Octubre de 2012

Documento de Trabajo: № 15

La salud en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un derecho vulnerado

Una mirada del primer nivel de atención de la salud de niños/as, adolescentes y personas afectadas en su salud mental

www.asesoriatutelar.gob.ar/publicaciones

Ministerio Público Tutelar
Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La salud en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un derecho vulnerado

Una mirada del primer nivel de atención de la salud de niños/as, adolescentes y personas afectadas en su salud mental

Documentos de Trabajo № 15
Octubre de 2012

Coordinación Técnica:
Julieta Parellada

Desarrollo de contenidos:
Integrantes de la Oficina de Atención Descentralizada Mataderos-Liniers, con la especial participación de Marcela Vargas y Juan Cruz Wiemeyer

Diseño de tapa:
Lisandro Aldegani, Mariana Piuma

Ministerio Público Tutelar de la CABA
Alsina 1826,
Tel. (5411) 5297-8015/8016
agt@jusbaires.gov.ar
www.asesoria.jusbaires.gov.ar

Estructura del Ministerio Público Tutelar de la CABA

› Asesoría General Tutelar
Asesora General Tutelar
Laura Musa
Secretaría General de Coordinación Administrativa
Rodolfo Medina
Secretaría General de Gestión
Secretaría General de Política Institucional
Ernesto Blanck

› Asesorías Generales Adjuntas
Asesora General Tutelar Adjunta de Incapaces
Magdalena Giavarino
Asesora General Tutelar Adjunta de Menores
María de los Ángeles Baliero de Burundarena

› Asesorías ante el Fuero CAyT
Asesor Tutelar ante la Cámara de Apelaciones № 1
Gustavo Moreno
Asesor Tutelar ante la Cámara de Apelaciones № 2
Juan Vicente Cataldo
Asesora Tutelar de Primera Instancia № 1
Mabel López Oliva
Asesor Tutelar de Primera Instancia № 2
Juan Carlos Toselli
Asesor Tutelar de Primera Instancia № 3
Jorge Luís Bullorini

› Asesorías ante el Fuero PCyF
Asesor Tutelar de primera instancia № 1
Carlos Bigalli
Asesoría Tutelar de Primera Instancia № 1
Alfonsina Dumon
Asesoría Tutelar de Primera Instancia № 2
M. de los Ángeles Baliero de Burundarena

› Oficinas por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia
La Boca - Barracas
Av. Alte. Brown 1250. Tel. 4302-1621
Villa Soldati - Nueva Pompeya
Av. Varela 3301. Tel. 4919-5908
Mataderos - Liniers
Cnel. Cárdenas 2707/15. Tel. 2053 -9702

Índice

5 I INTRODUCCIÓN

7 II MARCO NORMATIVO

7 2.1. Derecho a la salud
8 2.2. Atención Primaria de la Salud (APS)

9 III ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SUBSECTOR ESTATAL DEL SISTEMA DE SALUD EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

9 3.1. Organización territorial de la Atención Primaria de la Salud en la CABA
Áreas Programáticas y Regionalización
9 3.2. Organización por niveles de atención

13 IV DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIAL DEL ÁREA DE INCIDENCIA DE LA OAD ML: SUR DE LA COMUNA 9 Y SECTOR SUDOESTE DE LA COMUNA 8

13 4.1. Características Demográficas
14 4.2. Situación habitacional
14 4.3. Tipo de cobertura médica

15 V APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

15 5.1. Insuficiencia de personal profesional para la cobertura de las áreas de pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría), trabajo social y fonoaudiología
19 5.2. Escasez de actividades de prevención y promoción de la salud
21 5.3. Inexistencia de acciones específicas desde el primer nivel de atención de salud respecto a la problemática de adicciones

23 VI CONSIDERACIONES FINALES

25 VII APÉNDICE

I. Introducción

El presente informe es producto del trabajo de recolección de información tendiente a evaluar el funcionamiento de las políticas locales de salud destinadas a niños/as, adolescentes y personas afectadas en su salud mental –haciendo foco en la atención primaria de la salud– en los barrios de Villa Lugano, Villa Riachuelo, Mataderos y Parque Avellaneda, realizado por la Asesoría General Tutelar a partir de la apertura de su Oficina de Atención Descentralizada Mataderos-Liniers.

En el marco del ejercicio de las funciones reservadas a la Asesoría General Tutelar como cabeza del Ministerio Público Tutelar (MPT) por el ordenamiento normativo que regula el Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las Oficinas de Atención Descentralizadas (OAD) tienen entre sus principales objetivos el seguimiento, la supervisión y el monitoreo de las políticas públicas zonales y del funcionamiento de las agencias estatales con competencia en derechos de la infancia y la adolescencia.[1]

Durante el proceso de instalación y puesta en funcionamiento de la Oficina de Atención Descentralizada Mataderos-Liniers en junio de 2011, se iniciaron tareas de recolección de datos relacionadas con el derecho a la salud en la zona, que plantearon la necesidad de establecer los siguientes objetivos:

- Analizar la situación que atraviesan los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona de incidencia de la OAD Mataderos - Liniers (barrios de Villa Lugano, Villa Riachuelo, Mataderos y Parque Avellaneda).
- Identificar los nudos problemáticos que afectan el derecho a la salud de los niños/as, adolescentes y personas afectadas en su salud mental de dicha zona.

A los fines de la confección del presente diagnóstico, se llevaron adelante las siguientes acciones:

- Revisión de la normativa vigente
- Entrevistas con el Jefe Departamento del Área Programática de Salud del Hospital Santojanni, Dr. Ángel Marchetto.
- Entrevistas con los equipos directivos de 10 Centros de Salud y Acción Comunitaria ubicados en los barrios de Villa Lugano, Mataderos y Parque Avellaneda (CeSAC Nro: 3, 4, 5, 7, 13, 14, 28, 29, 37 y 44)[2]
- Relevamiento de las sistematizaciones de entrevistas producidos por la Oficina de Atención Descentralizada de V. Soldati – N. Pompeya.
- Entrevista con informantes claves de Servicio Social, Pediatría y Psicopedagogía en algunos de los CeSAC del área de incidencia de la OAD y Hospital Santojanni.
- Entrevistas con referentes del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la CABA.
- Entrevistas con referentes del Ministerio de Educación de la CABA para la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral.
- Participación en reuniones de redes locales con actuación territorial en villas, asentamientos y complejos habitacionales de las Comunas 8 y 9[3].
- Sistematización de consultas individuales recibidas en la OAD ML vinculadas al derecho a la salud.
- Relevamiento de datos estadísticos, informes y documentos oficiales sobre atención primaria de la salud en CABA.
- Análisis de la información solicitada y provista por la Dirección General de la Región Sanitaria II (Oficio AGT №2371/11 y Oficio OAD Mataderos-Liniers N° 25/12).

A partir de la información recabada, se elaboró el presente documento que articula datos cuantitativos y cualitativos y que busca servir de diagnóstico inicial de

1 Conformadas por Resolución AGT 28/2009

2 En las entrevistas realizadas a los directivos de los CeSAC se indagó sobre los siguientes ejes: a) atención de demanda espontánea y programada, b) atención primaria (relacionada con la prevención), c) personal, d) aparatología, e) insumos, f) infraestructura, g) atención en adicciones, h) principales problemáticas de salud y de la comunidad advertidas desde los CeSAC, i) situación respecto a la derivación al hospital, j) articulación del CeSAC con otros efectores gubernamentales, entre otros temas.

3 La OAD Mataderos-Liniers participa mensualmente en diferentes redes locales con actuación territorial en villas, asentamiento y complejos habitacionales de las Comunas 8 y 9, las cuales se encuentran integradas por representantes de organizaciones barriales, sociales, vecinos/as y efectores gubernamentales de distintas áreas. En particular, desde la OAD Mataderos-Liniers se participó en la Red Nuestros Derechos (Villa 15), Red Lazos y Nudos (Villa 15 y Barrio Piedrabuena), Red Cildañez (Villa 6), Red Lugano (Villa 20 y Complejos Urbanos Lugano I y II), Red La Unión (Villa 19).

las problemáticas de la salud en la zona de trabajo e incidencia de la OAD Mataderos - Liniers.

En el segundo apartado se reseña el marco normativo que rige al sistema de salud de la C.A.B.A.. En el tercero se realiza una descripción de cómo se organiza dicho sistema, puntualizando en el apartado cuarto algunas características sociodemográficas de la zona en que se encuentran emplazados los CeSACs relevados. Finalmente, en el apartado quinto se analizan los principales problemas de funcionamiento detectados en los CeSACs relevados y en el último se esbozan las consideraciones finales del documento.

A lo largo del informe con frecuencia se utiliza el recurso de incluir expresiones realizadas por los diversos informantes entrevistados que resultan ilustrativas sobre alguna cuestión. En esos casos se reserva la fuente a efectos de despersonalizar a los interlocutores y presentar el sistema de salud relevado como un todo.

Por último, cabe señalar que el presente Documento de Trabajo, circunscripto territorialmente a la zona de incidencia de una de las Oficinas Descentralizadas del MPT, es un primer resultado de un proceso de monitoreo de las políticas públicas de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires orientadas a niños/as, adolescentes y personas afectadas en su salud mental, que el Ministerio Público Tutelar despliega desde sus distintas áreas e instancias.

II. Marco normativo

2.1. Derecho a la salud

Según la Organización Mundial de la Salud se entiende por salud ''*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades*''[4]. La salud ha sido reconocida –en el ámbito nacional e internacional– como un derecho humano, inherente a la dignidad humana, de forma tal que el bienestar físico, mental y social que pueda alcanzar el ser humano constituye un derecho que el estado está obligado a garantizar.

La primera norma internacional que consagra expresamente el derecho a la salud data de 1946 y es la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) En dicho documento se señala que uno de los derechos fundamentales es ''*el disfrute del más alto nivel posible de salud*''.

