

margen N° 78 – setiembre 2015

Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires

Por Karina Brovelli, Natalia Castrogiovanni, Nancy Morán, Gabriela Otero, Lorena Pratto, Marcela Quiroga, Candela Ruiz Díaz, María José Venuto y Marina Vezzetti

Karina Brovelli. Lic. en Trabajo Social, Hospital Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Nancy Morán, Gabriela Otero. Lic. en Trabajo Social, Hospital Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Natalia Castrogiovanni, Lorena Pratto, Marina Vezzetti. Lic. en Trabajo Social, Hospital Piñero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Marcela Quiroga, María José Venuto. Lic. en Trabajo Social, Hospital Álvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Candela Ruiz Díaz. Lic. en Trabajo Social, Hospital de Quemados, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Agradecemos la colaboración de Analía Almaleck, Araceli Botana, María Capelli, Julieta Criscuolo, Virginia Cunzolo, Cecilia Domínguez, Silvia Ghiselli, Estefanía Milocco, Gisela Morel Rossi, Mariana Ottonello, Lorena Puente y Amalia Vázquez.

Introducción

El presente trabajo se enmarca en una serie de preocupaciones e interrogantes que surgen de nuestro quehacer cotidiano como trabajadoras sociales que nos desempeñamos en las áreas de internación de hombres y mujeres adultos/as en diferentes Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

En términos generales, las páginas que siguen son producto del recorrido llevado a cabo desde el año 2013, cuando un grupo de colegas provenientes de distintos hospitales comenzamos a reunirnos con el objetivo de socializar información, recursos y modalidades de atención en el contexto de la internación. A lo largo de los sucesivos encuentros, fue apareciendo como inquietud central la situación de las personas que transitaban internaciones prolongadas más allá de la resolución de la problemática de salud que había definido su ingreso a la institución.

Nuestra inquietud central gira entonces en torno de la prolongación de la internación hospitalaria de aquellas personas que, una vez resuelto el “episodio agudo” de enfermedad que determinó su ingreso, deben permanecer internadas por no contar con alternativas adecuadas de alojamiento y cuidado. La posibilidad de dar respuesta a estas necesidades requiere la mayoría de las veces de la articulación con diferentes instancias vinculadas a las políticas públicas, de las cuales dependen recursos y dispositivos específicos que pueden -o no- brindar alternativas de resolución.

Entendemos que la prolongación de la internación por los motivos señalados afecta el bienestar y los derechos de las personas en cuestión. En primer término, porque las mismas se ven expuestas a la posibilidad de nuevos daños a su salud derivados de la propia hospitalización -como infecciones intrahospitalarias u otras-. Pero además, porque se ven impedidas de acceder a un espacio adecuado para vivir, debiendo someter sus necesidades y expectativas a las normas y procedimientos de una institución que difícilmente logra contemplar la complejidad de tales situaciones. En relación con esto último, asistimos

cotidianamente a diferentes tensiones que se suscitan en los hospitales a partir de la permanencia de estos hombres y mujeres, referenciados por muchos actores institucionales como “ocupantes” de una cama hospitalaria que no les corresponde, hecho que pone en evidencia la situación de vulnerabilidad que afecta a los sujetos.

¿Quiénes son las personas que ven prolongadas sus internaciones? ¿A partir de qué situaciones se configuran las dificultades para el egreso hospitalario? ¿Cuáles son las respuestas ofrecidas por las áreas sanitarias y de asistencia con incumbencia en tales casos? ¿Se encuentran tales respuestas en consonancia con las necesidades y expectativas de los sujetos afectados? En el presente trabajo buscaremos aproximarnos a estos interrogantes, entendiendo que los mismos pueden aportar a la reflexión y la construcción colectiva de respuestas más acordes a las necesidades y derechos de las poblaciones con las que trabajamos.

En función de lo anterior, el objetivo del trabajo fue conocer las variables que inciden en la prolongación de la internación de personas adultas que se encuentran en condiciones de egreso hospitalario, en el período de junio a diciembre de 2014, a fin de aportar herramientas para la evaluación de las respuestas institucionales en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Para ello, por una parte se caracterizó a la población objeto de estudio, a partir de la construcción de un perfil poblacional y socioeconómico de la misma. Por otra parte, se analizaron las formas de resolución de las situaciones de internación prolongada, a partir de las respuestas brindadas por las políticas sociales y de salud con incumbencia en el universo relevado.

Antecedentes

Como antecedentes del presente trabajo, podemos mencionar algunos estudios realizados desde distintas instituciones y efectores públicos de salud de la Ciudad:

El primer trabajo relevado corresponde a la **Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA, Departamento de investigación (2003) “Pacientes hospitalizados de alta médica sin redes de contención familiar e institucional”**, el cual se propuso conocer la magnitud y características de esa población. Los principales resultados arrojados mostraron que la población adulta y adulta mayor en dicha situación constituía el porcentaje mayoritario, que correspondían en su mayoría al sexo masculino y que la situación de dependencia total y semidependencia representaba un número significativo (70%) de la población total. Se sugirió en el informe la creación de un espacio dentro del área Salud que tuviera como objetivo esencial concertar los intereses de los distintos niveles gubernamentales, de intersectorialidad, a los efectos de articular gestiones con eficacia y eficiencia en la canalización del egreso hospitalario de la población estudiada, atendiendo las necesidades de las personas, de la comunidad hospitalaria y de la institución.

En el año **2006**, desde el **Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez** se realizó un estudio denominado **“Problemáticas sociales: dificultades al alta hospitalaria”** cuyo objetivo fue analizar las variables bio-psico-sociales intervinientes que influyen en la problemática de estadía prolongada. Como conclusión planteaba que la población sujeto de estudio se encontraba en situación de alta vulnerabilidad bio-psico-social por su situación de desempleo, falta o fragilidad en las redes sociales, ausencia de cobertura previsional y situación de salud invalidante u obstaculizadora para la inserción laboral. Todo ello dificultaba las posibilidades de egreso en condiciones adecuadas.

Desde el **Hospital Dr. Enrique Tornú**, en el año **2010** se llevó a cabo el trabajo: **“Problemática actual de los pacientes hospitalizados en condición de alta sin redes de contención”**, cuyo objetivo fue identificar obstáculos en el acceso a políticas públicas que permitieran el egreso oportuno de las personas internadas. Se identificaron problemas como falta de documento de identidad, demora en la obtención de recursos (ej. programas de apoyo económico, programas de cuidado domiciliario, etc.), inexistencia o escasez de recursos institucionales por falencia de las políticas públicas ante determinadas problemáticas, entre otros.

Desde el **Hospital Dr. J. A. Fernández** se realizó el estudio **“El paciente en su laberinto. Un análisis sobre los recorridos institucionales de los “pacientes sociales”** en el año **2012**, buscando conocer los factores que influían en la prolongación de la internación de personas en condiciones de alta médica.

Nuevamente se identificaron como principales obstáculos para el egreso la demora en el acceso a instituciones dependientes del GCBA, PROFE u organismos de la sociedad civil así como la inexistencia de instituciones que brinden el cuidado adecuado a personas con problemáticas específicas (especialmente en situación de dependencia y con patologías crónicas).

