

**SE PRESENTAN. INTERPONEN PRETENSIÓN DE AMPARO. SOLICITAN INTERVENCIÓN EN CALIDAD DE TERCEROS COADYUVANTES AUTÓNOMOS. SOLICITAN MEDIDA CAUTELAR URGENTE**

Señor Juez:

Los siguientes presentantes

Maria angélica Santos, cargo psicóloga de planta, LC 5.143.058, con domicilio real en Curaparigüe 622;

Maria Felicitas Nuñez Ferreira, -, DNI 92.841.868 con domicilio real en Zubiria 4269;

Beatriz Baldelli, cargo -, DNI 12.713.985, con domicilio real en Amenabar 2445, Tercer piso, departamento A;

Elida Carsani cargo -, DNI 5.244.028, con domicilio real en Santa fe 1923, Piso once, departamento E;

Ana Gaiat, cargo residente medicina general, DNI 30.409.138,

Natalia Spataro, cargo trabajadora social, DNI 21.950.593, con domicilio real en Ambrosetti 120;

Maria Fernanda Maurelle, cargo psicóloga de planta, DNI 20.892.310, con dirección real en Picheuta 1566 depto 6, 20892310

Diana Campolongo, cargo médica de planta, DNI 13.914.346 con dirección real en Austria 2047, segundo piso, departamento B;

Romina Soledad Ruiz, cargo residente de emergencia, con domicilio real en Francia 349 San Andrés.

Alejandra Bozzini, cargo médica de planta CESAC 19, DNI 14945627, con domicilio real en Av. Rivadavia 5126

Griselda Ramírez, DNI 24452904, con domicilio real en Pintos 851 (Adrogué)

Adriana María Montobbio, cargo de psicóloga de planta, DNI 16071514, con domicilio real en Condarco 2702

Marta Campo, cargo de psicóloga de planta, DNI 12753920, con domicilio real en Azcuenaga 1064 7ºB

Ana Mossini, DNI 29248933, con domicilio real en Pizarro 1584 7ºD (Tigre)

María Ana Samockzo, cargo de residente, con domicilio real en Zapata 140 7ºA

Virginia Cunzolo, DNI 31935151, con domicilio real en Morelos 907 (Lomas del Mirador)

María Andrea Massaccesi, DNI 28752068, con domicilio real en Centera 1052 14ºC

María Florencia Bianchi, cargo de trabajadora social, DNI 25999632, con domicilio real en Matheu 965

Cecilia Vaccaro, cargo de planta hospitalaria, DNI 21002284, con domicilio real en Emilio Mitre 1010 1ºB

Stella Maris De Biasi, LC 4860301, con domicilio real en Independencia 2942 depto. 8

Federico Kaski Fullone, DNI 28803883, con domicilio real en Juana Manso 1122

Marcos Lardapide, cargo de residente psiquiátrico, DNI 26695382, con domicilio real en Coronel Díaz 2551 6ºC

Ana María Muñoz, cargo de médica de guardia, DNI 13119007, con domicilio real en Directorio 821 3ºB

María S. Mancini, cargo de trabajadora social, DNI 17010040, con domicilio real en Asamblea 388

Gustavo Iribarne, cargo de antropólogo, DNI 11759539, con domicilio real en Salguero 368

José Luis Carnevari, cargo de psicólogo, DNI 8528115, con domicilio real en E. de luch 1557

Eduardo Bogliarlo, cargo de trabajador social, DNI16821175, con domicilio real en Sarratea 933 (Moreno)

Verónica Suárez, DNI 21886977, con domicilio real en Primera Junta 1626  
Andrea Ramianotti, cargo de enfermera, DNI 14751427, con domicilio real en M. Harfnorugue 1229 3°10  
Julián Pavese, cargo de residente de medicina, DNI 30217676, con domicilio real en Asamblea 1949  
SilviaGhiselli, cargo de trabajadora social, DNI 13774530, con domicilio real en Rodney 316  
Natalia Einsberg, cargo de residente medicina general, DNI 27011100, con domicilio real en Juncal 3302 4°B  
Nanci Navarro, cargo de residente de medicina general, DNI 24241134, con domicilio real en Suipacha 360 PB A  
Alina Cervini, cargo de residente, DNI 28289884, con domicilio real en M Cervantes 3061 PB C  
Verónica Natacha Prada, cargo de trabajadora social, DNI 26047120, con domicilio real en José Mármol 1570 depto. 1  
Verónica Bergstein, cargo de residente, DNI 27755542, con domicilio real en B. de Irigoyen 1082 8°29  
Regelio Hurtado, firmante en carácter de vecino de la Villa 1-11-14, DNI 92939842, con domicilio real en MZA. 25 C 13  
María Luján Biglieri, firmante en carácter de vecino Barrio Illia, DNI 24582831, con domicilio real en MZA 5 C 29,  
Alba Rosa Hernández, firmante en carácter de vecino de la Villa 20, DNI 13866733, con domicilio real en MZA6 C 81  
Diosnel Perez, firmante en carácter de vecino de la Villa 20, DNI 93066862, con domicilio real en MZA 19 C 16  
Amalia Concepción AIMA, firmante en carácter de vecino de la Villa 31, DNI 17063670, con domicilio real en MZA 3 C 11  
Junto con los abajo firmantes, cuyos datos se encuentran en las planillas anexas (ANEXO A),

todos por derecho propio –y en carácter de afectados- y con el patrocinio de Gustavo Daniel Maurino (CPACF T° 61 – F° 32), quien también se presenta en representación de la la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, en mérito al poder que acompaña declarando bajo juramento su fidelidad y subsistencia; constituyendo domicilio en Avda. de Mayo 1161, piso 5 of. 9, en autos caratulados “.....” (Expte. ....), a V.S. decimos:

## **I.- OBJETO DE LA PRESENTACION**

**LOS PRESENTANTES SOMOS EFECTORES DE SALUD, VECINOS Y UNA ONG DE DERECHOS HUMANOS, QUE VENIMOS A INSTAR LA INTERVENCIÓN DEL PODER JUDICIAL EN DEFENSA DE DERECHOS DE INCIDENCIA COLECTIVA A LA SALUD Y LA NO DISCRIMINACIÓN DE LAS COMUNIDADES DE LAS VILLAS Y ASENTAMIENTOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.**

**EN TAL CARÁCTER, DE AFECTADOS POR LA DEFICIENTE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD NOS PRESENTAMOS Y SOLICITAMOS:**

**I.1.- INTERVENCIÓN:** En el carácter invocado solicitamos que se nos reconozca intervención en este proceso, en los términos del art. 84, 2) del Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires. Los aquí presentantes venimos a interponer y sostener una pretensión particular en este proceso colectivo, vinculada con hechos que son analizados en el *sub iudice*, incorporando hechos particulares recientes, y fundamentos jurídicos (*causa petendi*) autónomos y concurrentes con la pretensión de la demandante originaria, que serán desarrollados en los próximos apartados.

**I.2.- PRETENSIÓN DE FONDO:** En virtud de esta presentación, y en mérito a los fundamentos que se expresarán, solicitamos se haga lugar a la pretensión que incoamos, en los términos del artículo 43 de la Constitución Nacional y del 14 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires contra el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con domicilio legal en Avenida de Mayo 525, 1º piso, a fin de que se ampare el derecho a la salud de las comunidades que viven y trabajan en las villas y asentamientos de la ciudad, garantizándose –mediante las acciones que se definirán en la fase de ejecución de sentencia- condiciones dignas de atención primaria de su salud, en relación con los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), los hospitales y el sistema de atención médica de emergencia (servicios de traslados en ambulancias) que dan atención médica a los y las habitantes de las villas y asentamientos de la Ciudad. A tal efecto, se solicita que se condene al GCBA a que:

A.- garantice para los profesionales y empleados de los hospitales y CeSACs condiciones de trabajo que aseguren su salud e integridad psicofísica de manera adecuada al nivel de conflictividad social agravada existente en las comunidades afectadas.

B.-garantice condiciones dignas ambientales y de infraestructura para los CeSACs de las villas y asentamientos de la ciudad, especialmente en relación con (a) basurales (b) seguridad y regularidad eléctrica (c) provisión de agua y teléfono y d) accesibilidad física al efector

C.- asegure un servicio de traslado de emergencia oportuno, suficiente y adecuado a las condiciones urbanas y de infraestructura de las villas y asentamientos informales.