Posteriormente, diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, que se encuentran en lo más alto del ordenamiento jurídico argentino (Constitución Nacional, conf. Art.75 Inc. 22) han consagrado el derecho a la salud. En particular, reconocen el derecho a la salud: la Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 25); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12. párr. 1ro. y 2.c); la Declaración Americana de los Derechos del Hombre, (Art. XI); la Convención Sobre los Derechos de los Niños (Art. 24); la Convención sobre Derechos Humanos (Art. 4 inc. 1 y 5 inc. 1) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Art. 6 inc. 1).

El tratado que ha adquirido mayor trascendencia en cuanto al reconocimiento y definición del derecho a la salud es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)[5] que en su Art. 12 establece que ''Los estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental'', (inc 2. d) indicando que para ello los estados ''*deberán adoptar las medidas necesarias para la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*''.

Dentro del Pacto, el documento más importante en la materia es la Observación General 14 presentada por el comité DESC en el año 2000. En dicha observación se establecen cuatro criterios que permiten evaluar el respeto del derecho a la salud; *a) disponibilidad, b) acceso, c) aceptabilidad y d) calidad*.

a. El criterio de ''*Disponibilidad*'' permite evaluar si el número de establecimientos, servicios públicos de salud, programas, recursos humanos, así como los medicamentos definidos en el Programa de Acción de la OMS son suficientes.

b. El criterio de ''*acceso*'' permite analizar la no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información para el ejercicio del derecho a la salud.

c. El criterio de ''*aceptabilidad*'' considera si los establecimientos, bienes y servicios de salud existentes son respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género y del ciclo de vida. Asimismo considera si se respetan la confidencialidad y si se mejora el estado de salud de las personas.

d. El criterio de ''*calidad*'' evalúa si los establecimientos, bienes y servicios de salud son apropiados desde el punto de vista científico y médico para brindar los servicios previstos.

En el ámbito interno, el derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 42 de la Constitución Nacional y en los artículos 20, 21 y 46 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El derecho a la salud está también reconocido en normativa específica como la Ley Básica de Salud de la Ciudad (Ley 153[6]) , la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26.061[7] Art. 14), la Ley de Protección

4 Organización Panamericana de la Salud: Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En Documentos Básicos, Documento oficial nº 240, Washington, 1991, p. 23

5 El PIDESC fue ratificado por la Argentina el 8 agosto de 1986.

6 Ley Básica de Salud de la CABA. Ley Nro 153. Publicada en el BO 28/05/1999.

7 Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Ley Nro 26.061. Publicada en el BO 26/10/2005

Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 114[8]. Art. 20 y 23).

2.2. Atención Primaria de la Salud (APS)

En 1978, en la 1º Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, 134 estados, entre los cuales se encontraba la Argentina, firmaron la ''Declaración de Alma-Ata''. Dicha declaración establece que la Atención Primaria de la Salud *''representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria''*[9]. Entre las disposiciones de dicha Declaración cabe señalar aquellas que establecen que la APS debe tender a cubrir prioritariamente a los grupos más vulnerables, que debe estar acompañada por programas y acciones que favorezcan el desarrollo económico y social, y de procesos participativos de la comunidad, y que la atención por parte de equipos interdisciplinarios debe considerar sus aportes y prácticas en forma equitativa.

Actualmente, y en una visión concurrente con lo mencionado, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires señala en su portal oficial que debe entenderse a la APS como *''una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación (...) Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando largas colas, esperas o trámites complejos. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad''*[10].

8 Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la CABA. Ley Nro 114. Publicada en el BO 3/2/1999.

9 Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

10 http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/presentacion.php?menu_id=17656

III. Organización general del subsector estatal del sistema de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

3.1. Organización territorial de la Atención Primaria de la Salud en la CABA. Áreas Programáticas y Regionalización

En el año 1988, se crearon las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos. Estas constituyen *''una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico – administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles de la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita''*[11]. La coordinación y organización de los CeSAC existentes, y de los que se crearían con posterioridad, quedaron bajo la responsabilidad de las Áreas Programáticas.

En 1999, la Ley Básica de Salud estableció que el subsistema estatal de salud *''se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud.'' Las mismas deben contemplar ''la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación''* y tienen como objetivo *''la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores''* [12].

En virtud de este mandato, el Ministerio de Salud del GCABA creó en el año 2008, a partir de la Resolución № 31-MSGC-08, las Regiones Sanitarias I, II, III y IV.

La división en Regiones Sanitarias pretende constituir una instancia superadora en materia de descentralización, considerando *''no solo aspectos geográficos y demográficos sino también epidemiológicos, sociales, de cobertura, de recursos de salud y de accesibilidad al sistema''*[13] y es en ese sentido que contempla a las Comunas programáticamente como base geográfica para delimitarlas, en tanto las Comunas resultan *''unidades geopolíticas (que) comparten elementos comunes, como ser similares contextos, condiciones sociales, estructuración administrativa, distribución de recursos y problemáticas de salud.''*[14]

Las Regiones Sanitarias quedaron establecidas entonces de la siguiente manera:

- REGIÓN SANITARIA I: Comunas 1, 3 y 4.
- REGIÓN SANITARIA II: Comunas 7, 8 y 9.
- REGIÓN SANITARIA III: Comunas 5, 6, 10, 11 y 15.
- REGIÓN SANITARIA IV: Comunas 2, 12, 13 y 14.

Para una mejor visualización de las Regiones Sanitarias se incluye el mapa de la CABA publicado en el portal Web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Ver Gráfico № 1).

3.2. Organización por niveles de atención

A fin de alcanzar la premisa *''Salud para todos en el año 2000''* que impuso la Declaración de Alma-Ata, fue necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, materiales y humanos de los servicios de salud. Se requería reorganizarlos a fin de que pudieran funcionar según niveles de atención y de creciente complejidad.

El GCABA señala en su portal oficial que la *''APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral.''*[15]

La Ley Básica de Salud de la Ciudad (Ley Nro 153/99) organiza al subsector de salud por niveles de atención y establece que, el primer nivel ''comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias''. [16] Al respecto, el Art. 19 de dicha ley dispone que el primer nivel de atención debe: *''a) Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las*

11 Lemus, Jorge; ''Atención Primaria de la Salud y Áreas Programáticas Hospitalarias''; FUNCIDES; Universidad del Salvador, Buenos Aires; 1988; citado en Muntaabski, Gabriel y otros; ''El Plan de atención primaria de la salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires''

12 Art. 27, 28 y 29. Ley Nro 153/99

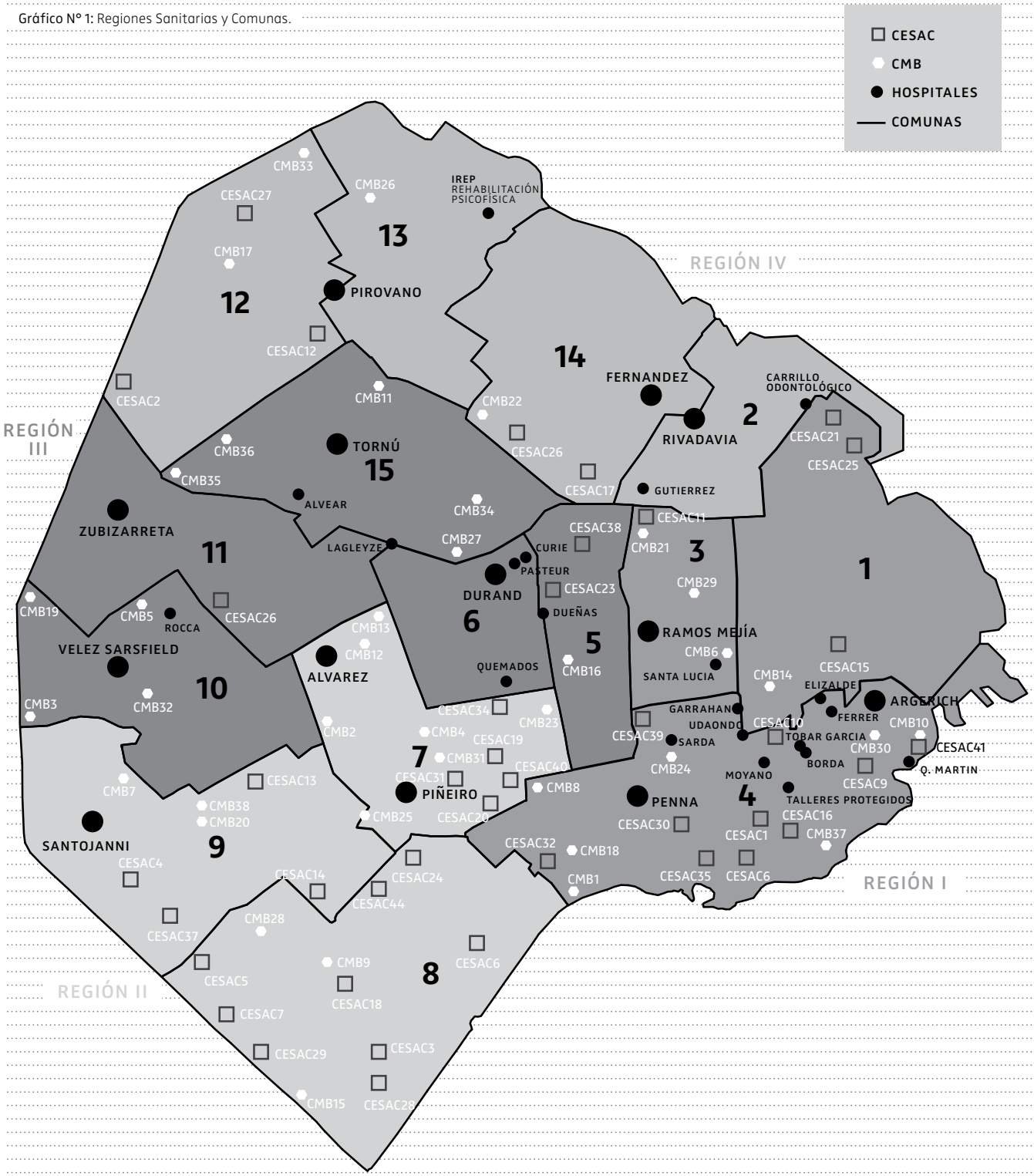
13 Resolución. №31-MSGC-08

14 Idem anterior

15 http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/presentacion.php?menu_id=17656.