Por último, desde el **Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez** se elaboró el **Proyecto “Alta Oportuna”** en el año **2013** buscando favorecer la detección temprana de problemáticas médico-sociales que pudieran obstaculizar el egreso hospitalario en condiciones adecuadas, incorporando variables e indicadores de orden social a la historia clínica de las personas hospitalizadas. Los resultados arrojaron que si bien la detección temprana de situaciones de vulnerabilidad favorecía la intervención oportuna, las dificultades relativas a las demoras en el acceso a programas y recursos no eran materia de resolución individual del equipo de salud sino que se relacionaban con la inadecuación de las políticas públicas a las problemáticas que atraviesan a los sujetos.

Consideramos que, más allá de los antecedentes presentados, realizar un nuevo estudio reviste interés en tanto nos aportará datos a nivel cuanti y cualitativo sobre esta situación problemática en el actual contexto político y sanitario así como la posibilidad de evaluar la persistencia de la misma a lo largo del tiempo y las respuestas a nivel estatal. El antecedente inmediato de un estudio de magnitud interinstitucional data del año 2003, y desde entonces se han producido cambios en el contexto político y económico a nivel nacional y local con directo impacto en las políticas públicas -particularmente en las políticas sociales- que requieren de un nuevo análisis. Asimismo, los marcos legislativos y los instrumentos de derechos humanos que enmarcan nuestras prácticas en salud han presentado algunos avances **-1-** que los constituyen en nuevas herramientas para la exigibilidad en el acceso a derechos.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal o sincrónico sobre la base de fuentes secundarias. Para el relevamiento y análisis de los datos se utilizó una estrategia metodológica cuantitativa. La elección de este tipo de estudio se funda en el hecho de que a través del mismo es posible obtener una “fotografía” de los fenómenos en estudio en un momento dado, a la vez que permite inferir tendencias de carácter más general respecto de los hechos bajo análisis.

La población del estudio estuvo conformada por los/as pacientes adultos internados/as en 7 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires (siendo 6 hospitales generales de agudos y 1 hospital especializado), en el período comprendido entre el 01/06/14 y el 01/12/14, que cumplieran con el siguiente criterio de inclusión: encontrarse internados/as en condición de egreso hospitalario en el período seleccionado para el estudio.

La muestra se seleccionó de manera intencional y teórica, en función de los objetivos del estudio, a la vez que atendiendo a los criterios de factibilidad y viabilidad respecto del acceso a los datos. Puesto que para la recolección de los datos se recurrió a registros de la práctica profesional del Trabajo Social, quedaron excluidos del presente estudio todos aquellos casos que, aún cumpliendo con los criterios de inclusión, no hubieren sido objeto de conocimiento o intervención por parte de las profesionales participantes del estudio. El número de casos así seleccionado fue de 84.

El registro de los datos se realizó en planillas diseñadas para tal fin. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows. Se elaboraron cuadros y gráficos de frecuencias y porcentajes para cada una de las variables consideradas, a fin de realizar un análisis descriptivo.

Como resguardo ético, se garantizó el anonimato de la información relevada a fin de preservar la identidad de los pacientes.

Por último, debe destacarse que la muestra utilizada abarca situaciones de las IV Regiones Sanitarias en que se encuentra dividido en materia de salud el territorio de la CABA, lo que no implica una pretensión de representatividad estadística, sino poner de manifiesto la relevancia y riqueza del estudio y de las conclusiones presentadas.

Consideraciones teóricas

Para analizar la problemática de la prolongación de la internación hospitalaria de hombres y mujeres adultos/as, más allá de la resolución del llamado “episodio agudo” de enfermedad, recuperamos las conceptualizaciones de Menéndez (1994) quien sostiene que el proceso salud-enfermedad-atención (en adelante PSEA) *“constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. (...) la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales”* (Menéndez, 1994, p. 71).

El autor afirma que el PSEA se desarrolla dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos respecto de los mismos, caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos.

En nuestra sociedad, la biomedicina constituye la forma institucionalizada de definir y abordar los PSEA. A partir de ésta los aspectos sociales son incorporados sólo subsidiariamente, desconociendo que los PSEA desbordan la dimensión estrictamente biológica. De este modo, se sostiene una mirada centrada en el predominio de la dimensión orgánica, que tiende a simplificar y fragmentar los padecimientos de los sujetos y grupos sociales. En este sentido, Krmpotic (2008) afirma que en la institución hospitalaria se evidencian dificultades para incorporar aspectos relativos al cuidado de los sujetos y las poblaciones. Al hablar de cuidado, nos referimos a *“las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo”* (Daly y Lewis, 2000, p. 285, en Esquivel et al., 2012, p. 17). Según Krmpotic (ídem), en su devenir histórico, la tecnología médica y los objetivos de las instituciones sanitarias se fueron centrando en la cura y aquellas otras acciones de atención -entre las que encontramos la dimensión del cuidado- comenzaron a visualizarse como menores o no pertinentes para la institución.

En la resolución de situaciones que afectan la salud integral de hombres y mujeres que se encuentran hospitalizados/as entran a jugar entonces un conjunto complejo de necesidades y expectativas, que desbordan estrictamente la cuestión de la cura, y ponen en primer plano la dimensión del cuidado. Del mismo modo, la posibilidad de resolución del egreso hospitalario comienza a implicar nuevas complejidades. Como sostienen Esquivel, Faur y Jelin (2012), en las cuestiones de cuidado intervienen una multiplicidad de actores, instituciones y sectores: de las políticas públicas -políticas de bienestar, salud, etc.-; de los servicios ofrecidos en el mercado; de todas las tareas domésticas visibles e invisibles que realizan las familias, entre otras instituciones diversas.

La emergencia de fenómenos como la transición demográfica (que implican un envejecimiento de la población dado por un descenso en las tasas de natalidad y mortalidad y una mayor esperanza de vida) y epidemiológica (una mayor prevalencia de enfermedades crónicas o discapacidades tratables) -2- genera nuevas necesidades de cuidado. Ello presiona sobre las familias en el contexto de una disminución de grupos familiares y/o unidades domésticas extensas y principalmente del aumento de la actividad económica de las mujeres (tradicionalmente depositarias de las responsabilidades de cuidado al interior de las familias). Esta situación ha sido definida como “crisis del cuidado” por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2009), y se caracteriza por un aumento en la demanda de cuidado en un contexto caracterizado por una disminución de las personas “disponibles para cuidar”.

Estas transformaciones presionan asimismo sobre las instituciones estatales, en tanto la organización familiar del cuidado ha sido siempre un presupuesto implícito de la política social y de salud. En función de ello, los dispositivos institucionales comienzan a mostrar algunos signos de crisis, ya sea por la escasez relativa de recursos y posibilidades de atención, o bien porque el tratamiento tradicional de ciertas cuestiones ya no es acorde a las características actuales de la población y de las familias. En función de ello se presenta una tensión entre nuevas problemáticas/demandas e instituciones/herramientas históricas, donde surgen dificultades para encontrar respuestas adecuadas ante lo que aparece como una cierta inexistencia de institucionalidad, puesto que las respuestas “tradicionales” ya no se ajustan al nuevo escenario (Gómez, 2013).

Nos interesa remarcar en este punto que, en muchas situaciones de prolongación de la internación

hospitalaria, cobra centralidad la intervención de diversas instituciones vinculadas a la política social, orientadas a dar respuesta a diferentes necesidades. Ahora bien, estas instituciones responden a lógicas generalmente disímiles, introduciendo sus propios tiempos, demandas e intereses en el abordaje de tales situaciones. Aquí nos encontramos en un campo de tensión entre las respuestas de las políticas públicas, las necesidades y expectativas de los sujetos-usuarios y los diferentes actores institucionales.

