: http://buenosaires.gov.ar/pp/?menu_id=15565 Acceso el 23/02/2005.
- Secretaría de Descentralización y Participación Ciudadana del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2002 b). *Matriz del Plan de Prioridades Barriales*. Disponible: http://buenosaires.gov.ar/pp/?menu_id=15512 Acceso el 23/02/2005.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.

-
- ¹ En el quinquenio 1870-1874 la tasa de mortalidad infantil fue 267 por mil y la tasa de mortalidad de la primera infancia fue 363 por mil.
 - ² Este hospital se inauguró en 1774 como una sala de trece camas, ubicado en la actual calle Bartolomé Mitre al 800. En 1822, Rivadavia lo hizo depender del gobierno de la provincia de Buenos Aires y lo amplió; en 1825 contaba con 65 camas. En 1852 pasó a depender de la Sociedad de Beneficencia y en 1887 se trasladó a Palermo y se lo nombró Hospital Rivadavia. En 1946 se convirtió en hospital mixto y pasó a depender del Estado.
 - ³ La Sociedad Argentina de Pediatría se fundó el 20 de octubre de 1911.
 - ⁴ Este hospital se ubicaba en la calle Victoria (hoy Hipólito Irigoyen). Su capacidad inmediatamente resultó insuficiente por lo cual se lo trasladó, en 1876, a una nueva sede en Arenales 1462. Veinte años más tarde se inauguró la sede de la calle Gallo y en 1946, al conmemorarse el centenario del nacimiento del primer pediatra argentino Ricardo Gutiérrez, que fue su director durante dos décadas, por Ley N° 14.649 se lo denominó "Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez".
 - ⁵ En el quinquenio 1885-1889 la tasa de mortalidad infantil fue 185 por mil y la tasa de mortalidad de la primera infancia fue 286 por mil.
 - ⁶ El modelo de seguro social, acuñado por Bismarck en Alemania en la década de 1880, limita la cobertura a los asalariados y a los familiares que se consideran económicamente dependientes; se financia principalmente por el aporte de los asegurados y por las contribuciones patronales. Se contraponen al esquema de seguridad social, asociado al modelo laborista anglosajón, que pretende cubrir a toda la población independientemente de la actividad que realice y se financia con diversos recursos, entre ellos las rentas generales.
 - ⁷ Vinculado al Decreto 30.565 del 15 de noviembre de 1944 que crea la Comisión de Servicio Social. Esta Comisión tenía a su cargo la implantación de los servicios sociales en los establecimientos donde se prestaban tareas retributivas. Estos servicios consistían entre otros en: atención médica gratuita, atención farmacéutica y suministro de artículos de consumo a precios de costo, cocina y comedor para uso del personal. La literatura especializada la considera el embrión de las futuras obras sociales sindicales.
 - ⁸ El Primer Plan Quinquenal incorpora este reconocimiento, basándose en las "ansias de justicia y respeto a nuestras libertades fundamentales" (Diario de Sesiones, reunión 85ª, 19 de diciembre de 1946, p. 504, citado en Belmartino, 1996:238).
 - ⁹ La primera terapia intensiva neonatal moderna fue creada sólo dos años antes, en 1966 en Yale, Estados Unidos.
 - ¹⁰ El sector privado importa tecnología gracias a ciertas exenciones impositivas que se otorgaron en la época (Ley 21.908 de 1978).
 - ¹¹ Por Decreto 2316/03 (B.O. 1826) se modifica el inciso h) puntos 3 y 5 de dicho artículo con el objeto de eliminar cualquier obstáculo legal para atender a los adolescentes que soliciten servicios de salud, ya que se presume que están en condiciones de formar juicio propio y tienen suficiente razón y madurez para ello.
 - ¹² En 1978 representantes de más de ciento treinta países se reunieron en Alma-Ata para firmar una declaración que proclamaba la existencia de desigualdad en el estado de salud de las personas.
 - ¹³ En todos los casos serán de carácter reversible, transitorio y no abortivos.
 - ¹⁴ Fueron 16 consultorios al inicio del Programa y llegaban a 28 consultorios en el 2002.
 - ¹⁵ Integrado por 13 hospitales de agudos y 20 hospitales especializados.
 - ¹⁶ Reportaje publicado en Revista Ciudad Abierta, Año 1, N° 7, pp. 4 a 7.