16 Art.18. Ley № 153/99.

Gráfico N° 1: Regiones Sanitarias y Comunas.



Fuente: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/regionalizacion/mapa_regiones.jpg

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

Los siguientes artículos de la Ley Básica de Salud de la Ciudad definen los restantes niveles de la cadena de atención. Establecen como segundo nivel a ''*todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación*''[17] y señalan que el tercer nivel ''*comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.*[18]

En relación a la provisión de servicios relacionados con la atención del primer nivel, el portal oficial del GCABA sostiene que: ''***El primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria puede resolver un 80 por ciento de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social****. De esta forma, los hospitales generales de agudos y los especializados podrán abocarse a su función específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad.*''[19]

De acuerdo a la información oficial presentada por el GCABA en su portal, la provisión de los servicios del primer Nivel de Atención está a cargo de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), los Centros Médicos Barriales, el Plan Cobertura Porteña de Salud[20] y los consultorios externos de los hospitales.

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria son establecimientos de salud que se encuentran ubicados en los distintos barrios de la Ciudad de Buenos Aires. Conforme a los principios de atención primaria de la salud, los CESAC deben llevar adelante programas de atención, promoción y prevención[21] de la salud general (nutrición, salud mental, salud sexual, bucodental, entre otros), en conjunto con la comunidad que habita en el área. Están regulados por la Ley Básica de Salud y fueron denominados así a partir del Decreto №7861/MCBA/88, que también estableció su dependencia orgánica respecto del Área Programática.

De los distintos servicios que integran el primer nivel de atención en salud en la CABA, este informe se centrará exclusivamente en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la zona de incidencia de la OAD ML. Se efectúa este recorte teniendo en cuenta que desde la OAD ML se propuso focalizar el diagnóstico en los grupos poblacionales con mayores índices de vulnerabilidad, y en ese sentido, los CeSAC, en virtud de su localización, son quienes brindan asistencia a estos grupos:

- **CeSAC 3 y 28:** Complejo Urbano General Savio I, II y III (Lugano) y Villa 16 ''Emaus''
- **CeSAC 5:** Villa 15 ''Oculta'' y NHT del Trabajo
- **CeSAC 7:** Complejo Urbano Piedrabuena, Villa 17 ''Pirelli'' y Complejo Urbano Pirelli, Asentamiento Scapino
- **CeSAC 14 y 44:** Villa 6 ''Cildañez'', Complejo Urbano Nágera, Complejo Urbano Copello, Complejo Urbano J.J. Castro y Complejo Urbano Samoré
- **CeSAC 18:** Villa 20
- **CeSAC 29:** Villa 19 ''INTA'', Asentamiento María Auxiliadora, Asentamiento Obrero y Asentamiento Bermejo

Otro motivo por el que se decidió priorizar el recorte en los CeSAC es que el volumen de población atendida por estos Centros resulta considerablemente mayor que la atendida por otros servicios. Puede observarse en el último informe anual de APS publicado por el GCABA (año 2010) que la población activa total registrada en los CeSAC de la Región Sanitaria II es de 202.397 personas, mientras que la de Cobertura Porteña de Salud –Plan Médicos de Cabecera (que incluye Centros Médicos Barriales) para la misma región es de 34.706. Es decir que la población activa registrada en los CeSAC de esa región casi sextuplica la de CPS-PMC.[22]

Presentados los criterios generales de organización del subsector estatal del sistema de salud de la CABA, se enumeran a continuación los efectores que correspon-

17 Art. 20 de la Ley 153/99

18 Art. 22 de la Ley 153/99

19 http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/presentacion.php?menu_id=17656.

20 El Plan Cobertura Porteña de Salud fue establecido por el Decreto N° 642/GCABA/09 y reemplaza al Plan Médicos de Cabecera, creado por Decreto N° 456/GCABA/96.

21 Según la OMS, la prevención implica: ''medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida''(OMS, 1998).

22 Para más información véase Centros de Salud y Cobertura Porteña de Salud – Plan Médico de Cabecera. Informe anual 2010. http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2010/aps_2010/informe_aps_2010.pdf

den a cada nivel de atención, separados por la región sanitaria a la que pertenecen (ver Tabla 1).

Resulta interesante destacar que en la región sanitaria II no cuenta con hospitales especializados, esto es, efectores del tercer nivel de atención.

Tabla Nº 1: Organización del subsector estatal del sistema de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Región Sanitaria	Comunas	1º nivel de atención (CESACs y CMB)	2º nivel de atención (Hospitales Generales de agudos)	3º nivel de atención (Especializados)
Región I	1, 3, 4	**CeSAC:** 1, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 30, 32, 35 y 39 **CMB:** 6, 10, 14, 18, 24, 29, 30 y 37	Argerich, Penna, Ramos Mejía	Elizalde, María Ferrer, Quinquela Martín, Muñiz, Santa Lucía, Udaondo, Sardá, Borda, Moyano, Tobar García
Región II	7, 8, 9	**CeSAC:** 3, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 18, 19, 20, 24, 31, 40, 28, 29, 37 y 44* **CMB:** 1, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 154, 20, 25, 28 y 31	Santojanni, Piñero y Álvarez	-
Región III	5, 6, 10, 11, 15	**CeSAC:** 22, 23, 26 33, 34, 36 y 38. **CMB:** 2, 5, 13, 16, 19, 22,27, 32, 34, 35, 36, y 38	Durand, Tornú, Vélez Sarfield, Zubizarreta	Marie Curie, Jose Dueñas, Lagleyze, Rocca, Quemados, Alvear
Región IV	2, 12, 13, 14	**CeSAC:** 2,12,17,21,25 y 27 **CMB:** 11, 17, 26 y 33	Fernández, Pirovano, Rivadavia	Gutiérrez, Carrillo e IREP**

* Los CeSAC Nº 3, 4, 5, 7, 29, 28, 37 se encuentran bajo la órbita del área programática del Hospital Gral. de Agudos Francisco Santojanni. Los CeSAC Nº 6, 13, 14, 18, 19, 20, 24, 31, 40 y 44 se encuentran bajo la órbita del área programática del Hospital Gral. de Agudos P. Piñero.

** Instituto de Rehabilitación Psicofísica

IV. Descripción demográfica y social del Área de incidencia de la Oficina Descentralizada de Mataderos - Liniers: sur de la Comuna 9 y sector sudoeste de la Comuna 8

Tal como se expresó en la introducción al presente diagnóstico, al momento de instalarse la tercera Oficina de Atención Descentralizada del MPT en el barrio de Mataderos[23], se realizó un relevamiento de la situación de los CeSAC de su área de incidencia. Se estableció para ello un recorte geográfico en los CeSAC ubicados en el sur de la Comuna 9 (barrios de Mataderos y Parque Avellaneda) y el sector sudoeste de la Comuna 8 (Villa Lugano y Villa Riachuelo)[24].

A los fines de contextualizar las problemáticas de Atención Primaria de la Salud presentadas en este informe diagnóstico se realizará en este apartado una breve descripción de los aspectos demográficos y sociales de las Comunas 8 y 9.

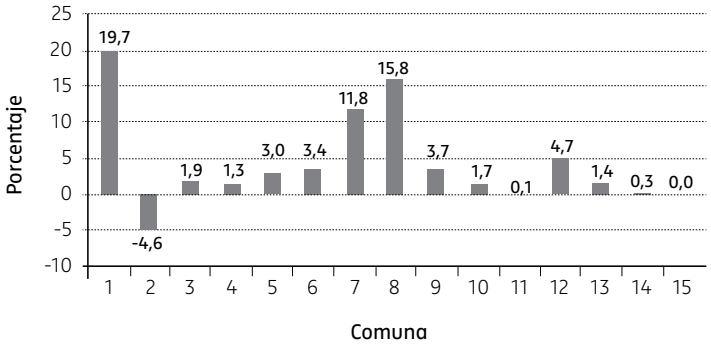
4.1. Características Demográficas

De acuerdo a los datos que arrojan los dos últimos censos nacionales, tanto la Comuna 8 como la Comuna 9 presentan un importante crecimiento demográfico durante el período intercensal: 15,8% y 3,7% respectivamente (ver Gráfico 2). Es de destacar que la Comuna 8 se ubica como la segunda con mayor incremento poblacional luego de la Comuna 1.

Surge también del último Censo Nacional que las Comunas 8 y 9 presentan una marcada presencia de niños, niñas y adolescentes en su población. La Comuna 8 en particular, es la que concentra la mayor cantidad de personas menores de 18 años (56.125) de toda la CABA, casi el 10% del total de niños, niñas y adolescentes de la CABA (565.032) (ver Tabla 2 y Gráfico 3).

Por otro lado, vemos que en ambas Comunas el porcentaje de niños, niñas y adolescentes sobre la población total de la Comuna resulta superior a la media de la CABA (19,55%). Así, la Comuna 8 presenta el mayor porcentaje de toda la Ciudad (29,98%) mientras que la Comuna 9 se ubica en tercer lugar (22,46%) (ver Tabla 2 y Gráfico 4).

Gráfico N° 2: Variación poblacional intercensal relativa por Comuna. Período 2001-2010.



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Tabla N° 2: Población total y menor de 18 años en la Ciudad de Buenos Aires. Datos por Comuna. Año 2010.

