CÁMARA ARGENTINA
DE LA CONSTRUCCIÓN

# EVOLUCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD

1810-2010

AREA DE PENSAMIENTO ESTRATÉGICO

Thierbach, Carlos

Evolución de la infraestructura del sector salud. - 1a ed. - Buenos Aires : FODECO, 2012.

15 p. ; 29x20 cm.

ISBN 978-987-1915-06-4

1. Políticas Públicas. 2. Infraestructura. 3. Salud. I. Título

CDD 320.6

Impreso en Famen & Cia S.A. Rondeau 3572. Parque Patricios. Buenos Aires, Argentina en el mes de Septiembre de 2012

1 Edición: Septiembre de 2012
100 ejemplares

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin previo permiso escrito del editor.

## *EVOLUCION DE LA SALUD PUBLICA*

Las primeras instituciones hospitalarias en Argentina tuvieron origen comunal. Esta particularidad y el hecho de que no se hayan originado en Buenos Aires sino en el interior son la génesis de los hospitales públicos descentralizados y con participación comunitaria.

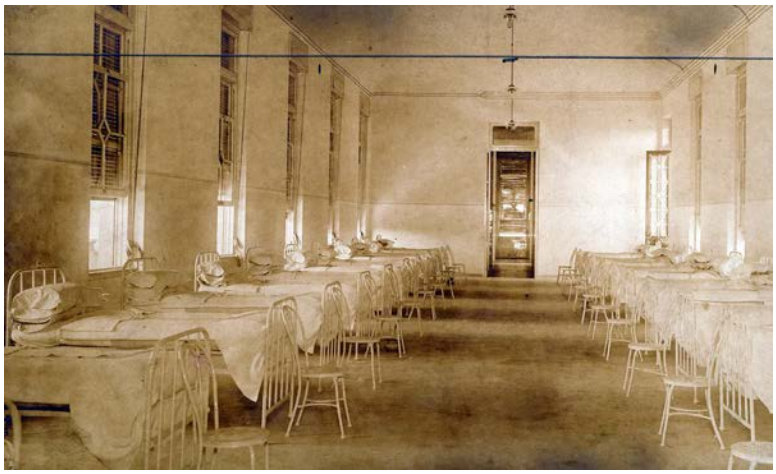
Las comunidades religiosas y benevolentes fundaron y sustentaron en base a la caridad un conjunto de hospitales hasta la creación, en 1780, del Protomedicato, institución corporativa creada en España mucho antes incluso del descubrimiento de América.

Los primeros hospitales sostenidos por el gobierno son destinados a brindar asistencia los militares bajo el gobierno criollo. Entre 1810 y 1815 se inaugura el Hospital Militar en Santa Fe que aunque apoyado y parcialmente sustentado por el Ejército, continuaba siendo operado por hombres de la comunidad local.

Es Rivadavia quien operó una paulatina estatización de los hospitales. El primer paso se da durante el directorio de Alvarez Thomas y bajo el comando de Bernardino Rivadavia que estableció el 11 de septiembre de 1815 un reglamento de hospitales, expropiando los hospitales religiosos y comunitarios y estableciendo juntas hospitalarias. El segundo paso fue dado con la Primera Ley de Arreglo de la Medicina en 1822. En la misma se establecen criterios para nombramiento de los médicos. Aparece entonces la figura del profesional contratado por el Estado, con cargos rentados y responsabilidades públicas.

Bajo el gobierno de Urquiza el hospital general de Hombres fue pasado a la esfera de la Municipalidad de Buenos Aires. También se contemplaba la participación de hermanas de caridad para hacerse cargo de los cuidados de los enfermos pero esto no se planteó desde la comunidad local sino que el propio gobierno mandó importar hermanas de Francia. Mientras en Buenos Aires se operaba una descentralización del Hospital desplazando la titularidad y responsabilidad por el Hospital de hombres hacia el gobierno local, en las provincias ese desplazamiento se realizaba desde las juntas de vecinos hacia la sociedad de Damas de Beneficencia (Santa Fe y Rosario).

En el año 1868 se construyó durante la presidencia de Sarmiento el Hospital Rawson.



Se llamó Hospital de Inválidos, pues se albergaron en principio, los inválidos de la guerra con Paraguay. En 1884 fue destinado a hospital, durante la gestión del intendente Torcuato de Alvear, dándole el nombre de Hospital Mixto y en 1889 se lo llama Hospital Rawson, en honor al médico argentino, ministro del interior en la presidencia de Mitre.

Se lo amplió y embelleció, llegando a ser uno de los más grandes de Buenos Aires y dejó de prestar servicios en 1978.