**I.3.- PRETENSIÓN CAUTELAR:** Asimismo, en virtud de las críticas condiciones existentes en la actualidad, y que son de público y notorio conocimiento, solicitamos la adopción de una medida cautelar, dado que se encuentran comprometidos de manera actual, colectiva y grave e inminente el acceso más básico a la atención de la salud para la comunidad de las villas y asentamientos. En los términos del artículo 177 y concordantes del Código

Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires, solicitamos que –inaudita parte, o previa la sustanciación que V.S. estime procedente, pero- con la mayor urgencia posible, se ordene cautelarmente al GCBA, a través del ministerio de salud que:

1.- Diseñe y presente en el plazo de 24 hs. un protocolo de atención del SAME, de implementación inmediata, que garantice el servicio de emergencia medica a los habitantes de las villas y asentamientos en tiempo oportuno y seguro, y con las medidas de contingencia necesarias para que dicho servicio no se vea interrumpido por la falta eventual de recursos humanos de la Policía Federal Argentina.

2.- Se restablezcan de inmediato –en un plazo de 24 horas- las garantías en las condiciones de seguridad e integridad psicofísica de los efectores y usuarios de los servicios de atención primaria de salud en los CESACs y hospitales que prestan el servicio público de salud a las comunidades afectadas, proveyendo de inmediato los recursos humanos idóneos para prevenir y contener hechos de violencia y conflictividad que pongan en riesgo la integridad psicofísica de los profesionales y usuarios del servicio de salud en las villas.

3.- Complementariamente, también se solicita que se ordene no innovar de un modo regresivo y contrario a la voluntad de los afectaos, las condiciones laborales de los profesionales y empleados del GCBA firmantes y/o adherentes de la presente acción.

## II.- SÍNTESIS DE LOS ELEMENTOS Y ALCANCE DE LA PRETENSIÓN AUTÓNOMA INTRODUCIDA

**II.1.- Hechos:** Los hechos sobre los que se basa, detallados más adelante, consisten en la estructural, extendida, y últimamente aguda, deficiencia en la prestación del servicio de atención primaria a la salud en relación con las comunidades que viven en villas y asentamientos de la Ciudad, tanto respecto de los CESACs, como de los hospitales y el servicio de traslados de emergencia.

**II.2.- Sujetos Activos (afectados en sus derechos de incidencia colectiva):** Los sujetos activos de esta acción, afectados en sus derechos, son las personas que habitan y/o trabajan en las villas y asentamientos de la ciudad, que requieren –por su condición socioeconómica- del servicio público de salud.

**II.3.- Sujeto Pasivo:** El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en particular el Poder Ejecutivo – Ministerio de Salud

**II.4.- Causa Petendi:** La pretensión se basa en la vulneración, con carácter de incidencia colectiva, del derecho a la salud, la vida y la integridad física, y los derechos a no ser discriminado por condición social y posición económica en relación con el derecho fundamental a la salud.

**II.5.- Remedio solicitado:** Ya ha sido explicitado en el objeto de esta presentación y su justificación y procedencia en particular se desarrollará más adelante.

### **III.- PROCEDENCIA DE LA INTERVENCIÓN DE TERCEROS**

#### **III.1.- INTRODUCCIÓN Y CONSIDERACIONES GENERALES**

La intervención de terceros en un litigio tiene lugar cuando, durante el desarrollo del proceso, y sea en forma espontánea o provocada, se incorporan a él personas distintas a las partes originarias con el objeto de hacer valer derechos o intereses propios, aunque vinculados a la causa o al objeto de la pretensión. (conf. Palacio, Lino, *Manual de Derecho Procesal Civil*, Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2001, ps. 281 y ss).

De este modo, se supera la estructuración típica de un proceso bajo la forma de "bilateralidad absoluta" por cuanto aparecen en escena una serie de personas cuya intervención en la causa se califica como de "terceros", dando lugar a los llamados procesos con sujetos múltiples.

La intervención de terceros tiene como objetivos la necesidad de evitar la duplicación de procesos y de colocar a alguna de las personas que invoque un interés legítimo en estado de indefensión (Falcón, Enrique M., *Código Procesal Civil y Comercial de la Nación*, T. 1, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1994, pág. 513; citado en Balbín, Carlos F., *Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires*, Lexis Nexis, Buenos Aires, 2003, pág. 266).

En este sentido, el art. 84 del Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires (CCAyT) establece:

*Puede intervenir en un juicio pendiente en calidad de parte, cualquiera fuere la etapa o la instancia en que éste se encontrare, quien:*

*1) acredite sumariamente que la sentencia puede afectar su interés propio.*

*2) Según las normas del derecho substancial, hubiese estado legitimado para demandar o ser demandado en el juicio.*

En consecuencia, puede reputarse como terceros a todas aquellas personas que por iniciativa propia o ajena se incorporan a un proceso en el cual originariamente no revestían carácter de parte, en la medida que sean probados los supuestos requeridos en la normativa mencionada.

#### **III.2.- REQUISITOS FORMALES DE LA PRESENTACIÓN**

Sobre este específico punto de cumplimiento de los requisitos formales para la actuación en calidad de tercero, en el presente escrito se exponen los argumentos que fundamentan la legitimación de los afectados y de A.C.I.J. para ocurrir con una pretensión colectiva ante la Justicia Contencioso Administrativa y Tributaria local, por ende, corresponde remitirse a aquellos *brevitatis causae*.

Por su parte, el artículo transcrito no establece que la presentación

como tercero se encuentre supeditada a un determinado estado de avance en que se encuentre la litis y de ello se desprende claramente que aquella puede formularse en cualquier etapa procesal.

Otros de los requisitos exigidos es aquel por el cual "[e]l pedido de intervención se formula por escrito, con los requisitos de la demanda, en lo pertinente" (conf. art. 86 CCAyT). En este sentido, de la simple lectura del presente escrito se desprende que satisface cabalmente los requisitos formales exigidos para una demanda. Por lo tanto, no puede oponerse el incumplimiento de los requisitos materiales exigidos para presentarse en carácter de tercero.

Por las razones expuestas en este acápite, corresponde ser considerado como tercero en los términos del art. 84 del CCAyT, atento cumplir con las formalidades exigidas por la ley.

### **III.3.- FACULTADES PROCESALES DE UN TERCERO**

El art. 85 del CCAyT, establece que:

*En el caso del inciso 2) del mismo artículo (se refiere al art. 54), el/la interviniente actúa como litisconsorte de la parte principal y tiene sus mismas facultades procesales.*

Al respecto corresponde destacar que, una vez declarada admisible la intervención, en cualquiera de sus formas, el tercero deja de ser tal para asumir la calidad de parte, con las facultades y deberes que tal calidad implica (Cfr. Calamandrei, Instituciones, t. II, pág. 314; Devis Echandía, pág. 409; Colombo, Código, t. I, pág. 524, quien caracteriza a la intervención como una "conversión de terceros en parte").

Por lo expuesto, y en la medida que V.S. acepte la intervención de ACIJ en carácter de tercero, la calidad procesal que asume se equipara a la de una parte y goza de las mismas atribuciones que aquella posee en la tramitación de la litis.

### **III.4.- INTERVENCIÓN DE TERCEROS EN CASOS COLECTIVOS**

Como V.S. tendrá presente, el caso de autos consiste en un proceso colectivo, donde se litigan derechos de incidencia colectiva, se solicita un remedio colectivo que impactará en las situaciones jurídicas de un grupos de sujetos (los afectados). Los casos colectivos presentan particularidades (en relación con los sujetos, el objeto y la *causa petendi*) que determinan necesariamente su apertura a la participación de sujetos diferentes al demandante y demandado originarios.

Ahora bien, tal como se ha expresado, los aquí presentantes introducimos a este proceso una pretensión autónoma que se asienta sobre hechos *sub examine* en la causa, sobre una situación fáctica respecto de la cual V.S. debe tomar una decisión; pero lo hace presentando hechos particulares y una

*causa petendi* autónoma, un encuadre jurídico autónomo.

