

VIII Foro Metropolitano “Construyendo Gobernabilidad para la Gran Buenos Aires”

Desgrabación de la exposición de Mario Rovere

10-11-2011

Conferencia: COORDINACIÓN Y FINANCIAMIENTO REGIONAL DE LA SALUD

Mario Rovere: Muy buenas tardes, a todas y a todos, un enorme gusto de estar acá, de tener la posibilidad de compartir con ustedes algunas reflexiones. Siempre un gusto acompañar las distintas iniciativas de la Fundación Metropolitana, tuvimos el privilegio de conocer casi desde la ceremonia de fundación y llevamos ya hace muchos años y no deja de sorprender el tema de la constancia y la perseverancia de la Fundación para poner en agenda y esto lo comento siendo parte de la Fundación y de todas maneras con este desdoblamiento que me permite en este momento el cargo de poder estar instalando en agenda el tema del área metropolitana, en general un área que siempre hemos reflexionado como un área de una gobernanza sin gobierno, es decir, un área donde alguna manera existen una serie de mecanismos de ajuste recíproco en la definición de actores, pero la ausencia de un espacio, de una instancia donde pudieran articularse las diferentes miradas, perspectivas, e iniciativas, que cada una de las autoridades políticas del territorio naturalmente tiende a realizar. En ese sentido me parecía interesante compartir que el tema que me llevo a esta interacción con la Fundación Metropolitana fue fundamentalmente el tema de Planificación Estratégica, en el entendido que como ocurre en el ámbito interno de los municipios, el plan estratégico podía ser una herramienta para pensar herramientas de gobierno y herramientas justamente para la construcción de actores sociales complejos como muchas veces ocurre en los planes estratégicos de los municipios donde la planificación estratégica tiene la posibilidad de convocar actores, de ponerlos juntos, de sentarlos en una mesa y en esa lógica poder entender de que probablemente en la posibilidad de que un gobierno único en el área metropolitana fuera una especie de utopía esto no significa que de todas maneras pudiera existir otros dispositivos que permitieran que los actores ajusten su comportamiento al conocimiento recíproco de los otros actores, cosa que se ve en muchos temas como un problema absolutamente esencial y dentro de esto nos quedo, podría decir como una cierta deuda tomar el tema específico de salud que estamos tomando hoy en esta mesa y que naturalmente es un tema que moviliza poco a los actores salvo que esos actores sean actores del sector salud.

Yo en este sentido quisiera decir algo que a lo mejor es una reflexión un poco más genérica que explica cómo se mueven los distintos agentes económicos, sociales y

políticos en relación al tema de salud. Mi impresión en términos generales es que salud es un tema sobre respetado, es decir, que es un tema al cual se le tiene mucho temor, al cual la política, por decir así, a grandes rasgos, no se le mete y que parece un tema que los propios actores de salud van a resolver, de una manera o de otra, mejor o peor como si fuera un problema de un sector con cierto grado de extraterritorialidad, es decir que, de alguna manera sometido a sus propias reglas de juego, sometido a sus propias internas, a sus propios juegos de intereses del cual en términos generales ha ocurrido algo que no ha sido así en nuestra historia política pero que sí ha sido así desde la recuperación de la democracia, digamos, vamos a decir así, los médicos no se meten en política, los políticos se meten en salud. El resultado, perdedor-perdedor, porque en la práctica nosotros hemos tenido presidentes médicos, de tal manera... y no quiero decir con esto que expreso en la medicina los distintos miembros del equipo de salud pero progresivamente ha habido una gran desconfianza recíproca, salud, los equipos de salud y la política y esto ha generado que como vemos en este momento, a grandes rasgos, salud no ha aparecido en las campañas electorales, casi no ha aparecido en las principales discusiones, cuando se habla del modelo, no aparece necesariamente salud entre los principales descriptores, tampoco necesariamente en los otros partidos de la oposición, tampoco en las elecciones de la Ciudad de Buenos Aires, es decir, que de alguna forma es como que lo único que decimos de salud es, mantenemos o no mantenemos algunas cosas, siempre digamos, es decir, no forma parte de ninguna reforma estructural importante pensada hoy por ninguna fuerza política a corto plazo.