Es luego de la epidemia de Fiebre Amarilla (1870-1871) y con la consolidación de las ideas liberales de la Generación del Ochenta que hasta 1825 se construyeron 16 hospitales nacionales con la misión de constituirse en referentes regionales. Se trataba en su mayoría de hospitales de aislamiento o de concentración de crónicos que no escapaban a la concepción de la policía médica .A nivel provincial se repetía el mismo esquema, los organismos provinciales se dedicaban preferentemente a obras públicas de saneamiento y control de la higiene mientras dejaban libradas a las iniciativas vecinales el desarrollo y la sustentación de la asistencia médica hospitalaria.

En noviembre de 1877 se comienza a construir el Hospital de Clínicas y se finaliza en 1880.En 1883 el Dr Ramos Mejía funda la Asistencia Pública.

En 1877, la Sociedad de Beneficencia de Flores inaugura un hospital de caridad, que durante la epidemia de fiebre amarilla, funciona como lazareto hasta 1880.

En 1898 comenzaron las obras del hospital Teodoro Alvarez, que se inaugura el 16 de mayo de 1901.

En 1888 y luego de la incorporación de Belgrano a la Capital se crea un servicio médico y en 1896 y tras 2 años de construcción se inaugura el Hospital Pirovano (hospital Belgrano).

Con el agrandamiento de la ciudad, cada barrio pasó a tener su hospital. Es así que se crean: la Maternidad Ramón Sardá, de gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo, infanto-juvenil Dra. Carolina Tobar García, de rehabilitación Manuel Rocca, respiratorio Dra. María Ferrer, de quemados, de oftalmología Dr. Pedro Lagleize y Santa Lucía, de oncología Maria Curie y los hospitales generales de agudos Argerich, Penna, Tornú, Velez Sarsfield.

En cuanto a los hospitales de colectividades, encontramos el Hospital Británico fundado en 1844 por iniciativa de la Sociedad Filantrópica Británica y el hospital Español, inaugurado en 1877.

Es en 1875 que surge el Hospital de Niños San Luis Gonzaga, siendo su director el Dr. Ricardo Gutierrez.

El punto de inflexión de este modelo surge con el estado de Compromiso afirmado por el Peronismo. Hasta 1944 el máximo organismo del modelo liberal había sido el departamento Nacional de Higiene, una dependencia del Ministerio del Interior con funciones precisas de Policía Médica. Al asumir Perón lo transforma en Dirección Nacional de Salud Pública expandiendo sus funciones de forma continua. Poco después al designar a Ramón Carillo, este organismo se convierte en secretaría y en 1949 pasa a ser Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El modelo de atención del esquema de Carrillo era preciso. Habría un único seguro de salud para toda la población donde la puerta de entrada al sistema estaría integrada por consultorios médicos independientes pero contratado por el Estado, luego habría Centros de Salud que además de la atención ambulatoria en diferentes especialidades desarrollarían actividades de prevención, educación y serían agentes de los programas de salud pública, por último se llegaría verdaderas “ciudades hospitales” que integrarían los mayores recursos y tecnología disponible.

El modelo Carrillo en su conjunto no llegó a conquista la hegemonía necesaria para transformar al sistema en su conjunto. Sin embargo, dejó huellas indelebles en los servicios de salud del país. Entre 1946 y 1954 se duplica la cantidad de camas públicas (pasando de 66.400 a 134.218). Todas ellas bajo la jurisdicción del Estado Nacional.

## *Mutuales*

A finales del siglo XIX comienzan a gestarse las primeras formas de organización comunitaria, copia de organizaciones europeas, como un aporte adicional de la inmigración impulsada como estrategia para el desarrollo por la Generación del ‘80. Estas organizaciones conocidas como *mutuales o mutualidades* son expresión de la solidaridad de grupos sociales afines, en

particular por la nacionalidad de origen, impulsados por la necesidad de satisfacer las demandas de atención médica de grupos de población de escasos recursos.

Las sociedades de socorros mutuos tuvieron un amplio desarrollo relacionado con la inmigración.

Fundamentalmente en Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos. En 1904 existían en el país 97 entidades de este tipo.

En ellas, por una cuota mensual de ayuda mutua de los asociados voluntarios, en un principio se organiza y administra la demanda de servicios médicos en un principio y se continúa luego con la organización y administración de la oferta.

Con el transcurrir del tiempo estas mutuales se abrieron a otros núcleos de la población, limitando la posibilidad de ingreso a la voluntad de los interesados y a la aceptación por parte de los directivos.

## *Asociaciones profesionales*

A principios del siglo XX apareció un segundo tipo de organizaciones, llamadas *asociaciones profesionales*, que se crearon para atender las necesidades de atención médica para sectores determinados como la Policía, las Fuerzas Armadas y también los Ferroviarios. A diferencia de las mutuales, estas organizaciones obtienen su financiamiento de un importante aporte estatal, además del proveniente de los aportes de sus beneficiarios. Para estos grupos se crean hospitales destinados únicamente a la atención exclusiva de sus integrantes.