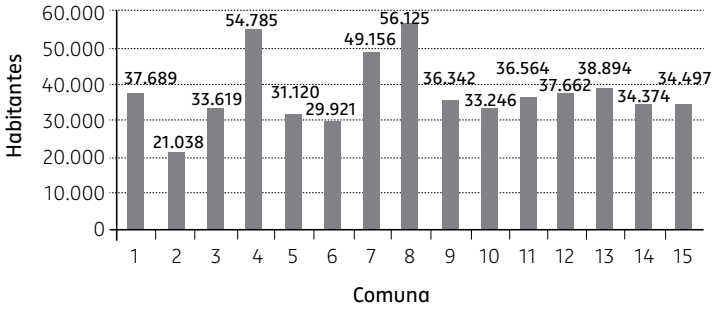
Comuna	Población total	Población de 0 a 17 años	% de la población de 0 a 17 años sobre el total de la comuna
1	205.886	37.689	18,31
2	157.932	21.038	13,32
3	187.537	33.619	17,93
4	218.245	54.785	25,10
5	179.005	31.120	17,38
6	176.076	29.921	16,99
7	220.591	49.156	22,28
8	187.237	56.125	29,98
9	161.797	36.342	22,46
10	166.022	33.246	20,03
11	189.832	36.564	19,26
12	200.116	37.662	18,82
13	231.331	38.894	16,81
14	225.970	34.374	15,21
15	182.574	34.497	18,89
Total	**2.890.151**	**565.032**	**19,55**

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

23 Las zonas de incidencia de las otras dos Oficinas de Atención Descentralizadas son los barrios de La Boca – Barracas (Av. Alte Bown 1250) y de Soldati- Pompeya (Av. Varela 3301/09)

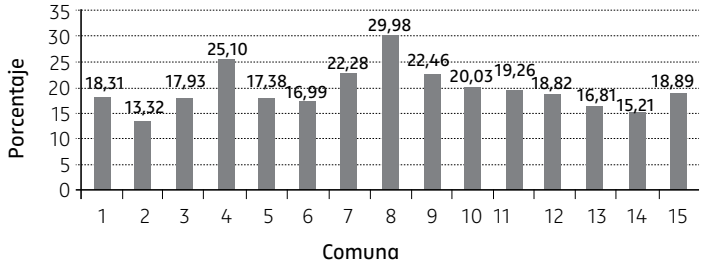
24 Dado que Villa Riachuelo no cuenta con ningún CeSAC, el recorte quedó establecido en los establecimientos de los barrios de Mataderos, Parque Avellaneda y Villa Lugano.

Gráfico N° 3: Población NNyA de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2010. Datos por Comuna.



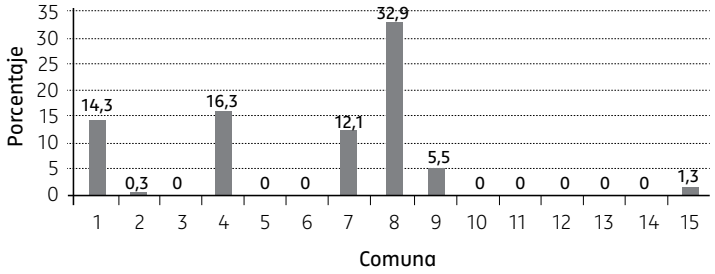
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

Gráfico N° 4: Porcentaje de NNyA sobre la población total de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2010. Datos por Comuna.



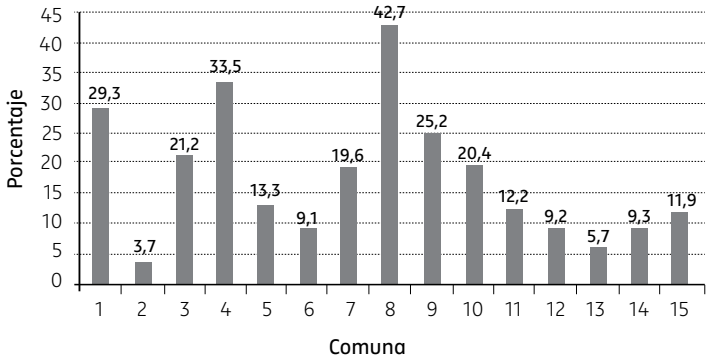
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Gráfico N° 5: Participación de la población residente en villas y asentamientos en el total de población de la comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2010.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCABA), sobre la base de datos censales.

Gráfico N° 6: Porcentaje de Población con Sistema Público como única Cobertura Médica. Año 2011. Datos por comuna.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2011, GCBA.

4.2. Situación habitacional

Según datos publicados por la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ver Gráfico 5), las Comunas 8 y 9 presentan altos porcentajes de su población viviendo en villas y asentamientos. La Comuna 8 presenta el mayor porcentaje de la CABA (32,9%), duplicando incluso el porcentaje de la Comuna 4, que se encuentra en segundo lugar. La Comuna 9 muestra también un porcentaje significativo: 5,5%.

De acuerdo a estos porcentajes y a las cifras totales de población por Comuna presentadas en la Tabla 2 (Pag. 13), se observa que en las Comunas 8 y 9 habría más de 70.000 personas viviendo en villas y asentamientos.

4.3. Tipo de cobertura médica

En relación al porcentaje de la población que utiliza el sistema público de salud como único tipo de cobertura médica, los datos de la Encuesta Anual de Hogares del año 2011 (ver Gráfico 6) revelan que las Comunas 8 y 9 presentan cifras muy superiores a la media de la CABA (17.6%). La Comuna 8, con el 42,7%, es la que reviste el mayor porcentaje de población que cuenta únicamente con cobertura médica del sistema público en toda la Ciudad, mientras que la Comuna 9 se ubica en cuarto lugar, con un valor del 25,2%.

La breve caracterización demográfica y social esbozada en los párrafos precedentes da cuenta de la marcada situación de vulnerabilidad en que se encuentra la zona de trabajo y área de incidencia de la OAD Mataderos Liniers.

La situación de la Comuna 8 resulta particularmente preocupante en tanto presenta:

- el segundo mayor incremento poblacional en el período 2001-2010 de toda la ciudad.
- el mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes sobre la población total de la comuna.
- la más alta participación de su población residiendo en villas y asentamientos.
- el mayor porcentaje de población que cuenta con el sistema público como única cobertura médica

La Comuna 9 también presenta elevados índices de vulnerabilidad social; en particular:

- un importante índice de crecimiento poblacional en el último período intercensal.
- es la tercera comuna con mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes sobre la población total.
- un significativo porcentaje de su población residiendo en villas y asentamientos.
- un porcentaje de población que cuenta únicamente con el sistema público de salud como única cobertura superior a la media de la Ciudad, que la ubica en cuarto lugar.

V. Aproximación diagnóstica

A partir de la instalación de la Oficina de Atención Descentralizada Mataderos-Liniers, se inició un trabajo de recolección de información tendiente a evaluar el funcionamiento de las políticas locales de salud destinadas a niños/as, adolescentes y personas afectadas en su salud mental, haciendo foco en la atención primaria de la salud.

En ese sentido se relevó la situación de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ubicados en el área de incidencia de la OAD (sur de la Comuna 9 y sector sudoeste de la Comuna 8), dado que, como se mencionara en el apartado 3.2, son establecimientos de salud ubicados en los barrios de la Ciudad de Buenos Aires que, conforme a los principios de atención primaria de la salud, llevan adelante los programas de atención, promoción y prevención de la salud general (nutrición, salud mental, salud sexual, bucodental, entre otros), en conjunto con la comunidad.

La información relevada permite realizar un primer diagnóstico y advierte sobre un conjunto de dificultades que atraviesan las Comunas 8 y 9 a la hora de implementar en forma integral políticas públicas de atención primaria de salud desde los CeSAC.

En particular, el diagnóstico que sigue se refiere a los 7 CeSAC que se encuentran bajo la órbita del área programática del Hospital Santojanni (los CeSAC № 3, 4, 5, 7, 28, 29, 37) y a 3 del área programática del Hospital Piñero (CeSAC № 13, 14 y 18). Cabe aclarar que el CeSAC 44 comenzó a funcionar hacia fines del año 2011 quedando inaugurado en marzo del 2012, por lo cual es el único CeSAC en el que solo se cuenta para el presente diagnóstico con la entrevista realizada con referentes del mismo y no con información estadística.

En este apartado, se analizan los principales nudos problemáticos identificados que se agrupan en tres ejes, con miras a la evaluación y adopción de futuras líneas de acción tendientes al abordaje y la superación de los mismos. A continuación, se tratará en detalle cada uno de ellos.

1. Insuficiencia de personal profesional para la cobertura de las áreas de pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría), trabajo social y fonoaudiología.
2. Escasez de actividades de prevención y promoción de la salud.
3. Inexistencia de acciones específicas desde el primer nivel de atención de salud respecto a la problemática de adicciones.

En el marco de la presente investigación se han advertido también otras dificultades relacionadas con: déficit en los insumos y bienes, deterioro en la infraestructura edilicia, y problemáticas vinculadas a la seguridad de los CeSACs ubicados en las comunas 8 y 9. Dichas cuestiones están siendo abordadas judicialmente en la Causa № 39.381 caratulada ''*Asesoría Tutelar CAyT №1 y otros contra GCBA s/amparo*'' en trámite ante la Asesoría Tutelar de Primera Instancia № 1 del Fuero Contencioso, Administrativo y Tributario, por lo cual no serán abordadas en este informe.

5.1. Insuficiencia de personal profesional para la cobertura de las áreas de pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría), trabajo social y fonoaudiología

En las entrevistas realizadas para esta investigación, tanto los referentes consultados de los CeSACs como los del Hospital Santojanni e informantes clave locales coincidieron en señalar que el personal profesional resulta insuficiente para cubrir la demanda de los CeSACs en las áreas de pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría), trabajo social y fonoaudiología.

Se citan a continuación algunas frases recogidas en las entrevistas:

- ''Los recursos humanos que posee el Área Programática son insuficientes para atender la demanda.'' (Hospital)
- ''La cantidad de pediatras y psicólogos son insuficientes para atender la demanda y no contamos con fonoaudiólogos''(CeSAC)
- ''No se han cubierto los cargos de profesionales que se han jubilado.'' (CeSAC)
- ''A la ausencia de psiquiatra, se suma las dificultades que atraviesa el Centro para conseguir turnos

en el área de salud mental del Hospital Santojanni'' (CeSAC)
- ''No pueden atender la demanda con la cantidad de profesionales pediatras con los que cuenta.'' (CeSAC)
- ''Actualmente el Centro no cuentan con psiquiatra, ya que ese cargo se perdió cuando ese profesional asumió el cargo de jefatura del Centro.'' (CeSAC)
- ''En el año 2011 se redujo la dotación de Servicio Social de 2 profesionales a uno, por aparente resolución del Área Programática.'' (CeSAC)
- ''Existen dificultades para ejecutar el programa Salud Escolar debido a la escasez de recursos humanos.'' (CeSAC)

Frente a la coincidencia que evidencia lo manifestado por los entrevistados se solicitó a la Dirección General de la Región Sanitaria II, mediante Oficio AGT Nro. 2371/11, información acerca de la cantidad de profesionales con que contaban los servicios de pediatría, psiquiatría infantil, psicología infantil, psicopedagogía y servicio social en el primer semestre de 2011 de los CeSAC mencionados. A continuación se expone en la Tabla 3 la respuesta brindada por esa Dirección General, en tanto la misma es por demás reveladora y preocupante.