En este sentido, las políticas públicas definen el acceso a bienes y servicios a través de prestaciones que se caracterizan por su carácter fragmentado y abstracto en relación a las necesidades sociales de los sujetos. En particular, las prestaciones sociales y de salud suelen presentarse además de forma homogeneizada (Giamberardino et al., 2011).

Esta homogeneidad responde a la lógica señalada de fragmentación de las políticas, las cuales demarcan el tipo de respuestas y sector poblacional que se constituirá en usuarios. Frente a ello, consideramos, siguiendo a Serrano (2005), que puesto que se afirma que la sociedad contemporánea es una sociedad compleja, cabría entonces buscar la definición de políticas que responda a esta complejidad. “La palabra clave en los tiempos actuales es la combinación, la mixtura de agentes, alternativas, actores y provisión de bienes y servicios sociales que, en forma flexible, eficaz y oportuna logren satisfacer requerimientos que van desde la protección en materias elementales de la sobrevivencia hasta la mucha más compleja generación de oportunidades para el desarrollo de las libertades y la autonomía de las personas en una perspectiva de fortalecimiento de la ciudadanía” (Serrano, 2005, p. 3).

Perfil de la población

Composición

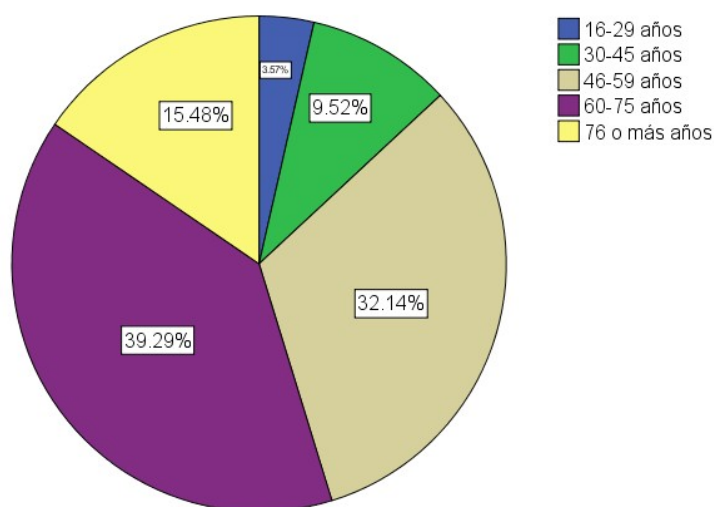
La mayor parte de las situaciones relevadas se corresponden a personas del sexo masculino (64%). Se trata de una población con una edad máxima de 91 años y una mínima de 18. La edad media de la población relevada es de 60 años. Más de la mitad de la población (55%) que se encuentra en situación de internación prolongada corresponde a adultos mayores, es decir, a personas de 60 años o más si tomamos como referencia el corte etario que establece la política pública tanto del GCBA como de otras jurisdicciones para el acceso a programas y prestaciones. En detalle, la composición de la población adulta mayor se corresponde en un 39% a personas de entre 60 a 75 años y en un 15,5% a personas mayores de 76 años.

El 45% restante de la población relevada corresponde a personas adultas de entre 18 y 59 años, es decir, personas en edad económicamente activa que ven interrumpidas sus posibilidades de trabajo ante una situación de salud compleja que implica la necesidad de alojamiento, cuidados y/o demás prestaciones especiales. Esto puede conllevar un alto impacto en las estrategias de satisfacción de necesidades cotidianas de sus familias, especialmente si quien se encuentra en esta situación era el/la principal aportante de ingresos. Asimismo, si consideramos, como veremos a continuación, el porcentaje de personas cuya inserción laboral es precaria y/o informal, la situación se agrava ya que al no estar amparadas en derechos laborales, quedan privadas de ingresos (y en un marco de incertidumbre respecto de la posibilidad de volver a esa tarea) desde el momento en que se produce la internación.

Grupo Etario

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16-29 años	3	3.6
30-45 años	8	9.5
46-59 años	27	32.1
60-75 años	33	39.3
76 o más años	13	15.5
Total	84	100.0

Grupo Etario

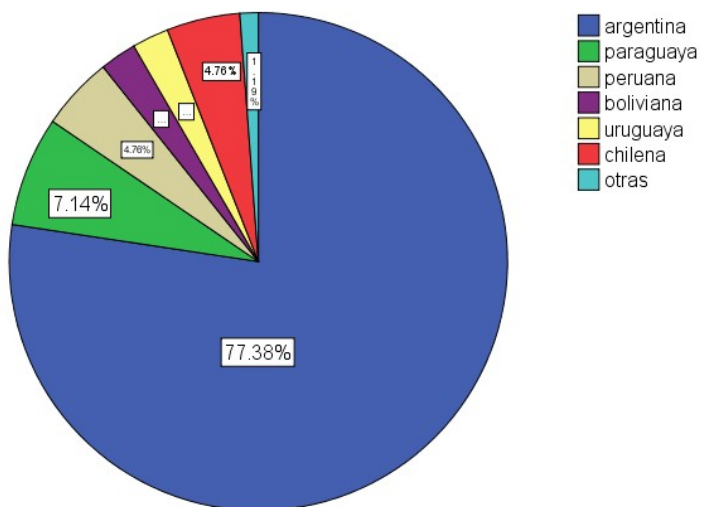


El 77% de la población de la muestra es de nacionalidad argentina. Es importante resaltar este dato si tomamos en cuenta la circulación social de discursos que plantean que los recursos de salud de la Ciudad de Buenos Aires son insuficientes debido a la “sobreutilización” que harían de los mismos las personas migrantes. En igual sentido, otro resultado a destacar es que el 86% de la población que se encuentra en situación de internación prolongada es residente de la CABA, siendo la población proveniente de la Provincia de Buenos Aires o de otras jurisdicciones significativamente menor.

Nacionalidad

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
argentina	65	77.4
paraguaya	6	7.1
peruana	4	4.8
boliviana	2	2.4
uruguaya	2	2.4
chilena	4	4.8
otras	1	1.2
Total	84	100.0

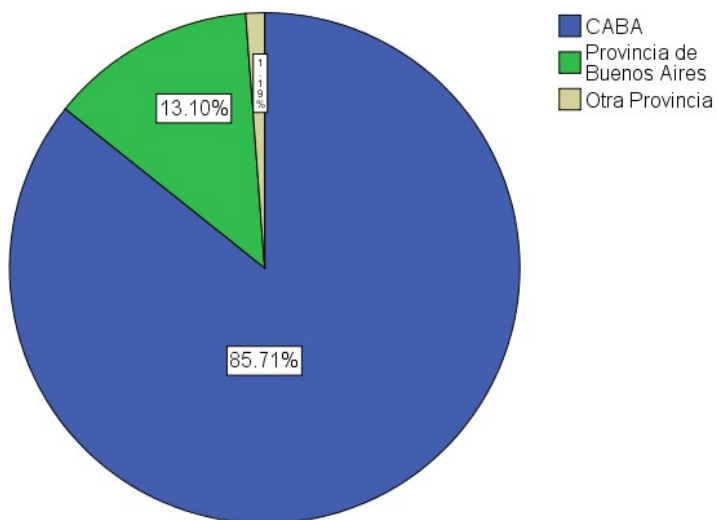
Nacionalidad



Lugar de Residencia

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
CABA	72	85.7
Provincia de Buenos Aires	11	13.1
Otra Provincia	1	1.2
Total	84	100.0