 - ¹⁷ El mismo promueve la participación de los habitantes de la Ciudad en el proceso de toma de decisiones y en el control de la gestión pública. Impulsa el libre acceso de los mismos al Ciclo de Asambleas Barriales, tanto a sus plenarias como a las Comisiones Temáticas (Secretaría de Descentralización y Participación Ciudadana, 2002a).
 - ¹⁸ Colocación de gas y arreglo de techos en el Hospital Rivadavia, conformación de dispensarios barriales para no sobrecargar las guardias de los hospitales, funcionamiento de un trailer sanitario e inauguración de nuevos CESAC.
 - ¹⁹ Priorizar el Plan Materno Infantil, crear un servicio que otorgue turnos telefónicos para descomprimir las colas de los hospitales, fortalecer el seguimiento y control de la salud escolar, ampliar los horarios de atención en los CESAC, falta de medicamentos en algunos hospitales y acelerar la entrega de turnos por parte de los médicos de cabecera ya que los turnos tenían como mínimo un mes de demora cuando tienen la obligación de darlos como máximo en una semana.
 - ²⁰ Impulsar la difusión del Plan Médicos de Cabecera, incrementar campañas de prevención de enfermedades, formar promotoras de salud comunitaria que emerjan de cada barrio, descentralizar el presupuesto de salud para mejorar y facilitar el control del mismo, mejorar la redistribución del

-
- sistema de salud y reglamentar el artículo de la Ley Básica de Salud vinculado a la participación comunitaria y a los Consejos locales de salud.
- ²¹ La salud como un medio para el logro del bienestar social, privilegiar la promoción y protección de la salud y respetar el principio participativo de representación.
- ²² En 1993 pasan a depender del municipio los hospitales: Rivadavia, Lagleyze, Santa Lucía, Udaondo, Borda, Moyano, Tobar García, María Ferrer y de Rehabilitación Psicofísica.
- ²³ A través de la Ley N° 23.849. La Convención fue incluida en el texto de la Constitución Nacional de 1994 en el Art. 75, inciso 22.
- ²⁴ Han sido elaboradas a partir de las aprobadas en la Reunión Cumbre en favor de la Infancia, celebrada en setiembre de 1990 en Nueva York.
- ²⁵ Por Resolución del Ministro de Salud N° 436/2000.
- ²⁶ Por Resolución del Ministro de Salud N° 2/2000.
- ²⁷ La metodología consiste en ponderar una base poblacional (promedio entre la cantidad de nacidos vivos y la cantidad de partos en el sector público y partos no institucionales) por un conjunto de indicadores que permitieran priorizar las situaciones relativas de mayor vulnerabilidad y necesidad.
- ²⁸ Se tomó este indicador y no la tasa de mortalidad infantil a fin de corregir distorsiones que afectan a las jurisdicciones con mayores problemas de subregistro.
- ²⁹ Se desarrolla a partir de la sanción de la Ley Nacional N° 29.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido.
- ³⁰ El vademécum está compuesto por 37 medicamentos en 50 presentaciones que alcanzan para tratar entre el 70 por ciento y el 80 por ciento de los motivos de consulta en atención primaria. La cobertura abarca desde lactantes hasta ancianos.
- ³¹ La cantidad de medicamentos se establece de acuerdo con la cantidad de consultas en aquellos centros que cumplen con ciertos requisitos mínimos de capacidad operativa.
- ³² Mediante el Decreto 2609/93 se disminuyeron las alícuotas; por Decreto 292/95 hubo una nueva rebaja y un mes más tarde por Decreto 492/95 se aumentaron las alícuotas al tiempo que se fijó otro valor para la cotización mínima por beneficiario titular.
- ³³ El Decreto 1141/96 completó la desregulación estableciendo la opción de cambio entre las obras sociales sindicales. El Decreto 1615/96 instituyó la Superintendencia de Servicios de Salud. Por Decreto 84/97 se estableció que las personas podían cambiar de obra social una vez al año. Por su parte, el Decreto 504/98 estableció la sistematización y adecuación del derecho de opción y derogó los Decretos 1560/96 y 84/97, preservando la opción de cambio una vez al año.
- ³⁴ La proporción de inscriptos en el Plan Médicos de Cabecera en relación a la población sin cobertura de salud fue de 21,5 por ciento en 2001 y subió al 47,2 por ciento en 2005.