La información presentada en la Tabla 3 confirma lo manifestado por los diferentes profesionales entrevistados y revela la ausencia y/o insuficiencia del personal profesional de las especialidades señaladas. La información oficial suministrada por la Dirección General Región Sanitaria II da cuenta de que, en ningún CeSAC hay psiquiatras infantiles y que en otras especialidades varios de los CeSACs no cuentan con ninguno o sólo con un profesional para atender a la totalidad de la población demandante.

Por su parte, la dirección del CeSAC № 18 (del APHP) indica en la respuesta al Oficio Nro. 2371/11 que el Centro tiene ''dos cargos pendientes en psicología'' y que *''se solicitó ampliación de dotación en Psicopedagogía y Obstetricia dado que son dos servicios con marcada demanda y una dotación de personal acotado, sin resultados positivos''. Informó además ese CeSAC que ''existen listas de espera en psicología y psicopedagogía, aproximadamente 15 pacientes en cada especialidad''.*

Merece una consideración aparte el Programa de Salud Escolar[25], cuyo funcionamiento se ve fuertemente afectado por la escasez y/o ausencia de profesionales. En esa línea, en respuesta al Oficio Nro. 2371/11, el Área Programática del Hospital Santojanni informa que: *''Las limitaciones se encuentran a nivel de las horas de los profesionales, las cuales no se corresponden con el crecimiento de la población, esto se ve afectado en el número de pediatras, fonoaudiólogos, psicólogos infantiles y psicopedagogos. Las acciones tendientes a resolver estos problemas, serian contar con partidas presupuestarias para el nombramiento de mayor números de profesionales en las áreas antes mencionadas''.*

Por su parte, y en relación a la ejecución del mismo Programa, desde el Área Programática del Hospital Piñero se señaló en la respuesta al Oficio Nro 2371/11 que los CeSAC Nro. 13 y 14 *''no cuentan con profesionales del área de fonoaudiología y odontología''*. En particular el CeSAC Nro. 14 al ser consultado por la dificultades que atraviesa la ejecución del Programa Salud Escolar señaló: *''Falta de recursos humanos: horas de odontología, horas de fonoaudiología, horas administrativas, más horas de enfermería, más horas trabajo social (...) Se realizaron (sic) la solicitud de los recursos humanos faltantes ante las autoridades correspondientes''.*

Para evaluar si la cantidad de profesionales presentada en la Tabla 3 es suficiente en relación a la demanda, es relevante conocer la población que reside en el área de incidencia de cada CeSAC. Por ese motivo, dicha información también fue requerida en el Oficio Nro. 2371/11. La respuesta recibida no permite realizar ninguna inferencia dado que desde el Área Programática del Hospital Santojanni no contestan lo solicitado respondiendo con la cantidad de consultas atendidas por cada CeSAC, mientras que los CeSACdel Área Programática del Hospital Piñero refieren: *''no contar con registro poblacional''* o directamente no contestan la pregunta.

Otra forma de visualizar el problema del déficit de personal profesional en los CeSACs relevados, es analizar los cambios que se han producido en la cantidad de consultas médico pediátricas y consultas no médicas (psicología, psicopedagogía, trabajo social y fonoaudiología) durante el periodo 2006-2010.[26]

Como fuese señalado en el apartado 4.1 (Gráfico 2), la población de las Comunas 8 y 9 creció entre el año 2001 y 2010 en 15,8% y 3,7% respectivamente. Frente a este crecimiento poblacional sería de esperar que la cantidad de consultas también ascendiera.

Por el contrario, al procesar la información presentada en los Anuarios Estadísticos publicados por el GCBA durante los años 2006 a 2010 se puso de manifiesto una clara disminución en las consultas de las prestaciones médico-pediátricas y en las prestaciones no médicas.

25 El Programa de Salud Escolar, esta destinado a los alumnos de escuelas públicas de la CABA. Su principal objetivo es desarrollar en los chicos las competencias necesarias para alcanzar un óptimo estado de salud. Entre sus actividades se encuentran las de controlar la salud integral en niños, desarrollar talleres de prevención, etc (http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/programas/saludescolar.php)

26 Conforme información oficial publicada en los Anuarios Estadísticos del GCBA y los Informes Anuales 2008 y 2010 ''Centros de Salud y Plan Médicos de Cabecera'' de Estadísticas para la Salud del Departamento de Análisis Estadístico del GCBA.

Tal como surge de la Tabla 4 y Gráfico 7, en relación a las consultas médico pediátricas, se observa que **en siete de los diez CESAC relevados la cantidad disminuye durante el período analizado**. Asimismo surge que en la mayoría de los CESAC se agudiza dicha disminución en el año 2009 y que aún cuando repunta en el año 2010, no vuelve a alcanzar los niveles con los que contaba en el año 2006.

Por su parte y en relación al Programa de Salud Escolar, llama la atención que mientras el Área Programática del Hospital Santojanni informa que dicho Programa funciona, aunque limitado por la escasez de profesionales, la estadística oficial presentada en la Tabla 4 refleja la ausencia de consultas en los CeSAC N° 28 en el año 2010 y el N° 37 en los años 2007, 2008 y 2009, ambos CeSAC abocados a dicho Programa.

Ahora bien, de la lectura de la Tabla 5 y Gráfico 8 surge que, en el período analizado, **en seis de los CeSAC relevados la cantidad de prestaciones profesionales no médicas disminuye**. Por otro lado son significativas las caídas observadas en los CeSACs 4, 5, 13 y 28, así como el marcado aumento de las prestaciones en el CeSAC 29.

Es pertinente insistir en que dado el significativo aumento poblacional registrado en el último periodo intercensal (2001-2010) en las Comunas 8 y 9, era de esperar un aumento en la cantidad de consultas. Sin embargo, las Tablas 4 y 5 muestran un descenso en la cantidad de consultas médico pediátricas y prestaciones profesionales no médicas entre 2006 y 2010. Esta situación permite inferir que existe una demanda que no estaría siendo cubierta por los CeSAC de la zona relevada.

Dada la información recogida en las entrevistas y lo informado oficialmente por la Región Sanitaria II, es altamente probable, que la existencia de esta demanda insatisfecha se encuentre también relacionada con la insuficiencia de personal en las áreas de pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría)

En relación al registro de esta demanda insatisfecha en los CeSAC, desde esta OAD se observa la ausencia de instrumentos que permitan dar cuenta de ella. La respuesta de la Dirección General de la Región Sanitaria II al oficio AGT № 2371/11 ilustra los problemas de información y sus efectos en la invisibilización de la demanda existente para estos servicios del primer nivel de atención de la salud.

En dicha respuesta el Área Programática del Hospital Santojanni informó que, *"en los CeSAC a su cargo existían listas de espera para las especialidades de psicología infantil y psicopedagogía. Las primeras se canalizan en luego de un tiempo de espera de 30 a 45 días y las segundas lo hacían con mayor celeridad."* Sin embargo no se especifico que ocurre con los servicios de pediatría y psiquiatría.

Tabla N° 3: Cantidad de profesionales en las áreas de pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría) y trabajo social.

CeSAC	Pediatría	Psicología infantil	Psicopedagogía infantil	Psiquiatría infantil	Trabajo Social
3	5	2	0	0	1
4	4	2	2	0	1
5	7	3	1	0	3
7	3	4	0	0	2
13	3	1 (con 3 concurrentes)	2 (con 10 concurrentes)	0	1
14	7	3	2	0	1
18	8	2	2	0	5
28	2	2	1	0	0
29	4	1	0	0	2
37	2	4	1	0	2

Tabla N° 4: Consultas médicas de pediatría realizadas por CeSAC en el período 2006-2010.

CeSAC	2006	2007	2008	2009	2010
3	7.240	7.136	6.957	2.877	5.408
4	6.021	4.873	5.507	7.325	5.565
5	23.601	23.991	21.079	9.071	21.328
7	7.775	7.971	5.765	5.527	4.654
13	7.323	5.511	5.760	3.183	6.638
14	11.969	10.641	9.973	2.793	9.372
18	6.801	7.687	10.567	12.087	16.673
28	1.079	1.454	2.369	0	1.703
29	5.785	4.699	4.959	295	3.914
37	38	0	0	0	255
Total	**77.632**	**73.963**	**72.936**	**43.158**	**75.510**

Tabla N° 5: Prestaciones profesionales de Psicología, Psicopedagogía, Trabajo Social y Fonoaudiología realizadas por CeSAC en el período 2006-2010.