Lugar de Residencia

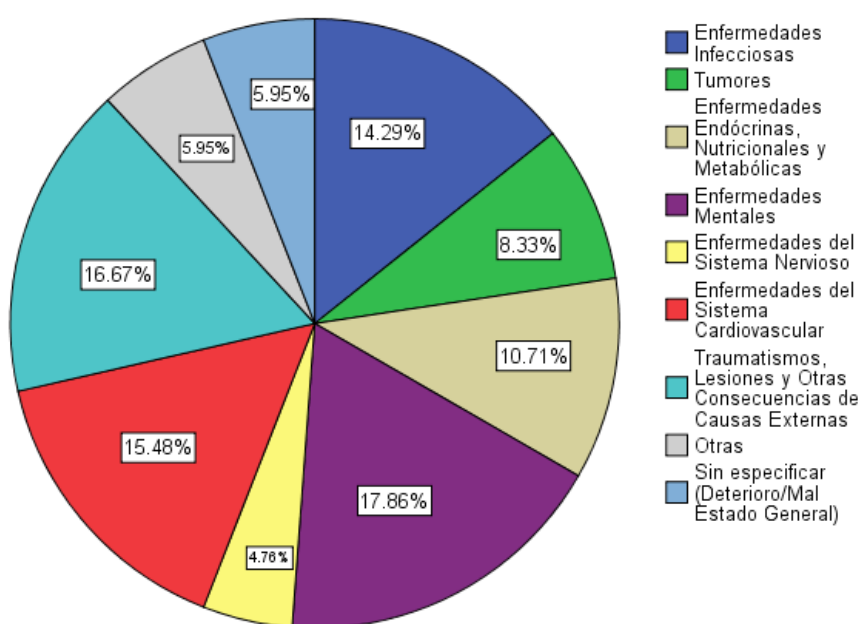


Con respecto a los principales problemas de salud que presenta la población del estudio, y que se registran como motivos de internación, podemos mencionar -3-: problemáticas asociadas a la salud mental -en su mayoría demencia, deterioro cognitivo, deterioro de la conciencia, etc.- (un 18%); traumatismos, lesiones y otras consecuencias asociadas a causas externas a la persona -en su mayoría traumatismos encefalocraneanos, politraumatismos, fracturas asociadas a caídas de propia altura, etc.- (un 17%); y enfermedades cardiovasculares -casi exclusivamente accidentes cerebrovasculares- (un 15,5%), siendo este tipo de eventos los más frecuentes. Les siguen en representación las enfermedades de origen infeccioso -en su mayoría neumonía, tuberculosis, etc.- (un 14%); endócrinas, nutricionales y metabólicas -en su mayoría cuestiones asociadas a diabetes- (un 11%); oncológicas (un 8%); del sistema nervioso (un 5%); como así también aquellas situaciones caracterizadas por el deterioro o mal estado general de la persona, asociado a las condiciones de vida de la misma (un 6%).

Problema de Salud

Problema de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades Infecciosas	12	14.3
Tumores	7	8.3
Enfermedades Endócrinas, Nutricionales y Metabólicas	9	10.7
Enfermedades Mentales	15	17.9
Enfermedades del Sistema Nervioso	4	4.8
Enfermedades del Sistema Cardiovascular	13	15.5
Traumatismos, Lesiones y Otras Consecuencias de Causas Externas	14	16.7
Otras	5	6.0
Sin especificar (Deterioro/Mal Estado General)	5	6.0
Total	84	100.0

Problema de Salud

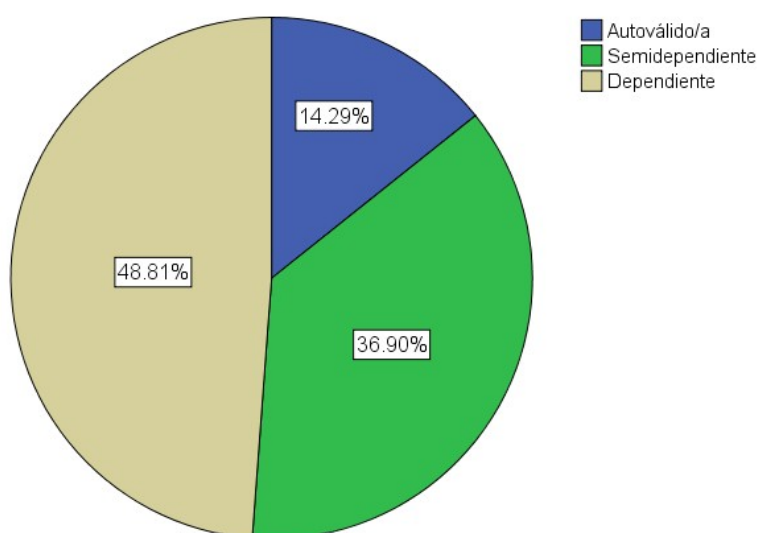


En relación con lo anterior, un tema importante que surgió en este estudio fue el nivel de autonomía que presentan las personas que conforman la muestra. En un 86% de las situaciones relevadas las personas presentaban necesidades de cuidado por encontrarse con algún grado de dependencia (siendo el 49% totalmente dependiente y un 37% semidependiente).

Nivel de Autonomía Psicofísica

Nivel de Autonomía	Frecuencia	Porcentaje
Autoválido/a	12	14.3
Semidependiente	31	36.9
Dependiente	41	48.8
Total	84	100.0

Nivel de Autonomía Psicofísica



Aquí ubicamos, como se analizará más adelante, una importante vacancia en las políticas públicas para dar respuesta a estas situaciones, sobre todo si tomamos en cuenta el requisito de “autovalidez” que se impone a las personas (con discapacidad o adultas mayores) para el acceso a hogares de residencia.

Por otra parte, cabe destacar que un 20% de la población no contaba con DNI al momento del ingreso a internación. Este dato es significativo en tanto el documento de identidad es requisito excluyente tanto para acceder a algunas medicaciones o insumos necesarios para tratamientos de salud como para el acceso a programas y recursos que permitan la externación. Como se verá a continuación, la tramitación del DNI en el marco de la internación genera importantes demoras.

Situación económico-laboral

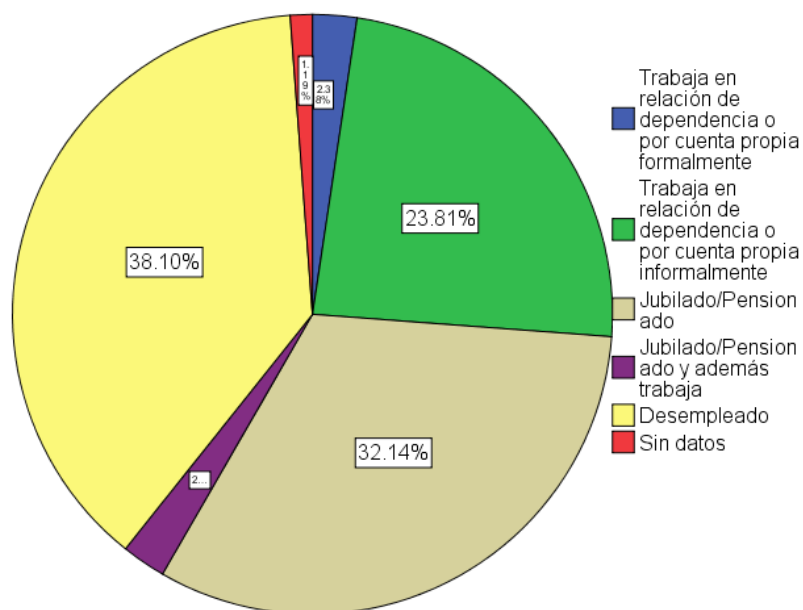
Con relación a la situación laboral, el 38% de las personas incluidas en la muestra se encontraban desempleadas al momento de ingreso a internación y un 24% contaba con inserción precaria y/o informal ~~-4-~~ en el mercado de trabajo. Si sumamos estos datos, estamos hablando de un 62% de población que no cuenta con cobertura de la seguridad social ante una contingencia de salud. Trabajar en condiciones de precariedad o informalidad implica no contar con seguridades acerca de los ingresos laborales o cobertura institucional frente al surgimiento de un problema de salud que interrumpe la actividad laboral normal. Ello es así dado que muchas protecciones y prestaciones sociales que se hacen necesarias ante la