En este sentido, la tramitación de esta pretensión en otro proceso generaría un riesgo cierto de colisión de decisiones (tanto por eventual contradicción, como por posible duplicación o superposición parcial) que debe ser solucionada mediante las instituciones procesales pertinentes, como la admisión de la presentación de terceros autónomos, solicitada.

El derecho de intervenir como tercero autónomos en casos de impacto colectivo ya ha sido expresamente receptado por la Corte Suprema en el caso **“Loveli S.A. c/ Provincia de Buenos Aires”**, **al reconocer dicho interés por cuanto la entidad que solicitó la participación defendía ciertos “intereses generales”**. Al respecto, cierta doctrina tiene dicho que “... si la participación como terceros está habilitada –según la Corte– cuando se encuentran involucrados “intereses generales”, igualmente –y más aún– debería estar habilitada cuando se encuentran involucrados “derechos constitucionales de incidencia colectiva” que estos sujetos están autorizados para proteger” (conf. Maurino, Gustavo, Nino, Ezequiel y Sigal, Martín, Las acciones colectivas, Ed. Lexis Nexis, Buenos Aires, 2005, pág. 256).

Por lo demás, esta presentación no altera los términos establecidos del proceso, pues se refiere a la misma problemática de base. Además, la causa colectiva puede fácilmente incorporar esta pretensión, garantizando el debido proceso y la defensa en juicio de todos los participantes; pero sobre todo honrando el principio constitucional (y reconocido en la Convención Americana de Derechos Humanos) de acceso a la justicia para la defensa de los derechos, que en el caso de los derechos de incidencia colectiva requiere imprescindiblemente de la flexibilidad y adaptación de los cánones procesales, siempre asegurando la defensa, obviamente.

## **IV.- HECHOS**

### **IV.1.- INTRODUCCIÓN**

Los hechos de público y notorio conocimiento de los últimos días en referencia a la falta de provisión del servicio de atención primaria a la salud (APS) en los efectores sanitarios (Hospitales y Centros de Salud) y la renuencia de los profesionales del Servicio de Atención de Emergencia Médica (SAME) a brindar el servicio en villas de la ciudad, ponen de manifiesto una situación estructural de desamparo y discriminación que padecen los usuarios del servicio en las villas desde larga data.

La muerte de Humberto Ruiz en la villa 31 vinculada la falta de atención del SAME no es la primera –aunque esperamos que sea la última–, como tampoco es la primera vez que los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) que funcionan en las villas de la ciudad deben cerrar sus puertas cuando la

comunidad los necesita.

El primero de los casos se debió a la desidia y a una práctica discriminatoria implementada por el SAME, la segunda suele obedecer a factores que no dependen directamente de los profesionales de los CeSACs como son la falta de agua, electricidad, teléfono, higiene ambiental, y/o (como en el caso actual) por falta de condiciones de seguridad para trabajar que también afecta a los hospitales.

El estigma que pesa sobre las personas que viven en villas y asentamientos se agrava cuando éste funciona como fundamento a la privación al acceso a la salud. La descripción que sigue a continuación dará cuenta del contexto en el que se desarrolla la vida de las personas que habitan en las villas y asentamientos de la ciudad, su absoluta dependencia del sistema de atención primaria a la salud del subsector público, el gravísimo impacto en su salud que sufren en la actualidad y la necesidad de la instrumentación inmediata de medidas que reestablezcan los derechos vulnerados.

#### **IV.2.- EL CONTEXTO DE LAS VILLAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES - SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD Y LA DEPENDENCIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DEL SUBSECTOR PÚBLICO**

##### ***IV.2.1.- la situación general de la villas de la ciudad. Condición social y económica de sus habitantes.***

En el presente capítulo desarrollaremos el contexto en el cual viven las personas que habitan en asentamientos y villas de la ciudad de Buenos Aires, en especial su condición social y económica y cómo esta situación de pobreza, genera desventajas, estigmas y exclusiones que se ven reflejadas en la imposibilidad de gozar de derechos básicos, como el acceso a la salud que presentamos en esta acción.

Las villas de la ciudad de Buenos Aires son territorios en los cuales se condensan y profundizan las vulneraciones de derechos y donde el acceso a la justicia, a los servicios públicos y a derechos básicos como la salud, la educación y la vivienda se presta de un modo desigual al resto de la ciudad.

Aclaremos que de aquí en adelante cuando hablemos de “villas”, estaremos incluyendo bajo esta denominación también a asentamientos, y Núcleos Habitacionales Transitorios (NHT) .

Se estima, ya que no existen datos oficiales desde el último censo nacional del 2001, que la población que vive en villas, asentamientos y NHT podría ascender a 300.000 (Conf. Informe “Buenos Aires Sin Techo”, Presidencia de la Comisión de Vivienda de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, Noviembre 2009)

Estas poblaciones han sido históricamente desaventajadas, estigmatizadas y excluidas por parte del Estado y de la sociedad, y existen hacia ellas extendidos y graves prejuicios que se afianzan y perpetúan; y que en tanto se mantienen en el tiempo se traducen, también, en la imposibilidad de gozar de derechos fundamentales. El Gobierno de la Ciudad en vez de implementar políticas públicas inclusivas que tiendan a desdibujar las diferencias socioeconómicas existentes entre las villas y las zonas ricas de la Ciudad, postergan sistemáticamente a sus habitantes, convirtiendo a las villas en verdaderos “ghettos” en los habitan personas marginadas del resto de la sociedad. El caso que se presente en autos, relativo a la problemática de la prestación del servicio de atención primaria de la salud, es una clara muestra de esa práctica de exclusión: el Gobierno conoce con precisión la situación de salud de los habitantes de las villas y la gravedad de sus consecuencias, y a pesar de eso omite garantizarles a sus habitantes la misma seguridad y calidad del servicio que sí tienen garantizado a los demás habitantes de la ciudad.

La situación general en términos de condición social y posición económica de los habitantes de las villas resulta ser un hecho notorio. Cualquier persona que viva en Buenos Aires conoce la circunstancia de que los habitantes de las villas se encuentran en una posición socioeconómica inferior comparada con la del resto de las personas que viven en la Ciudad; y que cuentan con recursos, ingresos, condiciones de salud, vivienda, educación, índices de desempleo, espacios verdes, acceso a los servicios públicos y un nivel socio-económico y de vida en general, muy inferiores a los del resto de la Ciudad.

Incluso el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad ha reconocido esta problemática cuando; en uno de sus fallos indica que: “Según el Anuario Estadístico 2007. Panorama social y económico de la Ciudad de Buenos Aires publicado por la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad: Históricamente, la zona sur se ha caracterizado por presentar la peor situación social y económica de la Ciudad, tanto en sus aspectos demográficos, educativos y de salud como en los concernientes al mundo del trabajo, donde se observan guarismos elevados en los niveles de desocupación y subocupación en relación al resto de los habitantes de la Ciudad y un mayor peso relativo de puestos de trabajo precarios e informales. Precisamente, en esta zona se verifica una presencia mayor de población en ‘villas de emergencia’ y ‘asentamientos’. (...) Durante 2007 la zona sur presenta los indicadores más desfavorables del mercado de trabajo, registrando 5,5% de población desocupada y 52,6% de ocupados. Al contrario, la zona norte registra la mejor situación dentro del mercado laboral porteño en la medida en que presenta simultáneamente altos niveles de ocupación (61,5%) y baja proporción de población desocupada (2,8%) (...). En cuanto a la precariedad de la inserción laboral por zona de residencia de los trabajadores se observa claramente que los de la zona sur son los más afectados por

esta problemática ocupacional: 41,2% de los trabajadores está bajo condiciones de vulnerabilidad laboral. En el mismo sentido, el Anuario Estadístico 2007 publicado por la misma dependencia, indica que la zona sur es la que registra el mayor porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza: 12.1, cifra que en la zona norte se reduce al rango de 0.0 – 3.9” (TS, “Bara, Sakho s/ queja por recurso de inconstitucionalidad denegado en/ Mbaye, Ibrahima s/ inf. arts. de la Ley 23.098 .Habeas Corpus”, sentencia del 11 de agosto de 2010).