## *Organizaciones sindicales*

*La organización sindical* de los trabajadores, también importada de Europa, en un principio con el único objetivo de luchar por mejores condiciones de empleo, evolucionó lenta y desorganizadamente en formas incipientes de organización de la demanda de atención médica.

A principios de la década de 1920 el país ha evolucionado, de la organización económica exportadora basada en la ganadería, a una organización más compleja que incorpora la actividad agrícola, una incipiente industria y el comienzo del desarrollo de las actividades de servicios.

Como resultado se consolida una cada vez más amplia “clase media”.

La diferencia en cuanto a prestaciones que determinaba la pertenencia a distintas clases sociales, las ideas de igualdad ante la enfermedad y la generalización de las ideas de solidaridad que muestran las organizaciones colectivas mencionadas, instalan en nuestro país la noción de necesidad de asistencia médica para toda la población” aún cuando no se diseña un plan orgánico para prestarla.

Los sindicatos comenzaron a preocuparse por proteger la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado. En Argentina este esquema se expandió de forma sostenida a partir de la crisis del 30 y fue alentado desde el gobierno nacional a partir de 1946.

Las décadas del ‘60 y ‘70 fueron las de expansión del sistema de Obras Sociales, como resultado de las políticas de pleno empleo, el auge del sindicalismo como expresión política de la clase trabajadora y la vigencia de la Ley 18.610 y las que la complementan. La necesidad de las autoridades de concertar con las organizaciones sindicales les permitió conseguir muchas ventajas, entre ellas una abundante y fluida financiación que se volcó, en alguna medida, en la atención de salud de sus afiliados obteniendo un nivel de servicios bastante satisfactorio.

## *La Medicina Prepaga*

Los sanatorios privados ante la capacidad ociosa de sus instalaciones, hacen nacer los “prepagas sanatoriales”. En el año 1955 se forma el Centro Médico Pueyrredón, cuya modalidad de atención era únicamente para los pacientes de los médicos de ese centro. Ese mismo año un sanatorio encara decididamente explotar un sistema asistencial comercialmente, para ello desarrolla un producto cerrado, centralizado (brinda toda la cobertura dentro de un solo edificio), el cual se denomina Policlínica Privada. Esta idea, de uno de los fundadores de Policlínica Privada tuvo su origen en los seguros de salud de Estados Unidos, los cuales asumían la responsabilidad, únicamente desde el punto de vista económico. La novedad que se introdujo en este mismo sistema fue incorporarle asumir la responsabilidad de la prestación del servicio médico.

En el año 1963, se lanza el Sanatorio Metropolitano, con un sistema también cerrado y centralizado pero con una particularidad, ya que únicamente se atendían los abonados al plan del sanatorio. Posteriormente en 1962 nace Asistencia Medica Social Argentina (A.M.S.A.), quién produce un verdadero cambio, ya que implementa un sistema cerrado descentralizado, cuya característica fue ofrecer una cartilla de profesionales que atiende en sus consultorios particulares, y estudios diagnósticos o internación en distintos centros de diagnóstico y tratamiento, como así también en varios sanatorios de Capital y del Gran Buenos Aires. A muy cercana fecha nace Centro Médico del Sur (CEMES), con la misma particularidad de sistema anterior, pero convirtiéndose en la primera empresa en brindar cobertura en todo el país, inclusive en las Islas Malvinas y también pioneros en cubrir a sus afiliados propios y de otras prepagas en las zonas de veraneo.

Los planes de cobertura en los inicios de la actividad, cubrían principalmente la internación, pero el mercado no sólo exigió la ampliación de ellas sino que como efecto de la competencia

fueron incorporándose más y mejores coberturas, al tiempo que exclusiones y tiempos de espera fueron disminuyendo.

En los setenta aparecen las obras sociales de personal de dirección y superior de las empresas, como una segmentación especializada de las Obras Sociales. A raíz de esta situación se dificulta la ampliación de las carteras de socios de las entidades de medicina prepaga, las cuales fueron orientándose más a la clase media y media-alta, ya que eran las que adquirieron mayor conciencia, a través de los ejemplos que brindaban las mutualidades y obras sociales, de las ventajas que implicaba este tipo de cobertura En los ochenta la situación social cambia radicalmente, a raíz de la disminución del salario de los trabajadores en términos relativos y el incremento continuo de los costos de prestación se agrava la situación de las obras sociales. Esto genera condiciones propicias para la expansión de las prepagas. Entre 1961 y 1980 ingresan al sector 60 entidades, y brinda cobertura a una importante cantidad de población ya sea porque el asociado ingresó en forma directa al sistema o porque a través de su obra social accede a los servicios de un prepago. Entre 1981 y 1990 ingresan 57 nuevas entidades. Desde entonces se mantiene una situación de estabilidad en el número de prepagas, cuando comienzan profundos cambios, mediante liquidaciones, fusiones y absorciones y la llegada de empresas extranjeras a competir en este mercado.