contingencia de un accidente o enfermedad (como la licencia pagada por enfermedad, la compensación por riesgos de trabajo, entre otras) están efectivamente asociadas al trabajo formal.

Situación Laboral/Previsional

Situación laboral/previsional	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja en relación de dependencia o por cuenta propia formalmente	2	2.4
Trabaja en relación de dependencia o por cuenta propia informalmente	20	23.8
Jubilado/Pensionado	29	34.5
Desempleado	32	38.1
Sin datos	1	1.2
Total	84	100.0

Situación Laboral/Previsional



Si bien un 34,5% de la población está compuesto por jubilados/as y/o pensionados/as, que sí cuentan con cobertura de seguridad social, puede señalarse que las obras sociales de las que son beneficiarios (PAMI en un 45% de los casos y PROFE -5- en un 55% de los casos, respectivamente) no brindan muchas veces los recursos y/o servicios de cuidado necesarios para afrontar la situación de salud que atraviesan. Asimismo se verifica que los recursos/servicios existentes no se encuentran disponibles en todos los casos en tiempo y forma.

Por último, en relación a la situación económica cabe asimismo señalar que el 55% de la población no cuenta con otras fuentes de ingreso más allá de su trabajo o de la jubilación o pensión, y que apenas un 32% recibe ayuda económica de su red sociofamiliar.

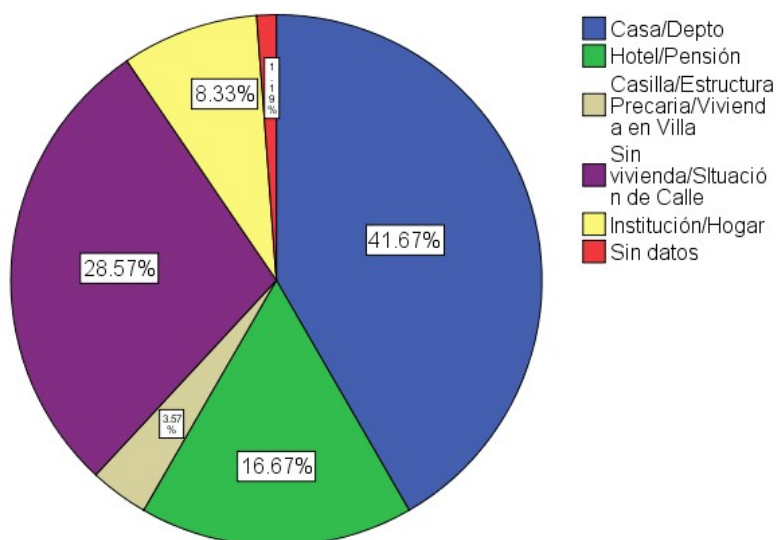
Situación habitacional

El 42% de la población relevada contaba con vivienda, es decir, provenía de un domicilio, al momento de la internación. Consideramos relevante resaltar esta situación, ya que se opone al “imaginario” de que las personas con dificultades para externarse son principalmente aquellas en situación de calle o “indigentes” (quienes representan un 29% de la población). Estos resultados muestran que en muchos casos, a pesar de contar con una vivienda, la situación de salud es lo suficientemente compleja y requiere de cuidados y atención que no pueden ser brindados en el ámbito doméstico.

Tipo de Vivienda

Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Casa/Depto	35	41.7
Hotel/Pensión	14	16.7
Casilla/Estructura Precaria/Vivienda en Villa	3	3.6
Sin vivienda/Situación de Calle	24	28.6
Institución/Hogar	7	8.3
Sin datos	1	1.2
Total	84	100.0

Tipo de Vivienda



Del porcentaje de población que cuenta con vivienda, el 23% cuenta con vivienda propia, entendiéndose por esto que no deben abonar alquiler, pero sí es necesario tener en cuenta que esa vivienda puede encontrarse en condiciones edilicias precarias o ubicada en asentamientos donde no siempre están garantizados los servicios básicos. En un 25% de los casos la vivienda es alquilada, y en un 10% de los casos cedida o prestada, por lo que aquí también se verifica cierta fragilidad en la situación habitacional.

(sobre todo considerando la inestabilidad que caracteriza a la situación económica de la mayoría de la población, descrita anteriormente).

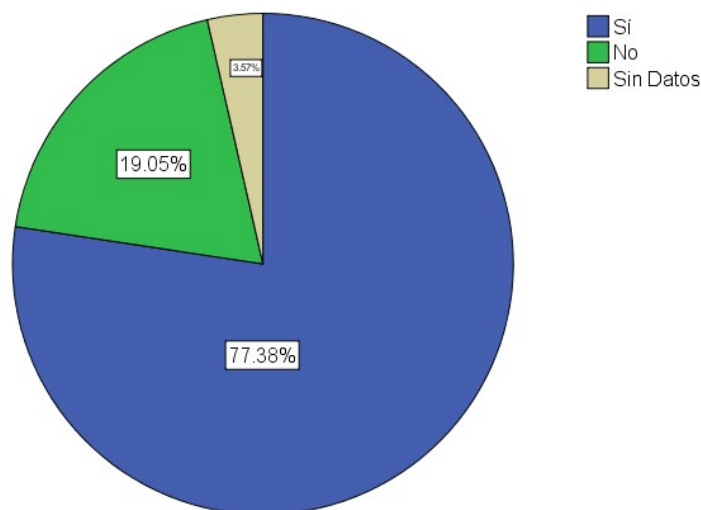
Redes sociofamiliares

El 77% de la población cuenta con red sociofamiliar de apoyo. Es importante señalar que el contar con este apoyo en la mayoría de las situaciones no resuelve o puede responder cabalmente a los requerimientos de cuidado que la situación de salud presenta. Esto puede deberse a la complejidad de esos requerimientos (en cantidad de horas diarias, en recursos económicos, en necesidad de conocimiento técnico para brindarlos, en cuanto a la cronicidad de los mismos, etc.) como a que esta red familiar puede encontrarse también en situación de vulnerabilidad social, entre otras razones.

Red Sociofamiliar

Cuenta con red sociofamiliar	Frecuencia	Porcentaje
Sí	65	77.4
No	16	19.0
Sin Datos	3	3.6
Total	84	100.0

Cuenta con Red Sociofamiliar



En este sentido, el 65% de las redes de apoyo de las personas internadas presenta una relativa capacidad de apoyo afectivo y material (es decir, pueden proveer a algunas necesidades materiales y afectivas, pero no se encuentran en condiciones de satisfacer todas las necesidades que presenta la persona). Si sumamos este porcentaje al de las redes con nula capacidad de apoyo (el 32%), llegamos al 97% de los casos que cuentan con red sociofamiliar **-6-**.