En ese sentido, algunas estadísticas muestran, claramente, las contrastantes condiciones de vida que se registran entre los habitantes de las villas y los del resto de la Ciudad. Así por ejemplo, y en lo que respecta a las condiciones habitacionales, ha quedado demostrado que el tamaño de los hogares y el índice de hacinamiento es sustancialmente diferente según se trate de una u otra zona. Según estadísticas formuladas por la Sindicatura General de la Ciudad de Buenos<sup>1</sup>, se refleja la brecha de desigualdad existente entre la población residente en villas de la ciudad con relación al resto de la Ciudad, que sintetizaremos en los siguientes puntos:

- Los ingresos percibidos por los habitantes de villas representan el 20% de los ingresos percibidos por el resto de la ciudad;
- Los residentes de las villas tienen 4 años menos de escolaridad que el resto de la ciudad. El promedio indica que apenas superan el nivel primario; mientras que el promedio de la ciudad se estima que la población de 18 años y más tiene nivel secundario completo;
- La cantidad de integrantes del hogar asciende a un promedio de 4,6 miembros, mientras que en el resto de la ciudad desciende a 2,6 personas;
- La población resulta ser 14 años más joven que el resto de la ciudad;
- La proporción de niños es mayor en 20 puntos porcentuales y la de adultos mayores es menor en 13 puntos.

Esto implica, entonces, que la población que reside en las villas de la Ciudad, es una población joven, con bajos niveles educativos, y que la urgente necesidad de ingresar en el mercado laboral puede incidir, significativamente, en la calidad del trabajo y los ingresos que obtengan. Todo este contexto, genera una situación de estigmatización que profundiza las vulnerabilidades existentes, las que se ven reflejadas en situaciones como las que se describirán en la presente acción, en el caso del acceso a la atención primaria a la salud del subsector público.

A continuación veremos que consecuentemente, además de la condición de pobreza y estigmatización que sufren los habitantes de las villas, las

---

<sup>1</sup> Cf. Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires: 2009

condiciones habitacionales son sumamente precarias con nulo, escaso o deficiente acceso a los servicios públicos básicos, y que esta situación genera una especial afectación al derecho a la salud.

#### **IV.2.2.- La situación sanitaria de las villas y su incidencia en el derecho a la salud de los habitantes de villas**

En el presente capítulo describiremos cómo las inexistentes o deficientes condiciones en las cuales se prestan los servicios públicos en villas afecta gravemente a las condiciones de vida de los habitantes generando una situación sanitaria que no resulta adecuada para el desarrollo de la vida en condiciones dignas, afectando la salud de sus habitantes y exigiendo por ende, especiales acciones para que el derecho a la salud se encuentre garantizado.

Muchos de los vecinos de las villas no acceden a la red de agua y cuando lo hacen, se encuentran a expuestos a graves peligros para su salud. La mayoría de los habitantes no cuenta con acceso a la red de agua corriente, si no que los mismos vecinos ante la ausencia de acción del estado, realizaron redes informales cuyas cañerías se encuentran en muchas situaciones pinchadas y expuestas a fuentes de contaminación, como los desechos cloacales. En otras situaciones, el acceso al agua se brinda de forma deficitaria por la baja o nula presión de las cañerías.

A su vez, tampoco cuentan con el servicio de red cloacal, sino que mantienen sistemas de descarga sanitaria a pozo ciego, los que deben ser desagotados por camiones atmosféricos. Los pozos se encuentran ubicados generalmente en el interior de las viviendas, de los centros y comedores comunitarios o en las mismas calles. En la mayoría de los casos, los pozos se encuentran en un deplorable estado de mantenimiento, presentan fisuras y filtraciones, las tapas están rotas y al aire libre. En algunos casos, el sistema sanitario consiste en grandes agujeros cavados al aire libre donde confluyen desechos cloacales y basura, todo a algunos metros de las viviendas

Además, dado que los camiones no acuden al barrio con la frecuencia necesaria, suele desbordarse diariamente todo lo contenido en los pozos en calles y espacios abiertos de las villas. Un simple recorrido por las villas puede ilustrar como los pasillos se encuentran inundados de desechos cloacales al aire libre, y se encuentran también las bocas de los caños por donde se vierten las aguas servidas.

La prestación del servicio de electricidad se brinda también sin las condiciones de seguridad adecuadas y de manera deficiente. Al igual que los otros servicios, las conexiones realizadas, han sido en su mayoría hechas por los habitantes de las villas, ante la ausencia de acción del estado. Así, nos encontramos con instalaciones eléctricas precarias que no cuentan con los estándares de seguridad adecuados, generando una situación de grave riesgo eléctrico que genera,

expone y aumenta la posibilidad de accidentes eléctricos tanto para las personas como para las cosas.

La situación es igual en relación con el acceso al gas: no existen redes de gas natural por lo que los vecinos deben, necesariamente, acceder a otros medios para cocinar y para su calefacción. El gas en garrafas por su alto costo se torna inaccesible, además el servicio de electricidad se brinda de manera deficiente y por todo ello, los habitantes de las villas terminan acudiendo a sistemas de calefacción en sus viviendas que resultan poco seguros como la calefacción con brasas. De esta manera los habitantes de villas y especialmente los niños, se encuentran expuestos a constantes situaciones de riesgo para la salud y accidentes.

El servicio de recolección de residuos corre la misma suerte que los otros servicios. No existe en general el servicio de barrido en las calles, ni la recolección a domicilio, y cuando se efectúa la misma se realiza a través de contenedores comunales o simples lugares de acopio. Sin embargo, la frecuencia con que se realiza dicha recolección no es adecuada para receptar la demanda de los barrios, y por ende en todos los lugares de acopio (piletones, contenedores o simples sitios informales), las personas depositan sus residuos diarios generándose enormes montículos a toda hora del día que conviven aledaños a las casas de las familias. La basura generalmente está desparramada y termina circulando por toda la villa.

Todo lo expuesto, demuestra que las condiciones en las cuales se brindan los servicios públicos en las villas generan un contexto que incide de manera desigual que al resto de los habitantes de la ciudad, exponiendo a los habitantes de las villas a situaciones que ponen en riesgo su salud y el desarrollo de su vida.

#### ***IV.2.3.- la dependencia del sistema de atención primaria a la salud del subsector público***

Como dijimos anteriormente, los habitantes de las villas son personas de condición social y económica desfavorecida. Además, como también desarrollamos, las inexistentes o deficientes condiciones en las cuales se prestan los servicios públicos afectan gravemente las condiciones de vida de los habitantes generando una situación sanitaria que no resulta adecuada para el desarrollo de la vida en condiciones dignas.

En ese particular contexto de pobreza y marginación, la prestación del subsector público de atención primaria de la salud es la casi única y exclusiva prestación a la que pueden acceder los habitantes de las villas, y además por la alarmante situación sanitaria del contexto en el cual se brindan todos los servicios públicos, se vuelve especialmente relevante.

Así surge, en relación al acceso a la salud de los niños y niñas en situación de pobreza en la ciudad, de lo informado por la Unidad de Información,

Monitoreo y Evaluación (UIMyE) "Diagnóstico de la Situación Social Ciudad de Buenos Aires", Ministerio de Desarrollo Social – Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2008c, al decir que el acceso a la salud es altamente diferencial para los niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza: en la primera infancia, el 87.4% de los niños y niñas pobres no cuentan con cobertura de salud que no sea la pública; entre los adolescentes, este valor es del 85.6%.

De esta manera, los habitantes de las villas dependen exclusivamente de los efectores del sector público para acceder a los cuidados sanitarios. Así, lo reconoce el artículo 14 de la Ley Básica de Salud de la CABA (Ley 153), que fija los objetivos del subsector público de salud, de los que se desprende que la intención del legislador estuvo guiada por la prevención, la participación ciudadana y sobre todo “la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles”.

La falta de acceso al servicio de salud impacta de forma especial y diferenciada que en el resto de la Ciudad y consolida el estado de exclusión en el que se encuentran inmersos, en tanto el Estado local –único responsable de organizar y estructurar la prestación del servicio en la villa- omite prestar garantizar el acceso al servicio en forma adecuada tal como lo hace en el resto de la Ciudad.