Menciono esto, porque resulta importante entender que no siempre fue así, el sector salud por ejemplo forma parte indisoluble de la identidad del primer y segundo gobierno peronista, es decir, personas que no tienen nada que ver con salud saben exactamente quien fue Ramón Carrillo y saben lo que significa, y forma parte de la identidad de ese gobierno, digamos, y de la misma manera podríamos decir que difícil que alguien no asocie a Illia con la Oñativia, dos nombres que están estrechamente vinculados siendo además Illia uno de los pocos presidentes médicos de la historia argentina, digamos en consecuencia parece bastante claro que esto no fue siempre así pero que ha sido así en las últimas décadas probablemente porque ha tenido éxito una importante operación política diseñada a partir, fecho yo, a partir de 1956 en la cual se intentó debilitar o diluir o de ser posible apartar cualquier riesgo de desarrollo de un sistema nacional de salud, es decir, que la Argentina no solo no tiene un sistema nacional de salud sino que corrió el riesgo de tenerlo si de alguna manera si se mantenían las condiciones organizativas de la época de Carrillo u hubo en el año 1956 todo una propuesta política que se origina en un acuerdo, en un informe de un consultor brasilero de apellido Pedroso, pero que luego se mete de alguna manera en la cultura sanitaria de la Argentina por la cual comienza plasmarse progresivamente primero lo que se llama la federalización en salud del país, luego la municipalización y como decía el propio informe Pedroso y cuando sea posible, transferencia de responsabilidades al sector privado. En este sentido podríamos decir

que en perspectiva, estas dos grandes fuerzas, la que vienen de la Revolución Libertadora y la que viene de Carrillo han estado peleando dentro del sistema de salud desde 1956 a la fecha y en cierta manera si yo les digo algo que no me gusta decir, tiene más rounds ganados Pedroso que Carrillo, es decir, hay más movimientos tendientes a la fragmentación de la salud en la Argentina que movimientos tendientes a la articulación y consolidación de carácter sistémico.

Menciono esto para decir que hay algunos rasgos del sistema de salud en la Argentina que son muy particulares, de esos que uno puede colocar en escena cuando tiene poco tiempo y bueno dice, voy a tratar de poner algunos rasgos como si fuera un pequeño identikit, como se caracteriza el sector salud en la Argentina:

Primer rasgo característico, el sistema de salud de la Argentina es fragmentado, fragmentado significa que si yo quisiera juntar hoy las cabezas de todas las personas que deciden tramos significativos sobre la salud de los argentinos este salón entero no me alcanza, no me alcanza, porque aproximadamente, lo que podría llamarse los stageholders, los tomadores de decisión en el sector privado, en el sector público, en el sector de la seguridad social en la República Argentina llegaría aproximadamente a unos 2500 agentes, es decir, habría que poner de acuerdo 2500 personas para decir que empieza a haber cierto funcionamiento sistémico en la República Argentina y esto se reproduce exactamente y de la misma manera en los tres subsectores, es decir, pasa en el sector público, pasa en el sector de la seguridad social y pasa en el sector privado.

