

CIUDAD DE BUENOS AIRES: SISTEMA DE SALUD Y TERRITORIO

Dr. Pablo F. Bonazzola *

El Sistema de Salud

La salud y la enfermedad son consideradas actualmente como un proceso colectivo, profundamente influido por determinantes sociales que deben ser tenidos en cuenta para poder contribuir efectivamente a la protección de la salud de las poblaciones y las personas. Luego de la década del 90 y el predominio de la concepción neoliberal en políticas sociales, la cuestión social ha vuelto a jerarquizarse en el pensamiento sanitario. (OPS, 2007)

Este enfoque lleva al concepto de salud integral, por el que el nivel de salud está asociado no sólo a la atención médica, sino a la satisfacción del conjunto de necesidades de las personas, tales como alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. (CABA, Ley 153 Art. 3 inc. a)

“Sistema de salud” suele ser utilizado, sin embargo, con un sentido más restringido a los servicios personales de atención, refiriéndose por ejemplo a “todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud. Se entiende por actividad o acción de salud todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo sea mejorar la salud”. (OMS, 2000)

Los componentes frecuentemente considerados para el análisis de un sistema de salud son los siguientes (ver Ilustración 1):



Ilustración 1.- Componentes del Sistema de Salud

- Población: en lo que se refiere a sus características demográficas, sociales y culturales, epidemiológicas; y a su cobertura de salud;
- Prestación: representado por el conjunto de efectores asistenciales (hospitales y sanatorios, consultorios, laboratorios, etc.), cuya dependencia puede ser del subsector público, de la seguridad social o del privado;
- Financiación: Que puede ser de origen público (presupuestos nacional, provinciales y municipales), de la seguridad social (recursos del sistema de obras sociales) y privado (gasto directo);

* Médico, Diplomado en Salud Pública, Ex Secretario de Salud del GCBA

- d) Regulación y control estatal: en base a las normas y organización de cada país, provincia o municipio.

Dichos componentes se relacionan de maneras muy variadas y complejas, que dan una idea aproximada del grado de equidad, accesibilidad y calidad de atención de un sistema de salud. Por ejemplo, los países con tendencia a la cobertura universal, una financiación de predominio público y con gasto directo reducido, una integración de los recursos prestadores y un Estado activo en la regulación, suelen asociarse con mayor equidad y mejores resultados en salud.

El Sistema de Salud en Argentina presenta en este sentido, diversas limitaciones para el logro de una atención universal y equitativa, entre las que pueden señalarse:

Con respecto a la población y su cobertura:

- Argentina continúa siendo un país de desigualdad social, como la mayoría de América Latina, y está demostrada la menor cobertura y accesibilidad a la atención de la población que integra los quintiles inferiores de ingreso.
- La base histórica de la seguridad social argentina es la cobertura que beneficia a los trabajadores en relación de dependencia, por lo que su extensión y profundidad se ve afectada por la situación del empleo. Por otra parte, las personas sin trabajo –condición que suele asociarse a mayor vulnerabilidad social-, son precisamente las que quedan excluidas de la seguridad social.

Con respecto al componente prestador:

- La división entre prestadores públicos, de las obras sociales y privados genera compartimientos estancos con escasa articulación. Los efectores públicos atienden a la población sin cobertura, mientras que los beneficiarios de la seguridad social utilizan mayoritariamente los prestadores privados.
- Los efectores públicos son en su mayoría provinciales, y en segundo lugar municipales. La Nación carece prácticamente de efectores propios, y no ha logrado sustituir esta carencia por otros mecanismos sólidos de integración asistencial regional y nacional.
- Los establecimientos privados dependen en alto grado de la financiación de las obras sociales –la capacidad instalada propia de estas últimas es reducida-, por lo que la oferta de servicios privada sigue en parte los vaivenes de las crisis y coyunturas, en vez de regirse por criterios de prioridad y calidad.

Con respecto a la financiación:

- A la cobertura social a través del empleo formal (si no tiene trabajo, no tiene cobertura), debe agregarse que la afiliación por rama de producción generó históricamente desniveles entre los gremios de diferente promedio salarial, desvirtuándose en parte el principio de solidaridad nacional.
- El gasto directo o de bolsillo es un componente muy alto del gasto total en salud de nuestro país (más del 40%), lo que es prácticamente sinónimo de inequidad.
- Este gasto directo incluye la afiliación de un sector de población –principalmente el de mejores ingresos- a las entidades de medicina prepaga.

Con respecto a la regulación y control estatal:

- La debilidad del Estado nacional como autoridad sanitaria y para propiciar un sistema más integrado es una realidad constatable en nuestro país desde hace varias décadas. Es de notar

que no se ha logrado una mayor equidad ni siquiera en la distribución de los recursos públicos presupuestarios, ya que el gasto público por habitante es varias veces superior en algunas provincias con respecto a otras.

- La insuficiente rectoría estatal ha facilitado históricamente que diversos actores e intereses, tales como las empresas productoras de medicamentos y tecnología, los entes financiadores y las organizaciones de prestadores, hicieran prevalecer en muchas oportunidades sus conveniencias corporativas al margen del interés general.

La realidad descripta hace que la concreción de un sistema de salud más integrado y equitativo continúe siendo una de las grandes deudas de las políticas públicas en Argentina.

El Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

De acuerdo con la Ley Básica de Salud N°153, el Sistema de Salud “está integrado por el conjunto de recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. (CABA, Ley 153, art. 10°)

Sin embargo, esta visión integral no fue aún asumida por el Gobierno de la Ciudad; lo que se debe en parte a que las autoridades nacionales no han transferido a la Ciudad la totalidad de las competencias sanitarias.

Debido a esta rémora, la mayor parte de los análisis y propuestas relacionados con el Sistema de Salud de la Ciudad siguen limitados a su carácter original de gran municipio que aporta una cuantiosa capacidad instalada propia de hospitales al subsector prestador público (Cuadro 1).

| Cuadro 1.- EFECTORES DE SALUD DEL GCBA | | |
|--|---|--|
| Con Internación | 13 H. Grales. Agudos | Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield, Zubizarreta |
| | 2 H. Grales De Niños | Elizalde, Gutiérrez |
| | 14 H. Especializados | Alvear, Borda, Moyano, Tobar García, Sardá, Udaondo, Muñiz, Oncología, Quemados, María Ferrer, IREP, Rocca, Santa Lucía, Lagleyze, |
| Sin Internación | 3 H. Odontológicos C.S.M. Ameghino | Dueñas, Carrillo, Infantil Quinquela Martín |
| Atención Primaria | 38 CESAC | |
| | Centros Médicos Barriales, Médicos y Odontólogos de Cabecera | |
| Otros Efectores | C. De Zoonosis, Talleres Protegidos, Hogar M. Ferrer. H. Garrahan (bijurisdiccional Nación-GCBA) | |
| Movimiento Hospitalario 2008: 7364 camas disponibles. 186696 egresos. 9143989 consultas (Fuente: Dirección de Estadísticas en Salud – MSGCBA. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2008/) | | |

El subsector prestador público de salud de la Ciudad de Buenos Aires está inserto en el desarrollo histórico de la Ciudad de Buenos Aires y la Región Metropolitana, por lo que sus efectores –que en algunos casos tienen más de dos siglos de historia- se originaron por necesidades, instituciones creadoras y objetivos muy diversos a lo largo del tiempo.

En años más cercanos, en particular en el último cuarto de siglo, diversos proyectos de desarrollar un sistema más integrado generaron, con idas y venidas, muchos de los criterios organizativos en vigencia: tales como la estrategia de Atención Primaria, las áreas programáticas, las más recientes regiones, la organización por niveles, las redes de servicios, entre otros.

En la actualidad, los efectores del GCBA brindan atención a millones de personas, en especial a aquéllas sin cobertura, con prestaciones de todos los niveles y complejidades.

Pese a lo anterior, la transformación del Sistema de Salud para contribuir a la accesibilidad, equidad y calidad de atención sigue siendo un desafío permanente y dinámico en la Ciudad. No se debe esto solamente a la histórica inexistencia de políticas de Estado en materia de salud sostenidas a nivel nacional y local. Además, los cambios de la situación social y económica, de los problemas de salud y de la cobertura de la población; la modificación del conocimiento, la tecnología y las formas de organización; la necesidad creciente de trabajo en equipos, entre otros; exigen el replanteo constante del modelo de atención. Este cambio es en general lento y complejo, ya que están involucrados múltiples actores e intereses, y cambios culturales profundos.

Una de las variables de potencial transformación en la que haremos hincapié a continuación, es la cuestión territorial o espacial, es decir, la consideración de poblaciones residentes en espacios geográficos determinados, y su articulación con los servicios de salud. Esta cuestión pone en juego elementos demográficos, epidemiológicos, culturales, políticos, de participación poblacional; que permiten un abordaje más integral del proceso salud-enfermedad-atención, superando el principio organizativo del sistema restringido exclusivamente al saber médico.

Políticas Públicas y Territorio

El territorio urbano es un aspecto importante en la formulación y desarrollo de las políticas públicas, entre ellas la salud.

Cada ciudad encierra varias ciudades en sí misma, en múltiples aspectos. Entre estos, la inclusión y exclusión y las necesidades sociales se manifiestan de manera heterogénea en los diferentes barrios y zonas de las ciudades (Subirats, 2005). Basta consultar la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA- EAH), para comprobar una manifiesta desventaja de las Comunas del sur con respecto a los indicadores sociales y de salud. El contar con información desagregada y con instrumentos de adecuación local de las políticas sociales, permite lograr respuestas más efectivas.

Al mismo tiempo la participación ciudadana puede ser promovida más eficazmente cuando la administración de los servicios públicos está más cercana a los lugares de vida cotidiana de la población.

La forma de relación población-territorio-servicios-administración en los núcleos urbanos, por lo tanto, ha sido motivo de numerosos estudios y experiencias en las últimas décadas; muchas de ellas desde la teoría de la descentralización.

La **descentralización** es toda transferencia de poder y competencias a niveles periféricos del Estado, y se considera un medio que facilita un mayor acercamiento de la gestión de gobierno y de

los servicios públicos al ciudadano, y el consecuente mejoramiento de la eficiencia, la participación ciudadana y el control social.

La descentralización adopta básicamente dos formas: la descentralización política o territorial, y la descentralización administrativa o funcional.

En la descentralización política aparece transferencia de poder de una jurisdicción mayor a una menor, de la Nación a las provincias, de las provincias a las municipalidades, o, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, del gobierno central a las comunas.

En la descentralización administrativa o funcional hay delegación de facultades a un organismo periférico, sin que el mismo cambie su dependencia (por ejemplo, incremento de facultades de las conducciones de hospitales, pero que siguen dependiendo del mismo Ministerio).

Se considera necesario buscar un punto de equilibrio entre las competencias que se descentralizan a fin de propiciar mayor adecuación y participación local en las políticas públicas, y aquéllas que se mantienen centralizadas con el objeto de garantizar los proyectos globales, así como la compensación de las desigualdades entre espacios locales.

La Región Metropolitana

Más allá de su identidad institucional y territorial como ciudad, la formulación y desarrollo de políticas públicas en Buenos Aires hace necesario también el abordaje de otras dos dimensiones territoriales: Por un lado, la pertenencia de la Ciudad a una región; por otro, la desagregación de los niveles locales urbanos.

En las regiones metropolitanas que comprenden grandes conjuntos poblacionales, debe existir una planificación y ejecución conjunta entre las diversas jurisdicciones (provincias, municipios), porque los factores epidemiológicos, socioculturales, de flujo de demanda, entre otros, convierten en inexistentes los límites jurisdiccionales. Las enfermedades emergentes y reemergentes dan un claro ejemplo reciente, como ocurre con la vigilancia y la propagación del dengue y la influenza. La IRAB (bronquiolitis) es otro desafío estacional constante a los límites artificiales.

Además, un sistema de salud inclusivo es una condición esencial para una sociedad viable, y los compartimientos estancos incrementan la exclusión. La carga de la coordinación y el uso compartido de recursos debe soportada por los funcionarios políticos y técnicos en busca de acuerdos, y no por la población en procura de atención.

Aunque no es el objeto central de este artículo, no se puede dejar de señalar la insuficiente prioridad que han tenido históricamente hasta la fecha los acuerdos políticos, la planificación y el trabajo conjunto en la Región Metropolitana, entre la CABA, la Provincia de Buenos Aires y los municipios del conurbano.

También en la dimensión regional, debe destacarse al Mercosur como una instancia conjunta imprescindible para la planificación sanitaria, si bien en parte corresponde a la Nación. Entre otros temas pueden citarse las actividades conjuntas de vigilancia epidemiológica y sanitaria, los acuerdos recíprocos en materia de migraciones, la homologación de normas en materia de recursos humanos y actividades de atención.

CABA: Sistema de Salud y Nivel local

La Ciudad de Buenos Aires sancionó a partir de su autonomía una importante legislación relacionada con su organización política institucional y con el desarrollo de las políticas sociales.

Algunas de esas normas inciden sobre el Sistema de Salud y su relación con el territorio urbano. En ese sentido, son de especial interés la Constitución de la Ciudad, en lo relativo a la creación de las Comunas, y la Ley Básica de Salud, en cuanto a la creación de las Áreas de Salud.

Constitución y Comunas

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, sancionada en 1996, estableció la nueva división político-institucional de la Ciudad en Comunas (CABA. Constitución de la Ciudad. Art. 127° a 131°).

Las Comunas son “unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial”. Constituyen esencialmente una descentralización política, ya que se crea un gobierno local electo – un órgano colegiado de siete miembros- con competencias de rango constitucional.

Las competencias comunales son de dos tipos: Exclusivas y concurrentes. Señalemos desde ya que la cuestión de la salud no es una competencia exclusiva. Hay diversas competencias concurrentes referidas a políticas y programas sociales, que llegado el momento habilitarán a las Comunas para el trabajo conjunto con el gobierno central. En este sentido, el presupuesto participativo, existente en la CABA, es un complemento valioso probado en diversas experiencias de gestión urbana, para desarrollar políticas locales participativas en salud.

Con gran demora, en setiembre de 2005 se sancionó la Ley Orgánica de Comunas N° 1777, cumpliendo el mandato constitucional, lo que inició la etapa de concreción de esta nueva organización de la Ciudad.

La Ley 1777 reafirmó el sentido de participación ciudadana y gestión local de las Comunas, como puede apreciarse en las finalidades establecidas en su artículo 3° (ver cuadro 2), y definió una serie de instancias y procedimientos de implementación.

| Cuadro 2.- Finalidades de las Comunas (Ley 1777, Art. 3°) |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a) Promover la descentralización y facilitar la desconcentración de las funciones del Gobierno de la Ciudad, preservando su integridad territorial. b) Facilitar la participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones y en el control de los asuntos públicos. c) Promover el desarrollo de mecanismos de democracia directa. d) Mejorar la eficiencia y la calidad de las prestaciones que brinda el Gobierno de la Ciudad. e) Implementar medidas de equidad, redistribución y compensación de diferencias estructurales a favor de las zonas más desfavorecidas de la Ciudad. f) Preservar, recuperar, proteger y difundir el patrimonio y la identidad cultural de los distintos barrios. g) Consolidar la cultura democrática participativa. h) Cuidar el interés general de la Ciudad. i) Asegurar el desarrollo sustentable. |

Para la división en Comunas se tomó como base principal los límites de los barrios, que estaban establecidos en la Ordenanza 26607/72 y modificatorias. La Ciudad quedó dividida en 15

comunas (Ver Ilustración 2) cuyos límites y divisiones se fijaron en el Anexo de la ley 1777 (y luego parcialmente modificados por Ley N° 2094).

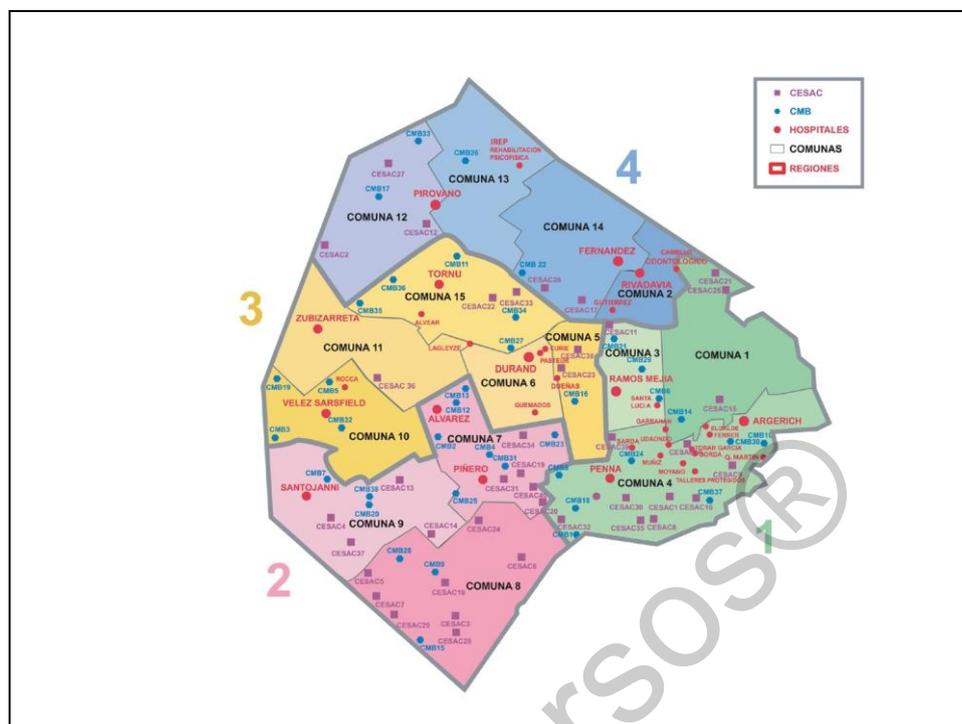


Ilustración 2.- CABA. División Por Comunas y Regiones Sanitarias

Luego de diversas incidencias y postergaciones, en octubre de 2009 la Legislatura fijó como fecha para las primeras elecciones de autoridades comunales, el 5 de junio de 2011.

Como se observa, la implementación de las Comunas sufrió reiteradas demoras. Algunas de las causas son seguramente la complejidad de los acuerdos, la siempre resistida relocalización de espacios de poder, la desconfianza poblacional hacia las instituciones políticas. Sin embargo, las experiencias desarrolladas en numerosas ciudades europeas y latinoamericanas han sido exitosas al cabo de los años, tanto en la democratización de la gestión urbana como en la eficacia de los servicios sociales; por lo que sería de desear que los habitantes de Buenos Aires se dieran su oportunidad.

Ley Básica de Salud y Áreas de Salud

En la Ciudad de Buenos Aires, la regionalización territorial sanitaria lleva ya varios años de desarrollo. Comenzó de manera efectiva con la creación de las áreas programáticas en 1988, delimitadas sobre la base de las áreas de urgencia (Lemus, 1994). Se fueron configurando así doce áreas, una por cada hospital general de agudos –cabe recordar que el decimotercer hospital general, el Rivadavia, todavía pertenecía a la Nación en el momento de la distribución, ya que fue transferido a la Ciudad en 1993-.

A partir de esta división inicial se fueron desarrollando y recreando las sucesivas experiencias que en materia de estrategia de Atención Primaria de Salud se materializaron en la Ciudad.

En 1999, la sanción por la Legislatura de la Ley Básica de Salud (CABA, Ley 153) estableció un marco normativo global para el sistema de salud de la CABA, cuyos contenidos en síntesis son los siguientes:

- Garantiza el derecho a la salud integral de todas las personas.
- Detalla los derechos de las personas en su relación con el sistema de salud.
- Establece las funciones del Gobierno de la Ciudad como autoridad regulatoria del conjunto del sistema de salud.
- Fija la organización general del subsector estatal de salud, con base en la estrategia de atención primaria, en la constitución de redes y tres niveles jerarquizando el primer nivel de atención y la descentralización progresiva de la gestión.
- Determina la organización territorial del subsector estatal por regiones sanitarias integradas por unidades locales denominadas áreas de salud.

Dado el tema que nos ocupa en el presente artículo, daremos énfasis a la cuestión de la organización territorial.

La Ley 153 en su Artículo 27° establece que “El subsector 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 áreas de salud son definidas como las unidades locales de organización territorial del subsector estatal de salud”.

En 1997, la Ciudad fue dividida en cinco regiones denominadas Sistemas Urbanos de Salud (SUS), que no tuvieron continuidad (Bonazzola, 1999). Más recientemente, el Ministerio de Salud creó cuatro Regiones Sanitarias por Resolución 31-MSGCBA-2008, que, a nuestro entender, han dado inicio a la implementación de ese aspecto de la Ley, como está contemplado en publicaciones previas (Lemus y otros). En la Ilustración 2 puede apreciarse la correlación espacial entre Comunas y Regiones.

Con respecto a las Áreas de Salud, sus lineamientos son (CABA, LEY 153, Art. 28°):

- su articulación geográfico poblacional con las futuras comunas, disposición que entendemos de gran importancia para el desarrollo del sistemas de salud en los niveles locales;
- su carácter de sede administrativa en materia de salud;
- su conducción por un funcionario de carrera;
- la constitución de un Consejo Local de Salud integrado por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del área;
- y la función de analizar las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y perfil de efectores necesarios.

Obviamente, la operatividad de las Áreas está supeditada en buena medida al desarrollo de las Comunas. Mientras tanto, un hecho técnico de importancia es que diversos indicadores demográficos y epidemiológicos, por ejemplo los que produce la Encuesta Anual de Hogares, ha empezado a procesarse tomando en cuenta las divisiones comunales.

Perspectivas del conjunto Comunas-Áreas de Salud

Las Comunas de la Constitución y las Áreas de Salud de la Ley Básica establecieron un marco institucional propicio para contribuir a la transformación del sistema de salud, y uno de sus ejes es la descentralización de la ciudad y del sector sanitario.

Ambos entes -comunas y áreas- se dirigen a un cambio en la organización del Estado de la Ciudad, combinando la descentralización política –las Comunas- con la descentralización administrativa –las áreas-.

El nuevo espacio local aparece como una “localidad” –la Comuna- de ciento cincuenta a algo más de doscientos mil habitantes; con un gobierno local con competencias en la planificación local de acciones de promoción y prevención, y en el control de algunas cuestiones medioambientales y del sistema prestador; y con una autoridad local técnica sanitaria, con funciones en la organización del primer nivel de atención y en la vigilancia epidemiológica y sanitaria. Indudablemente, es una base institucional que tomada con objetivos claros y con creatividad, puede producir transformaciones profundas en la salud.

Este espacio es cualitativamente distinto con respecto a la posibilidad de ejercicio de los derechos ciudadanos. Los habitantes de la comuna pasan a ser sujetos titulares de derecho, tienen responsables electos e instancias concretas de participación para sus demandas y su protagonismo.

Salud no es una competencia exclusiva de las comunas, las políticas generales de salud no se descentralizan. Creemos que esto es correcto porque la Ciudad tiene que garantizar un proyecto común y la compensación de desigualdades regionales. Por otra parte, la mayoría de los hospitales de la Ciudad tienen una magnitud y complejidad de servicios que los ubican muy por encima de lo que sería un hospital “comunal”. Por ello, la gestión del segundo y tercer nivel no es materia descentralizable en el actual marco normativo.

En esencia, el cambio de la visión “hospitalocéntrica” debería determinar que los hospitales no sean “líderes” ni “subordinados”, sino “participantes” en los Consejos Locales, aportando su visión y su problemática específica.

La participación comunitaria facilitada por las comunas y áreas, no sólo propicia el desarrollo de conductas saludables por la población, sino la presencia de la misma en la identificación de sus necesidades, de las prioridades en la asignación de los recursos disponibles en ese nivel, y de las formas más eficaces de gestión local. Más aún, el protagonismo y la contención social son cada vez más importantes para las acciones eficaces frente a los nuevos problemas de salud (padecimientos mentales, adicciones, violencia, problemas de la vejez) y para la implementación de algunas nuevas modalidades de atención (cirugía ambulatoria, internación domiciliaria, cuidados paliativos, entre otros).

Para los equipos de salud, probablemente mejore la certidumbre de objetivos a cumplir. La definición de una población concreta en un espacio determinado brinda al subsector público una información de la que habitualmente carece, sobre las personas y familias concretas que deben abarcar sus programas. Desde la cantidad de chicos a vacunar hasta los destinatarios de programas de prevención aparecen con mayor certeza que la actual, en que en general se trabaja con estimaciones o inferencias de cobertura lograda.

La mayor adecuación de las prestaciones y efectores de primer nivel a las necesidades, puede verse favorecida por lo dicho anteriormente. Está demostrado que la atención a nivel local favorece el trabajo interdisciplinario, la conformación de equipos y de redes y el desarrollo de nuevas prácticas de mayor eficacia.

Por último, en el Cuadro 3 intentamos relacionar las diversas instancias organizativas del subsector estatal que surgen de la aplicación de las leyes de Comunas y Básica de Salud.

| CUADRO 3.- ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DEL GCBA | | | | | | |
|--|------------------|--|--|--|-----------|------------|
| 15 Comunas (Ley 1777) | Áreas de Salud** | Niveles de Atención* | | | Efectores | Regiones** |
| | | Primero | Segundo | Tercero | | |
| | | Acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias. | Acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran internación. | Acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial. | | |

Ley Básica de Salud N° 153: *Art. 16 y subs.- **Organización Territorial, Art. 27 y subs.

Buenos Aires, Enero de 2010

Referencias bibliográficas y normativas

- BONAZZOLA, Pablo (1999).- *Políticas y Organización del Sistema de Salud*. En Salud y Población. Cuadernos de Capacitación de la RIEPS N° 1, Buenos Aires, setiembre 1999.
- CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.- Ley Básica de Salud N°153. Disponible en <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html>
- CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.- Ley Orgánica de Comunas N° 1777. Disponible en: <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1777.html>
- GCBA – Encuesta Anual de Hogares. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/encuesta_anual_hogares.php
- LEMUS, Jorge D.- Áreas Programáticas. Evaluación de la experiencia de la Ciudad de Buenos Aires.
- LEMUS, Jorge, y otros.- *Las Comunas Y Su Impacto En La Regionalización Sanitaria De La Ciudad Autónoma De Buenos Aires*. Cátedra de Salud Pública. Disponible en http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/regionalizacion/comunas_segunda_parte_lemus_et_al.pdf
- OPS-OMS (2007).- *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*, Washington.
- OMS (2000).- *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*. Washington.
- SUBIRATS, Joan (2005).- *¿Es el territorio urbano una variable significativa en los proceso de inclusión y exclusión social?* Descargado en set. 2009 de <http://www.top.org.ar/publicac.aspx>