#### ***IV.3.- LA SITUACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD EN LA CABA EN RELACIÓN CON LAS COMUNIDADES DE LAS VILLAS. EL AGRAVAMIENTO ACTUAL DE CONDICIONES ESTRUCTURALMENTE DEFICITARIAS***

##### ***V.3.1.- Las problemáticas comunes en el funcionamiento de los CeSACs y Hospitales Públicos que atienden a las personas que viven en las villas.***

El sistema de salud en la ciudad está dividido en tres subsectores, el público, el de la seguridad social (obras sociales), y el privado (medicina prepaga). El primero de los subsectores es aquel que atiende a la población más pobre de la ciudad, debido a que no cuentan con los recursos suficientes para poder estar comprendida en alguno de los dos subsectores restantes.

De acuerdo a la norma ya citada (Ley 153), los efectores de salud están organizados en tres niveles interdependientes de acuerdo al grado de complejidad que sea requerido en cada caso.

El primer nivel corresponde a los CeSACs y Centros Médicos Barriales que constituyen según la propia letra de la ley “la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención” (art. 19). Semejante rol otorgado a estos efectores, ser, ni más ni menos, que la puerta de ingreso al sistema de salud es lo que ahora está puesto en juego. Al día de hoy algunas de esas puertas

están cerradas y otras corren el mismo riesgo..

El reciente hecho de que no se cuente con personal de la policía federal en las instalaciones de estos centros de atención a la salud que los tenían se sumó a la larga lista de razones por las cuales dicha puerta suele cerrarse.

Podemos mencionar entonces que atentan contra la prestación del servicio en condiciones dignas, la falta de provisión agua para mantener la higiene del lugar, la falta de electricidad, la falta de higiene ambiental en el entorno donde se encuentra situado (todos puntos desarrollados en los apartados anteriores) y ahora la falta de personal idóneo para preservar las condiciones de seguridad para los profesionales y pacientes.

**Desgraciadamente, los profesionales de la salud no pueden desempeñar su trabajo debido a que las condiciones del entorno donde se sitúa el establecimiento sanitario no escapa a la realidad que lo circunda.**

Como dijéramos en el acápite precedente, **es moneda corriente en las villas la interrupción del servicio eléctrico que afecta inevitablemente al CeSAC que en la misma funcione.** La energía eléctrica es necesaria para la conservación de vacunas, para la realización de tareas administrativas, para la calefacción de los consultorios donde la gente es atendida y también para llenar los tanques de agua donde no llega por falta de presión suficiente en la red.

Sirvan de ejemplo de los trastornos que se suceden por la falta de energía eléctrica en las villas los hechos relatados en la causa "ACIJ c/ GCBA s/ Amparo. Expte. 39716/0 en trámite por ante el Juzgado de primera instancia en lo Contencioso Administrativo y Tributario N° 2 de la Ciudad y los que obran en el Informe "A la luz de las desigualdades" que se adjunta como anexo a la presente demanda.

Estrechamente relacionada con la falta de energía eléctrica se encuentra la falta de agua dentro del establecimiento para asegurar su higiene y la de las personas que allí concurren. Teniendo como ejemplo en CeSAC N° 35 (Barracas, Villa 21-24), donde los tanques se llenan por medio de bombas con motores eléctricos, dado que la presión de la red de agua no es suficiente para llevar el agua hasta esa altura.

**Así entonces, al no contar con energía para llenar los tanques, no se tiene agua suficiente para el funcionamiento del establecimiento.** Consecuentemente, no puede realizarse la descarga de sanitarios, no pueden las personas -sean estas profesionales o pacientes- higienizarse, no puede limpiarse el consultorio o sala de espera en caso de que alguien se descomponga y ensucie el lugar.

**Ligado con las condiciones de higiene del establecimiento se encuentran también las condiciones de higiene medioambientales en las inmediaciones de los establecimientos de salud.** Tomando ahora por caso la basura acumulada en la puerta del CeSAC N° 40 (Bajo Flores, frente a la villa 1-11-

14) resulta imperioso garantizar las condiciones de higiene medio ambientales en las inmediaciones de un establecimiento sanitario. La cercanía a focos de infección en las cercanías de los efectores atenta de forma directa contra un digno acceso a la salud y al desempeño de la labor de los profesionales.

Los basurales facilitan la proliferación de roedores, insectos y otros tipos de alimañas que deterioran la calidad medioambiental que se requiere para garantizar los niveles de asepsia de estos establecimientos.

Por otra parte, tal como le sucede a los usuarios del servicio de telefonía básica en todas las villas de la ciudad, no es extraña la falta de servicio telefónico por roturas que nunca son reparadas por las empresas prestatarias.

**El servicio telefónico es de especial relevancia para el funcionamiento de los efectores.** Por ejemplo, cuando es necesario un traslado en ambulancia, deben comunicarse desde los CeSACs al hospital o al SAME y tal comunicación actualmente en CeSACs como el N° 35 deben hacerse por medio de telefonía celular habida cuenta de que la línea 4302-8720, correspondiente al mencionado efector no funciona.

Párrafo aparte merece la garantía de condiciones seguras para la integridad psicofísica de quienes hagan uso de las instalaciones de los efectores sanitarios, sean estos CeSACs u hospitales.

A partir del martes 5 de abril del corriente por decisión del Ministerio de Seguridad de la Nación, se retiró de los edificios públicos de la ciudad a los efectivos policiales de la policía federal. Entre dichos edificios se encontraban los hospitales y CeSACs. **Toda vez que el Gobierno de la Ciudad no reemplazó la presencia de personal idóneo para controlar situaciones de violencia dentro de los efectores de salud, dicha omisión significó una clara regresividad respecto de la situación anterior a dicho cambio.**

Habida cuenta que la pobreza, la exclusión y la estigmatización, también es mayor la conflictividad social, y resulta a todas luces necesaria la presencia de personal, mecanismos y recursos idóneos para prevenir y controlar situaciones que pongan en riesgo la integridad psico-física tanto de los profesionales como de los usuarios del sistema y de sus instalaciones.

Todo lo expuesto, da cuenta de que el contexto en el cual se brinda el sistema de atención primaria de la salud en villas, padece de las mismas deficiencias y problemáticas que sufren las comunidades y poblaciones a las que a ellas asisten. El G.C.B.A. en su rol de desarrollar y organizar la estrategia de atención primaria de la salud, debe tener en cuenta todo este contexto a fin de cumplir con el derecho a la salud de los habitantes de las villas. La neutralidad en el planeamiento, la homogeneización de tratamiento, no hace más que perpetuar las vulneraciones existentes en estas comunidades y la falta de cumplimiento de los derechos.

### **V.3.2.- De la (des)atención de emergencias médicas en las villas**

## **de la ciudad.**

A diferencia de lo que ocurre en el resto de la ciudad, la atención de emergencias médicas en las villas no se brinda de forma eficaz, oportuna, ni adecuada. Sino más bien se presta de un modo deficitario y discriminatorio en las villas de la CABA, al igual que el resto de los servicios públicos que ya hemos mencionado.

El SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencia) es el organismo encargado de “brindar una respuesta adecuada a las necesidades de la población frente a emergencias y urgencias médicas, individuales o colectivas, surgidas dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires”

Amen de que el artículo 1º de la ley 664 establece que “El acceso a los servicios públicos de salud... que brinda la Ciudad es de carácter irrestricto. Ninguna limitación podrá fundarse en razones de origen, nacionalidad, raza, idioma, religión, condición migratoria o social”, el SAME actúa de forma ilegal al privar del servicio de atención de emergencias a la población de las villas.

Numerosos son los hechos trágicos que periódicamente se suceden en la ciudad y dejan por víctima a personas a quienes la ambulancia no llegó a asistir dentro del tiempo razonable de atención de la urgencia. El caso más reciente de la villa 31, como dijimos es uno de tantos.

Las razones que esgrime el SAME en defensa de su accionar discriminatorio para con los villeros se fundan principalmente en la falta de seguridad para la integridad física del personal. En la práctica, las ambulancias del SAME no entran a las villas sin la escolta de un patrullero.

Dado que la cantidad de patrulleros es limitada y los mismos se encuentran afectados a otro tipo de funciones, suele transcurrir un tiempo excesivo – teniendo en cuenta la urgencia– hasta que un patrullero se encuentre disponible para acompañar hasta el lugar a la ambulancia.