CeSAC	2006	2007	2008	2009	2010
3	3.154	2.345	2.600	3.307	3.785
4	7.686	8.460	13.410	12.135	7.622
5	16.495	14.399	16.599	16.286	12.953
7	5.642	5.448	7.107	7.014	5.914
13	7.869	6.958	8.330	6.491	6.797
14	10.434	7.912	7.600	7.163	7.335
18	7.458	6.091	6.989	5.913	4.462
28	4.113	3.956	5.685	3.535	2.933
29	427	51	196	399	3.186
37	3.877	4.036	6.500	5.486	5.250
Total	**67.155**	**59.656**	**75.016**	**67.729**	**60.237**

Gráfico N° 7: Consultas médicas de pediatría realizadas por CeSAC en el período 2006-2010

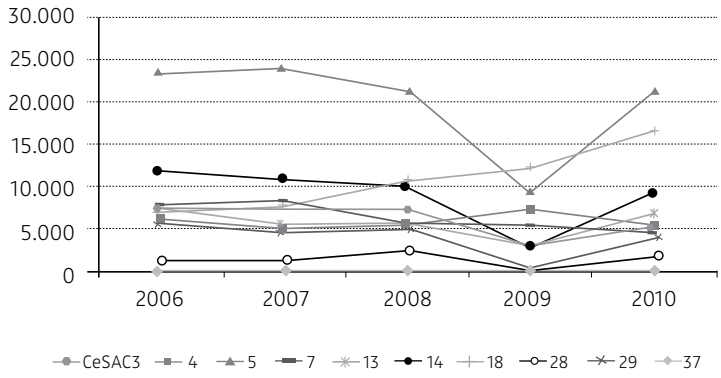
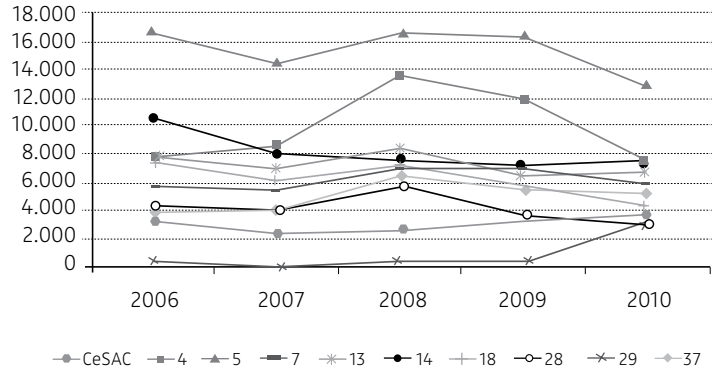


Gráfico N° 8: Prestaciones profesionales de Psicología, Psicopedagogía, Trabajo Social y Fonoaudiología realizadas por CeSAC en el período 2006-2010



Por su parte en el Área Programática del Hospital Piñero se visualiza que cada CeSAC adopta una modalidad distinta para registrar la demanda insatisfecha. Mientras que el CeSAC № 13 ''*no cuenta con lista de espera para ninguno de los servicios*.'', el CeSAC № 18 ''registra los pacientes en espera para las áreas de psicología y psicopedagogía'' y no especifica que ocurre con los servicios de pediatría y psiquiatría. Finalmente, informan que el CeSAC № 14 ''*No cuenta con listas de espera en psicología, psicopedagogía y servicio social*''.

De la información provista se puede inferir:

1. Que existe una demanda que no esta siendo atendida en tiempo y forma.
2. Que, para algunas especialidades no existe tampoco registro de la magnitud de la demanda que no está siendo atendida, en tanto ni siquiera se confeccionan listas de espera.
3. Que, al no existir registro de la demanda insatisfecha para algunas especialidades, este hecho aparece como no existente y en consecuencia el problema resulta invisibilizado.
4. Que en tanto cada CeSAC puede determinar si registra o no la demanda insatisfecha y de qué manera, el Ministerio de Salud del GCBA no contaría con un instrumento unificado y consensuado, que le permita evaluar la magnitud de la demanda para formular políticas públicas adecuadas para atenderla.

Finalmente se aborda a continuación el efecto que el Decreto № 495/2009[27] ha tenido en la distribución de servicios profesionales de la APS. Este Decreto propuso superar la precarización laboral a través de la supresión del ''sistema de módulos asistenciales'' –también llamados ''horas SAME''–. Este sistema permitía que profesionales que pertenecían a un Área Programática determinada prestaran servicios en CeSAC pertenecientes a otras Áreas Programáticas. A partir del dictado del Decreto mencionado los profesionales no pueden prestar servicios en otras Áreas Programáticas sino que sólo pueden hacerlo en aquellas para la que fueron nombrados.

En las entrevistas realizadas con referentes de los distintos CeSAC relevados se han indicado un conjunto de consecuencias que el Decreto ha tenido en la oferta de servicios de los CeSACs:

- ''Los ''módulos asistenciales'' en la práctica contribuían a descongestionar la atención hospitalaria. Luego del dictado del Decreto № 495 no se llevaron adelante medidas alternativas para paliar la falta de profesionales en los CeSAC'' (Hospital)

27 Decreto Nro 495/09 publicado en el Boletín Oficial el 4 de junio de 2009.

- ''A partir de la eliminación de los ''módulos asistenciales'' se profundizó la escasez de profesionales del área de Pediatría, Servicio social y Psicopedagogía. En este sentido, si en el año 2005 el Centro contaba con 5 pediatras, 4 trabajadores sociales y 1 psicopedagogo; en el año 2011 el Centro cuenta con 3 pediatras, 2 trabajadores sociales y ha perdido al profesional psicopedagogo''. (CeSAC)
- ''En la práctica la eliminación de módulos asistenciales redujo la cantidad de profesionales con los que cuenta el Centro'' (CeSAC)
- ''Con la reducción 'horas SAME' (o reconversión de horas) el Centro perdió profesionales en el área de pediatría y fonoaudiología.'' (CeSAC).

Las consecuencias del Decreto de referencia también fueron señaladas por directivos del CeSAC № 37, en una entrevista con periodistas del diario barrial ''Cosas de barrio''[28]. Allí mencionaron que, ''*En el año 2008 éramos ocho los pediatras que revisábamos a los chicos, pero hoy (año 2011) somos apenas dos*'' Por su parte, en el mismo artículo el Director del Hospital Santojanni, Dr. Eduardo Tognetti, indico que, ''*Lo que ocurre es que hasta el año 2009 había pediatras ficticios que estaban asignados por módulos asistenciales pero que no pertenecían a ese centro de salud. Se ofrecían horas extras para cubrir demandas asistenciales pero eso se anuló con el Decreto 495.*''

En conclusión, si bien el Decreto Nro. 495/2009 intentó superar la precarización laboral de los trabajadores de la salud, en el Área Programática del Hospital Santojanni tuvo como efecto secundario el agravamiento de la problemática vinculada a la insuficiencia de profesionales. Esto ocurrió porque hasta el año 2009 el Área Programática del Hospital Santojanni resultaba receptora de Módulos Asistenciales de profesionales designados por otras áreas programáticas, los cuales eran utilizados para dar respuesta a la demanda de la zona. Luego de la implementación del Decreto, estos profesionales debieron desempeñar la totalidad de su horario en sus Áreas Programáticas de origen, dejando libres los espacios que hasta ese momento cubrían. Conforme a la información recabada en entrevistas para la realización de este diagnóstico, en el Área Programática del Hospital Santojanni muchos de estos Módulos Asistenciales no han sido reemplazados por nuevos cargos ni horas profesionales.

5.2. Escasez de actividades de prevención y promoción de la salud

En el apartado 2.2 del presente documento, se señaló que la normativa vigente referida a la Atención Primaria de la Salud, supone un abordaje integral de la salud que garantice además de la asistencia y atención de los problemas de salud, las actividades en materia de prevención y promoción de la salud. Si bien el GCBA ha asignado a los CeSACs[29] la responsabilidad de implementar actividades de prevención y promoción de la salud, desde la Oficina de Atención Descentralizada Mataderos-Liniers se ha observado que los mismos enfrentan importantes dificultades para llevar adelante las mismas.

Los referentes de los CeSACs e informantes claves entrevistados por esta Oficina señalaron diversas razones que dificultan la realización de esta tarea. A continuación se citan algunas de las cuestiones señaladas por los entrevistados:

- ''Las causas de la reducción de las actividades extramuros son diversas, entre otras pueden mencionarse la falta de profesionales y hechos de inseguridad que afectan a los CeSAC ubicados en el Área Programática del Hospital Santojanni'' (Hospital)
- ''El tiempo queda absorbido por la actividad asistencial de urgencia y programada. La demanda de atención con la cantidad de profesionales, deja pocas posibilidades de dedicar tiempos a actividades de prevención y promoción de la salud por fuera del marco del consultorio.(...) La demanda de atención deja relegadas las actividades comunitarias que pudieran realizarse y ofrecerse en espacios del CeSAC como así también las que podrían articularse con la comunidad de la zona (por ejemplo: talleres a realizarse en escuelas).'' (CeSAC)
- ''El trabajo de prevención y promoción de la salud se encuentra limitado por diferentes motivos, entre ellos puede señalarse, la fuerte carga asistencial y demanda en consultorio, temor de los profesionales del CeSAC vinculados a hechos de inseguridad, falta de motivación y desgaste de los profesionales'' (CeSAC)
- ''El escaso personal asignado al Centro no cuenta con el tiempo necesario para el trabajo extramuros'' (CeSAC)
- ''Se redujo significativamente el trabajo extramuros por falta de personal'' (CeSAC)
- ''A partir del año 2010 por insuficiencia de personal se redujo significativamente el trabajo extramuros'' (CeSAC)
- ''El Centro recibe una gran cantidad de demanda por urgencias, lo cual absorbe el tiempo de los profesionales y dificulta la realización de actividades de promoción y prevención de la salud.'' (CeSAC)
- ''Las actividades de prevención y promoción del Programa se Salud Sexual y Reproductiva que se imple-

28 Diario ''Cosas de Barrio'' Año XXII. Nro. 111 (2 época) ISSN 1852-7663. Buenos Aires Octubre 2011. ''La salud de nuestros hijos'' Pág. 11

29 http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/ctrossalud.php?menu_id=17645

menta en los CeSAC se ha reducido notablemente, dado que la cantidad de personal es escaso y dedican la mayor parte de su tiempo a la atención'' (Programa de Salud Sexual y Reproductiva del GCBA)

- ''Las autoridades desestiman cualquier propuesta diferente de atender la demanda en consultorio'' (...) ''Para el desarrollo de las tareas de prevención y promoción es necesario tener una conducción comprometida con la necesidad de impulsar actividades de prevención y promoción de la salud'' (...) ''Es necesario retomar el espíritu del concepto de 'atención primaria de la salud' inverso al concepto de 'atención de la enfermedad'''. (CeSAC)

Los dichos de los entrevistados permiten identificar diferentes factores que dificultan las acciones de promoción y prevención de la salud desde los CeSAC:

1. Insuficiencia de personal profesional en los CeSACs
2. Hechos de inseguridad en inmediaciones de los CeSACs
3. Desgaste profesional
4. Decisiones de política interna de cada CeSAC

1. En cuanto a la insuficiencia del personal profesional, si bien fue abordada exhaustivamente en el apartado anterior, es dable observar que también afecta fuertemente las posibilidades de implementar actividades de prevención y promoción de la salud por fuera del marco de la atención de las consultas de emergencia y programadas. Dado que esto requiere de una cantidad de profesionales por CeSAC que pueda no solo atender la demanda asistencial sino también contar con los tiempos necesarios para organizar, articular y realizar actividades interdisciplinarias de promoción de la salud en la comunidad.

En relación al Programa Salud Escolar y la conformación de sus equipos, éste no solo se ve afectado por la escasez de profesionales, sino también por la falta de profesionales de algunas especialidades. Dicho Programa, tiene como objetivo *''un abordaje integral de la salud de los niños que permita desarrollar en los chicos las competencias necesarias para alcanzar un óptimo estado de salud''*[30], en consecuencia debería contar con equipos compuestos ***''por distintos profesionales -pediatras, psicopedagogos, odontólogos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y fonoaudiólogos''***[31]. De la información brindada por los entrevistados y la respuesta al oficio Nº 2371 de las Áreas Programáticas de la Región Sanitaria II, surge la inexistencia de algunas de estas especialidades lo cual imposibilita el abordaje integral pretendido.

2. La problemática de inseguridad en las zonas en las cuales se insertan los CeSAC relevados, constituyen otro obstáculo al momento de llevar adelante tareas de prevención y promoción. Profesionales de distintos Centros han expresado su temor de salir de los establecimientos para realizar intervenciones comunitarias de campo. Estos temores encuentran respaldo tanto en las denuncias recibidas ante esta OAD ML respecto a la inseguridad en los alrededores de los CeSAC Nros 3, 5 y 7, como en los hechos que están siendo investigados en el marco del Expte Nº 39.381/0 caratulada *''Asesoría Tutelar CAYT Nº 1 y Otros s/ Amparo''*.

3. Teniendo en cuenta lo expresado en los párrafos precedentes, se observa que la labor de los profesionales de la APS se encuentra signada por una gran sobrecarga de trabajo, profundizada a su vez por la escasez de personal, la exposición constante a situaciones de estrés y la deficiencia en las condiciones laborales. Esta situación genera desgaste y falta de motivación, lo cual fue reconocido por los propios trabajadores como otro de los obstáculos al momento de planificar y ejecutar desde los CeSAC diferentes actividades de promoción y prevención de la salud en la comunidad.

4. Otro de los factores detectados que dificulta la implementación de tareas de prevención y promoción responde a la política interna de cada CeSAC y al espacio que desde la conducción se concede a la atención en consultorio contra el que se utiliza para la realización de actividades de prevención. Es de destacar aquí la influencia ejercida desde la formación académica de los profesionales, basada en los principios del modelo médico hegemónico, el cual supone que el ser humano es un nicho de enfermedad, actual o potencial, y que por lo tanto las acciones a emprender tienen lugar en un espacio configurado por individuos enfermos o en peligro de enfermar.[32] En ese paradigma, los profesionales que se alejan del modelo hospitalario y las actividades de prevención y promoción de salud, gozarían de un prestigio menor. Los CeSAC se constituyen entonces como espacios de disputa, en los cuales conviven profesionales con alto compromiso comunitario y un marco conceptual opuesto al del modelo médico hegemónico con otros profesionales de formación más tradicional.

30 http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/programas/saludescolar.php

31 Idem 30.

32 Para más información ver: ''Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar, FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA / SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES / ANUARIO DE INVESTIGACIONES / VOLUMEN XVI, *Funes Molineri, Mariana; Esmoris, Ana Laura; García, Miriam; La Greca, Natalia; Perez, Clara5; Brudnick, Gabriela6; Rojas, María Soledad7; Etchandy, Paula* (http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a21.pdf)

La sumatoria de todos estos factores resulta entonces en la subestimación de la relevancia y en la postergación de las tareas de prevención y promoción dentro del conjunto de actividades que deben realizar los CeSACs. El concepto de APS, y en particular la faceta relacionada con la prevención y promoción, supone un difícil desafío en tanto requiere de profesionales que puedan actuar interdisciplinariamente, interactuar con el contexto barrial y propiciar el establecimiento de lazos con la comunidad a fin de abordar los temas y problemas que demanda a la población.

5.3. Inexistencia de acciones específicas desde el primer nivel de atención de salud respecto a la problemática de adicciones

Los referentes de los CeSACs, del Hospital Santojanni e informantes claves entrevistados por la Oficina de Atención Descentralizada Mataderos Liniers coincidieron en señalar que una de las problemáticas principales que atraviesa la población que habita las áreas de incidencia de los CeSAC es el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, esta Oficina constató que desde los CeSACs relevados, con excepción del Nº 18, no se lleva adelante ningún tipo de acción orientada a abordar la problemática.

En particular los referentes de la APS entrevistados señalaron que,

- ''Actualmente (el CeSAC) no tiene equipo especializado en adicciones. El Centro percibe al consumo de drogas como una de las problemáticas principales que atraviesa su área de incidencia. Sin embargo no existe ningún profesional del área de salud mental que se ocupe de abordar adicciones desde el Centro'' (CeSAC)
- ''(El CeSAC) no tiene equipo profesional especializado en materia de adicciones. El Centro no aborda esta problemática, sino que deriva a otros efectores'' (CeSAC)
- ''El Centro no aborda la problemática vinculada al consumo de estupefacientes. No cuenta con Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC) y tampoco articula con ellos.'' (CeSAC)
- ''No cuentan con equipo especializado en materia de adicciones. Ante la ausencia del recurso, el Centro articula con los efectores del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA como ''La otra base del Encuentro'' y con ONG especializadas que brindan servicios en la zona'' (CeSAC)

Frente a la coincidencia que evidenciaban los dichos de los entrevistados se solicitó a la Dirección General de la Región Sanitaria II, mediante oficio AGT Nro. 2371/11, que informe sobre los recursos que destinan los CeSAC para abordar la problemática de adicciones.

El Área Programática del Hospital Santojanni informó que, ''*Ninguno de los Centros de Salud de esta Área Programática realiza orientación y derivación en la temática de adicciones*.'' Y el Área Programática del Hospital Piñero señaló que, los CeSACs Nro. 13 y 14 no cuentan con recursos humanos específicos para el abordaje y tratamiento en adicciones. Por su parte el CeSAC Nº 18 informó que ''*En el mes de agosto de 2011 inició algunas actividades respecto a temática de adicciones. (...) Los jueves desarrollan visitas a ranchadas. Y dos días a la semana realizan admisión, tratamiento y seguimiento de los pacientes*. Asimismo, el CeSAC 18 informa que *''en noviembre de 2011 se iniciará un espacio grupal de abordaje''*.

Dada la gravedad que tiene la problemática de las adicciones y la ausencia de recursos para abordar la prevención y atención al consumo, durante el año 2011, las tres Oficinas de Atención Descentralizada[33] de la Asesoría General Tutelar llevaron adelante una aproximación diagnostica sobre la política pública de adicciones en la Ciudad de Buenos Aires. Dicho diagnóstico permitió constatar que en CABA la atención a pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas es llevada adelante por los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC).[34] Estos centros son parte de un programa de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones y dependen de la Subsecretaría de Promoción Social del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Las funciones de los mismos son la: *''evaluación integral, atención individual y grupal para consumidores y familiares. Articulan con otras organizaciones, se hacen seguimientos, y se realizan derivaciones cuando fuera necesario.''*[35]

El relevamiento de la totalidad de los CeSACs muestra que sólo tres de los Centros de Salud (CeSAC Nros 3, 5 y 29) prestan su espacio para el funcionamiento a contraturno de los CIAC. A fin de extender su área de cobertura los equipos de estos CIAC optaron por dividir sus días de atención. (Ver Tabla 6)

La información recogida respecto de la forma en que el GCBA atiende desde el primer nivel de atención de salud la problemática del consumo de sustancia psicoactivas es por demás preocupante:

- No existen, salvo el caso del CeSAC Nº 18, acciones de atención y prevención respecto a la problemática de adicciones.
- Y el único recurso existente para abordar la problemática en forma territorial está a cargo de los CIAC (Di-

33 OAD La Boca-Barracas, OAD Villa Soldati-Nueva Pompeya y OAD Mataderos-Liniers

34 Hoy se encuentran funcionando cinco CIAC y cinco anexos, los cuales se encuentran ubicados en la franja sur de la Ciudad de Buenos Aires (Mataderos, Soldati, Lugano, Barracas y La Boca).

35 http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/adic/prevencion/centros_de_intervencion/quienessomos.php

Tabla № 6: Los Centro de Intervención Asistencial Comunitaria ubicados en la Comuna 8 y 9.

CIAC	Lugar de Atención	Días y horarios	Actividades territoriales
Ciudad Oculta	Cesac 5, Piedrabuena 3200 Tel. 4687-1672	Entrevistas de admisión lunes, miércoles y viernes 13 a 17 Hs.	Lunes y viernes de 12 a 15 Hs. Miércoles 13:30 a 15 Hs.
Anexo Barrio INTA	Cesac 29, Av. Dellepiane 6999 Tel. 4601-7973	Entrevistas de admisión y consultas lunes a viernes de 11 a 16 Hs.	Lunes, martes y jueves de 14 a 19 Hs.
Anexo Elefante Blanco	Hall Central del Elefante Blanco Tel. 15-2179-3385	Entrevistas de admisión y consultas lunes, miércoles y viernes 13 a 17 Hs.	Lunes, miércoles y viernes de 12 a 13:00 Hs.
Villa Lugano	Cesac 3, Soldado de la Frontera 5144. Tel. 4610-0577	Entrevistas de admisión y consultas lunes a viernes de 14 a 20 Hs.	Lunes a Viernes de 14 a 19 Hs.
Anexo Villa Cildañez	Dejó de atender a principios del año 2012.	-	-

rección General de Política Social en Adicciones), que dependen del Ministerio de Desarrollo Social de CABA.

La organización de los recursos existentes y la dependencia orgánica de los CIAC revela que para el GCBA la problemática de adicciones es un problema primordialmente social. Aún cuando no puede desconocerse la importancia que tiene la dimensión social del problema, esto no implica que pueda omitirse o abandonarse el abordaje desde el sistema de salud. Dicha ausencia es preocupante no solo porque implica un abordaje unilateral de un problema complejo sino también porque supone el incumplimiento de lo estipulado en la nueva ley de salud mental (Ley №26.657).[36] Dicha ley específicamente dispone en su artículo 4º que, ''*Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.*''

La nueva normativa incluye al tratamiento por adicciones como una problemática de salud mental y en consecuencia exige replantear las tareas y responsabilidades de los efectores a cargo de su atención. Aún cuando el cambio normativo no descarta un abordaje interdisciplinario que incorpore aspectos clínicos, biológicos y también saberes vinculados a la psicología y a los cambios socioculturales, la nueva ley exige y obliga a los efectores de la salud a atender y tratar la problemática de las adicciones.

36 Ley 26657, Ley Nacional de Salud Mental. Sancionada 25/11/2010. Promulgada el 02/12/2010. Publicada en el Boletín Oficial el 03/12/2010

VI. Consideraciones finales

En el marco del relevamiento realizado se advirtió que los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la zona de incidencia de la OAD Mataderos - Liniers (barrios de Villa Lugano, Villa Riachuelo, Mataderos y Parque Avellaneda) enfrentan múltiples dificultades a la hora de implementar un sistema público de salud desde la perspectiva de la atención primaria. En el informe se identifican tres grandes ejes de problemáticas de los CeSAC que afectan el derecho a la salud de los niños/as, adolescentes y personas afectadas en su salud mental de dicha zona.

1. Insuficiencia de cobertura profesional en las áreas de: pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría), trabajo social y fonoaudiología.
2. Escasez de actividades de prevención y promoción de la salud.
3. Inexistencia de acciones específicas desde el primer nivel de atención de la salud respecto a la problemática de adicciones.

1. Insuficiencia de cobertura profesional en las áreas de: pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría), trabajo social y fonoaudiología

El personal profesional de las áreas de pediatría, salud mental infantil (psicología, psicopedagogía y psiquiatría), trabajo social y fonoaudiología resulta insuficiente para cubrir la demanda de los CeSACs relevados.

Dicha deficiencia fue confirmada por referentes del Hospital Santojanni, profesionales del primer nivel de atención de salud, informantes claves locales y por la Dirección General de la Región Sanitaria II.

Por otro lado, los datos surgidos del análisis de estadísticas oficiales dan cuenta de un descenso en los últimos años en la cantidad de consultas en las especialidades mencionadas. Como se explicó, esta situación resulta preocupante en el marco de una población con fuertes índices de crecimiento demográfico y vulnerabilidad.

Debe también destacarse que la ausencia o deficiencia de datos –tanto en lo que hace al registro de la demanda insatisfecha como aquellos referidos a la población residente en el área de incidencia de cada CeSAC– dificultan la correcta ponderación de la magnitud del problema y en consecuencia su abordaje.

Finalmente se ha advertido que el dictado del Decreto Nro. 495/2009 tuvo como efecto secundario en los CeSAC relevados la pérdida de horas profesionales, la cuales no fueron reemplazadas agravando la insuficiencia de personal.

2. Escasez de actividades de prevención y promoción de la salud

El trabajo de investigación realizado por esta OAD permitió advertir la escasez de actividades de prevención y promoción de la salud. Entre las múltiples causas que estarían generando la escasez de dichas actividades se destacan: la insuficiencia de personal de los CeSACs, hechos de inseguridad en inmediaciones de los establecimientos, desgaste de los profesionales y decisiones de política interna de cada CeSAC.

Finalmente cabe acotar que se ha advertido que la falta de personal y la ausencia de ciertas especialidades afecta especialmente al Programa de Salud Escolar, en tanto no le permite realizar las actividades necesarias para cumplimentar los objetivos previstos.

3. Inexistencia de acciones específicas desde el primer nivel de atención de la salud respecto a la problemática de adicciones

En último término cabe destacar que, si bien los profesionales de los CeSACs relevados, los referentes del Hospital Santojanni y los informantes claves locales identificaron al consumo de sustancia psicoactivas como una de las principales problemáticas que afecta a la población del área relevada, el estudio diagnostico efectuado por esta OAD ha dejado en evidencia que:

- Desde el primer nivel de organización del sistema público de salud en la zona relavada no existen, salvo en el caso del CeSAC № 18, acciones de prevención y atención respecto de la problemática de adicciones
- El único recurso existente para abordar el problema en forma territorial está a cargo de los CIAC (Dirección General de Política Social en Adicciones), que dependen del Ministerio de Desarrollo Social de CABA.

Esto deja en evidencia que la modalidad de abordaje propuesta por el GCBA para la problemática de adicciones hace foco en la dimensión social de la misma y excluye a los efectores locales del primer nivel de atención de salud, alejándose de la normativa vigente (Ley de Salud Mental: Ley № 26.657), la cual incluye a las adicciones como una problemática de salud mental.

A partir del diagnóstico realizado desde la OAD Mataderos-Liniers, se visualiza que existen para el GCBA grandes tareas pendientes en las políticas públicas que desde los CeSAC pretenden sostener los principios de la atención primaria de la salud. Entre ellas se destacan:

- Fortalecimiento de equipos profesionales interdisciplinarios con personal y capacidad suficiente para responder satisfactoriamente al total de la demanda.
- Fortalecimiento de los espacios institucionales y equipos profesionales para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud.
- Creación de Programas y conformación de equipos que permitan el abordaje de la problemática de adicciones desde los servicios del primer nivel de atención de la salud.
- Creación e implementación de sistemas que permitan registrar plenamente la demanda insatisfecha para su posterior evaluación y mejoramiento de los servicios.

Antes de dar por finalizado el presente informe, no se puede dejar de señalar que desde los distintos efectores locales, tales como: Educación, Defensorías Zonales, Programa de Fortalecimiento de Vínculos, Servicios Zonales, así como también en las reuniones de las redes barriales, la OAD ML recibe constantes reclamos vinculados a la deficitaria respuesta de los efectores de la APS en relación a las necesidades de la población infantil con la que trabajan.

En este sentido, es de destacar el compromiso que en relación a la comunidad tiene un gran número de profesionales de los CESACs relevados, dadas las condiciones desfavorables en las que deben desarrollar sus tareas. No obstante, desde esta OAD se entiende que es necesario un fuerte compromiso de la política pública para el fortalecimiento de los recursos del primer nivel de atención de la salud con el objetivo de poder dar respuesta a las necesidades que se imponen diariamente en una de las zonas de mayor vulnerabilidad social de toda la Ciudad de Buenos Aires.

''La renovación de la APS exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención.''[37]

37 La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas''.Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Julio 2007

VII. Apéndice

Tabla № 7: Información Institucional de los CeSAC relevados para el presente informe.

CeSAC	Área programática	Dirección- Barrio - Comuna . Teléfono.	Horario	Programa Salud Escolar
3	Hosp. Gral. De Agudos F. Santojanni	Soldado de la Frontera 5144 - Gral. Savio - Comuna 8. Tel. 4605-7823	8:00 a 18:00 hs.	No
4	Hosp. Gral. De Agudos F. Santojanni	Av. Juan B. Alberdi y Pilar - Mataderos - Comuna 9 Tel. 4686-6660	8:00 a 20:00 hs.	Si
5	Hosp. Gral. De Agudos F. Santojanni	Av. Piedrabuena 3200 - Villa 15 - Comuna 8 Tel. 4687-1672/ 0409	8:00 a 18:00 hs.	Si
7	Hosp. Gral. De Agudos F. Santojanni	2 de Abril y Montiel - Piedra Buena - Comuna 8 Tel. 4602-5161/ 2819	8:00 a 18:00 hs..	Si
13	Hosp. Gral. De Agudos P. Piñero	Directorio 4210 - Parque Avellaneda - Comuna 9 Tel. 4671-5693	7:30 a 17:00 hs.	Si
14	Hosp. Gral. De Agudos P. Piñero	Horacio Casco 4446 - V. Cildañes - Comuna 8 Tel. 4602-6527/5928	8:00 a 17:00 hs.	Si
18	Hosp. Gral. De Agudos P. Piñero	Batle y Ordoñez y Miralla - Villa 20 - Comuna 8 Tel. 4638-7226	8:00 a 18:00 hs.	No
28	Hosp. Gral. De Agudos F. Santojanni	Cafayate 5388 - Gral. Savio - Comuna 8 Tel. 4605-2148	8:00 a 16:00 hs.	Si
29	Hosp. Gral. De Agudos F. Santojanni	Los Alamos y Colectora Ricchieri - V. Lugano - Comuna 8 Tel. 4601-7973	8:00 a 16:00 hs..	Si
37	Hosp. Gral. De Agudos F. Santojanni	Av. De los Corrales 6476 - Mataderos - Comuna 9 Tel. 4687-5657	8:00 a 16:00 hs.	No
44	Hosp. Gral. De Agudos P. Piñero	Saraza 4202 – Villa Lugano – Comuna 8 Tel. 4601-3686	8:00 a 17:00 hs.	No

MINISTERIO PÚBLICO TUTELAR | CABA

ASESORÍA GENERAL TUTELAR | CABA

Alsina 1826 |C1090AAB|
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
tel (+5411) 5297·8000

www.asesoriatutelar.gob.ar

agt@jusbaires.gov.ar

MPT

El **Ministerio Público Tutelar** es una institución que integra el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Su misión principal es promover la justa aplicación de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes y de las personas afectadas en su salud mental.

Para ello, la **Asesoría General Tutelar** se ha propuesto una intervención estrictamente vinculada al control de la política pública local a través de acciones de monitoreo, interpelación, articulación y seguimiento del debido funcionamiento de las instituciones del Estado.