En conclusión, es necesario no sólo tomar en cuenta si las personas “tienen familia” sino cuál es la capacidad de apoyo real que la misma puede ofrecer y qué impacto tendría el asumir -sin ayuda de otras instancias- la provisión de cuidados en lo que hace a la vida cotidiana y a sus estrategias de satisfacción de necesidades.

Articulaciones Institucionales Realizadas -7-

Identidad

En el 20% de las situaciones fue necesario tramitar el Documento Nacional de Identidad, presentándose en el 83% de los casos demoras para esta gestión por parte del Registro Civil de la CABA: un tiempo promedio de 90 días de demora y un tiempo máximo de 180 días -8-.

Por otra parte, en los casos en que al momento de la internación se desconoce la identidad de la persona -pacientes NN- (un 7% de las situaciones) al tiempo anterior habría que sumar el tiempo requerido para contar con la identificación policial -realizada por la comisaría correspondiente- mediante huellas dactilares, lo que insume un tiempo promedio de 50 días.

Discapacidad

En un 11% de los casos se solicitó el ingreso a hogares para personas con discapacidad dependientes del GCBA, siendo el tiempo de demora en la respuesta de 170 días (casi 6 meses) en promedio. En el 67% de estos casos la respuesta fue negativa, presentándose como motivo principal la "autovalidez" de la persona como requisito de acceso. La justificación de dicho requisito residiría en el hecho de que este tipo de hogares provee únicamente de alojamiento pero no de cuidados (ya que no dispondrían de personal de apoyo) por lo que las personas allí alojadas deben poder resolver la satisfacción de la totalidad de sus necesidades cotidianas de manera autónoma.

En un 10% de los casos se solicitó el ingreso a hogares para personas con discapacidad dependientes de PROFE, siendo el tiempo promedio de respuesta de 284 días (más de 9 meses). En un 25% de los casos la respuesta obtenida fue la inexistencia del recurso o servicio que la persona requería y en otro 25% de los casos la respuesta fue que no se contaba con vacantes al momento de la solicitud. Es decir que sólo en el 50% de los casos la respuesta fue favorable, si bien con las demoras consignadas.

En un 26% de los casos se dio inicio al trámite tendiente a acceder a una Pensión no Contributiva, presentándose demora en el 100% de las solicitudes. Esto es así ya que el tiempo promedio de demora del trámite de pensión es de 206 días (más de 6 meses). Si tenemos en cuenta que esta gestión está relacionada al acceso a PROFE como vía para contar con alternativas de externación y cuidado, y que el "alta" de esta cobertura demora en promedio 60 días, nos encontramos con un escenario sumamente complejo en cuanto a los tiempos, que se prolongan así por casi un año. A ello además hay que sumar el tiempo de demora y las repuestas recibidas, detalladas anteriormente, al solicitar el ingreso a hogares.

En un 21% de los casos se solicitó al área correspondiente del GCBA la tramitación del Certificado Único de Discapacidad, siendo el tiempo de demora de dicha gestión en promedio de 45 días. Cabe destacar que esta documentación es imprescindible para acceder a las prestaciones asociadas a la discapacidad, tales como hogares, entre otras.

El ingreso a hospitales de rehabilitación dependientes del GCBA merece especial atención si tomamos en cuenta la cantidad de personas con limitaciones en su autonomía. En el 12% de las situaciones relevadas se solicitó admisión a los efectores correspondientes, obteniendo como respuesta en el 60% de los casos la falta de vacantes. Si a este valor se agrega el número de situaciones en que la respuesta fue negativa (un 30% de los casos) se llega al 90% de los casos en los que las personas no pueden ingresar a un hospital de rehabilitación en el tiempo y la forma que requieren. Asimismo, el tiempo promedio de respuesta es de 89 días (casi 3 meses), lo que podríamos pensar compromete las posibilidades de desarrollo de una mayor autonomía y una mejor calidad de vida futuras para la persona.

Si tomamos en cuenta las transformaciones en los perfiles epidemiológicos y poblacionales, se hace evidente que este tema tendrá una centralidad cada vez mayor, siendo la oferta de servicios de rehabilitación objeto de necesidades crecientes. La emergencia de fenómenos como la transición demográfica y epidemiológica implica asimismo un aumento en la demanda de cuidados, en tanto aumenta el número de personas que exigen una atención cotidiana permanente. Ello presiona sobre las familias y sobre las instituciones de salud y de asistencia, ya que surgen nuevas necesidades y demandas relacionadas al aumento de la población adulta dependiente, que además irán acrecentándose y complejizándose en las décadas siguientes.

Adultos/as Mayores

En un 21% de los casos se solicitó el ingreso a hogares de residencia permanente para adultos mayores dependientes del GCBA, presentándose demoras en la respuesta en el 56% de los casos y un tiempo promedio de respuesta de 86 días (casi 3 meses). En un 33% de los casos la respuesta fue negativa, ya que aquí también se impone el requisito de "autovalidez" de la persona para el ingreso (del mismo modo que en los hogares para personas con discapacidad y con los mismos fundamentos).

En un 11% de los casos se solicitó el ingreso a hogares geriátricos dependientes de la obra social PAMI. En este caso, el tiempo promedio de respuesta fue de 58 días (casi 2 meses).

En un 10% de los casos se solicitó el ingreso a hogares geriátricos dependientes de la obra social PROFE. Aquí en un 62% de los casos se registraron demoras en la respuesta, y en un 25% de los casos la respuesta fue la falta de vacantes. El tiempo promedio de respuesta fue de 72 días (más de 2 meses).

Justicia

En el 27% de las situaciones relevadas se ha dado intervención a la Justicia, acción que se plantea como instancia de exigibilidad jurídica de los Derechos como vía última para hacerlos efectivos, agotadas las vías administrativas existentes (sean éstas del ámbito de la ciudad, provincial o de la nación), presentándose de todas maneras demora en las respuestas (en promedio 203 días, más de 6 meses).

Resolución de las situaciones y tiempos de internación

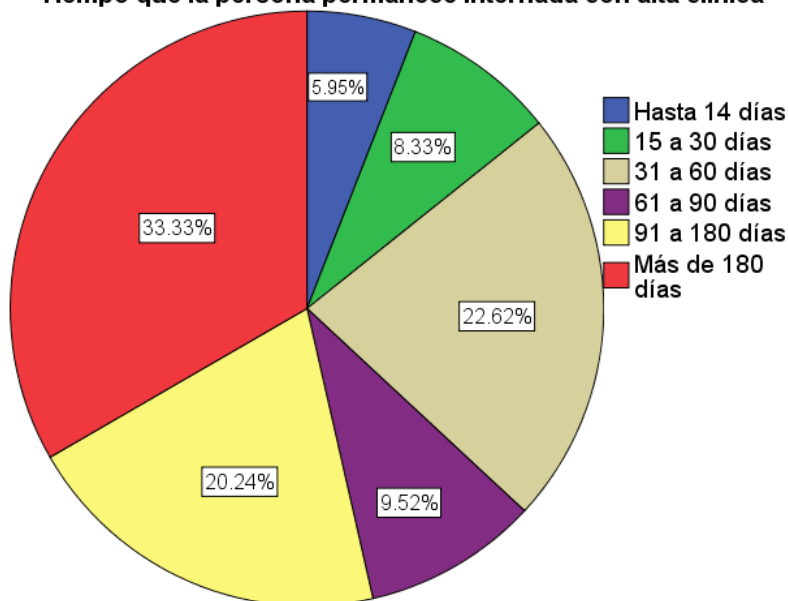
Respecto de los resultados de las articulaciones realizadas, cabe señalar que sólo en el 49% de los casos la necesidad que la persona presentaba fue resuelta a través de la intervención de las instituciones/áreas convocadas, en los 6 meses que duró el relevamiento. Además del hecho de que este porcentaje representa menos de la mitad de los casos, hay que considerar (tal como hemos consignado) la dilación en la respuesta que presentan dichas instituciones.