Tal sistema de protección de los bienes del SAME y la integridad física de los profesionales, antes que la del propio paciente solicitante, es a todas luces insuficiente para garantizar el funcionamiento de un sistema de atención de emergencias médicas dentro de la ciudad.

A mayor abundamiento, la falta de conocimiento y la inexistencia de señalética de direcciones, calles y pasillos dentro del tejido urbano de las villas imposibilita la atención rápida, adecuada y oportuna de las emergencias médicas que allí se sucedan.

Ahora bien, este hecho se suma una serie de hechos de mayor o menor repercusión pública, pero ocurren a diario en las villas de la Ciudad y que configuran una sistemática violación al derecho a la salud de los vecinos de los barrios más vulnerables de la Ciudad. La irresuelta configuración del hábitat informal refuerza la negación de una serie de derechos básicos fundamentales que configuran un patrón de discriminación inaceptable hacia los vecinos de las villas de la Ciudad.

Sirva de ejemplo el caso de la muerte del referente barrial Adams Ledezma en la manzana 99 de la villa 31bis quien no pudo ser atendido por la ambulancia porque los profesionales no podían ubicarse y llegar al lugar donde él se encontraba malherido. Él también murió por vivir donde vivía.

La repercusión del hecho dio algo de publicidad a un reclamo permanente, inagotable y tenaz de los vecinos para que se garantice la atención médica de emergencia en las villas.

(<http://www.mundovilla.com/index.php?iSection=5&iCategory=1&iArticle=343>)

Como dijimos, anteriormente el hecho descripto no ha sido el primero, ni el único, sino que sirve para ejemplificar una práctica sistemática y discriminatoria que se sucede continuamente.

**Así, lo ha registrado la Defensoría del Pueblo de la Ciudad en las actuaciones nros. 2370/09 y 4137/09, en las cuales se denunció que las ambulancias del SAME no ingresan a la Escuela nº 12 del Distrito Escolar 5º, situada en la Villa 21-24.**

Ante requerimiento de la Defensoría del Pueblo, el Director General del SAME, doctor Alberto Félix Crescenti, refirió que: "...Las permanentes agresiones físicas, robos de materiales y equipo médico de las ambulancias, tiroteos hacia las ambulancias del S.A.M.E., hechos denunciados en la comisaría jurisdiccional que ni siquiera se puede entrar con patrullero ya que tampoco es una garantía que no los tiroteen, es que se decidió en una reunión con las autoridades del Hospital Penna, representantes de la Villa, médicos del citado Hospital, que la ambulancia se colocara en un lugar seguro o sea Perito Moreno y Amancio Alcorta...". Por otro lado, señaló que "...no hay una disposición interna o norma, le aclaro que esta Dirección General ha seguido un procedimiento internacional en las emergencias. "Cuando se debe auxiliar a una víctima, el equipo de Salud, no debe ser la próxima..."

**En su resolución la Defensoría señaló que resultaba inadmisibles la respuesta brindada por el SAME como justificación de su accionar, en tanto no sólo no precisaba cuál era el procedimiento internacional en las emergencias que rige su actuación -lo cual denota la vaguedad de la respuesta-, sino que además aludía a una decisión que nunca podría ser adoptada ni por las autoridades del SAME, ni del Hospital General de Agudos "Dr. José María Penna", ni por los representantes de la Villa y ni siquiera, por otras autoridades estatales, por resultar contraria a las normas internacionales y del ámbito local (como luego veremos en el apartado correspondiente).**

Tanto la falta de señales dentro de la villa, como la trama urbana de pasillos y senderos peatonales angostos que imposibilitan la transitabilidad de las ambulancias no se encuentra contemplada dentro de las prácticas del SAME para ser superada y brindar así un servicio adecuado a la población más pobre de la ciudad.

Ambas son responsabilidades ineludibles del ejecutivo porteño, tanto

el asegurar que las ambulancias entren en las villas, como el asegurar que las mismas puedan llegar sin problemas a los domicilios donde son requeridas.

**Si frente al cumplimiento de tales obligaciones estatales se erigen impedimentos físicos y/o de otra índole como ser la no transitabilidad por pasillos angostos o la falta de ubicación clara dentro de las villas, o la seguridad del personal que acude en socorro del solicitante, el Estado debe sortear semejantes obstáculos ya que los mismos no lo eximen de brindar el servicio de atención médica de emergencia.**

Estos casos, dan cuenta de la existencia de una violación sistemática, permanente, que requiere de políticas públicas coordinadas que den una solución permanente y definitiva a los problemas en la atención a la salud a los vecinos y vecinas de las villas de la Ciudad. En especial, se requiere la articulación de las medidas de carácter estructural se actúen al interior de los barrios y junto con sus habitantes a los fines de no reforzar prejuicios sobre los mismos que de hecho reproduzcan la marginación y discriminación que afecta a los habitantes de las villas.

## **V. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

La práctica –el estado de cosas- denunciada, en relación con la prestación del servicio público de salud para las comunidades de las Villas de la ciudad, y la falta de acceso seguro y adecuado a la atención más básica (emergencias, CeSacs, etc.) configura una vulneración estructural y colectiva del derecho a la salud, el derecho a prestaciones adecuadas, regulares, contínuas y no discriminatorias de los servicios públicos, y al derecho a no ser objeto de prácticas discriminatorias por la condición socioeconómica.

Esos derechos están siendo vulnerados, de manera estructural, y en conexión con la organización, gestión y prestación de un servicio público (atención primaria a la salud) que conforma un bien colectivo e indivisible. A su vez, la deficiencia estructural configura una causa única que ocasiona amenazas y lesiones homogéneas al derecho a la no discriminación y a la salud de los integrantes de las comunidades afectadas.

### **VI. 1. DERECHO A LA SALUD**

El derecho a la salud, entendido como un estado de completo-bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedades, se encuentra consagrado por normas constitucionales, tanto a nivel nacional

como de la Ciudad de Buenos Aires; y en diversos tratados y convenciones internacionales con jerarquía constitucional.

En el orden nacional, este reconocimiento opera de manera directa a partir del artículo 42 de la CN, en cuanto en relación a la protección de la salud de los usuarios y consumidores, indica que: “los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud...”. El reconocimiento constitucional no se limita a esa norma, en tanto también es reconocido también a través de la protección del ambiente sano, establecida por el artículo 41 CN. Esto en razón de que, la protección del medio ambiente tiene como principal derivación el fortalecimiento de la salud pública.

A su vez, el derecho a la salud se reconoce como derecho humano fundamental, a partir del reconocimiento de la jerarquía constitucional de tratados internacionales señalados en el artículo 75 inc. 22 de nuestra Constitución Nacional, de la cual surge evidente la obligación del Estado de asegurar el derecho a la salud de los ciudadanos. De esta forma, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, en su art. XI prevé: “...toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...”; y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) estipula que: “...los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” debiendo adoptar los Estados para asegurar la plena efectividad de este derecho, “...el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del ambiente” y la Declaración Universal de Derechos Humanos que en el artículo 25 indica que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, la salud y el bienestar...”.

Además, la obligación que tiene el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de asegurar a sus habitantes el goce pleno de su derecho a la salud, surge claramente de lo prescripto por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En efecto, el art. 20 de la Constitución de la Ciudad establece: “Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente...” y el artículo 46 indica, en relación a la defensa de los consumidores y usuarios que: “La Ciudad (...) protege la salud, la seguridad y el patrimonio de los consumidores y usuarios, **asegurándoles trato equitativo**, libertad de

elección y el acceso a la información transparente, adecuada, veraz y oportuna, y sanciona los mensajes publicitarios que distorsionen su voluntad de compra mediante técnicas que la ley determine como inadecuadas (...)"

Por su parte, el derecho a la vida está expresamente previsto en el art. 3º de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el art. 1º de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; en el art. 4º.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica); en el art. 6º del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y, en el orden local, en el artículo 1 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El acceso más básico al servicio de salud público es lo que está siendo afectado en el caso de autos. Si los médicos y empleados no pueden atender por carecer de condiciones adecuadas de prevención y contención de hechos de violencia; si las ambulancias no entran a las villas, si los CeSacs que atienden a las comunidades de las villas no pueden funcionar regularmente, el servicio de salud presenta una falla colectiva en su prestación, que lesiona el derecho a la atención de la salud –en el componente más básico, atención primaria y emergencias- de la comunidad más vulnerable de la ciudad, justamente la que no tiene otra alternativa para recibir atención médica que la del sistema público.

La vulneración colectiva al derecho es clara y resulta palmaria de los hechos que conforman la plataforma fáctica de esta pretensión.

## **V. 2.- LA PRACTICA DENUNCIADA ES DISCRIMINATORIA. (EXCLUSION POR CONDICION SOCIOECONOMICA.-)**

El modo de prestación diferencial del servicio de salud en las villas de la ciudad es desigual y discriminatorio por la condición socioeconómica de sus habitantes. Quienes habitan en las villas de la ciudad son sectores de la sociedad sistemáticamente marginados y postergados por las políticas del GCBA.

Realizar distinciones entre las personas, -en este caso entre iguales usuarios del servicio de salud pública -, basadas en su condición social y económica, se encuentra terminantemente prohibido por numerosos tratados internacionales con jerarquía constitucional y por normas nacionales y locales.

Entre estas normas, el artículo 16 de la Constitución Nacional establece que: “La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre, ni de nacimiento: no hay en ella fueros personales ni títulos de nobleza. Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad. La igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas”, y el artículo 11 de la Ciudad de Buenos Aires que indica que “Todas las personas tienen idéntica dignidad y son iguales ante la ley. Se reconoce y garantiza el derecho a ser diferente, no admitiéndose discriminaciones que tiendan a la segregación por razones o con pretexto de raza, etnia, género, orientación sexual, edad, religión, ideología, opinión, nacionalidad, caracteres físicos, **condición** psicofísica, **social, económica** o cualquier circunstancia que implique distinción, exclusión, restricción o menoscabo.

Además, diversos tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional, consagran el principio de igualdad y no discriminación. El artículo 2.2 del PIDESC, indica que “los Estados Partes se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social” y el artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 1.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, prohíben toda discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”

La práctica discriminatoria denunciada en autos constituye un ejemplo más de la discriminación histórica que desde hace décadas los gobiernos de turno dirigen hacia las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Como se indicó, estos barrios han sido sistemáticamente postergadas en todas las decisiones políticas relacionadas con el desarrollo urbano, a pesar de que son las que necesitan mayor apoyo, infraestructura, obras públicas y, en general, una mayor atención y cuidado por parte del Gobierno local.

La actitud asumida por el Gobierno local es indudablemente discriminatoria: **los habitantes del resto de la Ciudad gozan estándares de acceso a la salud pública - especialmente en lo que hace al servicio de emergencia médica- superiores a los que acceden los habitantes de las villas.** La distinción es arbitraria, irrazonable y, consecuentemente, discriminatoria en tanto no existen razones especialmente suficientes para

justificar esa distinción, sobre todo teniendo en cuenta que estos sectores dependen especialmente del sistema público de salud como ya se ha desarrollado.

Es importante resaltar que la discriminación se configura tanto cuando una práctica se realiza con intención de sojuzgar o perseguir a un grupo vulnerable, y también se configura (de acuerdo a los términos de las convenciones internacionales) cuando dicha práctica tenga “efectos discriminatorios”, es decir, que aunque no esté en el ánimo de los decisores de políticas públicas, si los efectos, o el impacto de cierta práctica se proyecta negativamente hacia el grupo vulnerable y protegido constitucionalmente –en este caso las comunidades socioeconómicamente desaventajadas de las villas- entonces se configura una discriminación que debe ser remediada mediante la intervención del poder judicial.

Y eso es lo que ocurre en el caso de autos, precisamente los perjuicios del estado de cosas denunciado se proyectan fundamentalmente en contra de las comunidades de las villas.

## **VI.- FUNDAMENTOS Y PROCEDENCIA DE LA MEDIDA CAUTELAR SOLICITADA**

En virtud de lo expuesto precedentemente, resulta imperiosa la necesidad adopción de medidas de garantía inmediata de acceso a la salud – tanto en relación con los traslados de emergencia como de las condiciones para que los profesionales y empleados puedan realizar su trabajo con las garantías mínimas adecuadas.

### **VI.1.- PROCEDENCIA DE LA MEDIDA CAUTELAR RELATIVA A LAS GARANTÍAS A LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS TRABAJADORES Y PACIENTES**

Tal como hemos relatado en el apartado de hechos, en los últimos días se ha producido una grave y extendida regresión en las condiciones de prestación del servicio de salud relativas a la preservación de la salud psicofísica del personal médico y de los pacientes y familiares ante situaciones de violencia o conflictividad que se produzcan en cesacs y hospitales que atienden a la comunidad afectada.

La interrupción abrupta de la intervención preventiva que se

prestaba en diversos hospitales y cesacs mediante la contratación de servicios adicionales de la policía federal ha creado una situación de vacío de prevención en aquellos lugares de atención que contaban con dichos recursos, y que no ha sido remediada de ninguna forma efectiva.

La falta de personal especializado, mecanismos y recursos idóneos para prevenir y contener hechos de violencia y conflictividad genera una crisis general en las condiciones de atención en los lugares que contaban con dicho sistema de protección, de la cual resultan víctimas inmediatas el personal médico y administrativo –quienes han perdido garantías fundamentales para el trabajo en condiciones dignas y seguras y también los usuarios del sistema. Los usuarios reciben un doble perjuicio dado que la falta de condiciones adecuadas de protección del personal ha determinado la interrupción en la prestación del servicio público de salud en varios lugares –cesacs y hospitales- a la vez que, en los casos en que dicho servicio se presta, el personal se encuentra afectado por un condiciones inaceptablemente estresantes derivadas de la incertidumbre acerca de la prevención y contención de eventuales episodios críticos. En esas condiciones el servicio que reciben los pacientes se resiente de manera inevitable.

Con independencia de las controversias públicas y mediáticas relativas a la discusión entre las autoridades federales y locales sobre política de seguridad, la provisión de garantías para la prevención y contención de episodios de violencia o conflictividad en los CESACS y hospitales comprendidos en esta acción resulta un elemento esencial para la prestación regular y adecuada del servicio público de salud y su interrupción provoca un daño actual (en la medida en que se ha interrumpido el funcionamiento de algunos centros de salud) y una amenaza también actual, permanente y grave para la salud e integridad psicofísica de los profesionales, empleados y pacientes que debe ser conjurada de manera urgente, y por lo cual resulta idónea la protección cautelar.

Cada día que un CESAC está cerrado por falta de estas condiciones idóneas de preservación de la integridad psicofísica, y cada día que la atención en un hospital resulta interrumpida o alterada por esta causa es el derecho a la salud de la comunidad afectada lo que resulta lesionado, con impacto colectivo. Cada día que los efectores presten su servicio sin las garantías de prevención y contención de hechos de violencia, enfrentan una amenaza seria (e injusta) en su desempeño profesional y laboral.

Este estado de cosas es inadmisibles moral y jurídicamente; pero además puede y debe ser conjurado en la urgencia –más allá de cuáles sean

los eventuales canales políticos que redefinan el marco estructural de políticas de seguridad. Hoy mismo, de inmediato, las autoridades de la Ciudad, constitucional y legalmente responsables de garantizar el derecho a la salud y la atención del sistema público, especialmente para las comunidades que no tienen ni opción ni elección por otra alternativa de atención, deben adoptar una solución de emergencia. Y NO LO HAN HECHO.

Por eso resulta necesaria la intervención judicial, a fin de que realice el mandato de cumplimiento cautelar solicitado en resguardo del derecho a la salud de las comunidades afectadas y de las condiciones de prestación del servicio público de salud.

El episodio reciente del parque indoamericano, donde la inacción pública en la adopción de medidas de garantías de la pacificación y prevención de episodios de violencia dejó muertos, heridos y sufrimiento en cientos o miles de personas es alerta suficiente sobre lo imperioso de la acción inmediata; sin tiempo o espacio para cálculos políticos.