De esta manera, el primer rasgo que colocamos en escena es el de fragmentación y por supuesto que la fragmentación facilita un segundo rasgo que es:

El sistema de salud en Argentina es inequitativo, inequitativo significa fundamentalmente que si yo trabajara con un imaginario y dijera, tengo 40 millones de argentinos y estos 40 millones tienen una oferta de servicios de salud que significa poner la mano en las arcas nacionales, en la riqueza nacional con una participación cercana al 9% del PBI que es un porcentaje altísimo del presupuesto del PBI interno de la República Argentina y después tomara esa masa de dinero y dijéramos, esa masa de dinero la distribuimos en los 40 millones de argentinos saldría un número promedio, pero ese número promedio no representa la atención de nadie porque hay un innúmero cantidad de personas que están por arriba de ese promedio y también un innúmero cantidad de personas, mayor todavía, que está por debajo de ese promedio para poder sostener los valores más altos de la proporción, no si se entiende el problema...podríamos decir así, el índice de Gini o el problema de distribución de esa masa total de dinero en relación a población. Para que el sistema de salud de la argentina pueda llegar a tener diferencias de 14 veces en el gasto público por habitante, recuerden ustedes este dato, no estoy hablando de diferencias en el sistema de salud, porque la diferencia en el sistema de salud puede llegar a ser

de 1 en 114 veces entre los que más recursos utilizan en salud y los que menos, si nos acercamos solamente a la diferencia por el gasto público por habitante dividido por territorio las distancias pueden ser cercanas a 1 en 14, es decir, algunos territorios de la república argentina tienen un gasto público por habitante 14 veces más alto que otros lugares de la república argentina, pero si esa proporción todavía la ajustáramos en función de la cobertura del gasto público por población no cubierta, es decir, población que no tiene cobertura de seguro social, de la seguridad social, tampoco cobertura de prepagas en la República Argentina, la proporción se multiplica por dos, la distancia pasa a ser de 1 en 28.

Quiero decir entonces, que hay dos factores que puestos juntos, fragmentación e inequidad pero además que se conectan porque no podría haber inequidad sin fragmentación, es decir, la fragmentación es fundamental y funcional a que cada segmento de la Argentina, a cada tramo de ingreso, cada grupo de pertenencia tenga un nivel de salud y hay una tendencia tan fuerte a esta estratificación que ustedes saben que hasta las prepagas tienen planes diferentes para ofrecer a los distintos tipos de afiliados según su cartera y los tramos de cobertura que tienen en función de esos planes, de tal manera podríamos decir que se construye un edificio en el cual cada uno tiene la salud que puede pagar en términos de su respectivo precio lo cual se reproduce incluso dentro del gasto público.

El tercer rasgo importante del sistema de salud en la Argentina es el problema de la sobreoferta de factores, es decir que la República Argentina no es un país con pocos recursos y ahí ya no me refiero solamente a los recursos económicos sino también que me refiero a los recursos físicos, a los recursos humanos, a los profesionales de salud sino que a pesar de estar algunos de estos factores en clarísima sobreoferta sin embargo existe al mismo tiempo carencias importantes por diferencias en la distribución de los recursos. Si alguien dijera en la República Argentina sobran médicos, tendría tanta razón como otro que diga que faltan médicos, para ser gráficos en esta explicación que va a depender fundamentalmente del territorio que estemos hablando y según el territorio que estamos hablando hoy llama mucho la atención, lamentablemente en el Censo de 2010 no se levantó la misma información censal que sí se levantó en el 2001 en relación a la pertenencia profesional de los ciudadanos como para poder hacer una curva y tratar de verificar si la Argentina ha tenido por ejemplo una migración importante de profesionales o si la Argentina tiene hoy un aumento de la capacidad de absorción del sector privado pero lo real es que el sector público está penando en lugares que hasta hace 5 años no tenía problema de recurso humano, me estoy refiriendo a la Patagonia, me estoy refiriendo a los municipios de la costa, me estoy refiriendo al tercer anillo del conurbano y no solamente a lugares como Formosa o el chaco salteño donde siempre ha habido carencia para radicar profesionales, estoy hablando, hoy provincias han retrocedido a condiciones de 1980 en relación a sus necesidades de recursos humanos.