En relación con esto, puede señalarse que un 17% de la población egresó del hospital debiendo afrontar la resolución de su situación de manera privada (ya sea de forma individual o familiar), es decir sin respuesta de la política pública, mientras que un 7% falleció en la espera de respuestas. Debe destacarse además que, aunque tuvieron lugar numerosas interpelaciones a diferentes instituciones/programas en el período en que se desarrolló el relevamiento, un 24% de la población permanecía aún internada al finalizar el mismo. En lo que atañe al tiempo que las personas permanecen internadas luego de contar con alta médica, se observa que la duración mínima es de 2 días y la máxima de 2067 días **-9-**. El tiempo promedio de internación -con alta clínica- es de 205 días, es decir más de 6 meses de internación por motivos que no se relacionan con el que dio origen a la misma. Asimismo, sólo el 14% de esta población logra egresar antes de cumplir los 30 días luego de contar con el alta, mientras que más de la mitad (un 53,5%) permanece más de 3 meses, y un 33% más de 6 meses, internada innecesariamente.

Tiempo que la persona permanece internada con alta clínica

Duración de la internación (con alta clínica)	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 14 días	5	6.0
15 a 30 días	7	8.3
31 a 60 días	19	22.6
61 a 90 días	8	9.5
91 a 180 días	17	20.2
Más de 180 días	28	33.3
Total	84	100.0

Tiempo que la persona permanece internada con alta clínica



El 50% de las personas que se encontraba en situación de internación prolongada presentó intercurencias (infecciones intrahospitalarias) durante la misma **-10-**. Este dato reviste una gravedad importante, si consideramos que las intercurencias suelen estar asociadas a la permanencia en el ámbito hospitalario. Aquí cabe la pregunta ética acerca de las respuestas iatrogénicas que estamos brindando a la población desde la política pública y cómo la ausencia o inadecuación de las políticas ponen en constante riesgo la salud de las personas.

Conclusiones

Los resultados a los que arribamos en el presente estudio son coincidentes con los hallazgos de trabajos anteriores sobre la temática, en términos de vacancias en las políticas públicas frente a determinadas problemáticas y de demora en el acceso a los recursos existentes, lo que indica que las situaciones mencionadas son conocidas y persisten desde hace largo tiempo.

En términos generales, y en virtud de los recursos, servicios y dispositivos de alojamiento y cuidado requeridos por los/as pacientes para la efectivización del alta hospitalaria en condiciones adecuadas, existe una importante demora en todas las instancias de gestión (ya sea por demoras en los circuitos administrativos de admisión, por escasez relativa de recursos, entre otras), lo cual impacta significativamente en los tiempos de internación, generando la prolongación de las mismas.

A la vez, cada una de las gestiones identificadas en este estudio aparecen en muchas ocasiones como cuestiones encadenadas y mutuamente dependientes (a modo de ejemplo, para solicitar vacante en un Hogar para personas con Discapacidad se hace necesario gestionar primeramente DNI -en caso de que la persona no lo tenga- y CUD). Esta articulación de gestiones, a través de la cual se intenta encuadrar las situaciones individuales al interior de una política que permita el acceso a derechos, insume una importante cantidad de días entre realización de los pedidos pertinentes, recepción de las respuestas o concreción del trámite.

Por otra parte, se registran prácticas institucionales que exigen requisitos de ingreso -como el mencionado requisito de "autovalidez"- que se encuentran en contradicción con los derechos establecidos en distintos marcos legales, como la Ley N° 4036 de Protección Integral de los Derechos Sociales de la CABA e Instrumentos de Derechos Humanos que nuestro país ha ratificado e incluso incorporado a su ordenamiento jurídico. De este modo, se evidencian reglamentaciones y procedimientos implementados "de hecho" por las áreas e instituciones encargadas de dar respuestas sociales que restringen los derechos de las personas.

Una cuestión relevante que arroja el estudio son las falencias en las derivaciones y acceso de las personas con secuelas diversas (motoras, neurológicas, etc.) a los hospitales de rehabilitación. En este sentido, la dificultad en el acceso impacta directamente sobre la salud integral así como sobre las posibilidades futuras de acceder a otros dispositivos de cuidados y alojamiento.

Otro aspecto importante remite a las intervenciones judiciales, las cuales se constituyen como última alternativa de resolución frente a la inexistencia o negativa en las respuestas brindadas por las áreas con incumbencia en la temática. No obstante, los tiempos de resolución de la justicia también impactan de modo central en los tiempos de internación.

Se evidencia un importante déficit en lo que hace a políticas de apoyo para el cuidado de las personas en domicilio. Tanto en el caso de las prestaciones brindadas por PAMI o PROFE, como en lo que atañe a la política pública, las mismas son acotadas, de difícil acceso y generalmente no resuelven las necesidades de las personas. Esta situación nos lleva a considerar que en la mayoría de los casos el cuidado domiciliario no se presenta como una opción viable. En este sentido, nos preguntamos si este déficit en las políticas de apoyo en el cuidado en domicilio no conllevan a la institucionalización de personas dependientes como única respuesta, o a la “sobrecarga” de las redes sociofamiliares.

En relación con esto, el estudio revela situaciones en las cuales, frente a las demoras y déficits de las instituciones y áreas con responsabilidad en la temática, las personas o sus redes sociofamiliares de referencia terminan resolviendo en forma privada las necesidades de cuidado requeridas. Ello nos permite observar un proceso de privatización del cuidado que deriva estas responsabilidades hacia los sujetos y sus propias capacidades. Dadas las dificultades en la capacidad de apoyo de las redes sociofamiliares que se observan en este estudio, cabe preguntarse sobre la calidad del cuidado que pueden recibir estas personas. Considerando el perfil poblacional y sus características económicas, laborales y habitacionales, este estudio nos habla de la problemática de personas expulsadas de los círculos formales de producción y sobrevivencia al interior del sistema económico-social, sobre las que se ejerce una nueva expulsión cuando sufren las consecuencias de la primera.

Del análisis de las situaciones aquí presentadas surgen en principio dos grandes áreas de “vacancia” de la política pública (tanto en el área social como de salud), relacionadas con la atención de las necesidades de cuidado de personas adultas mayores y con discapacidad.

Este tipo de situaciones es complejo y abarca aspectos sociales y de salud simultáneamente. No obstante lo anterior, el área principalmente interpelada a dar respuestas en la mayoría de los casos resulta ser el área social del Estado. La misma cuenta con una larga trayectoria en la asistencia, e incorpora estas demandas a través de sus organismos y áreas exclusivamente como problemas sociales, es decir, sin consideración de las necesidades vinculadas a cuestiones de salud. Ello tiene consecuencias en términos de la calidad de las respuestas, ya que se atiende a una diversidad de situaciones con una respuesta focalizada, de carácter uniforme, con una relativa escasez de recursos, y sobre todo, con una solución asistencial que no fue pensada para este tipo de situaciones.