En 24 horas las autoridades de la Ciudad deben brindar garantías efectivas, públicas y suficientes de que los efectores y pacientes de los hospitales y CESACS de las áreas afectadas contarán con garantías de personal, mecanismos y recursos idóneos para la prevención y contención de episodios de violencia o conflictividad en los establecimientos de APS. Pueden hacerlo, y tienen la obligación de hacerlo. Eso es lo que solicitamos a V.S. que ordene

## **VI.2.- PROCEDENCIA DE LA MEDIDA CAUTELAR RELATIVA AL SAME**

La normativa vigente del SAME lo habilita, e incluso lo obliga a generar protocolos de actuación frente a distintos escenarios de emergencia a fin de garantizar la asistencia. En ese orden de ideas resulta revelador el Artículo 6 inc. e y f de la Ley 2127 por cuanto describe que son atribuciones del SAME el elaborar planes de emergencia médica y guías instructivas de regulación operativas, respectivamente.

Más específicamente, el artículo 7 de la norma establece las obligaciones del SAME, entre las que se encuentra la de integrar el Comando Operativo de Emergencias (COE) adoptando las medidas para actuar antes, durante y con posterioridad a situaciones de emergencia y/o urgencias prehospitalarias con víctimas múltiples. A estos fines deberá elaborar mapas de riesgo en el ámbito geográfico de la ciudad a partir de datos estadísticos y desarrollando planes territoriales de emergencias médicas, planes

especiales.(inc. L).

En consecuencia esta parte solicita que se diseñe y presente en el plazo de 24 hs. un protocolo de atención del SAME, de implementación inmediata, para villas y asentamientos que garantice el acceso a las villas y asentamientos en tiempo oportuno y seguro, y con las medidas de contingencia necesarias para que dicho servicio no se vea interrumpido por la falta eventual de recursos humanos de la policía federal argentina.

Por otra parte, entendemos que el artículo 2º de la ley 2127, no exime al SAME de brindar el servicio de atención médica de emergencia. Tal norma define “Escena segura” como: *“terreno donde el médico y su técnico desarrollaran su tarea con el o los pacientes. Deberá carecer de riesgo para el personal efector del sistema de urgencia médica. Si existiese este riesgo, el personal se verá desafectado y exceptuado de desarrollar su tarea. La existencia de riesgo la definirá la autoridad competente según el incidente, sea Policía Federal, Bomberos de PFA o Defensa Civil. En situaciones especiales definidas por la autoridad competente los efectores del sistema de salud deben desarrollar tareas en conjunto con las fuerzas de Policía Federal Argentina, Superintendencia de Bomberos y/o Defensa Civil con Guardia de Auxilio”*.

Semejante premisa parece dejar en completo desamparo a los pacientes que requieren el servicio. La existencia de riesgo según la norma será definida por la autoridad competente, pero no se ha dado a conocer ningún tipo de manifestación de la PFA al respecto que permita concluir que las villas no son *escenas seguras*.

**Mas aún, estaría mal una definición genérica en esos términos –tal como lo hace en la actualidad el SAME– y ex ante del acontecimiento que motiva la duda ante la actuación o inacción de los médicos**. La norma en ese sentido es clara al decir: *“La existencia de riesgo la definirá la autoridad competente según el incidente”*. En consecuencia no puede haber de forma alguna una definición ex ante (del incidente) y genérica que permita catalogar a las villas como zonas rojas, calientes o NO SEGURAS evitando que se brinde el servicio, sin caer en una CATEGORIZACIÓN ARBITRARIA Y DISCRIMINATORIA de la población de las villas.

Consecuentemente, es imperioso que el protocolo de actuación que se solicita por medio de esta medida cautelar evite cualquier tipo de posicionamiento discriminador respecto de la población de las villas, sino más bien se atenga a contemplar la complejidad particular de dichos entornos urbanos para brindar el servicio de forma adecuada y oportuna.

La definición que el Diccionario de la Real Academia Española brinda del término adecuado es la siguiente: Apropiado a las condiciones, circunstancias u objeto de algo. Tal como se hiciera referencia más arriba, el tejido urbano y relaciones sociales de las villas revisten una particularidad tal que no debe ser soslayada si se quiere adecuar la prestación del servicio a dicha realidad.

Así el protocolo deberá contemplar que en la villa no todos los pasajes son transitables con vehículos, muchas veces para el traslado de un paciente desde su casa a la ambulancia es necesario el uso de camillas, que la falta de señalética e identificación de calles y domicilios dificulta el accionar de los profesionales que no conocen plenamente el lugar, etc.

Por otro lado, la definición de oportunidad es la siguiente: Que se hace o sucede en tiempo a propósito y cuando conviene. Consecuentemente, la atención de la emergencia debe ser hecha en tiempo útil, conveniente a los fines de proteger la vida del paciente.

Así ambos estándares (adecuación y oportunidad) deben complementarse, para que teniendo en cuenta las particularidades de las villas, se adecuen las prácticas a las mismas para dar un servicio de forma oportuna y así preservar de la mejor forma posible la vida de los pacientes.

### **VI.3.- PROCEDENCIA DE LA MEDIDA CAUTELAR COMPLEMENTARIA**

Como V.S. puede verificar, esta demanda esta presentada por vecinos afectados y por profesionales de los establecimientos afectados, que son empleados del CGBA. En relación con éstos últimos, por una elemental razón de preservación y tutela de sus condiciones estructurales de trabajo solicitamos como medida cautelar complementaria que se ordene al GCBA innovar en las condiciones laborales de los efectores de salud aquí demandantes, de manera regresiva y contra su voluntad durante el trámite del proceso.

Esta medida cautelar proveerá un paraguas de tutela jurídica contre eventuales represalias, acosos o indebidas interferencias en las condiciones de la relación laboral que une a los participantes de esta acción con la parte demandada.

Debe destacarse, y no pasará por alto a V.S., la difícil posición en la que están los profesionales aquí firmantes, que diariamente entregan su

dedicación al GCBA, y al cumplimiento del derecho a la salud de los habitantes. Debido a la gravedad de la situación, y su impacto directo en el acceso más básico a la salud de las comunidades más postergadas y sus condiciones de trabajo es que han debido participar en esta acción. Este acto de compromiso con los derechos y con el mejor servicio de salud debe ser preservado de posibles hostilidades institucionales, estigmatizaciones y represalias en el marco de un estado de derecho.

A garantizar estas condiciones apunta la medida cautelar complementaria que solicitamos, y que no tiene otra forma de ser garantizada.

#### **VI.4.- CONSIDERACIONES PARTICULARES SOBRE VEROSIMILITUD DEL DERECHO Y PELIGRO EN LA DEMORA**

Las dos condiciones particulares de procedencia de las medidas cautelares están configuradas en el caso de autos. El peligro en la demora aparece in re ipsa, dado que ya se han consumado graves consecuencias para la vida y la salud de personas por la falta de acceso efectivo y adecuado de las ambulancias en las villas, y porque la irregularidad en la atención de cesacs y hospitales en relación con la falta de recursos para prevenir y contener hechos de violencia atenta de manera inmediata contra la prestación regular del servicio público de salud.

A su vez, la verosimilitud del derecho resulta de la ponderación del alcance básico del derecho a la salud y la no discriminación, a la luz de los hechos del caso, en los que la vulneración actual y colectiva del más básico derecho a la salud (atención primaria) se encuentra configurada y es de público y notorio conocimiento.

#### **VII.- INTRODUCE CUESTIÓN FEDERAL y RESERVA SUPRANACIONAL**

Los argumentos reseñados indican claramente que las conductas cuestionadas configuran una violación al derecho a la salud y la no discriminación que cuentan con garantía constitucional y supranacional. En consecuencia, formulo reserva del caso federal.

#### **VIII.- PRUEBA**

Acompañó la siguiente prueba Documental

**Anexo A:** Planillas anexas de datos de demandantes

**Anexo B:** Fotocopias de documentos de los demandantes

**Anexo C:** Documentación relativa a la ACIJ: Estatuto, resolución de la IGJ, Resolución de la Sub secretaría de Producción y el acta de designación del Presidente

**Anexo D:** Petitorio por el reestablecimiento del servicio de atención primaria de la salud

**Anexo E:** Copia de Nota presentada por personal médico en el cual manifiestan la situaciones sucedidas en la última semana

**Anexo F:** Informe “A la luz de las desigualdades”

**Anexo G:** Mapa del servicio del subsector publico de salud con regiones