Tercer rasgo entonces que ponemos en juego, el tema de sobre oferta de factores que hace entonces que combinando con fragmentación aparezca un problema ético tremendamente importante que es problema del cuarto factor que es ¿como la Argentina reconoce el derecho a la salud? El derecho a la salud en la República Argentina aparece en escena por una especie de vía indirecta, es decir, en la reforma del año 1994 se decidió intencionadamente como parte del pacto de Olivos denunciado por las otras fuerzas políticas constituyentes que no se iba a discutir sobre el tema del derecho a la salud y de hecho no se discutió sobre el tema del derecho a la salud, entonces la República Argentina no tiene taxativamente colocado el tema del derecho a la salud en una constitución por ejemplo que sí garantiza los derechos de los consumidores digamos, es decir que construye una nueva categoría, en vez de proteger ciudadanos protege consumidores y si consumen servicios de salud entonces están protegidos pero si no consumen servicios de salud entonces no están protegidos por esta legislación. Sin embargo, como muchos juristas nos suelen recordar que por donde entra el derecho a la salud es por el reconocimiento de los pactos internacionales colocados a nivel constitucional que significa que muchos de ellos, uno de ellos taxativamente, como es la declaración de los derechos del niño y muchos otros pactos que la Argentina ha firmado que la obliga al cumplimiento del derecho a la salud, sin embargo la pregunta que sigue luego ¿quien es el responsable del derecho a la salud en un país federal? Y en términos generales lo que percibimos es que en un país federal la mayor parte de los decisores políticos o del poder ejecutivo consideran que el problema de la salud es un problema provincial pero a muchas provincias a su vez han tenido políticas activas o pasivas de municipalización. La mayor parte de las provincias que tienen políticas activas de municipalización de la salud no tienen cambios constitucionales que garanticen y expliquen cuál es la responsabilidad de los municipios en salud, razón por la cual podríamos decir, en muchos lugares del país, los municipios hacen salud, como dicen los chicos, de onda, es decir que si quieren hacer lo hacen si no quieren hacer no lo hacen, si quieren hacer mucho hacen mucho, si quieren hacer poco hacen poco y tienen como único elemento de estímulo muchas veces las formulas de coparticipación de los gobiernos provinciales establecen para apoyar algunas funciones que para darles a ustedes solamente una idea, el caso específico de la provincia de Buenos Aires, toda la atención primaria está a cargo de los municipios y hay más hospitales municipales que provinciales a pesar que hay más camas hospitalarias provinciales que municipales porque los hospitales provinciales son más grandes que los hospitales municipales, entonces cuando uno va a analizar esto dice la mayor parte de los hospitales públicos, la totalidad de los centros de salud sin una clara responsabilidad constitucional para hacer eso es realmente un tema sorprendente pero es el punto actual del campo de cómo está organizado el sistema de salud de la Argentina.

Que pasa específicamente con estos rasgos, entonces: fragmentación, Inequidad, Sobreoferta de factores, Derecho a la salud y otros conceptos que podríamos ir agregando alrededor de los rasgos del sector salud en el Área Metropolitana.

El Área Metropolitana de Buenos Aires ha adquirido una capacidad, un volumen, una absorción de población digamos es de alguna manera es la mancha homogénea que corresponde hoy a la urbanización y que se vincula tanto con nuestra visión aérea del área metropolitana encierra importantísimas diferenciales entre territorios que en algunos casos es superior a las diferencias territoriales que se observa entre provincias, es decir, hay en el área metropolitana más diferencias de inequidad, en cobertura, en gasto en salud, en complejidad y en capacidad resolutive que si yo tomara como objeto de estudio la totalidad del país, no sé si este aspecto es suficientemente claro, pero las diferenciales son realmente importantes porque se dan diferenciales entre el primer anillo, segundo anillo y tercer anillo del conurbano, donde empiezan las grandes diferencias? Por supuesto en el sector salud, la primera gran diferencia comienza en la dimensión demográfica, si bien nosotros hablamos de diferencias... asignamos a los territorios poblaciones y decimos en teoría debería haber esta proporción de gasto en un lugar en el otro, lo que primero nos obliga como base epidemiológica a corregir esos datos es justamente como está la relación entre activos y pasivos, entre personas en el activa, la proporción de menores de 14 años, la proporción de mayores de 65 años que cada uno de estos territorios tiene y ahí uno empieza a distinguir y a darse cuenta que el área metropolitana tiene literalmente poblaciones que se parecen muy poco entre sí, es decir, porque fundamentalmente si uno empieza a cortar por los indicadores demográficos conocidos provistos por el censo, % de los menores de 14 años, va a ver que el peso relativo de los menores de 14 años en la Ciudad de Buenos Aires es 1.1/2 más bajo que el primer cordón del conurbano y ahí se puede llegar hasta 4 veces cuando se llega al tercer anillo del conurbano, es decir, lo que podríamos decir la pirámide de población joven nos va a indicando una tasa muy importante de carga de problemas de salud infantil a medida que uno se va alejando del Congreso, por decirlo gráficamente. El único problema en este caso es altamente inversa es la relación de disponibilidad de pediatras en el área metropolitana, es decir que a mayor cantidad de niños menor cantidad de pediatras, en número absolutos y relativos en el área metropolitana, al punto que un hospital como el conocido inicialmente como el hospital del km 32 tuvo dificultades específicas para afrontar epidemia de bronqueolitis, digamos fundamentalmente por ausencias de pediatras, por ausencia de neonatologos, y se repite exactamente lo mismo cuando uno se mueve en otros anillos del conurbano o municipios del segundo y tercer anillo del conurbano. De tal forma, que la distribución de recursos no lleva proporción ni con la población ni con la estructura de la población. Lo mismo puede reproducirse a nivel social con los pocos indicadores disponibles como por ejemplo el caso de NBI digamos que puede llegar a una situación, el caso de Virrey del pino cercano al 70% de la población aquí nuestro último asentamiento cercano a Cañuelas o el caso del porciento de población que no tiene cobertura de obra social que dentro de los distintos municipios primero, segundo, tercer anillo, se va modificando sustancialmente hasta llegar a territorios donde ni el 20% de la población tiene cobertura de la seguridad social, sin embargo a

la hora de la asignación de los recursos por criterio territorial estos criterios no son necesariamente tomados en cuenta.

Si nosotros pensamos en un imaginario y ustedes pueden recordar una situación bastante crítica al comienzo del gobierno del Ingeniero Macri en la ciudad de Buenos Aires cuando la Ciudad de Buenos Aires empezó a insinuar que cerraría la atención a los pacientes provenientes del área metropolitana Buenos Aires, inmediatamente uno tiene la sensación que la ciudad de Buenos Aires es un gran polo atractor por su prestigio académico y a mí me gustaría decir que independientemente de que obviamente una ciudad que es una ciudad sanatorio, que tiene una importante estructura de servicios de salud, tiene la Universidad que forma el 70% de los recursos humanos universitarios profesionales de la salud en Argentina, digamos, naturalmente tiene que tener prestigio pero además de prestigio tiene una enorme desproporción de recursos, para darse una idea, solo en el sector público, si ustedes toman la ciudad de Buenos Aires, se van a acercar a una proporción de 4 camas cada 1000 habitantes, si toman los municipios colindantes norte y sur, es decir, los que pegan colindantes con la Capital Federal por el norte y por el sur, obviamente saco a La Matanza del análisis porque no se comporta como un municipio vecino sino como la combinatoria de todos los municipios, pero estoy hablando de Vicente López, de Tres de Febrero, San Martín, Avellaneda, Lanús, uno va a encontrar que de esas 4 camas por 1000 habitantes ya ha bajado a 1 cama por 1000 habitantes, de tal manera que ya tenemos una relación de 1 a 4 entre la ciudad de Buenos Aires y municipios colindantes. Pero si ahora ampliamos al segundo y tercer anillo del conurbano e incluimos a La Matanza en esa oferta resulta que no superamos el 0.3 camas cada mil habitantes, razón por la cual incluso los propios municipios colindantes también se quejan de la derivación del resto de los municipios del área metropolitana a lugares como Vicente López, Avellaneda, Lanús, etc. Esto que significa? Significa que si más allá que la población prefiere o no prefiere, en la práctica concretamente no hay oferta o no hay oferta proporcionada al tamaño de la población. Naturalmente ustedes habrán visto que en el año 2010 ha habido un sinceramiento de las cifras de La Matanza, no es seguro que La Matanza haya crecido tanto como parece, lo más probable es que es censo de 2001 fuera marcadamente insuficiente porque las proyecciones de crecimiento de La Matanza ya daban como 200 mil personas más que las que efectivamente se censaron en el 2001 pero hoy el municipio de La Matanza si fuera una provincia sería la 5ta provincia del país. Si ustedes sacan el cálculo por ejemplo de la provincia que le sigue inmediatamente que sería la provincia de Mendoza y analizan la cantidad de recursos y de dinero, de recurso humano, de hospitales de cama, etc. que tiene la provincia de Mendoza y lo comparan con el Municipio de La Matanza van a sentir que en la proporción casi literalmente descubierto, a pesar del esfuerzo de los servicios que hay, a pesar del esfuerzo de los centros de salud, de los hospitales provinciales, que ha dado como origen, ha dado como consecuencia que, en este municipio se han empezado a hacer inversiones importantes en salud y hay tres obras físicas importantes en curso como

para poder aumentar la cobertura de servicios de salud para la población de la quinta provincia del país.

No quisiera dejar de mencionar algo que me parece importante y ustedes ya han visto en otras dimensiones vinculados con el tema de la relación entre ambiente y salud. Este tema resulta un tema absolutamente fundamental porque solo en el imaginario de las nuevas generaciones podría parecer la fantasía de que la Ciudad de Buenos Aires está ubicada sobre una planicie homogénea, vale la pena quizás invitar a quienes no hayan ido al Palacio de las aguas en la calle Paraguay a ver un fantástico mapa tridimensional sobre los relieves de la ciudad de Buenos Aires para ver que la Ciudad de Buenos Aires está atravesada por arroyos, tiene cañadones, tiene estructuras que en los mapas antiguos incluso se los describía como con tanto Delta sentido Oeste-Este como en sentido Sur-Norte. Este tema significa que en buena medida nosotros hemos tapado la ecología sobre la cual se asienta esta ciudad y uno de los temas claves es justamente el problema de los servicios de saneamiento y la relación de los servicios de saneamiento con los problemas de salud de la población. Ustedes saben que en buena medida que este tema en la República Argentina está literalmente judicializado, porque en cierta manera hay un comportamiento, hay una preocupación judicial alrededor del tema de la Cuenca, dado que mencioné que hay un problema de carácter judicial me gustaría decir que a través de fallos, si bien el Poder Ejecutivo de la Argentina considera que la responsabilidad primaria de la salud es de carácter provincial a través de una arbuja generada por el gobierno de la Revolución Libertadora que es haber retrotraído las cosas a la constitución del 53 y haber considerado que si las provincias no le delegaron salud a la Nación es una responsabilidad provincial, cosa que es una falacia porque ninguna provincia en la época reconocía a la salud como una función del Estado, si esto es así y en 1853 nadie reconocía tampoco se iba a poder delegar y con ese criterio la Energía Atómica en la República Argentina debería ser federal, porque la Energía Atómica tampoco fue delegada de las provincias a la Nación. Cuando yo analizo esto y tuvimos la oportunidad de analizarlo en el Colegio de Abogados de la Capital Federal quedó muy claro, hubo una gran sorpresa en el colegio de abogados desde el punto de vista de los fallos de la suprema corte de justicia, el garante del derecho a la salud en la república Argentina es el Gobierno Nacional y esto es tan fuerte que en este momento existe un fallo sorprendente para específicamente el municipio de La Matanza donde lógicamente por este vacío constitucional que existe en el rol de los municipios en salud está apareciendo una acordada donde aparece la necesidad, a través de juez específico, la necesidad de una injerencia progresiva de la provincia en los servicios municipales de salud en toda la cuenca Matanza Riachuelo, y eso indica que a contramano de lo que la política y el poder ejecutivo ha ido construyendo a los largo de este tiempo la base jurídica de la nación argentina custodiada por el poder judicial indica que hay una responsabilidad primaria de la Nación sobre toda la problemática de salud del territorio nacional y obviamente también debe haberla sobre el área metropolitana Buenos Aires, este es un elemento

fundamental, hemos tenido la oportunidad de discutir en otros eventos de la Fundación Metropolitana pero digamos en ausencia de autoridad y existiendo una organización de carácter, podríamos decir así, de carácter interjurisdiccional, porque en definitiva el área metropolitana Buenos Aires está organizada sobre la base de dos grandes jurisdicciones, la provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires que tienen prácticamente autonomía de provincia en el caso de la ciudad de Buenos Aires, si hay un problema interjurisdiccional, este es exactamente el rol de Nación, de tal manera que sería lo mismo que hubiera un riesgo de conflicto entre provincias digamos, la necesidad de que Nación intervenga activamente en la articulación de este área. No quiero decir con esto, que solamente la intervención de Nación podría resolver el problema pero si quiero decir que hace falta la tercerización, porque a través de casi 50 años de historia argentina la mesa de sentar al jefe de gobierno de la ciudad y al gobernador de la provincia para tratar de resolver el problema de salud en la Argentina no funcionó ni cuando hubo gobiernos militares, ni cuando hubo gobiernos civiles, ni cuando hubo coincidencia de partidos políticos ni cuando no hubo coincidencia de partido político, a los 20 minutos de estar sentado en la mesa, uno saca el facturero que se lo pasa al otro y el otro le dice yo te financio la policía y no sé qué otra cosa y la reunión se levanta hasta el próximo gobierno, de tal forma este es un tema que no puede ser dejado solamente a la voluntad política de las partes y pasa a ser un tema estratégico porque aparecen falencias incluso que ponen en riesgo jurídico a los decisores políticos de las distintas jurisdicciones, es decir, hay un riesgo jurídico en ser intendente y tener servicio de salud, hay un riesgo jurídico en la provincia de resolver. De no tener toda la capacidad resolutoria de resolver los problemas en algunos territorios, hay algunos riesgos jurídicos de que pase inmediatamente igual que pasa con la cuenca donde autoridades del poder judicial, incluso la Corte Suprema podría dictar fallos, incluso ejemplares, que incluso es la forma en que la Corte Suprema opera.

Menciono solamente un caso que es bastante organizador de jurisprudencia, en la Argentina ha habido pacientes de HIV que se presentaron en una provincia frente a la justicia federal y la justicia federal ordenó que la Nación provea a pesar de que eran pacientes que vivían en una provincia, ordenó que la Nación provea o garantice la provisión, de tal manera que esto nos está dando la pauta o la diferencia. Quisiera agregar simplemente que la complejidad del tema es un poquito todavía mayor porque a pesar de la intención política mayor o menor de desarrollar una estrategia tendientes a que la población del Gran Buenos Aires no se atienda en la Ciudad de Buenos Aires, como por ejemplo el tema de carnetizar a las personas con el argumento que son para proveerles recursos y medicamentos a gente sin cobertura vinculado a los centros de salud de la ciudad de Buenos Aires e ir creando una especie de ciudadanía diferencial para los que viven y los que no viven en la ciudad de Buenos Aires, en realidad, la suspensión de servicios de salud de la ciudad de Buenos Aires a ciudadanos que viven en el área metropolitana solo podría ser llevado adelante con una reforma constitucional. La constitución de la ciudad de Buenos

Aires y la ley básica de salud de la ciudad de Buenos Aires brinda la totalidad de garantías e igualdad de oportunidades que se requieren desde el punto de vista legal para que cualquier persona que se acerque a servicios públicos de la ciudad de Buenos Aires reciba exactamente la misma atención. Este es el marco jurídico actual de la República Argentina profundizado por una ley que todavía nos emparenta porque es una ley de alcance nacional que se refiere específicamente a los migrantes y muy particularmente ustedes saben que los migrantes en la Argentina son migrantes de países limítrofes a partir de la ley de migraciones, conocida habitualmente como ley Giustiniani propuesta inicialmente por la oposición pero reglamentada por el gobierno nacional a pocos días del festejo del bicentenario, es decir, 6 de mayo del año 2010 esta ley fue reglamentada, una de las leyes de migraciones más avanzadas de América, no digo América Latina, de América, esta legislación obliga a la totalidad de servicios públicos de la Argentina de salud y de educación, a brindar atención igualitaria a personas migrantes en la República Argentina vivan donde vivan incluyendo la atención a personas indocumentadas, es decir, ni siquiera es posible retacear atención o hacer diferencia de calidad de atención porque se trate de migrantes que no estén en regularización migratoria e incluso los servicios de salud deben brindar asesoramiento sobre como regularizar la situación migratoria que también ha sido objeto de simplificación administrativa a través del programa Patria Grande. De tal forma, voy cerrando en relación al tema de este panorama, de tal forma que aunque parezca paradójal la república argentina que no tiene el derecho a la salud en la Constitución, la República Argentina que no garantiza el derecho a la salud por ninguna ley, le brinda garantía de derecho a la salud a la población migrante, es decir, los únicos que taxativamente tienen garantizado el derecho a la salud son las poblaciones migrantes porque es una ley más moderna que ha incluido el derecho a la salud aprovechando el marco jurídico de los acuerdos internacionales.

Finalmente en relación al tema de cómo se puede resolver esta enorme complejidad que significa hoy el área metropolitana podríamos decir, el Área Metropolitana crece a velocidades diferenciales, cuando ustedes ven los distintos censos es obvio digamos el crecimiento de lo que se llama el primer anillo, después el segundo anillo, luego el tercer anillo del conurbano, no solamente crece la cantidad de población sino también crece el número de municipios al que denominamos área metropolitana, esto por división de municipios y por aumento de superficie total incorporada en el concepto de área metropolitana y esto está generando un desafío sin precedentes para un territorio donde vive una proporción enorme del total de la población nacional. Hay problemas de salud que son de resolución terriblemente local pero hay otros problemas de salud que no son de resolución local porque necesitan desplazamientos, necesitan complejidad, necesitan atención y necesitan redes de conexión, para que ustedes se den una idea y voy cerrando con este concepto hoy existe todavía en el área metropolitana de Buenos Aires municipios con ambulancias que transportan pacientes a la puerta de hospitales de la ciudad de Buenos Aires, lo

dejan en la esquina y le dicen “no le diga que yo lo traje porque si le dice que yo lo traje no lo van a atender, entre espontáneamente” es decir que la oportunidad que significa desde el punto de vista de la calidad de la atención que un médico reciba a alguien en la guardia de recepción un paciente ya estudiado se dilapida porque no hay garantía de que lo atiendan y si hay garantías de que lo atienda si anda por demanda espontanea, en el área metropolitana ocurre algo como eso pueden darse ustedes una idea de todo lo que nos falta para poder decir en este área metropolitana tenemos equidad en salud, tenemos equidad en la atención de la salud, tenemos plasmado la concreción de igualdad de ciudadanía y de derecho a la salud para todos los habitantes. Muchas gracias.

Ciudad de Buenos Aires, 9 de noviembre de 2011