De lo anterior se sigue que una resolución adecuada de las situaciones analizadas excede las capacidades del área social -así como excede las capacidades del sector salud- del Estado en tanto depende de un planteamiento necesariamente intersectorial, interdisciplinario e interinstitucional (que, por lo menos, debería incluir a ambas áreas). En función de ello, cabría preguntarse ¿Qué resulta pertinente pedir a cada área del Estado? Si bien el área social debería contar con políticas que promuevan, resguarden y reparen derechos, y en este sentido deben exigirse respuestas más inclusivas y no sólo paliativas ¿No debería pensarse en la generación de respuestas que incluyan además al área de salud? ¿Las necesidades de cuidado que presenta la población del estudio, en cierta forma, no se ubican en una intersección entre lo social y lo sanitario?

Por último, la prolongación de la internación hospitalaria a la que se ven expuestas las personas tiene impacto negativo en su salud integral, tanto por la posibilidad de sufrir infecciones intrahospitalarias así como por el deterioro de sus capacidades funcionales. En particular, es muy posible para el caso de las personas con discapacidad o de edad avanzada que la permanencia por períodos prolongados en un hospital limite y agrave la dependencia, desorientación, deterioro cognitivo, etc. En el caso de personas que requieren de rehabilitaciones específicas, esta situación se torna aún más grave. Pero además, no podemos obviar el padecimiento subjetivo que conlleva una internación prolongada. ¿Qué implica permanecer internado/a durante un tiempo indefinido? ¿A qué prácticas sobre el cuerpo quedan sometidas

estas personas al cursar una internación? ¿Cómo transitan la exposición a situaciones que pueden ser traumáticas como fallecimientos y descompensaciones de otros pacientes de las que se vuelven testigos, procedimientos invasivos sobre sus propios cuerpos, ateneos y prácticas de estudiantes de distintas carreras, etc.? Y además ¿Qué sucede con los familiares y allegados de estas personas? ¿Cuánto tiempo pueden sostener el acompañamiento de la situación de hospitalización? ¿Qué consecuencias tiene en términos de desgaste en sus propios cuerpos, en su salud?

Notas

-1- Ley N° 25.871 de Migraciones, Ley N° 26.378 de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Ley N° 4036 de Protección integral de los Derechos Sociales - CABA, Ley N° 3706 de Protección y garantía integral de los derechos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle - CABA, entre otros.

-2- De acuerdo con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, la prevalencia de la discapacidad en la población que reside en hogares particulares de la Argentina alcanzó al 13% (5.114.190 personas).

-3- Se sigue aquí la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

-4- Puede identificarse al trabajo informal como aquel desempeñado en actividades que revisten tal carácter (baja productividad, baja dotación de capital, baja división del trabajo, bajo nivel de calificación, flexibilidad, ilegalidad, bajo nivel de ingresos), es decir, el término hace referencia a características de la unidad productiva, y por lo tanto puede incluir a asalariados como a no asalariados. Por su parte, la noción de precariedad remite a la relación entre trabajadores y empleadores; desde esta perspectiva, el empleo precario se define como aquel que es por un tiempo determinado y/o no protegido por la legislación laboral (de lo que se sigue que los trabajadores no cuentan con la cobertura legal y social correspondiente y carecen de estabilidad). La precariedad resulta así de la relación asimétrica establecida entre las partes intervinientes en el proceso productivo (Lindenboim, 2003).

-5- Si bien el “Programa Federal de Salud” (PROFE) ha cambiado su denominación a “Programa Federal Incluir Salud”, a los fines de facilitar la lectura se continuará utilizando a lo largo del trabajo la primera denominación.

-6- Cabe señalar que aquí se utilizaron las categorías “nula capacidad”, “relativa capacidad” y “capacidad total” a los fines de describir las capacidades de brindar apoyo de las redes sociofamiliares de las personas internadas, sin que ello implique la realización de juicios de valor respecto de estas redes.

-7- Si bien se registraron articulaciones con diversas áreas de políticas públicas (migraciones, salud mental, programas de asistencia, etc.) como así también con organizaciones de la sociedad civil, aquí reseñaremos las que fueron más representativas.

-8- Para medir el tiempo de respuesta institucional, en todos los casos se calculó el tiempo transcurrido (en días) entre la fecha en que se efectuó la solicitud del recurso/servicio desde el Hospital y la fecha de respuesta a la situación que se planteaba como necesidad/problema a la institución/programa convocado.

Para determinar la fecha de respuesta, se consideraron 3 posibilidades:

1- Respuesta positiva: en estos casos, se tomó como fecha de respuesta el día en que el otorgamiento/provisión del recurso/servicio solicitado se efectivizara.

2- Respuesta negativa: en estos casos, se tomó como fecha de respuesta el día en que la institución/programa informa de la negativa a proveer lo solicitado.

3- Sin respuesta: en estos casos, en los que la persona egresa del hospital, fallece o continúa internada a la espera de respuesta, se tomó como fecha de respuesta la fecha del egreso hospitalario, la fecha de fallecimiento, y la fecha ad hoc de egreso (ver Nota N° 9), respectivamente.

-9- Para medir el tiempo de internación con alta clínica se calculó el tiempo transcurrido (en días) entre la fecha en que el equipo médico tratante comunica que la persona se encuentra en condiciones de alta de la internación y la fecha de su egreso hospitalario efectivo. En los casos en que, finalizado el relevamiento de datos, las personas continuaran internadas aún, se asignó una fecha ad hoc de egreso hospitalario

(correspondiente al día 25/03/15).

-10- Este valor se encuentra probablemente subregistrado en el presente estudio, ya que constituye una información a la que el Trabajo Social no accede necesariamente en todos los casos. No obstante, consideramos que el dato tiene relevancia e informa sobre los efectos posibles de una permanencia prolongada en espacios de internación.

Bibliografía

- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (Eds.) (2012): *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires. IDES.
- Giamberardino, G.; Oliva, A.; Pérez, C.; y otros (2011): *El carácter de las prestaciones de las políticas públicas y los procesos de intervención profesional*. Ponencia presentada en IV Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social "Aportes para la reconstrucción de lo público". UBA.
- Gómez, A. (2013): "¿Nuevos problemas o respuestas viejas?". En: Testa, C.: *Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Krmpotic, C. (2008): Medicalización de la vida cotidiana y políticas de salud. En: *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires. Espacio.
- Lindenboim, J. (2003): "El mercado de trabajo en la Argentina en la transición secular: cada vez menos y peores empleos". En: *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1994): La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. En: *Alteridades*. Vol. 4. Núm. 7. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. México.
- Sacchi, M.; Hausberger, M.; Pereyra, A. (2007): "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta". En: *Revista Salud Colectiva*. Vol. 3. Núm. 3. UNLA. Buenos Aires.
- Serrano, C. (2005): "Claves de la Política Social para la Pobreza". Santiago de Chile: asesorías para el desarrollo. Centro de Documentación. Mimeo.
- CEPAL (2009): *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile. CEPAL.
- INDEC (2010): Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.
- Organización Mundial de la Salud (1992): CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra.
- Ley N° 25.871 - Migraciones.
- Ley N° 26.378 - Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley N° 4036 - Protección integral de los Derechos Sociales de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley N° 3706 - Protección y garantía integral de los derechos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires.