

**MEDICINA, SALUD Y SISTEMAS DE ATENCIÓN
EN LA NORPATAGONIA ARGENTINA:
DE TERRITORIOS NACIONALES
AL ESTADO PROVINCIAL**



MEDICINA, SALUD Y SISTEMAS DE ATENCIÓN EN LA NORPATAGONIA ARGENTINA: DE TERRITORIOS NACIONALES AL ESTADO PROVINCIAL

**Roberto Balmaceda
Armando Cala Lesina**

EDUCO

Editorial de la Universidad Nacional del Comahue
Neuquén - 2013

Balmaceda, Roberto

Medicina, salud y sistemas de atención en la Norpatagonia argentina:
de Territorios Nacionales al Estado provincial / Roberto Balmaceda y Armando Cala
Lesina - 1a ed. - Neuquén : EDUCO - Universidad Nacional del Comahue, 2013.
94 p. ; 21x15 cm. - (Crestomatías / Liliana Falcone)

ISBN 978-987-604-370-0

1. Medicina. 2. Salud Pública. I. Cala Lesina, Armando II. Título
CDD 614

Fecha de catalogación: 09/10/2013

DIRECTORA DE LA COLECCIÓN CRESTOMATÍAS

Lic. Liliana Falcone (UNCo)

COORDINADORA DE LA SERIE MATERIALES DE CÁTEDRA

Mg. Marcela Debener (FaCiMed)

EDUCO

Director:

Luis Alberto Narbona

Departamento de Diseño y Producción:

Enzo Dante Canale

Departamento de Comunicación y de Comercialización:

Mauricio Bertuzzi

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Joaquín Colussi Touzón

© 2013 – **EDUCO** – Editorial de la Universidad Nacional del Comahue
Buenos Aires 1400 – (8300) Neuquén - Argentina
Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio,
sin el permiso de EDUCO.

ÍNDICE	Páginas
Presentación	7
I. El ejercicio de la medicina y sistemas de atención: Río Negro en la etapa de Territorios Nacionales. <i>Por Lic. Roberto O. Balmaceda</i>	
Introducción	9
Antecedentes del sistema de salud argentino	10
Etapa “Territorial” de construcción del Estado – Nación, en Río Negro	19
La cuestión de la Salud en los Territorios: Afianzamiento de la medicalización en la sociedad rionegrina	21
La “Comisión Asesora de Asilos y Hospitales” en la Región Patagónica. Primer Hospital Común Regional de la Patagonia en Allen, Río Negro.	25
Conclusiones	36
<i>Referencias bibliográficas</i>	38
<i>Actividades</i>	41
<i>Guía de estudio</i>	44
II. Salud, sociedad y políticas en Neuquén: cincuenta años de Sistema Público Provincial. <i>Por Med. Armando Cala Lesina y Mg. Marcela Debener</i>	
Neuquén: del Territorio al Estado Provincial	51
Las políticas desarrollistas de la década de 1960	53
La salud y el rol del Estado en la nueva provincia de Neuquén	55

III. Organización general del Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén. <i>Por Med. Armando Cala Lesina</i>	61
El sector público de la salud: organización sectorial	62
Indicadores sociales y sector salud al comenzar el nuevo siglo	65
Desafíos para el sector	71
¿Cómo se financia el sistema?	73
Reflexiones finales	76
<i>Referencias bibliográficas</i>	78
<i>Anexos mapas y cuadros estadísticos</i>	79
<i>Actividades</i>	88

PRESENTACIÓN

Medicina, salud y sistemas de atención en la Norpatagonia Argentina: De Territorios Nacionales al Estado Provincial es el segundo libro de la Serie Materiales de Cátedra de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue. En esta ocasión se trata de un aporte de los docentes Med. Prof. Armando Cala Lesina y del Lic. Roberto Balmaceda de las cátedras de Atención Primaria de la Salud (APS) y Relación Médico Paciente (RMP) quienes han abordado el tema del desarrollo de la medicina y de los sistemas de atención en las gobernaciones de Neuquén y Río Negro. Particularmente el artículo que hace referencia a la Gobernación de Río Negro es tratado por el Lic. Balmaceda, que nos remite brevemente a todo el proceso anterior que se da en nuestro país para luego concluir en la instalación del sistema nacional de salud en Río Negro. La transición de los Territorios Nacionales al sistema provincial, en el caso de la Gobernación de Neuquén, la hemos desarrollado conjuntamente quién escribe esta presentación y el Prof. Med. Armando Cala Lesina, que se abocó además a especificar la conformación del sistema de atención en la provincia, el funcionamiento actual, las diferentes partes que lo componen, la organización del sistema en el territorio y las políticas de salud y sanitarias que se han desarrollado y se desarrollan actualmente en la provincia.

Acompañan a estos escritos actividades didácticas que han sido elaboradas conjuntamente con la Prof. Liliana Falcone, directora de la Colección Crestomatías, con el propósito de facilitar la apropiación de los contenidos que estos textos abordan. Para ello se han realizado ejercicios que facilitan la retención y se han seleccionado mapas, cuadros, información estadística y gráficos con los que se espera abordar los temas y problemas presentes en ambas provincias.

Esperando realizar un aporte a la enseñanza humanística y social de la Medicina se presenta este segundo libro de la serie Materiales de cátedra que aborda temas regionales, históricos y políticos referidos a la práctica de la medicina y la instalación de los sistemas de atención en la región Comahue.

Marcela Debener

Coordinadora "Serie Materiales de Cátedra" (FaCiMed / UNCo)

El ejercicio de la medicina y sistemas de atención: Río Negro en la etapa de Territorios Nacionales

Roberto O. Balmaceda¹



Al fin de cuentas, la historia nacional, como la historia económica o la historia de las ideas, no es más que una abstracción, parcela o momento de una historia general, que sólo globalmente puede entenderse. Lo demás es etapa analítica hipostasiada o, definitivamente, historia balcanizada, escotomizada o departamentalización de la historia.



[David Viñas. *Indios, Ejército y Frontera* (México, 1982).]

Introducción

Esta historia de desarrollo y organización de la Medicina y de un sistema de salud determinado, en un espacio geográfico histórico, social y cultural que hoy conocemos como provincia de Río Negro, Patagonia Norte, Argentina, podrá ser entendida con mayor amplitud si tenemos en cuenta para su análisis dos aspectos constitutivos interrelacionados que la integran: el estructural “sistema” del campo de la salud y el “mundo social” como modo de vida, organización y construcción dialéctica, con sus actores, agentes o sujetos de la historia, productores y productos de distintas formas o estructuras de dominación. En esta perspectiva, consideramos que las prácticas

¹ Licenciado Roberto Balmaceda, docente de la materia Relación Médico Paciente y de Taller de Integración, Fac. de Ciencias Médicas Universidad Nacional del Comahue.

CAPÍTULO 1

y los saberes del campo de la salud se hallan ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica.

Marx dijo: *“...los hombres hacen su propia historia, pero no arbitrariamente en condiciones elegidas por ellos mismos, sino en condiciones dadas y heredadas del pasado”*.² El mundo social se construye a partir de lo ya construido en el pasado y las formas sociales del pasado son reproducidas, apropiadas, desplazadas y transformadas en las prácticas y las interacciones de la vida cotidiana de los actores abriendo el campo de posibilidades para el futuro. Se trata, en definitiva, de *“...aprehender las realidades sociales como construcciones históricas y cotidianas de actores individuales y colectivos”*³, tal cual lo expone la Sociología contemporánea.

No es intención de este trabajo abarcar la totalidad de los aspectos que se interrelacionan, sino iniciar un camino que ponga en perspectiva la información histórica y nos trace algunos tramos significativos en la construcción del sistema de salud en la provincia de Río Negro. Se comenzará haciendo una referencia general al sistema de salud en nuestro país, casi finalizado el siglo XIX, para luego avanzar sobre las particularidades del espacio patagónico, principalmente en lo relativo a la provincia rionegrina.

Antecedentes del sistema de salud argentino

La estructura y dimensión del **Sistema de Salud** argentino -o sea, el conjunto de recursos configurados en el tiempo para ayudar a la población frente al riesgo de enfermedad y la promoción de la salud- es resultado de la relación Estado - sociedad civil. Mediado por el sistema político receptor de expectativas y demandas, implica decisiones políticas a lo largo de su historia. Se conforma sobre la base de la expansión de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, las acciones de ayuda mutua entre connacionales, la incorporación de servicios de atención por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales.

² Marx, Karl. El 18 Brumario de Luis Bonaparte (1852). Pág. 6.

³ Giménez, Gilberto. La Sociología de Pierre Bourdieu (1986). Pág. 2.



La protohistoria⁴ de los Sistemas de Salud en nuestro país comienza con la dominación imperial colonial española durante el Virreinato del Río de la Plata, a través de la imposición y transferencia de instituciones sociales propias de un sistema jurídico, social y político colonial, junto a un sistema de creencias, valores y actitudes fundadas en una cultura feudal tardía conjuntamente con la emergencia del sistema económico capitalista en expansión. Esta conjunción de procesos se impone a las culturas autóctonas del continente americano y a los grupos sociales emergentes que se afianzaron en este “nuevo mundo”.

En esta etapa fundacional se asienta la doctrina asistencial, la Medicina de Hipócrates, de Galeno y Avicena; un modelo de médicos graduados en Escuelas de Medicina que entendían que los enfermos, en particular los pobres, debían ser curados en hospitales regenteados por religiosos católicos (los Padres Betlemitas). En 1780, por decreto del Virrey Vértiz, creó en Buenos Aires el Protomedicato, institución colonial destinada a regentar el ejercicio de la Medicina en el territorio. La iniciativa había surgido del Dr. Miguel Gorman (1736-1819), quién organizó y administró el ejercicio de la práctica, convir-

Fundación del Protomedicato, mural de Antonio González Moreno que se encuentra en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

⁴ **protohistoria:** *proto*: el primero (el principio); es decir, “el principio de la historia”. Aquí está utilizado con el sentido de “el inicio de la historia de los Sistemas de Salud...”

CAPÍTULO 1

tiéndose en la primera figura sanitaria relevante, que promovió la creación de la Universidad de Buenos Aires y la primera Escuela de Medicina del país.

A partir de los cambios ocurridos con la revolución de independencia de principios de siglo XIX, el Protomedicato fue reemplazado en 1816 por el “Servicio Médico” y luego, en 1884, en la etapa de construcción y consolidación del Estado Nacional, en el *Departamento Nacional de Higiene*. La *Dirección de Asistencia Pública* (1880), otro organismo de dirección de la sanidad pero que correspondía a la Capital Federal, también cumplía funciones sanitarias para el resto del país.

Hospitales
y casas de
expósito
regentados
por órdenes
religiosas.



Como en otras partes del mundo occidental, la modernización del Estado en 1880 implicará, también, la consolidación de la Medicina científica moderna. Dos modelos de Escuelas de Medicina se presentaban en ese período como los más avanzados del mundo: el “anátomo-clínico” francés⁵ y el “clínico-fisiopatológico” de la Es-

⁵ Modelo anátomo-clínico. Surge entre el siglo XVIII y XIX, se trata de una nueva forma de explicar a las enfermedades como trastornos estructurales del organismo, sobre la base de los nuevos conocimientos que se

cuela Alemana⁶. Si bien algunos de nuestros profesionales se inclinaron por ir a Alemania a perfeccionarse, la mayoría eligió Francia, a la que nos acercaba los vínculos sociales de las élites porteñas. Por lo tanto, la **orientación anátomo-clínica, más asistencialista**, fue la prevalente, lo que no impidió que se desarrollaran investigaciones en Bacteriología y Parasitología, fundamentalmente ligadas a los problemas de la producción agroexportadora, tal como Juan César García demuestra que ocurrió en el resto de América Latina. Las personalidades sanitarias relevantes de este período serán el Dr. Guillermo Rawson, fundador de la Cruz Roja y la Cátedra de “Higiene” en la UBA. José Ramos Mejía, Emilio Coni, José Penna y Domingo Cabred, discípulos de Rawson, figuran entre los “higienistas” más destacados de la generación del 80.



Primera sede
Facultad de
Medicina,
UBA – hoy
Facultad de
Ciencias
Económicas.

desarrollaban en las ciencias naturales (biología, física y química), con los aportes de la revolución tecnológica que permitieron un notable avance tanto en el diagnóstico como del tratamiento y la prevención de enfermedades (vacunas). Con estos modelos de base experimental surge la clínica médica, característica de la Medicina actual.

⁶ El modelo clínico-fisiopatológico aborda a las enfermedades como trastornos funcionales y como procesos energéticos y materiales del organismo.

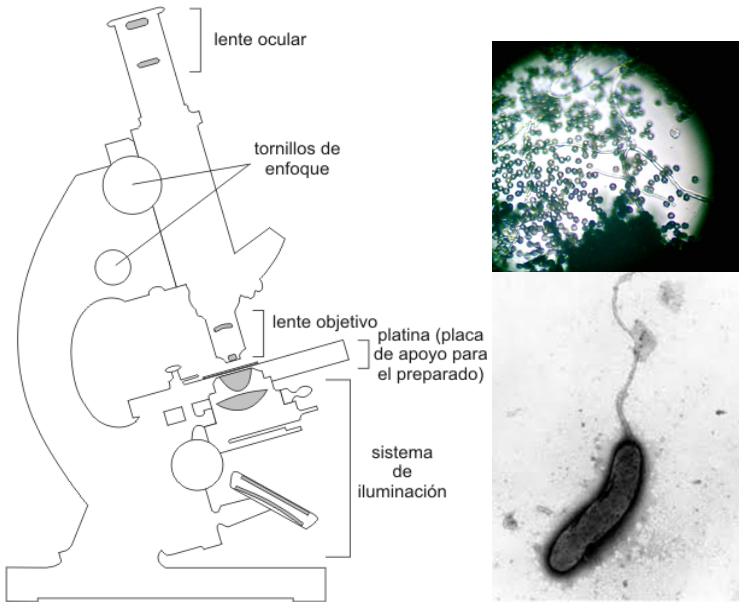
CAPÍTULO 1

En adelante, la organización institucional del país traerá aparejada la adopción del “higienismo”⁷ como práctica institucionalizada. Esta concepción teórico-práctica de la salud intervendrá en la vida privada de la población. Ya no se trata de morir de cólera o peste bajo una epidemia, se trata más bien de contar con viviendas salubres, trabajo, recreación, asistencia pública, medidas sanitarias, infraestructura sanitaria (agua potable, cloacas), además de espacios públicos aireados y soleados. Con los descubrimientos de Pasteur y Koch y el desarrollo de la Microbiología, la causa pública ligada a los miasmas⁸ será reemplazada por causas biológicas y “sociales” relacionadas a los microorganismos y a las condiciones de trabajo y de vida. El higienismo, jaqueado por una clase obrera potencialmente revolucionaria, demandante de mejoras en sus condiciones de trabajo y con métodos de lucha radicales que enfrentan a liberales con anarquistas y socialistas, fortalecidos por una inmigración con experiencias previas, asumirá cierto sesgo “social” finalizado el siglo XIX. De allí que el discurso higienista por momentos devendrá en moralista frente a los problemas sociales, como mecanismo de control social, alentado por las clases dominantes. También tendrá una fuerte repercusión en el campo de la criminología, que hace su aparición en la Argentina de fines de siglo XIX. Su influencia y significación en los cambios producidos en la sociedad en su conjunto forman parte de la historia social del período que se extenderá hasta la década de 1940, que fue reemplazado por el “sanitarismo”. La **Revolución Industrial** europea, llegado el siglo XIX, a la vez que

⁷ **Higienismo:** conjunto de prácticas y recomendaciones dentro del campo de la salud que nace a fines de siglo XVIII y en la primera mitad del siglo XIX con el liberalismo, cuando los gobernantes comienzan a reparar con más detenimiento en los problemas de salubridad, ambientales y urbanos que afectan la salud de las ciudades y sus habitantes. Se consideraba la enfermedad como un fenómeno social que abarcaba todos los aspectos de la vida humana. La necesidad de mantener determinadas condiciones de salubridad en el ambiente de la ciudad mediante la instalación de agua corriente, cloacas y reorganizar el espacio urbano de manera de poder controlar más eficazmente las epidemias y las plagas.

⁸ **miasma:** Emanación maloliente que se desprende de cuerpos enfermos, materias corruptas o aguas estancadas y que se consideraba causante de epidemias e infecciones.

significó profundos cambios económicos con niveles de desarrollo inimaginables para la época y el ascenso definitivo de la burguesía como clase dominante, dio lugar al surgimiento de nuevos riesgos derivados de condiciones de trabajo y de vida.



Los avances técnicos permitieron mejorar los métodos de observación, medición y manipulación de los organismos vivos. En 1882, el médico alemán Robert Koch pone bajo su microscopio un compuesto realizado con tinte de anilina para teñir microorganismos e identificar las bacterias causantes de la tuberculosis y el cólera. Luego vendrán Klebs y Pasteur completando toda una generación de médicos investigadores de laboratorio, que bajo la lente del microscopio el mundo de los microorganismos se abría ante sus ojos.

CAPÍTULO 1

La nueva categoría social de “asalariado” representó una masa obrera pauperizada, sometida a explotaciones sin límites. Su consecuencia será la organización de los trabajadores y su brazo político serán el socialismo y el anarquismo. Su lucha reivindicativa contribuirá a convertir la salud de los trabajadores en un tema político, que se traducirá en el reconocimiento del costo de la enfermedad, la discapacidad y la muerte, ante el temor a su difusión y multiplicación. En ese clima de agitación social en occidente, Otto Von Bismarck, “el Canciller de Hierro” de la monarquía prusiana (absolutista y antidemocrática), creaba en Alemania, en 1884, el primer Seguro Social. Esta será la nueva forma de protección social que relegará al pasado, como residual, el sistema tradicional de la ayuda en la pobreza: la beneficencia privada y pública. Nace con él el concepto de Seguridad Social y el Modelo de Estado Social, cuyo objeto era contrarrestar el progreso socialista (autores originales del proyecto) y legitimarse como conducción en la unificación alemana y alcanzar a las potencias industriales de Inglaterra y Francia. Sobre esa base surgen las leyes de enfermedad y de maternidad, de accidentes de trabajo y de envejecimiento, invalidez y muerte en los años siguientes. Establece un programa de servicios médicos y ayuda económica para los períodos de enfermedad y accidentes de trabajo para una determinada categoría de trabajadores asalariados, en el cual las dos terceras partes de la prima la paga el empresario y el tercio restante, el trabajador. Los montos y los subsidios de las personas se calculan en función de los ingresos percibidos. Posteriormente, y en especial en el siglo XX, este modelo se extenderá por toda Europa. En Gran Bretaña, en 1911, se aprueba la primera ley de Seguridad Nacional de la Salud, que permitió atender los gastos de atención médica y las pérdidas de salarios durante la enfermedad de los trabajadores manuales. En Rusia (1917), se crea un sistema sanitario totalmente planificado y nacionalizado. Desde entonces, **tres modelos de seguridad predominarán** en el mundo:

- El “*bismarckiano*”⁹, modelo descentralizado, regulador, débilmente

⁹ **bismarckiano**: Este término proviene de Otto von Bismarck, canciller alemán, estadista, burócrata, mili-tar, político y prosista alemán, considera-

estatal y no planificado, requiere de aportes obligatorios de empresarios y trabajadores con administración de entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores públicos o privados.

- El **Sistema Sanitario Nacional inglés**, de financiación pública, procedente de impuestos, con proveedores públicos y acceso universal, y en similar línea de cobertura, el sistema soviético centralizado y universal.
- El **Sistema Liberal Norteamericano**, con participación estatal, aunque más limitada, que brinda cobertura a personas mayores de 65 años (*Medicare*), a quienes se hallan por debajo de la línea de pobreza (*Medicaid*), mientras que el resto de la población depende del sector privado, financiador, prestador de servicios y propietario de los establecimientos asistenciales.

En nuestro país, en su largo proceso de construcción del sector Salud, creará su propio sistema mixto, con rasgos que toma de uno y otro.

El modelo bismarckiano se expresa en la legislación laboral temprana y en el surgimiento de las obras sociales. El Sistema de Salud resultante, desde la década de 1940, quedará conformado por:

- un *subsector público*, bajo una fórmula universalista de atención que cada vez se enfrenta a mayores dificultades para su cobertura real;
- un *subsistema de Seguro Social*, el de las Obras Sociales, surgido en una economía de pleno empleo, con pretensión de cobertura a todos los trabajadores por rama de producción, donde juegan un rol político fundamental los sindicatos.
- un *subsector privado*, que presta preferente atención a los estratos sociales con mayor poder adquisitivo, que crece a expensas del financiamiento brindado por las Obras Sociales sin revestir carácter de competidor, razón que complejiza las relaciones entre necesidades e intereses.

do el fundador del Estado alemán moderno. Durante sus últimos años de vida se le apodó el «Canciller de Hierro» por su determinación y mano dura en la gestión de todo lo relacionado con su país, que incluía la creación de un sistema de alianzas internacionales que aseguraran la supremacía de Alemania, conocido como el Reich (imperio).

CAPÍTULO 1

En 1930, por efecto de la crisis mundial y su dependencia económica, Argentina deberá replantearse una alternativa productiva complementaria al modelo agroexportador¹⁰ e iniciar lentamente un proceso de desarrollo basado en la industrialización sustitutiva de importaciones¹¹.

En 1934, la “IX Conferencia Sanitaria Panamericana”, reunida en Buenos Aires, recomienda a los gobiernos de la región unificar los sistemas de atención médica, los de higiene y sanidad y los de asistencia social en cada uno de los países, a fin de evitar el debilitamiento que la fragmentación institucional ocasionaba en el desempeño de las funciones estatales.

En cuanto a la heterogeneidad de jurisdicciones y dependencias de organismos de Salud, que se superponían en sus funciones en todo el territorio nacional, será el gobierno de Juan D. Perón, a través del Dr. Ramón Carrillo, el responsable de unificar y centralizar la actividad creando la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en 1946. Con esta política se amplió notablemente la capacidad instalada del sistema sanitario en más de 40.000 camas hospitalarias en todo el país, en demostración de una clara política de expansión del sistema estatal y centralidad en su conducción y regulación. Las Obras Sociales recibirán un fuerte apoyo estatal, promoviendo la seguridad social y el financiamiento indirecto del

¹⁰ **Modelo agroexportador:** la economía del país depende casi exclusivamente del desarrollo y la comercialización de productos primarios como cereales y derivados de la ganadería. Con este modelo, se debe importar la mayor parte de los productos elaborados industrialmente (maquinarias, herramientas, alimentos, indumentaria, etc.)

¹¹ **Modelo de sustitución de importaciones: La industrialización por sustitución de importaciones (ISI)**, llamada también **modelo ISI**, es una estrategia o modelo económico adoptado en el territorio latinoamericano y en otros países en desarrollo con la Segunda Guerra Mundial. Este modelo se basa en los siguientes postulados:

- Política industrial activa: subsidios y dirección del Estado para la producción de sustitutos.
- Barreras al libre comercio (proteccionismo): altos aranceles a la importación.
- Política cambiaria o monetaria: tipo de cambio elevado.

sector privado. La Salud Pública cobra una nueva dimensión social y política para la vida cotidiana de los argentinos con un dinamismo y alcance que recién en 1973, cambiado el escenario político y económico, intentará tener su correlato.

Etapa “Territorial” de construcción del Estado – Nación, en Río Negro

La nueva división internacional del trabajo propiciada por los mercados internacionales a fines del siglo XIX, por la necesidad de materias primas para el desarrollo industrial de los países desarrollados, favoreció la inserción de Argentina en la economía mundial. Esto va a dar lugar a un proceso de acumulación de capital caracterizado como modelo agroexportador (1870-1930), ávido de inversiones para la modernización del agro, fuente principal de riqueza, ávido de tierra y de mano de obra migrante europea. Río Negro es la puerta de entrada a la Patagonia, con sus vastas extensiones vírgenes, como ejemplifica David Viñas:

“...de acuerdo con la nueva política de la carne visualizada en 1876, entre otros síntomas por la botadura del vapor ‘Le Frigorifique’, que requería urgentemente más tierras, más y más hacia el sur se convertirá en blanco inmediato de apropiación, ejecutada a través de la expedición punitiva llamada ‘Conquista del Desierto’.”¹²



Río Negro, junto con las provincias de Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego, formó parte del “Territorio Nacional”, ocupado anteriormente por pueblos originarios. Recién en la década de 1950 se transforma legalmente en provincia (1955) por iniciativa del gobierno peronista, luego de haber participado en las elecciones nacionales de 1951 – 1954. Desde 1884 hasta 1955 (Ley de Provincialización N°1532/55) los habitantes de los territorios nacionales dependían del Ministerio del Interior de la Nación, que

¹² David Viñas. *Indios, Ejército y Frontera* (1982). Pág. 15.

CAPÍTULO 1

nombraba un delegado como Gobernador, y quedaban excluidos del sistema político nacional, relegados a vivir una especie de ciudadanía de segunda. El requisito de población mínima exigido para convertirse de Territorio Nacional en Provincia, 60 mil habitantes en cada Gobernación, planteó desde un principio una contradicción entre lo que fijaba la Ley y la realidad territorial. En el año 1933, Río Negro había duplicado el número requerido para su autonomía, al reunir una población de más de 100.000 habitantes durante el gobierno de Adalberto Pagano, sin lograr por ello su ansiado cambio de *status*. Sin embargo, el desarrollo social y económico alcanzado mucho antes de la provincialización era significativamente diferencial y complejo en relación con el resto de la región Norpatagónica.

Río Negro inicia su desarrollo económico y social tempranamente sobre tres pivotes básicos:

- el aprovechamiento del río, mediante la construcción de un complejo sistema de riego y prevención de crecientes,
- el tendido del ferrocarril (con capitales británicos) modificando el eje de producción, comercialización y comunicación tradicional hacia el Atlántico y
- la recepción de un flujo importante de inmigrantes europeos, que junto a chilenos, criollos y nativos, contribuirán a la conformación de una economía diversificada¹³, con un modelo de crecimiento basado en la exportación primaria y agroindustrial, con industria sustitutiva, subsidiada y de servicios.



“La sociedad nueva resultante pronto insinuó jerarquías y estableció sus márgenes. En el centro de cada lugar, las colectividades inmigrantes de origen europeo y los funcionarios estatales de alto rango; ascendiendo en la medida de sus posibilidades económicas los ‘turcos’ y criollos, empleados, comerciantes. En los bordes, campesinos, sectores marginales

¹³ Río Negro es una provincia con cordillera, meseta, valles surcados por el río Negro y mar, de industria turística andina y marítima, actividad ganadera lanar, vacuna y minera, industria pesquera y puerto de aguas profundas. El complejo agroindustrial frutícola es la actividad productiva de riqueza más importante.

urbanos y finalmente los indígenas, sometidos, despojados de sus tierras, como peones rurales o trabajadoras domésticas en los pueblos.”¹⁴

La cuestión de la Salud en los Territorios: Afianzamiento de la medicalización en la sociedad rionegrina

En la primera década de 1900, el Estado Liberal Nacional enfrenta una situación sanitaria muy complicada, con el fracaso en el control de la peste bubónica¹⁵ por parte del Departamento Nacional de Higiene, organismo encargado de la sanidad o salud pública. Esta situación obligó a renunciar a su conductor, el Dr. E. Wilde, siendo reemplazado por el Dr. Carlos Malbrán. En provincias y territorios nacionales se repiten brotes de peste, lepra, tuberculosis y epidemia de viruela. La mortalidad en el norte llegó a superar a la natalidad, asociado al problema del paludismo¹⁶. La Segunda Conferencia Internacional Panamericana, reunida en México en 1902, suprime con satisfacción, por medio de una resolución, la palabra “cuarentena”¹⁷, sustituyéndola por “inspección” y

¹⁴ Navarro Floría y Nicoletti. *Río Negro: Mil voces en una Historia. Ed. Manuscritos libros, 2001. Pág. 111.*

¹⁵ Los brotes de peste se ubicaron en la zona del puerto de Rosario, de las barracas y la estación Sunchales de FFCCA y, en Bs.As., en la Aduana. La preocupación de autoridades y funcionarios por controlar las epidemias fueron la base de la sanidad o salud pública, para una clase dirigente que había adoptado un modelo agroexportador, subordinado a las economías centrales y se empeñaba en mostrar al mundo su capacidad modernizadora.

¹⁶ **paludismo:** El paludismo (latín *palus*, «pantano») o malaria (del italiano medieval *mala aria* (mal aire) es una enfermedad producida por parásitos del género *Plasmodium*. Los vectores de esta enfermedad son diversas especies del mosquito del género *Anopheles*.

¹⁷ **cuarentena:** (deriva de 40) La cuarentena es la acción de aislar o apartar a personas o animales durante un período, para evitar o limitar el riesgo de que extiendan una determinada enfermedad contagiosa. Las formas de aislamiento más antiguas efectivas conocidas son las mencionadas en el Pentateuco (Biblia) hace más de 3400 años, de la que se siguieron los consejos, especialmente en el caso de la lepra. A partir de los siglos XIII y XIV

CAPÍTULO 1

“desinfección”, luego del reconocimiento de la comunidad científica de la profilaxis¹⁸ de la fiebre amarilla¹⁹, por la doctrina y método Finlay [Cuba].²⁰

El Departamento Nacional de Higiene, a pesar de su carácter nacional, estuvo limitado para intervenir en las provincias, mientras que el Poder Ejecutivo Nacional podía hacerlo por el “poder de policía”²¹ que tenía sobre los territorios. La realidad sanitaria del interior del país ofrecía un panorama diametralmente opuesto que en la Capital Federal o en las principales ciudades del país, donde tanto el número de médicos como de recursos hospitalarios era

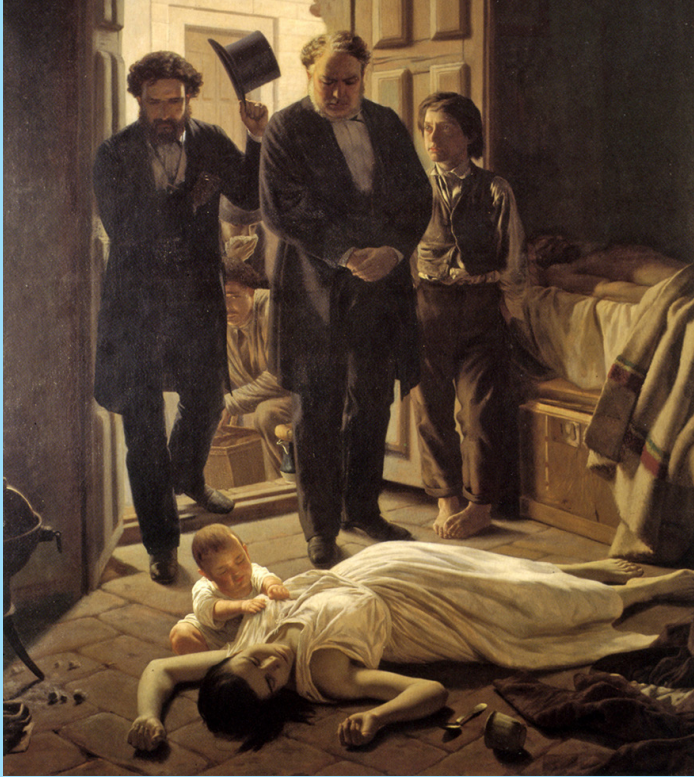
toma auge. Su uso durante cuarenta días con la aparición de la peste negra en embarcaciones determinó su nombre, aunque no se basa en una razón científica, sino en el número de días que de acuerdo con la Biblia, Cristo pasó en el desierto. Sin embargo, se puede extender más tiempo.

¹⁸ **profilaxis**: (del griego *pro*: anticipación, a favor y *filakos*: protector) Se refiere a las acciones que se toman para prevenir una enfermedad antes de que se declare.

¹⁹ **fiebre amarilla**: La fiebre amarilla, o vómito negro (también llamada la *Plaga Americana*), es una enfermedad viral aguda e infecciosa causada por “el virus de la fiebre amarilla”. Es una causa importante de enfermedad hemorrágica en muchos países de África y Sudamérica, a pesar de la existencia de una vacuna efectiva. Lo *amarillo* de la enfermedad se refiere a los signos de ictericia que afectan a algunos pacientes.

²⁰ García Juan César. *Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930*. Educación médica y salud Vol. 15, No. 1. 1981. pág. 72. Las investigaciones de Finlay en Cuba, Sanarelli en Uruguay, Penna en Argentina y otros científicos surgen porque la fiebre amarilla era la enfermedad que afectaba el comercio internacional y en cuya solución estaban interesados tanto los países importadores como los exportadores de materia prima y alimentos.

²¹ El “poder de policía” que detenta el Poder Ejecutivo en relación con el que ejerce el Departamento Nacional de Higiene, dependencia del Ministerio del Interior, muestra a las claras la ausencia de una ley nacional de sanidad, una ley de ministerios que asigna a Exteriores la cuestión asistencial y la beneficencia, diversificando responsabilidades y atribuciones en salud, que explica en parte la fragmentación, superposición de funciones y conducción de los organismos sanitarios del Estado Nacional hasta la década del 40.



Juan Manuel Blanes, pintor uruguayo que vivió en Buenos Aires, pintó un óleo sobre tela (actualmente en Montevideo) llamado 'Episodio de la Fiebre Amarilla' [...] inspirado en un hecho acontecido durante la tragedia, probablemente el 17 de marzo de 1871, en la calle Balcarce. En él se observa a una mujer (Ana Bristani), muerta por la fiebre, tirada sobre el piso de un conventillo. Su hijo, un bebé de pocos meses, busca el seno de su madre. A la derecha, sobre un lecho, se encuentra el cadáver del padre. La puerta del cuarto está abierta y entrando por la misma se observa al doctor Roque Pérez (en el centro) y al doctor Manuel Argerich (a su derecha), miembros de la comisión popular y que luego morirían víctimas también de la fiebre. Éste célebre cuadro se convirtió en un emotivo homenaje a quienes dieron su vida intentando salvar las de los demás.

comparativamente mayor que lo que acontecía en los territorios nacionales.²² Algunos testimonios de esa época nos dicen:



“Era muy precaria la atención médica en nuestro país (...) el número de camas disponibles en los hospitales no alcanzaba a dos por cada mil habitantes (...) en el interior eran muy pocas las instituciones hospitalarias, como eran muy pocos y limitados los recursos de los gobiernos de provincia. En el Chaco, que a fin de siglo contaba con una población superior a los 10.000 habitantes y en Neuquén, con más de 14.000, no había una sola cama hospitalaria.”²³

En el año 1906 y a propuesta del Dr. Domingo Cabred²⁴, médico psiquiatra, higienista discípulo del Dr. Rawson y del diputado Gerónimo del Barco, se crea por Ley 4953 la “Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales” del Ministerio de Relaciones Exteriores

²² Bellmartino, en *Las Instituciones de Salud en la Argentina, desarrollo y crisis*, señala: “Una primera constatación resulta casi obvia: los médicos y las camas hospitalarias en número suficiente llegan solo a aquellas ciudades a las que llega también la actividad económica y la prosperidad derivada de la integración a un mercado, ya sea nacional o internacional.” Secretaría de Ciencia y Técnica, Área de Estudios e Investigación en Cs Sociales para la Salud, 1987, pp 82.

²³ Malamud Moisés. *Domingo Cabred, Ministerio de Cultura y Educación, Bs. As., 1972* Pág 21.

²⁴ Domingo Cabred nació en Paso de los Libres, Corrientes, en el año 1859. Sus estudios primarios los cursó en Buenos Aires. En 1875 ingresó a la Facultad de Medicina, de la que se graduó en el año 1881. Se inició como médico interno del Hospicio de las Mercedes en 1884, donde se desempeñó hasta 1886; pasó a ser subdirector por seis años y ascendió a director el 10 de octubre de 1892. Al año siguiente fue nombrado profesor titular de la cátedra de Patología Mental, en reemplazo de su maestro, el doctor Lucio Meléndez, luego denominada Clínica Psiquiátrica. Como asesor honorario del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, impulsó la creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, que sobrevivió a gobiernos de distinto signo hasta 1938 y mediante la cual proveyó al país de 11.885 camas hospitalarias. En el año 1916 padeció un accidente cerebrovascular, que no consiguió detener su labor. Fallece en el año 1929. Cit. Malamud, M., pág.123, *op.cit.*

y Culto, Departamento de Culto y Beneficencia. Este nuevo organismo, que se suma a los ya existentes -*Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires*-, activará nuevas respuestas a la demanda de atención médica en los territorios nacionales, a la vez que profundiza la separación entre sanidad y asistencia médica, fragmentando su conducción.

La Comisión Asesora, que en un comienzo orientó al gobierno nacional en la proyección de un vasto plan sanitario, pasará en poco tiempo a ser su brazo ejecutor bajo la supervisión y dirección de Domingo Cabred. El número de camas hospitalarias que fueron fruto de esa gestión totalizan 11.885 en todo el país, solo equiparable al período de Ramón Carrillo en lo que se refiere a creación de infraestructura, establecidas las diferencias cuantitativas y el paradigma que guió a ambos en sus planteos.

La “Comisión Asesora de Asilos y Hospitales” en la Región Patagónica. Primer Hospital Común Regional de la Patagonia en Allen, Río Negro.



Hospital de Allen, Río Negro

En la Gobernación de Río Negro, va a ser la “Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales”, dirigida por el Dr. Domingo Cabred,

CAPÍTULO 1

la encargada de fundar el primer Hospital Común Regional para la Patagonia, en la localidad de Allen. Esta localidad, fundada en 1910 por Piñeiro Sorondo, que debe su nombre a Sir Henry Allen, Superintendente de los Ferrocarriles ingleses Del Sud, expresa -desde su origen, toponimia y localización del hospital- las vinculaciones del poder local con el poder hegemónico. A solo dos años de su nacimiento, con una población aproximada de 692 habitantes²⁵, frente a General Roca y Neuquén, que la sobrepasaban en población holgadamente, cumpliendo los requisitos mínimos de selección para la Comisión Asesora, el Hospital será depositario de la responsabilidad de la atención médico social a toda la región sur. La idea va a formar parte de un proyecto de mayor envergadura, como fue el Plan de creación de infraestructura hospitalaria para el norte, este, oeste, centro y sur del país. Para entonces, no existía en los Territorios Nacionales ningún servicio similar, a excepción del brindado en algunos escasos centros de Asistencia Pública. En lo que se refiere a la fundación de hospitales regionales por la Comisión Asesora en el ámbito nacional, el “Hospital Común Regional del Chaco”, en Resistencia, será el primero de la lista, inaugurado en 1910. Le sigue el “Hospital Común Regional Presidente Plaza”, en La Rioja, en 1915. En 1916, el “Hospital Común Regional de Misiones”, en Posadas.

La aprobación del proyecto de construcción del Hospital de Allen se realiza en el año 1912²⁶, disputándole la primacía a Neuquén, cuyas autoridades tramitaban simultáneamente un subsidio nacional para el mismo fin. En ambos casos, curiosamente, los mediadores pertenecían a la influyente familia Sorondo: uno de ellos, secretario de la Cámara de Diputados y otro, Patricio Piñeiro Sorondo, empresario terrateniente, presidente de la Cooperativa de Irrigación de la Colonia Roca, socio del Club Social de Buenos

²⁵ Vapñarsky, C. Pueblos del Norte de la Patagonia 1779- 1957. A pie de página (pág. 149): *“El pueblo Allen, fundado solo dos años antes, no podía albergar entonces más población que el pueblo General Roca...”*

²⁶ Memoria de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales.

Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, Argentina.

Aires y fundador del pueblo de Allen.²⁷ La construcción del Hospital de Allen se vio interrumpida por la guerra de 1914; fue parcialmente terminado en 1916 pero no se inauguró hasta el 15 de febrero de 1925, debido a que el Dr. Cabred ordenó su reconstrucción, porque entendía que el edificio no se ajustaba debidamente a los pliegos establecidos. Al Hospital de Allen le seguirán, en la obra fundacional, los hospitales de Santa Rosa de Toay, en La Pampa y el Hospital Común Regional del Litoral Justo José de Urquiza, en Concepción del Uruguay, Entre Ríos (1928).

Propio de la filosofía dominante durante los gobiernos liberales de fines del siglo XIX, la concepción arquitectónica sanitaria de los hospitales de la modernidad, a principios del XX, estará fuertemente influenciada por Europa y en menor medida Estados Unidos. Tal es así que Cabred viajó especialmente a Suiza, Francia, Alemania y Escocia con el doble propósito de incorporar lo más

²⁷ Balmaceda, R./D. Río Negro, 25-06-2005: "El periodista y gobernador de Neuquén, Angel Edelman, hace alusión al 'hospital que nunca se hizo' al referirse al proyecto hospitalario neuquino del mismo año, 1912, que ya había logrado la aprobación del senador Alejandro Sorondo para tramitar de Nación un subsidio que no se concreta y que finalmente cuando se efectúa ocurre en la gobernación vecina de Río Negro, por intermedio de Patricio Piñeiro Sorondo, anfitrión de Cabred, gran propietario de tierras, presidente de la Comisión de Riego del Alto Valle, miembro del Club Social de Buenos Aires, familiar del senador y cuñado del presidente Quintana. Circula una anécdota al respecto que los interesados aún recuerdan, en la cual atribuyen a Sorondo la picardía de haber llevado a Cabred en su visita de marzo a Neuquén un día ventoso, con la intención de disuadirlo respecto de la ubicación del futuro hospital, a cambio le hace conocer, un hermoso día, los terrenos fértiles de Allen, frente a la misma estación de ferrocarril. Si bien las circunstancias permiten suponer que así fue, repasando las normativas de la comisión asesora acerca de los requisitos para la selección de los terrenos de emplazamiento, encaja perfectamente la decisión tomada. Viéndolo en perspectiva, más allá del lugar escogido, que sin duda ilustraría acerca de las relaciones de poder, lo destacable del hecho social es que la fundación del hospital de Allen formó parte de un proyecto general de creación de infraestructura hospitalaria, por primera vez para todo el país, incluyendo los Territorios Nacionales a principios del siglo XX, a partir del decreto de creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, ley N° 4.953 de 1906, durante el gobierno liberal conservador de Figueroa Alcorta".

CAPÍTULO 1

avanzado en medicina y tecnología sanitaria en relación con el campo psiquiátrico, su especialidad, y el arquitectónico asistencial, para enfermedades comunes. Fruto de ese viaje será la aplicación del método “*open door*” (de puertas abiertas) para la atención de la salud mental, con lo que revoluciona la tarea asistencial. Contrata arquitectos europeos de renombre: suizos y alemanes, con experiencia en la construcción de hospitales como el Davos Arosa y Leysin en Suiza, el Falkenstein y Hohenhonnet en Alemania, quienes residirán en la Colonia Open Door, en Buenos Aires, para su diseño. La decisión del Estado de instalar hospitales con estas características en el interior del país evidencia, al menos, una voluntad política de refuerzo de la presencia institucional frente a un contexto político- fronterizo inestable, a la necesidad de reproducir la fuerza laboral para una economía en crecimiento y ejercer un mayor control social y sanitario, sobre una población predominantemente extranjera, criolla e indígena sometida.

Hospital Regional de Chaco, 1907



El Hospital de Allen fue construido siguiendo los mismos planos utilizados para el del Chaco (1907), a cargo del arquitecto Huberto Schefer, con presupuesto aprobado para la construcción a cargo de Gerardo Pagano, en 1913. Con la instalación del Hospital de Allen, símbolo de prestigio de la medicina científica higienista y la progresiva masificación de la educación, espacio privilegiado de

difusión del mensaje higiénico, se puede decir que se afianza el proceso de “medicalización” de la sociedad rionegrina y neuquina, con la que conformaban -al menos en el Alto Valle- una sola región. De esta manera, y como dice M.S Di Liscia:

“A pesar de esas dificultades, el valor de la limpieza, vinculada al orden y la salud pública, se instaló en los sectores más desposeídos, que denominamos de manera amplia de medicalización, y que tuvo como protagonistas principales a las mujeres, que hicieron suyos los preceptos del “evangelio higiénico” y lo predicaron en sus familias, aceptando de hecho, un incremento en sus tareas cotidianas para superar las deficiencias materiales.”²⁸

“La medicalización iniciada a fines del siglo XIX implicó, por un lado, mayor acceso a los servicios médicos y, por otro, la influencia de los preceptos higiénicos en todos los ámbitos de la vida y de la muerte, tanto en la sexualidad, alimentación y diversión, estudio y trabajo, como en los sueños creencias y deseos.”²⁹

El sistema de salud rionegrino en gestación, producto de una compleja y relativamente corta evolución, a diferencia del experimentado por el sistema educativo que a fines del siglo XIX contó con la voluntad política del Estado y la sociedad³⁰, no fue obstáculo para que se

²⁸ Di Liscia, M.S. *Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización en Argentina. 1870-1940.* pág.98/99.

²⁹ Di Liscia, a pie de pág. 98/99, citado Esteban Rodríguez Ocaña. *Por la salud de las naciones. Higiene, Microbiología y Medicina Social.* Madrid, Akal, 1992 y Kerr White, *Healing the Schism. Epidemiology, Medicine and the Public's Health,* Nueva York, Springer/Verlag. 1991.

³⁰ El sistema escolar en la provincia de Río Negro fue fundando en 1880. Las primeras escuelas se construyen siguiendo el curso del principal río que atraviesa la provincia, el río Negro, que comienza en Viedma, luego sigue San Javier y Guardia Mitre en la zona Atlántica, para llegar a Gral. Roca en el Alto Valle en 1884. Promulgada la Ley 1420/1884 de Educación Común, comenzarán a ajustarse, en adelante, todos los establecimientos educativos ubicados en los Territorios Nacionales, sirviendo de guía y motor del afianzamiento de la educación pública en toda su extensión. Con la expansión

CAPÍTULO 1

valiera históricamente del mismo desde los comienzos de la Salud escolar en 1886. En esa oportunidad el Ministro de Justicia, Culto e Instrucción Pública Eduardo Wilde, bajo la presidencia de Benjamín Zorrilla en el Consejo Nacional de Educación, resuelve recuperar y restablecer las inspecciones higiénicas y médicas en las escuelas, creando el Cuerpo Médico Escolar, amparado en la obligatoriedad de las inspecciones que imponía la ley 1420/1884 de Educación Común. Educación y Salud mediadas por la visión higienista predominante y el poder político, fundirán en objetivos comunes ambas esferas.

Con la introducción de la tecnología hospitalaria, suma de la práctica asistencial continua, de saber y poder, se introduce la racionalidad política estatal del modo histórico de hacer medicina y construir subjetividad en el cuerpo humano, que existe en y a través de un sistema político. El poder político proporciona el espacio institucional tanto para el ejercicio de la medicina como para el individuo que demanda atención: un espacio donde comportarse, donde adoptar una postura particular, sentarse de una determinada forma o trabajar continuamente. El diario Río Negro, en sus titulares de las primeras décadas del siglo XX, refleja la preocupación del poder estatal, político y científico por instalar disciplinariamente un espacio para la medicina científica y una moral higiénica: “Policía local persigue a varias mujeres que practican curanderismo” (01/01/1918); “No extender la matrícula a niños no vacunados” (06/03/1919); “Servicios sanitarios” (01-01-1925), informe de médicos y maestros suficientemente claros han hablado de la “miseria fisiológica y moral que roe a poblaciones semibárbaras, pagando el tributo mayor la niñez”; “Miseria y epidemias: poblaciones cordilleranas azotadas por la miseria fisiológica y moral” (04/02/1926); “Liga de profilaxis social efectúa una campaña contra el curanderismo y el charlatanismo” (10/03/1927).

Como en otras partes del espacio nacional la corriente higienista llega a las gobernaciones de la Patagonia, desarrolla un nuevo campo para la salud al tiempo que se expresa en el discurso, crea otra realidad. El médico y el maestro ocupan un lugar central, reforzando o supliendo el papel de la familia y la ley. En un marco, en el que se

del sistema educativo formal se potenciarán condiciones favorables al intercambio de ambos sistemas, en beneficio del desarrollo social ulterior.

reproduce el escenario nacional de la salud, con acciones, directivas e influencias superpuestas, desde tres organismos de conducción: el “Departamento Nacional de Higiene” que realiza inspecciones higiénicas, releva estadísticas vitales, envía medicamentos, vacunas y realiza campañas con médicos y guardas sanitarios, autoriza la creación de “Botiquines de Primeros Auxilios”, incluso visita personalmente la región a través de su presidente Araoz Alfaro en 1926³¹; “la Asistencia Pública” proveyendo Servicios Médicos, Salas de Maternidad y Primeros Auxilios; y la “Comisión Asesora” desde el templo consagrado a la salud, el hospital, dictando cátedra de medicina con su práctica y sus saberes.

Reforzado por la estética imponente de edificios en pabellones estilo francés, provisto con moderno equipamiento y aparatos suficientes para el desarrollo de la Medicina clínica asistencial y quirúrgica básica, con recursos humanos especializados, aunque con recursos económicos variables y por momentos insuficientes, el flamante nosocomio contribuirá a la disputa por el espacio de poder a la Medicina popular y tradicional, hasta lograr su hegemonía.

Allí se instala el primer “equipo de rayos X” de la región, en febrero del año 1932, y al año siguiente se inaugura una “Sala de Tuberculosos”, dando respuesta a uno de los problemas más preocupantes de la época, que diezmó en oportunidades a familias enteras, hasta el descubrimiento e introducción de terapias medicamentosas específicas.

En 1930, por efecto de la crisis mundial y su dependencia económica, Argentina deberá replantearse una alternativa productiva complementaria al modelo agroexportador e iniciar lentamente un proceso de desarrollo basado en la industrialización sustitutiva de importaciones que se prolongará por 45 años.

En 1934, la “IX Conferencia Sanitaria Panamericana”, reunida en Buenos Aires, recomienda a los gobiernos de la región: unificar los sistemas de atención médica, los de higiene y sanidad y los de asistencia social en cada uno de los países, a fin de evitar el debilitamiento que la fragmentación institucional, ocasionaba en el desempeño de las funciones estatales.

³¹ Diario *Río Negro*, 4/11/1926.

CAPÍTULO 1

En el mes de diciembre de 1938, la Comisión Asesora de Cabred inaugura el “Hospital Común Regional de San Carlos de Bariloche” (denominado anacrónicamente Dr. Carrillo), con una arquitectura similar a la del hospital “hermano” de Allen, para ampliar los servicios de atención en Río Negro³². Cabe acotar que para entonces, Neuquén aún no había podido concretar la construcción de su hospital.

Por esos años, el curso de la Guerra Civil Española era seguido atentamente por rionegrinos y neuquinos, divididos por momentos en franquistas o republicanos³³; los regímenes nazi-fascistas de Alemania e Italia³⁴

³² Diario *Río Negro* 22/12/1938

³³ Los **franquistas** (bando sublevado, falangistas) eran los seguidores del general Francisco Franco, que impuso un régimen dictatorial surgido en España durante la Guerra Civil entre 1936 y 1939, y que prevaleció hasta su muerte en 1975. Su ideología política era de corte fascista. Los **republicanos** se oponían a los franquistas y defendían la II República Española durante la Guerra Civil. El bando republicano estuvo constituido en torno al gobierno legítimo de España, democráticamente elegido, formado por el Frente Popular, que a su vez se componía de una coalición de partidos marxistas, republicanos, anarquistas y nacionalistas regionales. Era apoyado por el movimiento obrero, los sindicatos y los demócratas constitucionales. El bando sublevado estuvo organizado en torno a gran parte del alto mando militar, institucionalizado en la Junta de Defensa Nacional y se apoyó en el partido fascista Falange Española, la Iglesia Católica y la derecha conservadora (monárquicos, cedistas y carlistas).

³⁴ **Régimen nazi**: régimen que gobernó Alemania de 1933 a 1945 con la llegada al poder del Partido Nacionalsocialista Alemán de los Trabajadores, el autoproclamado Tercer Reich y Austria a partir de la Anschluss, así como los demás territorios que lo conformaron (Sudetes, Memel, Danzig y otras tierras en Polonia, Francia, Checoslovaquia, Hungría, Holanda, Dinamarca y Noruega). La Alemania de este período se conoce como la Alemania nazi. El término “Nazi” deriva de las primeras dos sílabas del nombre oficial del partido: *Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei* o “NSDAP”. En 1933, cuando Hitler asumió poder en el gobierno alemán, el uso del término disminuyó en Alemania, aunque en Austria sus oponentes lo continuaron usando con una connotación despectiva. A partir de eso, el término ha adquirido una connotación crecientemente peyorativa.

Régimen fascista: movimiento político que surgió en la Europa de entre-guerras (1918-1939). El término proviene del italiano *fascio* (“haz, *fasces*”). El concepto de «régimen fascista» puede aplicarse a algunos regímenes políticos totalitarios o autoritarios de la Europa de entreguerras y a prác-

entraban en las discusiones de fondas, bares y hoteles, preanunciando la polarización de fuerzas que desembocarían en la Segunda Guerra Mundial. La llamada *Década Infame*³⁵, dominada por el fraude patriótico, intentaba neutralizar una oposición interna y externa a su extracción política, cada vez más organizada, definiendo el proceso de sustitución de importaciones. Río Negro aceleraba los pasos del ciclo económico de producción de la fruticultura, en reemplazo de la alfalfa, haciendo frente a la crisis social, económica y política, mientras el sindicalismo irrumpía esta vez en la región con una fuerza inusitada como nunca había tenido. Son los comienzos del sindicalismo del magisterio (1938) en General Roca³⁶, primer centro urbano hegemónico del Alto Valle, y la constitución del primer “Círculo Médico del Alto Valle” (1939) con fines científicos y gremiales, presidido por el roquense Dr. Félix Navarre, reunidos sus fundadores precisamente en el Hospital de Allen³⁷. El sector profesional médico, no obstante, tendrá que esperar a mediados de la década de 1950³⁸, en pleno auge de la provincialización, para la constitución definitiva de su organización gremial con carácter permanente.

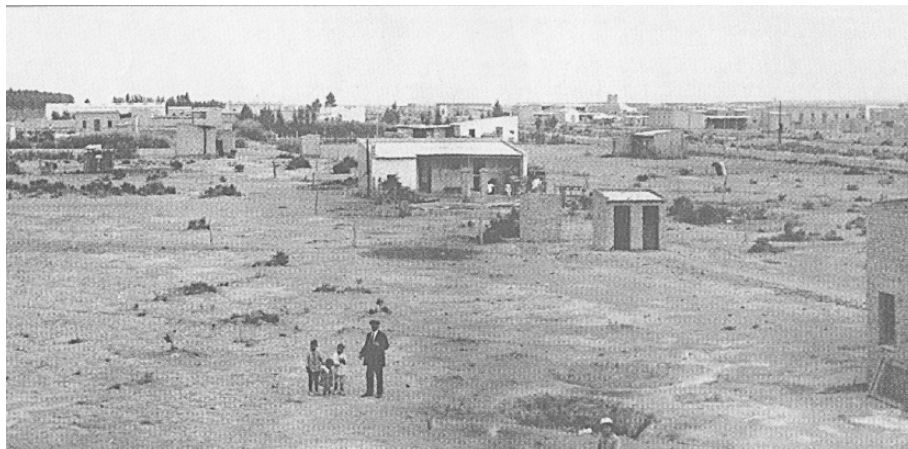
ticamente todos los que se impusieron por las potencias del Eje durante su ocupación del continente en la Segunda Guerra Mundial. Mussolini — también conocido como el *Duce*— pasó de ser el número 3 en el escalafón del Partido Socialista Italiano y dirigir su rotativo *Avanti!*, a promover el fascismo dentro de Italia. Durante su mandato estableció un régimen cuyas características fueron el nacionalismo, el militarismo y la lucha contra el liberalismo y contra el comunismo, combinadas con la estricta censura y la propaganda estatal. Mussolini se convirtió en un estrecho aliado del canciller alemán Adolf Hitler líder del Nazismo, sobre quien había influido.

³⁵ **Década Infame:** Se conoce como la *Década Infame*, en la Argentina, el período que comienza el 6 de septiembre de 1930 con el golpe de Estado cívico-militar que derrocó al Presidente Hipólito Yrigoyen y finaliza el 4 de junio de 1943 con el golpe de Estado militar que derrocó al presidente Ramón Castillo. El nombre le fue dado por el historiador José Luis Torres. Con el contexto mundial de la Gran Depresión, al comienzo, y luego la Guerra Civil Española (1936-1939) y la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), la etapa se caracterizó por el fraude electoral sistemático, la represión a los opositores, la proscripción de la Unión Cívica Radical y la corrupción generalizada.

³⁶ Balmaceda, R. Diario *Río Negro*. 11/09/1999

³⁷ Diario *Río Negro* 7/12/1939

³⁸ Revista *Comahue Médico*. N° 85. (Colegio Médico Gral. Roca) Pág. 23.



**Pueblo de
General Roca
en 1914
(foto diario
Rio Negro)**

En cuanto a la heterogeneidad de jurisdicciones y dependencias de organismos de Salud, que se superponían en sus funciones en todo el territorio nacional, será el gobierno de Juan D. Perón, a través del Dr. Ramón Carrillo, responsable de unificar y centralizar la actividad, creando la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en 1946, luego primer Ministerio de Salud Pública de la Nación, que él mismo conducirá. Gesta el “sanitarismo” como nueva concepción y modelo institucional de salud, preventiva, social y comunitaria, superadora del “higienismo”, siguiendo tres ejes centrales: la Medicina Asistencial de la relación médico-enfermo, la Medicina Sanitaria: enfermo-médico-Estado y la Medicina Social: enfermo-médico-Estado-comunidad. Desoyendo parte de las recomendaciones tecnocráticas de la OMS, construye una modalidad de trabajo que parte de la realidad social argentina, descentralizando planes, programas y recursos para llegar a las áreas rurales más remotas, creando figuras aún vigente como la del agente sanitario rural, los centros de salud, la regionalización y una arquitectura hospitalaria. Con él se ampliará notablemente la capacidad instalada del sistema sanitario en más de 40.000 camas en todo el país, en demostración de una clara política de expansión del sistema estatal y centralidad en su conducción y regulación. Las Obras Sociales recibirán un fuerte apoyo estatal, promoviendo la seguridad social y el financiamiento indirecto del sector privado. La Salud Pública cobra una nueva dimensión social y política para la

vida cotidiana de los argentinos, con un dinamismo y alcance antes nunca alcanzado.



En el centro de la fotografía, el Dr. Ramón Carrillo (1906-1956), médico sanitarista argentino

La década del '40 en Río Negro implicará cambios significativos en el orden económico, derivados de las políticas proteccionistas oficiales, de comercio exterior y la apertura de nuevos mercados. Estos cambios repercutirán sensiblemente en la producción frutícola, principalmente, desaparecida la influencia británica, propiciando el desarrollo de capitales regionales, la constitución de burguesías locales sostenidas en la modernización del proceso de producción y cierta movilización social que en el campo de la salud darán lugar a la instalación de las primeras clínicas de atención en el sector privado y el incremento del número de profesionales de la Medicina.

En 1940, estadística elaborada por Di Liscia³⁹ en base al Boletín Sanitario de la Dirección Nacional de Higiene acerca de instituciones y profesionales sanitarios en los Territorios Nacionales, muestra aún diferencias a favor de Río Negro en relación con la infraestructura sanitaria neuquina. Río Negro registra: 50 médicos, 1 Hospital nacional, 1 Municipal y 2 de Beneficencia (Allen, Bariloche), 6 salas de Primeros

³⁹ Di Liscia, María Silvia. Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización en Argentina. 1870-1940. Signos Históricos, núm.13, enero-junio 2005.

CAPÍTULO 1

Auxilios, 1 Asistencia Pública, 12 Servicios Sanitarios con un total de 196 camas, para una Población de 128.190 habitantes. Neuquén, por su parte, contaba con 15 médicos, 3 Hospitales Nacionales, 1 Sala de Primeros Auxilios, 3 Asistencias Públicas, 7 Servicios Sanitarios y un total de 71 camas para una población de 69.640 habitantes, según la misma fuente, tenían el Territorio en el año 1936.

La Ley 14.408 de 1955 crea las provincias patagónicas, entre ellas Río Negro, que en ese momento reunía más de 160.000 habitantes, nombrando como Comisionado Nacional a Emilio Belenguer. El golpe de Estado de 1955 lo desplaza, siendo reemplazado por un gobierno de facto que quitará de la escena política al peronismo por muchos años, con su proscripción, aunque no logrará eliminar su influencia. En 1957, Río Negro sanciona su propia Constitución bajo la conducción del radicalismo, adquiriendo *status* jurídico pleno como provincia. A partir de allí, se irán configurando las distintas instituciones y organismos del Estado provincial, que le otorgarán perfil propio.

Comenzará una nueva etapa institucional de inclusión y participación política, aunque el cambio no será vivido de manera abrupta, como se podría pensar después de tantos años de espera, debido a que en tan largo período de vida comunitaria y vecinal lejos de los centros de poder central, no dejaron de constituirse nuevos espacios sociales, instituciones, grupos, clases sociales y problemas, que serán el basamento real de partida para todo proyecto futuro. En este escenario fue surgiendo el subsector privado, el subsector público y el sector de los seguros sociales de salud, que aparecieron incluso antes que la formación del Sistema Provincial de Salud. Las características centrales de éste, conflictividad y capacidad de resolución de las dificultades, habrá que buscarlas necesariamente en la trama compleja de los procesos de desarrollo social e histórico precedentes y en el posterior proceso institucional de provincialización. A la definición de las características que asumirá el flamante Consejo Provincial de Salud Pública que surgirá en 1958, concurrirá la historia como testigo encubierto a desentrañar.

Conclusiones












Si la historia social reciente de la medicina en la región patagónica merece una atención especial por sus implicancias sociales, económico-productivas, culturales y políticas, la historia de la Medicina del período territorialiano de construcción e instalación efectiva del Estado-Nación, de construcción de la nacionalidad y del mundo social en contextos multiculturales, realizada sobre la base de políticas y acciones cruentas propias de un modelo histórico de país, tendrá que ganar su lugar para servir a la comprensión y explicación necesarias a la génesis del campo de la salud.

El Higienismo como modelo y concepción de salud predominante a lo largo de casi todo el período previo a la provincialización se enfrenta a un mosaico de culturas que ofrecen resistencia a su dominio de variadas formas. La aplicación de esta noción de salud y el establecimiento legítimo de la profesión ante las tradicionales formas de curar que existían en los territorios nacionales, no se dará dócilmente y sin conflictos. Posterior al esquema higienista hará su paso el Sanitarismo, que le corresponderá avanzar en medio de esa historia previa, una vez que estuviesen afianzadas objetiva y subjetivamente las instituciones y organizaciones de salud. Ambos modelos son referencias excluyentes en el análisis del comportamiento social y desarrollo de la Medicina y de los sistemas de salud locales y regionales.















En este aspecto, se hace necesario recalcar la labor realizada por el Dr. Cabred, no solamente por sus aportes científicos en el campo de la psiquiatría, cosa absolutamente incuestionable, sino también por su importante rol como médico-sanitarista, penetrando en cada uno de los rincones de la Argentina territorial olvidada. Por último, es hora reconsiderar este período de la historia de los sistemas de salud, anterior a la década del 40 que, aunque subestimado por la historiografía regional, coloca a la actual ciudad de Allen, en un lugar esencial en el diseño del mapa de la salud de la Patagonia y de la Argentina destacándose las ventajas geográficas y de cobertura regional que implicaba instalar un centro asistencial de aquella magnitud.

General Roca, diciembre de 2012.


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  **Balmaceda, Roberto.** Diario *Río Negro*. 27/02/94; 11/09/1999; 25/06/2005.
-  **Bandieri, S.** *Ampliando las fronteras: la ocupación de la Patagonia*. En: Lobato MZ (Dir.) *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Bs. As., Sudamericana, 2000.
-  ----- *Historia de la Patagonia*. Bs As: Sudamericana, 2005.
-  **Bisang y Cetrangolo.** *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*. Santiago de Chile. CEPAL. Serie de Reformas de Política Pública 47. 1997.
-  **Bellmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A.; Quiroga, H.** *Las Instituciones de Salud en la Argentina, desarrollo y crisis*. Bs. As., Sec. de Ciencia y Técnica, 1987.
-  **Bellmartino, S.** *La Atención Médica en el siglo XX. Instituciones y Procesos*. Siglo XXI, Bs. As., 2005
-  **Bunge, Augusto.** *Las conquistas de la higiene social*. Informe, Tomo I. Buenos Aires, Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional, 1910.
-  **Cabred, Domingo.** *Discursos pronunciados con motivo de la colocación de la piedra fundamental de los asilos y hospitales regionales en la República Argentina (Ley 4953)*. Bs As: Talleres Gráficos J. Weiss y Preusche, 1918.
-  *Discursos sobre asilos y hospitales regionales en la República Argentina*. Bs. As, 1918.
-  Diario *Río Negro*: 01/01/1918; 06/03/1919; 01-01-1925; 04/02/1926; 4/11/1926; 10/03/1927; 7/12/1939;
-  **Di Liscia, María Silvia.** *Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización en Argentina. 1870-1940*. Signos Históricas, núm.13, enero-junio 2005. *Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del XIX y principios del XX)*. *Entre pasados*. Revista de Historia. 2008; XVIII (33): 49-69. *Reflexiones sobre la "nueva historia" social de la salud y la enfermedad en la Argentina*. En: Carbonetti A.; González Leandri R., Editores. *Historias de salud y enfermedad en América Latina*. Córdoba. 2008. Di Liscia, M.S. y Salto, G. (ed.) *Higienismo, educación y discurso en la Argentina, 1870-*

1940. Santa Rosa, EDULPAM, 2004.

-  **García, Juan César.** *Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930.* Educación médica y salud · Vol. 15, No. 1. 1981.
-  **Giménez, Gilberto.** *La Sociología de Pierre Bourdieu.* UNAM San Andrés Totoltepec, Junio de 1997.
-  **Isuani, Ernesto.** *Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina.* Biblioteca Política Argentina. Centro Editor América Latina. 1985.
-  **Iuorno, Graciela; Crespo, Edda (Coord.).** *Nuevos espacios nuevos problemas. Los Territorios nacionales.* Neuquén Univ. Nac. del Comahue. Centro de Estudios de Estado Política y Cultura. 2008.
-  **Katz, Jorge; Muñoz, Alberto.** *Organización del Sector Salud "Puja Distributiva y Equidad"* Bs. As., Bib. Univ. CEAL: CEPAL, 1988.
-  **Magnanini, N.** *La higiene en los territorios nacionales del Sur.* [Material de archivo] *Anales del Departamento Nacional de Higiene.* 1911; XVIII: 24-36,49-58. Bs. As., Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
-  **Mainetti, José Alberto.** *La medicalización de la vida.* Electro-neurobiología/ Vol.14/ 2006.
-  **Manzanal, Mabel.** *Lo aparente y lo real en la estrategia de desarrollo económico en la provincia de Río Negro.* 1958-1964. Rev. Interamericana de Planificación N° 53 SIAP 1980.
-  **Marx, Karl.** *El 18 Brumario de Luis Bonaparte.* Buenos Aires, Pluma y Papel Ediciones. 2003.
-  **Navarro Floria, P.; Nicoletti, M.A.** *Río Negro. Mil voces en una Historia.* Ed. Manuscritos Libros. 2001.
-  **Oszlack, Oscar.** *Formación Histórica del Estado en América Latina.* Bs. As., Estudios Cedes, 1986.
-  ----- *La Formación del Estado Argentino. Orden, Progreso y Organización Nacional.* Bs As. Ariel, 2004.
-  **Pagano, O. Adalberto T. Pagano, una pasión rionegrina.** General Roca, Río Negro: UNComahue; 2004.
-  *Revista Comahue Medico.* Ed. N°85. Colegio Médico de General Roca.

CAPÍTULO 1

-  **Rosen, G.** *De la Policía médica a la Medicina Social. Ensayos sobre historia de la atención a la salud.* Siglo XXI Editores, Bs. As. 1985.
-  **Sánchez, Norma I.** *La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943).* SCA. Bs. As., 2007.
-  **Testa, Mario.** *La Salud en América Latina.* Fondo de Cultura Económica. Bs. As., 1985.
-  **Torrado, Susana.** *Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870-2000).* 1° Bs. As., Edic de la Flor, 2003.
-  **Vapnarsky, C.** *Pueblos del Norte de la Patagonia 1779- 1957.* Ed. de la Patagonia. Bs. As. 1983.
-  **Veronelli, Juan Carlos; Veronelli Correch, Magalí.** *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina.* OPS. 2004
-  **Viñas, David.** *Indios, Ejército y Frontera.* Siglo XXI Editores. 1983.

ACTIVIDADES

Sistema de salud argentino



Definición de **sistema de salud**: _____

Conformación del sistema de salud argentino: _____

Explica la siguiente afirmación:

“La estructura y dimensión del SISTEMA DE SALUD argentino (...) es resultado de la relación Estado - sociedad civil.”

Registra los cambios que se producen en el sistema de salud argentino cuando se pasa de una etapa a otra y qué implican.

1. De la etapa fundacional al Protomedicato: _____

2. Del Protomedicato a la época de la Independencia (ppios. siglo XIX):

CAPÍTULO 1

3. De la época de la Independencia al higienismo: _____

4. Del higienismo al sanitarismo: _____

Caracterizar el **higienismo**: _____

Caracterizar el **sanitarismo**: _____

Cuadro comparativo de los dos modelos de Escuela de Medicina que se presentaban a fines del siglo XIX. Explica la diferencia entre ellos:

modelo anátomo-clínico	modelo clínico-fisiopatológico

Elabora un esquema que presente las características de los tres modelos de seguridad social que se establecen en el mundo en el siglo XX y comenta cuál adopta la Argentina:

Elabora un cuadro que represente sintéticamente los antecedentes del Sistema de Salud en Argentina. Considera el esquema que sugerimos o propone otro:

Etapa (/fecha)	Sistema de salud y sus características	Características del mundo social

Sistema de salud en Río Negro

Síntesis de las características del sistema de salud en Río Negro:

etapa territorial 1884-1955	
etapa provincial 1955 en adelante	

GUÍA DE ESTUDIO

Estudia este texto (como todos los textos) con lápiz y papel. Esta guía pretende ayudarte a trabajarlo y a extraer lo principal, esperamos que te sea de utilidad. Prepará entonces lapicera y hojas borrador (escribí en una sola carilla, para evitar lo engorroso que es dar vuelta las hojas para estudiar).

Introducción.

Empezamos a considerar datos generales que nos van a orientar en la lectura de todo el texto: nos anoticia sobre la perspectiva desde la que el autor analiza el tema.

- Este texto aborda el tema desde una perspectiva de análisis concreta. **¿Cuál es?**
- Conocer esta perspectiva y las ideas que la sustentan es fundamental para leer cualquier texto con la comprensión y la profundidad necesarias para que su lectura nos sea provechosa. Leé la introducción y resumí esas ideas con tus propias palabras.
- Finalmente, todo texto bien escrito expresa en la Introducción cuál es su propósito. Escríbelo en una sola línea.
- Ahora lee y estudia el texto teniendo en cuenta todo el tiempo lo que escribiste aquí.

Antecedentes del sistema de salud argentino.

En cualquier resumen, es conveniente copiar las **definiciones** que aparezcan en el texto e identificarlas con un recuadro o con un sombreado de color, porque se estudian de forma diferente al resto del texto. También es productivo copiarlas en hojas aparte, a modo de “diccionario personal”, para volver a verlas cada vez que lo necesitas. (Por ejemplo, cuando repasas para un examen y te formulas posibles preguntas, una puede ser: “¿Qué es un sistema de salud?”, a la que vas a responder con lo que hayas copiado del texto. Si no acuerdas, vuelve a esas hojas para estudiarla mejor.)

- Copia la definición de **sistema de salud** que da el texto.
- ¿De la relación entre qué entidades surge el sistema de salud?
- ¿Te animas a decir (piénsalo y escríbelo) por qué están

involucradas estas entidades y de qué manera?

- Completa el siguiente cuadro, que resume la conformación del sistema de salud en Argentina.

<p>Sistema de salud mediado por _____ implica _____ Se conforma sobre la base de _____ _____</p>
--

Ahora bien, si solo te quedas con esto, puede ocurrir que te lo olvides pronto y este trabajo no te va a servir para rendir un parcial o el final, porque simplemente estás copiando del texto sin reflexionar. Te sugerimos que te expliques a vos mismo/a qué se está diciendo ahí. En esta oportunidad, te damos una ayuda, pero de aquí en adelante lo tienes que resolver solo/a. Vamos a usar una **técnica** (desarticulación de oraciones complejas) que te puede servir para cualquier otro texto, tenla en cuenta.

Las primeras dos líneas del cuadro pertenecen a una sola oración del texto, cuya lectura puede resultar engorrosa, lo que dificulta nuestra **comprensión**:

“Mediado por el sistema político receptor de expectativas y demandas, implica decisiones políticas a lo largo de su historia.”

Tenemos que desarticularla para rearmarla de manera más fácil. El proceso puede llevar varios pasos, depende de la complejidad de la oración, por lo que es conveniente realizarlo en hoja aparte e incorporarla al resumen una vez que esté resuelta.

<u>Mediado por el sistema político / receptor de expectativas y demandas...</u>	
↓	↓
¿quién/qué?	¿quién/qué?
<i>el sistema de salud</i>	<i>el sistema político</i>

CAPÍTULO 1

1. El sistema de salud está mediado por el sistema político.
2. El sistema político es receptor de expectativas y demandas.

...implica decisiones políticas a lo largo de su historia.



¿quién/qué?

el sistema de salud

3. El sistema de salud implica decisiones políticas a lo largo de su historia.

El primer paso fue extraer, de esa oración que nos resultaba difícil de comprender, 3 oraciones más simples:

1. El sistema de salud está mediado por el sistema político.
2. El sistema político es receptor de expectativas y demandas.
3. El sistema de salud implica decisiones políticas a lo largo de su historia.

Ahora, ¿qué me están diciendo? Resolvamos cada una:

1. ¿Qué quiere decir que el sistema de salud está mediado por el sistema político? Tal vez la dificultad esté en el término “mediado”: busquemos alguna otra palabra (o más de una) que exprese lo mismo de manera más comprensible. Sugerimos:

El sistema de salud está *delineado / dirigido / articulado / conducido / diseñado / regido / guiado / orientado / encauzado / establecido / influido / arbitrado* por el sistema político.

2. A su vez, el sistema político *recibe (es receptor de) expectativas y demandas*, ¿de quién? De la gente, de la sociedad. Por ejemplo: cualquier reclamo con respecto a cualquier tema que involucre a la salud pública (campañas de vacunación, acceso rápido y gratuito a tratamientos de alta complejidad, etc.).

Aquí vendría muy bien relacionar esto con lo que se afirma en la oración anterior en el texto: que la forma que toma y tiene el sistema de salud deriva de la relación entre el Estado (que es el que decide las políticas) y la sociedad civil (que es la destinataria del sistema de salud y reclama y exige al Estado lo que necesita).

3. ¿Qué nos dice esta tercera oración? Otra vez tenemos que desplegar el sentido del verbo (implica):

El sistema de salud *involucra / enlaza / entraña / supone / conlleva / contiene / comporta* decisiones políticas a lo largo de su historia.

Después de este largo recorrido, si entendimos mejor qué se está expresando en esta oración, debemos ser capaces de reescribirla de otra manera. Por ejemplo:

a. Siguiendo el orden dado en el texto:

“El sistema de salud, **como** está articulado, dirigido, guiado por el sistema político (**que es el que** recibe las expectativas y demandas de la sociedad), contiene decisiones políticas (**tomadas por el Estado**) a lo largo de su historia.”

b. Cambiando el orden dado en el texto:

“El sistema político **toma** las demandas y expectativas de la sociedad **para elaborar** políticas de salud **que van delineando** el sistema de salud a lo largo de toda su historia.”

Una vez comprendida la idea, la escribimos en el resumen de la manera más simple y fácil de recordar posible y realizamos un nuevo cuadro (que va a reemplazar al anterior):

sistema de salud → delineado por (sistema político) decisiones políticas tomadas a lo largo de su historia

Ahora tendríamos que hacer lo mismo con la segunda oración del cuadro, pero vamos a resumir el proceso:

el sistema de salud

↑

Se conforma sobre la base de la expansión de los hospitales públicos, / el desarrollo del sector médico privado, / las acciones de ayuda mutua entre connacionales, / la incorporación de servicios de atención por parte de los sindicatos y / la expansión de las obras sociales.

<p>El sistema de salud se fue formando gracias a:</p>	<p>expansión de los hospitales públicos <i>la construcción de cada vez más hospitales públicos</i></p>
	<p>el desarrollo del sector médico privado</p>
	<p>las acciones de ayuda mutua entre connacionales <i>los integrantes de distintas colectividades se reunían y creaban instituciones destinadas a procurarles ayuda de distinto tipo (por ejemplo, la Asociación Española de Socorros Mutuos)</i></p>
	<p>la incorporación de servicios de atención por parte de los sindicatos <i>los sindicatos empezaron a atender la salud de sus afiliados (se crearon las obras sociales)</i></p>
	<p>la expansión de las obras sociales</p>

(Para comprobar cuánto más comprendiste y aprendiste con esta técnica, hacé el ejercicio de comparar lo que te había “quedado” con el primer cuadro y cuánto más te “quedó” luego de todo este trabajo.)

El nuevo cuadro quedaría así:

sistema de salud → delineado por (sistema político) decisiones políticas tomadas a lo largo de su historia

<p>El sistema de salud se fue formando gracias a:</p>	<p>expansión de los hospitales públicos <i>la construcción de cada vez más hospitales públicos</i></p>
	<p>el desarrollo del sector médico privado</p>
	<p>las acciones de ayuda mutua entre connacionales <i>los integrantes de distintas colectividades se reunían y creaban instituciones destinadas a procurarles ayuda de distinto tipo (por ejemplo, la Asociación Española de Socorros Mutuos)</i></p>
	<p>la incorporación de servicios de atención por parte de los sindicatos <i>los sindicatos empezaron a atender la salud de sus afiliados (se crearon las obras sociales)</i></p>
	<p>la expansión de las obras sociales</p>

O podríamos reescribir las oraciones para el resumen:

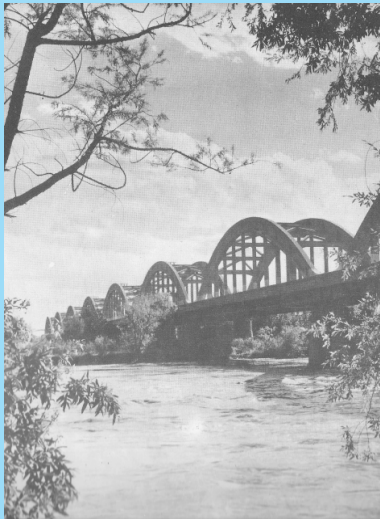
“Nuestro sistema de salud actual se fue delineando a través de distintas políticas públicas tomadas a lo largo de su historia. En este proceso, tuvieron incidencia la construcción de cada vez más hospitales públicos, el desarrollo del sector privado, las instituciones creadas por las colectividades en su ayuda mutua, la creación y expansión de las obras sociales de los sindicatos.”

Salud, sociedad y políticas en Neuquén: Cincuenta años de Sistema Público Provincial

Armando Calelesina⁴⁰

Marcela Debener⁴¹

Neuquén: del Territorio al Estado Provincial



Puente carretero Neuquén – Cipolletti.

Las dificultades que ocasionaba el cruce del río Neuquén en la balsa, obligó a la construcción de un puente peatonal y vehicular, inaugurado en 1937, como un símbolo de integración entre Neuquén y Cipolletti. El puente consta de nueve arcos sobre una estructura de hormigón armado.

⁴⁰ Armando Calelesina, Prof. Méd de las asignaturas “Atención Primaria de la Salud” (APS) 1 y 2 y “Relación Médico Paciente” (RMP), Fac. Cs. Médicas, UNComahue.

⁴¹ Marcela Debener, Mg y Prof. Docente a cargo de la cátedra de Medicina y Sociedad, Fac. Cs. Médicas, UNComahue.

CAPÍTULO 2

A mediados de siglo XX, la extensa frontera que conformaban las gobernaciones de los territorios nacionales se incorporaba al sistema de gobierno nacional como provincias autárquicas⁴² y autónomas⁴³ del sistema federal. El proceso –como se decía antes- se inicia a fines de los años cuarenta y se profundiza con la sanción de la Ley Nº 14.315, en la que se reconocía un sistema de gobierno electivo. El Art. 60º de la mencionada Ley establecía que las gobernaciones con medios económicos y medios sociales que permitieran su autonomía administrativa y de gobierno, que pudiesen atender las necesidades del régimen de justicia y educación, podían ser declaradas provincias⁴⁴. Los territorios nacionales de Formosa, Neuquén, Río Negro, Chubut y Santa Cruz no sólo cumplían con los requisitos del mencionado artículo sino que superaban ampliamente los 60 mil habitantes que estipulaba la Ley Nº 1532, de creación de los territorios nacionales. Finalmente, la Ley Nº 14.408, de 1954, establecía la provincialización de los territorios nacionales; tres años después comenzaba a funcionar en la ciudad de Neuquén la Convención Constituyente, que sería la encargada de promulgar la primera Constitución provincial, que entró en vigencia en 1958.

⁴² autárquica: (de auto-: por sí mismo, y -arquía: gobierno, dominio) que cuenta con recursos propios.

⁴³ autónoma: (de auto-: por sí mismo, y -nomía: conjunto de leyes, reglas) que tiene leyes propias (Constitución Provincial), independiente.

⁴⁴ En la República Argentina, las “provincias” son extensiones políticas y territoriales con facultad de dictarse su propia constitución y sus propias leyes en aquellas competencias que no han sido expresamente delegadas al gobierno federal, y elegir sus propias autoridades locales; es lo que se llama “autonomía”. En cambio, los territorios nacionales son extensiones territoriales que no gozan de autonomía, ya que su legislación local emana del poder central y su gobernador es elegido por el gobierno central. Llegado el caso, cuando se considera que dicha extensión cuenta con una población y recursos propios suficientes, se le confiere *status* provincial (es decir, autonomía). Actualmente, la República Argentina no tiene “territorios nacionales”. El último territorio nacional (Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur) fue instituido como provincia en 1990.

Las políticas desarrollistas⁴⁵ de la década de 1960

Desde la década de 1950, comenzó a existir un amplio consenso en la clase política nacional en pensar la modernización en términos de desarrollo económico. Las teorías desarrollistas de esa época sostenían que en los países subdesarrollados existían grandes capacidades económicas y sociales que no lograban desarrollarse debido a la falta de una intervención directa del Estado en la gestión y aplicación de políticas que alienten sectores claves de la economía. En este esquema, y en particular durante el gobierno del presidente Frondizi (1958-60), se buscó impulsar el desenvolvimiento de las industrias básicas⁴⁶, dotar de infraestructura en transporte, comunicaciones y energía y crear regiones productivas sobre la base del aprovechamiento de los recursos regionales. La producción petrolera se convirtió en un instrumento decisivo de la política económica del gobierno nacional para alcanzar el autoabastecimiento de combustible y continuar el proceso de industrialización. Al amparo de esta política, comenzaron a crearse un conjunto de instituciones nacionales encargadas de asesorar al Estado en la planificación del desarrollo, la distribución de

⁴⁵ El **desarrollismo** es una teoría económica referida al desarrollo y que sostiene que el deterioro de los términos de intercambio en el comercio internacional, con un esquema centro industrial-periferia agrícola, reproduce el subdesarrollo y amplía la brecha entre países desarrollados y países subdesarrollados. Como consecuencia de ese diagnóstico, el desarrollismo sostiene que los países no desarrollados deberían tener Estados activos, con políticas económicas que impulsen la industrialización, para alcanzar una situación de desarrollo autónomo.

⁴⁶ **industrias básicas:** son las industrias primarias, las que se dedican a la primera etapa de procesamiento de los recursos naturales, a los que se les incorpora mínimos niveles de valor agregado.

Utilizan grandes cantidades de materia prima y energía. Producen bienes semi elaborados para abastecer a otras industrias. Son: extractivas (minería), siderúrgicas (hierro y acero), metalúrgicas (todo tipo de aparatos, metales), petroquímicas (utilizan derivados del petróleo), química pesada (elaboran productos químicos indispensables para otras industrias). Algunos tratadistas económicos modernos consideran al sector agrícola como parte de las actividades extractivas.

Del libro *Síntesis del estudio preliminar para el desarrollo integral de la región del Comahue*, publicado por el Congreso Nacional en 1962.



la inversión pública, la técnica y la ciencia del país. De ello surgieron el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), el primero destinado a asesorar e investigar sobre la cuestión agraria, mientras que el segundo se centró en el campo de la industria. También en ese marco se creó el Consejo Federal de Inversiones (CFI), organismo confinado a evaluar el funcionamiento de las economías regionales, que se desempeñaba conjuntamente con el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), facultado para la planificación global y de los planes de desarrollo. En este esquema, sobresale la idea de considerar que los esfuerzos de industrialización debían concentrarse en determinados lugares llamados “polos de desarrollo”, que servirían de centros desde donde se difundirían las fuerzas dinámicas de la expansión. La política nacional aplicada en Patagonia buscaba implementar, a través de la promoción de distintas zonas, los polos de desarrollo antes descritos y, en ese marco de integración y articulación regional, se pensó la “**Región Comahue**”, comprendida básicamente por las provincias de Río Negro y Neuquén. Viene al caso hacer mención de que, en dicho contexto, el 15 de junio de 1971, conservando este espíritu de articulación de la sociedad regional, el Poder Ejecutivo Nacional sancionó la Ley N° 19.117 de creación de la **Universidad**

Nacional del Comahue y en marzo de 1972 se llevó a cabo el acto mediante el cual la provincia de Neuquén y la provincia de Río Negro transferían Facultades, Escuelas e Institutos a la nueva Universidad.

La salud y el rol del Estado en la nueva provincia de Neuquén

Con una fuerte presencia en la esfera económica y social y una marcada tendencia a concentrar el poder político en manos del Poder Ejecutivo, la política del Estado provincial neuquino se dirigió a cumplir el rol de gestor del desarrollo. Acorde con los tiempos aquellos y con las definiciones que se daban desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se comprendía que la salud es un derecho y se construye como resultado de un complejo juego de condicionantes y determinantes biológicos, psicológicos y sociales, en un medio ambiente favorable. Estos determinantes y condicionantes marcan sustancialmente la capacidad de la persona, la familia y la comunidad, de obtener bienestar como expresión de la satisfacción de sus necesidades básicas y del logro de sus potencialidades. Es un componente básico para obtener el desarrollo global de nuestras comunidades y a su vez es uno de los beneficios y resultados del desarrollo social. El Estado asumía el rol de promotor de la salud, garante de este derecho, y se entendía que debía cumplir con ambos. Uno de los grandes problemas heredados de la etapa anterior tuvo que ver con el fuerte déficit y atraso sanitario que, aunque se habían instalado hospitales regionales (y existían establecimientos privados), la demanda de servicios aumentaba conjuntamente con el crecimiento poblacional.

Los problemas más graves y frecuentes se vinculaban a la cuestión social, económica y a la insuficiente atención. Los reiterados accidentes de trabajo, causados principalmente por las actividades mineras, petroleras; las lesiones del trabajo rural y las condiciones de un medio económicamente hostil, con casas ranchos donde existía una elevada exposición a afecciones para el recién nacido y su madre, se reflejaban en la alta tasa de mortalidad de la población, sobre todo la infantil.

Hospital Dr. Ramón Carrillo, Junín de los Andes.



En este contexto sanitario, unos de los primeros objetivos del Estado provincial fue el de atender las enfermedades del aparato respiratorio, las parasitarias y el de disminuir la mortalidad infantil. En correspondencia con el paradigma⁴⁷ desarrollista, en 1960 se

⁴⁷ **paradigma:** El término paradigma se origina en la palabra griega *pará-deigma*, que a su vez se divide en dos vocablos: *pará* (“junto”) y *deigma* (“ejemplo”, “patrón”). Originariamente significa patrón, modelo. El filósofo y científico Thomas Kuhn dio a paradigma su significado contemporáneo cuando lo adoptó para referirse al conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico. Los métodos científicos permitirían a los científicos ortodoxos investigar muchos fenómenos que pueden resultar contradictorios o contrastantes con el modelo estándar. Michel Foucault usó los términos epistemológico, discursivo, mimesis y taxinomial, para aspectos del paradigma en el sentido original dado por Kuhn. Probablemente el uso más común de paradigma implique el concepto de “cosmovisión”. Por ejemplo, en Ciencias Sociales, el término se usa para describir el conjunto de experiencias, creencias y valores que afectan la forma en que un individuo percibe la realidad y la forma en que responde a esa percepción. Debe tenerse en cuenta que el mundo también es comprendido por el **paradigma**, por ello es necesario que el significado de paradigma es la forma por la cual es entendido el mundo, el hombre y, por supuesto, las realidades cercanas al conocimiento. Un “paradigma dominante” se refiere a los valores o sistemas de pensamiento en una sociedad estable, en un momento determinado. Los paradigmas dominantes son

crea la Dirección de Salud Pública Asistencial y Previsión Social, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia, desde donde se concebía a la salud como “una inversión social”. El peligro de enfermedades como el sarampión, infecciones perinatales y parasitarias del aparato respiratorio, sumado a las precarias condiciones en las que se producían los nacimientos, eran una amenaza para el progreso y el desarrollo económico, en especial en el sector rural.

Aún en la década de 1970, los elementos que caracterizaban la situación de salud provincial seguían mostrando un enorme déficit en la alta mortalidad general e infantil, incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, respiratorias y diarreicas; elevado número de muertes sin atención médica y por causas mal definidas; existencia de enfermedades endémicas con elevadas incidencias y prevalencias (hidatidosis, tuberculosis); escasez de servicios de salud (inexistentes en muchas áreas del interior); escasez de personal de salud, con elevados porcentajes de personal empírico en enfermería (82% de empíricas en 1970); alto número de partos domiciliarios, sin atención médica y sin control durante el embarazo; carencia de normas de atención, supervisión y evaluación; falta de integración de los efectores entre sí y con el nivel central; atención únicamente de la demanda espontánea, con acciones de recuperación y casi sin actividades de promoción y protección; muy escasa participación del sector salud en el saneamiento básico del medio ambiente, a pesar de los serios problemas existentes en tal sentido.

Con la intención de mejorar el estado general del sector, se tomó la decisión política de asignar a la salud el carácter de prioridad fundamental, incorporándola como punto central en los planes de desarrollo del gobierno provincial, de manera de apoyar con los recursos necesarios. Se planteó una **organización sectorial** basada en el **reordenamiento del nivel central, la zonificación y la integración de todos los efectores**⁴⁸ oficiales, con aplicación del principio de normatización central y descentralización ejecutiva.

compartidos por el trasfondo cultural de la comunidad y por el contexto histórico del momento.

⁴⁸ **efectores:** (Del lat. *effector*, *ōris*: que produce efecto).

CAPÍTULO 2

Se implementó la extensión de cobertura de la atención médica a toda la población y se incorporaron conceptos de **administración de salud** (determinación de prioridades, programación, uso racional de recursos, evaluación, etc.) en todos los estratos del sector. Para abordar las prioridades en salud, determinadas por la magnitud y vulnerabilidad de los problemas, se readecuaron los efectores para la atención de la demanda. Ello comprendió su ordenamiento por niveles de complejidad crecientes, con asignación -a cada uno de ellos- de “**áreas programáticas**” donde desarrollar sus actividades. También se crearon y ampliaron hospitales, consultorios periféricos periurbanos; se equiparon centros y establecimientos y puestos sanitarios en zonas rurales con incorporación de personal, de acuerdo a las prioridades, y se capacitó al personal del sector y a los agentes locales con saberes empíricos. En la formación de recursos humanos, se privilegiaron originalmente dos disciplinas:

Intensa capacitación para el personal de enfermería y médico.



la especialidad en Medicina General, a través de una residencia que funciona desde 1974, y actualmente la Residencia de Medicina General se desarrolla en los Hospitales Bouquet Roldán (ciudad de Neuquén) y Zapala; mientras que en el Hospital Provincial Neuquén (hoy Castro Rendón) se dictan Residencias lineales en clínicas básicas: Traumatología, Anestesiología, Psiquiatría y Bioquímica.

También se reforzó el área de capacitación de Enfermería con la creación de la Escuela Superior de Enfermería en 1985 y, desde entonces, se han realizado cursos anuales para formación de Auxiliares de Enfermería, merced a lo cual se pudo erradicar algunas prácticas nocivas. Como es de suponer, en el marco de esta política de atención, en las áreas rurales también exigió la formación de agentes sanitarios. La atención materno infantil (control de la embarazada y del niño menor de dos años, según normas; atención institucional del parto; asistencia alimentaría con leche en polvo a los grupos bajo control) fue primordial en esta política de salud. También lo fue la inmunización que se implementó siguiendo normas nacionales, por medio de un programa regular permanente en toda la provincia y se reforzó con operativos nacionales. Se realizaron controles: a) de tuberculosis (búsqueda de casos, tratamiento según normas, control de contactos, vacunación BCG); b) odontológico programado del escolar, del vector transmisor de la enfermedad de Chagas, de la hidatidosis y c) saneamiento básico del medio ambiente.

Los resultados de la aplicación de la política de salud fueron altamente favorables a corto plazo y se mantuvieron con esa característica a lo largo de los años, aún con cambios de gobierno y del marco general de profundo decaimiento socioeconómico del país de los últimos años. El escritor médico Aldo Neri, en su libro *Salud y Política Social*⁴⁹, decía:

“Neuquén llevó a cabo desde 1970 un proyecto innovador y ejemplar, fruto de una buena administración y de alerta sensibilidad política que aplicó sin temor ideas progresistas y modernas y que, por su solidez, resistió los embates de las crisis institucionales mayores desencadenadas en el segundo lustro de la década del 70.”



Los principales fenómenos que muestran el impacto que se obtuvo sobre la salud de los habitantes de la provincia fueron el descenso de los indicadores de mortalidad; la reversión del peso relativo de las muertes por causas agrupadas, apuntando a la estructura observada

⁴⁹ Neri, Aldo, *Salud y política social*, Hachette-1982

CAPÍTULO 2

en pueblos con mayor nivel de desarrollo y a la casi desaparición de las enfermedades inmunoprevenibles. En los últimos 30 años, se han controlado, en buena medida, las enfermedades transmisibles y aquellas más vulnerables, sobre todo en los niños, emergiendo ahora una patología de menor vulnerabilidad (accidentes y cáncer), situación vinculada con las acciones de salud y el desarrollo y con el cambio de la estructura de la población, con aumento del grupo de personas de mayor edad.

De alguna manera, los años setenta resultaron ser la primavera del sector salud en el marco de políticas estatales. Se pusieron en marcha planes sanitarios tendientes a dar una respuesta a este tipo de amenazas y se realizaron programas de planificación en el área de Salud Pública, dando origen al Plan de Salud Provincial. En este marco, y con el asesoramiento de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), se impulsó un trabajo de prevención y erradicación de las enfermedades más frecuentes, como la tuberculosis y la hidatidosis, y se atacó de lleno las causas de mortalidad infantil. El Operativo THiM (Programa Sanitario Preliminar de Acción contra la Tuberculosis, Hidatidosis y Mortalidad Infantil) se convertía en la primera etapa de la formulación de un Plan de Salud. El territorio de la provincia fue dividido en regiones o zonas sanitarias, en las que se nombraba a un administrador responsable, que era el encargado de la articulación y distribución de los recursos. Este sistema sentó las bases del funcionamiento, la política sanitaria se profundizó con la implementación del Plan de Salud Rural, que contemplaba una innovadora estrategia que trascendía la atención en el centro hospitalario, acercaba al médico al paciente en su propio medio social y familiar.

Organización general del Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén

Armando Cala Lesina



En el año 2013 el hospital Eduardo Castro Rendón de Neuquén cumple su primer siglo de vida. Comenzó a funcionar como Hospital Neuquén, en una casa ubicada en Láinez y 12 de Septiembre y desde 1984 se denomina “Doctor Eduardo Castro Rendón” en homenaje al médico que lo dirigió durante dos décadas e impulsó, en 1937/40, la construcción del actual edificio en la esquina de Talero y Buenos Aires de la ciudad de Neuquén. Toma de la Sala de Primeros Auxilios de Neuquén en los años 60.

A partir de la provincialización, tal como se ha descrito antes, progresivamente se fue armando el **sistema provincial de Servicios de Salud**, integrado por los recursos de tres subsectores de atención médica: público, privado y de obras sociales.

CAPÍTULO 3

El **subsector público** cubre la totalidad de las localidades de la provincia, a través de hospitales y centros de salud, así como a las comunidades rurales, por medio de puestos sanitarios y/o visitas periódicas desde el hospital de referencia. En muchas localidades del interior de la provincia (en el 75% de la superficie), es el único prestador de servicios con internación. Los subsectores privado y obras sociales han localizado sus efectores con internación en las ciudades de mayor concentración poblacional: Neuquén, Centenario, Plottier, Cutral Co, Plaza Huincul y Zapala y existen centros médicos ambulatorios y consultorios particulares en algunas localidades del interior provincial.

En 1970, se formuló una programación de actividades cuyos lineamientos conservan aún plena vigencia y se organizó un sistema de servicios, iniciando un proceso cuya dinámica se ha mantenido, merced a su ratificación por los sucesivos gobiernos jurisdiccionales. La programación de actividades pone énfasis en la promoción y protección de la salud, la atención médica básica y el saneamiento del medio. Además de la modalidad tradicional de la asistencia hospitalaria a través de consulta e internación, se mantiene atención en centros de salud ambulatorios (urbanos) y se efectúan visitas a los pobladores rurales, como se mencionó anteriormente, por parte de médico, odontólogo, agente sanitario y otros integrantes del equipo de salud.

El sector público de la salud: organización sectorial

El subsector público provincial comprende un nivel central normativo, fiscalizador y de conducción general, y una red integrada por los establecimientos prestadores de servicios. El nivel central es conducido por la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Seguridad Social, que ejerce función de conducción de las Jefaturas de Zonas Sanitarias. El equipo técnico de la Subsecretaría de Salud cubre las áreas de Salud Integral, Gestión de la Calidad y Administración, apoyadas por las áreas de Información y de Epidemiología.

El sistema responde a un modelo organizacional regionalizado e

integrado, a través de una red de establecimientos escalonados en niveles de complejidad creciente, agrupados en Zonas Sanitarias, para lo cual se divide el territorio en Áreas Programáticas locales, bajo la administración de una **Zona Sanitaria**. Esta última es responsable del funcionamiento de los Servicios de Salud de su área y está capacitada para articular el funcionamiento de los recursos. El Sistema quedó integrado por seis Zonas Sanitarias, incluyendo al Hospital Provincial Castro Rendón (Hospital Neuquén), que al depender directamente de la Subsecretaría de Salud, tiene el rango de una zona sanitaria más. En cada Zona, hay un Hospital Cabecera zonal, de mediana complejidad, con el cual se vinculan -a través de interconsultas y derivaciones- otros hospitales de baja complejidad, ubicados en localidades vecinas. Las características de los establecimientos se normalizaron según las pautas nacionales de la “Guía para la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por los niveles de complejidad”⁵⁰, que define el nivel teniendo en cuenta la diversificación de las actividades que realizan y el grado de diferenciación de sus servicios.

En cuanto a los **niveles de complejidad de los establecimientos**, debe entenderse que, en términos generales, los hospitales de baja complejidad (Nivel III) ofrecen atención médica indiferenciada a través de profesionales especialmente capacitados en Medicina General. En los servicios de mediana complejidad (Nivel IV), se incorporan las especialidades llamadas básicas: Pediatría, Obstetricia, Cirugía y Clínica Médica. En el hospital interzonal (Nivel VI) y en forma parcial en las cabeceras de zonas, se agregan las especialidades de Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología, además de algunas prácticas de diagnóstico más complejas. El hospital provincial (Nivel VIII) dispone de casi la totalidad de las sub-especialidades médicas, además de mantener actividades permanentes de docencia e investigación. Los hospitales de la provincia cuentan con atención odontológica, así como Radiología y Laboratorio, de acuerdo con su nivel de complejidad. A su vez, en algunas localidades hay **centros de salud**, que dependen del hospital local, asistidos diariamente por profesionales del mismo. En diferentes parajes de las áreas rurales

⁵⁰ Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, 1969

CAPÍTULO 3

existen **puestos sanitarios**, que están a cargo de agentes sanitarios que reciben visitas médicas y odontológicas periódicas, desde su hospital base.

La provincia cuenta con 29 hospitales (1105 camas), 71 centros de salud, 100 puestos sanitarios rurales (incluyendo lugares de visita periódica); además de 14 establecimientos con internación privados y de obras sociales (638 camas).

La **zona metropolitana** conduce los servicios de salud de la ciudad de Neuquén (con excepción del Hospital Provincial Neuquén), que comprenden al Hospital Bouquet Roldán, el hospital Horacio Heller y 17 centros de salud, todos ellos con un área programática asignada.

El triángulo que hacia el Este forma la provincia está atendido por seis hospitales: Centenario, Plottier, Senillosa, El Chocón, San Patricio del Chañar y Rincón de los Sauces, bajo la conducción de la zona sanitaria I, con asiento administrativo en la ciudad de Neuquén.

Hospital
zonal de
Cutral Có
y Plaza
Huincul,
nivel de
compleji-
dad VI.



El área centro sur de la provincia está atendida por tres hospitales: Cutral Co, Picún Leufú, y Piedra del Aguila y constituye la **zona sanitaria V**, con asiento administrativo en Plaza Huincul.

La **zona zanitaria III**, con cabecera en Chos Malal, atiende el cuadrante norte de la Provincia, con seis hospitales: Chos Malal, Tricao Malal, Andacollo, Las Ovejas, Buta Ranquil y El Cholar.

La **zona sanitaria IV** atiende el sector sur, con cuatro establecimientos: San Martín de los Andes, Junín de los Andes, Villa la Angostura y Las

Coloradas, con cabecera en San Martín de los Andes.

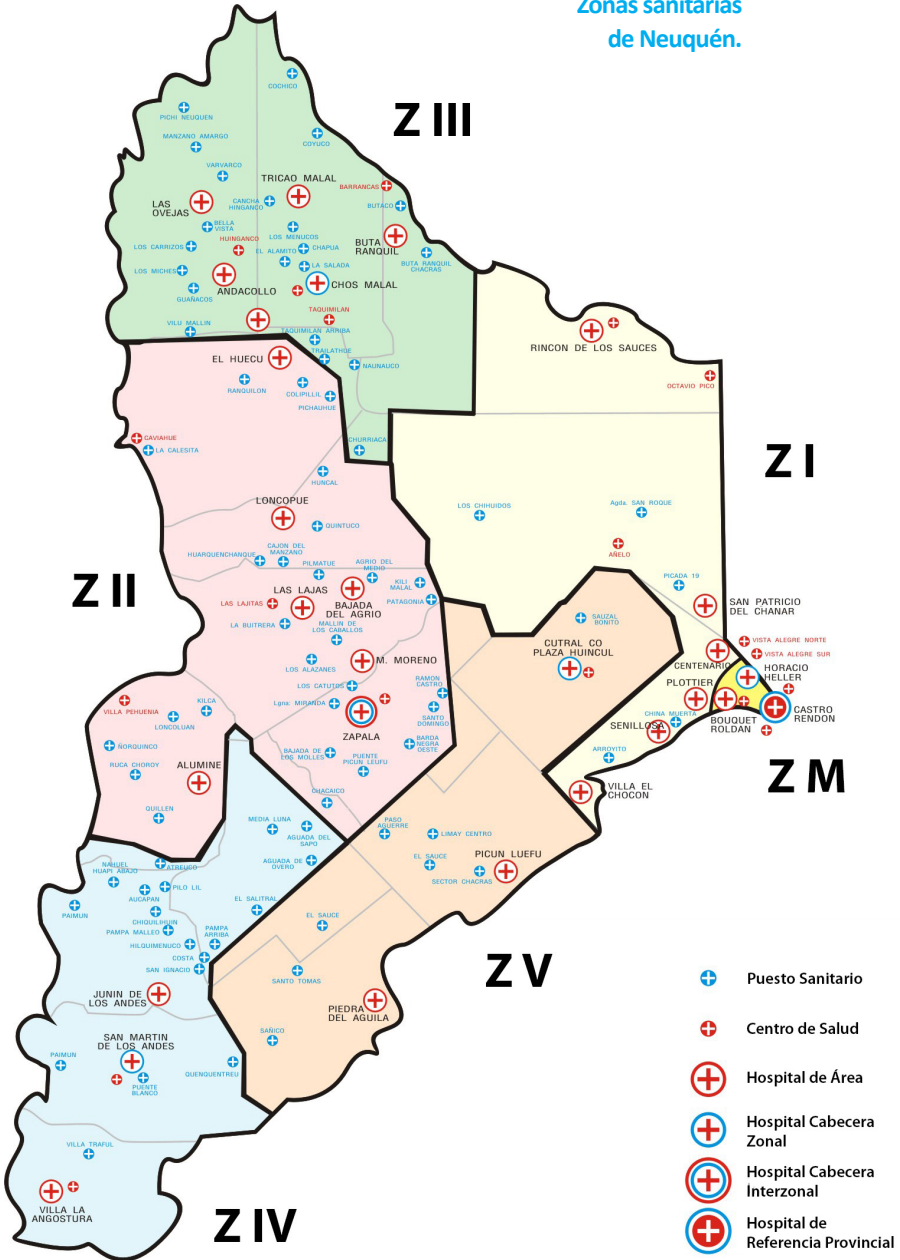
El sector oeste está atendido por siete hospitales dependientes de la **zona II**, con asiento en la ciudad de Zapala: Zapala, Mariano Moreno, Bajada del Agrio, Las Lajas, Loncopué, El Huecú y Aluminé.

Todos los hospitales, así como los puestos sanitarios (o Escuelas Rurales colindantes) están conectados por una red de radiocomunicaciones, existen teléfonos en todas las localidades y en algunos parajes rurales. Además, disponen del servicio de correo electrónico, vinculado con la Subsecretaría de Salud y, por su intermedio, con la Red Académica Nacional. Los hospitales recurren a sus ambulancias para las derivaciones por vía terrestre y, en caso de requerirse evacuaciones por vía aérea, el servicio es prestado por empresas particulares. En nuestra provincia, es histórico y tiene plena vigencia el liderazgo del Estado en garantizar el derecho a la salud de la población; sin embargo, dada las características actuales y los cambios en el perfil epidemiológico, se hace necesario recuperar y fortalecer la capacidad de las instituciones públicas para adecuar la organización del sistema a la nueva realidad social, de manera de plantear una verdadera reformulación de nuestros hospitales y del sistema de salud en su conjunto.

Indicadores sociales y sector salud al comenzar el nuevo siglo

La provincia de Neuquén, con una superficie de 94.078 km², presenta, según el censo nacional de 2001, una población cuya proyección es de 510.106 habitantes para el 2005; 254.870 varones y 255.236 mujeres. La densidad de población es de 5,4 hab. por km² y la tasa de crecimiento anual medio es de 19,1 por mil, 9 puntos por encima del valor país (sobre la base de los registros dados para el período 1991-2001). Si bien la provincia ha tenido un importante crecimiento poblacional, no fue el que se esperaba y se calculaba en los años 90. La estructura de la pirámide poblacional es de tipo pagoda, con base ancha, que disminuye rápidamente hacia el vértice. Corresponde a poblaciones jóvenes con alta natalidad. En los últimos censos, se observa un leve “ensanchamiento” en los estratos intermedios y un “achicamiento” de

Zonas sanitarias de Neuquén.



los dos estratos inferiores.

La tasa de natalidad es de 19,9 por mil, con valores similares en los últimos 3 años. La **edad media** de la población es de 28 años, la **mediana** es 50,5 años y el índice de envejecimiento es de 16,28 (hay 16 mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años). El índice de dependencia (de particular relevancia económica y social) es de 59,54, esto expresa que existen 59 personas que por su edad no son autónomas por cada 100 personas que supuestamente deben mantenerlos. La población menor de 15 años es de 32,1% (la ciudad de Neuquén presenta el menor valor, 30,5%, y la zona III, 35,3%, el mayor). Se mantiene un porcentaje de población menor de 15 años superior a la nacional (27,5 %) y levemente superior a la mundial (31,5 %) pero inferior a la media del continente (41,4 %). La población mayor de 65 años es de 4,8 % (los valores extremos son los correspondientes a la zona I, con 3,8%, y a la zona V, con 5,8%). Los mayores de 60 años son el 7,12 %, muy por debajo de los 13,31 % del país y de Cuba (13,97%) y de Canadá (16,88%), aunque es esperable que crezca en forma acelerada.

La tasa global de fecundidad para la provincia es de 2,69 con tendencia declinante, pero superior en 0,39 puntos a la nacional. El índice de Friz es de 161,54⁵¹, lo que determina un rango de población joven pero que está en el límite, próxima a ser considerada madura. La esperanza de vida al nacer, en Neuquén, ambos sexos, es en promedio de 71,39 (para los hombres de 68,3 y para las mujeres 74,77).

Los indicadores del cuadro de necesidades básicas insatisfechas (NBI), en los censos de población del entre siglo, arrojaban los siguientes porcentajes: 1980 = 33,9 %; 1991 = 19,1 % y 2001 = 15,5 %. La población bajo línea de pobreza (LP) era de 33,4% y bajo línea de indigencia (LI) = 12,3 %.

Numerosos asentamientos en zona metropolitana y zona I quedaron

⁵¹ **Índice de Friz** es una representación gráfica de datos demográficos.

Establece una medida para determinar la edad de una población: Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

CAPÍTULO 3

sin servicios de infraestructura y de salud. La población sin cobertura de seguridad social era, para el año 2004, del 48,7% y la tasa de mortalidad general, en 2005, fue de 4,5 por mil hab. Las primeras causas de muerte corresponden a tumores, enfermedades cardiovasculares e infecciosas y a causas externas. La tasa de mortalidad infantil provincial es del 8,9 por mil. La razón de mortalidad materna, en el 2005, es de 4,8 por diez mil nacidos vivos. La morbilidad⁵², según las causas de egresos, se debe a embarazo, parto y puerperio; enfermedades respiratorias, digestivas y externas. Siguen siendo problemas prevalentes la TBC, el VIH/Sida, la salud mental, lesiones, las enfermedades infecciosas (diarreas, respiratorias, coqueluche) y el bajo peso registrado en recién nacidos, con peso inferior a 2500 g, que representaban, para 2005, el 6,2% de los nacidos vivos.



⁵² **morbilidad:** (del latín *morbus*, enfermedad) es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. En el sentido de la epidemiología, se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población.

En cuanto a la organización global de los servicios de salud, podemos decir que la apertura de programas es demasiado vasta, algunos podrían ser “contenidos” de otros programas “mayores”. Aquellos que tienen que ejecutarse a través de los efectores, tienden a multiplicarse o fragmentarse en vez de funcionar a partir de un criterio más integral y unificado. El escaso desarrollo de diagnósticos y de programación local en las áreas de responsabilidad de los hospitales y los centros de salud sigue marcando una debilidad en el sistema.

Al momento actual, se mantiene la acción sostenida de actividades programadas comprendidas en el ordenamiento por niveles de complejidad crecientes con asignación a cada uno de ellos de “Áreas Programáticas”. También se ha continuado con una política de ampliación y creación de hospitales, consultorios periféricos y centros de atención, con infraestructura y equipamiento técnico. Parte de estas acciones la constituyen **las normas** que se elaboran consensuadamente, se difunden y son referidas. Algunas de ellas son: control de embarazadas (captación precoz y seguimiento); atención de la embarazada con bajo y mediano riesgo; atención del parto de bajo riesgo; atención inmediata del recién nacido; Neonatología Pediátrica ambulatoria; control y seguimiento del menor de bajo peso al nacer; control del menor de seis años; Plan Provincial de Salud Integral del Niño y Adolescentes; Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva con sus subprogramas de prevención de cáncer de cuello de útero, de prescripciones médicas contraceptivas y prevención del VIH/SIDA e ITS e inmunizaciones.

Se realizan acciones en base al seguimiento de “normas” que siguen pautas establecidas según el caso del cual se trate; en la provincia de Neuquén se trabajan con: “Normas del Recién Nacido de Bajo Peso al Nacer”; asistencia alimentaria a grupos vulnerables; reactualización de normas y en la capacitación intensiva del personal en las distintas áreas. Se llevan adelante programas provinciales de “salud sexual y reproductiva”; de “análisis de las muertes maternas e infantiles”; programas de salud mental, diabetes, trauma, salud bucal, ablación e implantes. Con los adultos mayores se trabaja en prevención de enfermedades cardiovasculares y tabaquismo y en los casos que lo requieren, cuidados paliativos. Las líneas de acción propuestas son la programación con adecuación local, acciones de promoción y

CAPÍTULO 3

protección de la salud, el refuerzo de los enfoques interdisciplinarios, el trabajo intersectorial y la participación social.

Los indicadores relativos a los recursos, producción, rendimiento y cobertura para la primera década del siglo XXI arrojan los siguientes datos:

- Relación consulta / egreso provincial = 39,9; media del país = 42,3 (2004).
- Producción consultas / médico 2005; en el país = 938 consultas / médico (2004).
- Promedio de estadía = 4,4 días; media nacional = 7,7 días (2004).
- Promedio de ocupación = 52,9%; en el país = 65,9%; la diferencia está basada en la escala de la producción (2004).
- Consultas / hab. / año = 3,7 en el subsector público; en el país = 2,7 (2004).
- Consultas por guardia: 30% del total (año 2004).
- Los Centros del primer nivel de atención producen sólo el 12% de las consultas (año 2004).
- Egresos por 100 habitantes/año = 9,3; en el país = 6,3 (año 2004). Tal vez haya mayor utilización en la provincia, pero la diferencia entre ambos valores refleja la mayor actividad y cobertura del sector público en internación.
- Médicos por 1000 habitantes (año 2004): promedio provincial, sector público: 1,8 promedio del país, todos los sub-sectores: 2,8.

La composición del campo profesional y técnico del sector salud en la provincia se caracteriza por una distribución equitativa de bioquímicos y odontólogos por zona sanitaria. Los trabajadores sociales y psicólogos están más concentrados en las zonas urbanas, particularmente en la capital y su periferia. Los recursos técnicos y administrativos están razonablemente distribuidos por zonas sanitarias y, en cuanto a los servicios generales, se observa menor concentración relativa en la capital como consecuencia de la tendencia a la tercerización del sector.

Pese a estos indicadores, es necesario analizar más detenidamente la distribución de los recursos humanos por zonas sanitarias, por establecimientos, según niveles de atención y según especialidades.

Asimismo, el personal de Enfermería requiere un análisis en sí, dado que es un plantel “envejecido”, con alto ausentismo y licencias prolongadas; recarga al personal que sí concurre, generando “malestar” al interior del servicio. Existen carencias en Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurología, Oncología, Anestesiología y Fonoaudiología.

Desafíos para el sector

El aumento de población y el nuevo perfil epidemiológico han transformado la demanda en el sector salud en un contexto en el que persisten la fragmentación y la falta de coordinación intersectorial, que impiden dar una respuesta satisfactoria a las necesidades actuales. Prevalece un modelo de “hospital-céntrico”, que ha desplazado el histórico eje de la Atención Primaria de la Salud-APS. Al mismo tiempo, una tendencia creciente a la “privatización” del sistema, que aumenta y se fortalece en la medida en que los actores no cuentan con información adecuada para tomar decisiones. Se profundizan las dificultades para el fortalecimiento de la APS; se observa: escaso desarrollo de la participación comunitaria, baja articulación intersectorial en todos los niveles, poco protagonismo de las ONG y otras organizaciones sociales, falencias en el diseño de la regionalización y delimitación de las zonas. Se advierten, también, desarmonías en la organización por niveles de atención, bajo protagonismo del primer nivel y dificultades de los establecimientos cabecera para contención local de los problemas. Las acciones de salud, referidas a la salud materno-infantil, también reflejan carencias en la atención de las nuevas problemáticas sociales de perfil epidemiológico como la violencia, las adicciones, el suicidio, la depresión, a lo que se suman los problemas de una población de adultos mayores en aumento.

Como hemos visto, son varios los factores que hay que analizar para comprender el funcionamiento del sector salud en la política y gestión del Estado provincial. Si bien las políticas de salud de los últimos años han priorizado la Atención Primaria como estrategia de acción y se ha trabajado en la caracterización de los nuevos perfiles epidemiológicos y en las nuevas demandas que surgen de la

CAPÍTULO 3

población, no han revertido los problemas de fondo. En tal sentido, un aspecto que merece fundamental atención es la redefinición del rol de primer nivel de atención, de manera de irse desplazando del modelo hospital-céntrico y adquirir mayor capacidad para solucionar los problemas simples, sin que los usuarios tengan que asistir al hospital.

El Hospital Bouquet Roldán de Neuquén es un centro de salud general de agudos de complejidad IV b.



En este esquema, se plantea la necesidad de definir nuevas acciones y fortalecer una gestión multiactoral, mejorar la comunicación e información en el sistema y desarrollar una planificación adecuada, con intervención de actores comunitarios, de manera de fortalecer la programación local. No cabe duda de que la evaluación y transformación del esquema de regionalización y descentralización tendrá que hacerse desde un proceso de reflexión múltiple y de amplia participación de la conducción de todos los niveles del sistema. Del mismo modo, y como parte del mismo proceso, reverse las actuales complejidades de los hospitales cabecera de zona para que tengan mayor capacidad de contención de los problemas sin necesidad de derivaciones. De ese modo, se evitará la sobrecarga de los hospitales, en particular de sus guardias, que deberán destinarse a las emergencias.

También es necesario hacer una reactualización y revisión de las normas para consensuar nuevos enfoques y estrategias. Esto requiere una capacitación intensiva del personal, fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, los estudios y análisis de muertes maternas e infantiles, los programas de salud mental, diabetes, trauma, salud bucal, ablación e implantes. La agenda deberá definir formas de intervención y proponer políticas y acciones para los adultos mayores, cuidados paliativos, prevención de enfermedades cardiovasculares y tabaquismo. Frente a estos desafíos actuales de la problemática social y el perfil epidemiológico, la intersectorialidad es una aspiración deseada y no siempre cumplida. Es necesario desarrollar y profundizar una estrategia que aborde la articulación con los gobiernos locales y con otros sectores estatales como educación, acción social, justicia, seguridad e instituciones públicas y privadas de la sociedad civil. En este sentido, la relación Estado provincial y Universidad cobra una particular dimensión, ya que la formación de los profesionales en la región es una apuesta social que implica una verdadera definición y aspiración de salud para la población. La calidad de atención y la inversión de los recursos en salud es una definición que abarca mucho más que a un gobierno, comprende al conjunto social que se expresa a través de sus instituciones educativas, políticas y sociales.

¿Cómo se financia el sistema?

El financiamiento del sistema depende, principalmente, del aporte de las Rentas Generales del Tesoro Provincial y los fondos que provienen del Tesoro Nacional. Anualmente, el Estado provincial eleva un “Programa de Actividades”, en el que se solicita apoyo financiero de la Nación a través del Ministerio de Salud y Acción Social.

Habitualmente, el análisis de la inversión y el presupuesto se centran, por un lado, en establecer la finalidad y la función. Se entiende por “función” todo aquello que engloba a los recursos destinados directa o indirectamente al sector público de salud. Dentro de este grupo hay tres funciones: Atención Médica, Saneamiento Ambiental y Salud.

La atención médica es otro importante rubro que hay que

CAPÍTULO 3

considerar, se afectan a ello los recursos que aporta el tesoro provincial, el fondo provincial de salud (Recupero Financiero, ley 1352, FUPI 14) y los recursos afectados, como los aportes del Ministerio de Salud de Nación (FUPI 13). Otro aspecto que se tiene en cuenta son las categorías programáticas, es decir, actividades centrales (ACE) cuya producción condiciona a todas las categorías de Programas y no es parte integrante de ninguna en particular; los programas incluyen subprogramas, por ejemplo: cada hospital de la red; actividades específicas (AES), por ejemplo: la jefatura de zonas sanitarias, AES 1 a 6), el fondo provincial de salud (AES 7) e insumos hospitalarios (AES 8). También hay que prestar atención a la clasificación del gasto, que se relaciona con el destino último del mismo (partidas principales) e incluyen, entre otras, personal, bienes de consumo, servicios, bienes de capital, etc. Como se puede observar, analizar el presupuesto programado y el ejecutado puede generar otras clasificaciones y combinaciones de las categorías antes mencionadas.

Una fuente de financiamiento que surgió como una estrategia en la etapa de crisis sigue permitiendo sortear algunos obstáculos en la coyuntura y es aquella que plantea la incorporación de aportes de la seguridad social. Se considera que los efectores estatales deben incorporarse al circuito económico de la seguridad social mediante la celebración de convenios con las obras sociales. Durante el año 1984, se elaboró, en la Subsecretaría de Salud, un “nomenclador⁵³ globalizado”, así como las normas administrativas y un modelo de convenio que permitió poner en marcha esta vinculación. Se hace cada vez más evidente y necesaria una coordinación entre el nivel nacional y el provincial, que tienda a un sistema coordinado de servicios de salud que termine con la atomización actual. Este sistema debe procurar extender la cobertura de la seguridad social a todos los habitantes, integrar y coordinar a los efectores estatales, privados y de obras sociales, y como premisa fundamental, unificar la conducción de la seguridad social y del sector estatal y lograr un aumento en la capacidad de recupero de los servicios públicos

⁵³ **nomenclador:** catálogo de nombres relativos a un asunto determinado. Conjunto de las voces técnicas propias de una facultad.

brindados a personas con cobertura de obras sociales o seguros. En este mismo sentido, se hace necesario contar con una política de descentralización de recursos, de manera tal que permita la adquisición o compra de insumos de mejor calidad y precios.

Garantizar el financiamiento del sistema, en el contexto actual, es el mayor desafío y resulta de vital importancia para sostener el nivel de prestación que históricamente ha caracterizado al subsector público neuquino.

Uno de los múltiples aspectos que se vinculan con la gestión y ejecución del financiamiento se refiere al estudio, análisis y presentación del presupuesto. El diseño del presupuesto debe garantizar, como mínimo, que sea racional en la asignación de recursos, respondiendo a objetivos y metas propuestas por cada sector; que genere un aporte al fortalecimiento del sector en las áreas de planificación y administración; que facilite el control de la ejecución presupuestaria, por parte de la comunidad, del poder legislativo y de los mismos efectores. Estudiar el presupuesto para conocer las necesidades y asignaciones a priorizar por establecimiento de manera de poder presentarlo de forma desagregada. De esta forma, el presupuesto puede ser un verdadero programa, instrumento y herramienta imprescindible para la calidad de gestión. Es necesario, como imagen-objetivo, pasar del tradicional presupuesto histórico de tendencia necesariamente incremental a otro que resulte de un modelo de gestión por objetivos y resultados, delimitando claramente centros de responsabilidad. Elaborar una propuesta presupuestaria es apostar a que se realizarán determinadas acciones, procedimientos y resultado de calidad y transparencia. Aprobar el presupuesto es comprometer a toda la organización con esa apuesta y ejecutarlo, pasar del decir al hacer, es concretar la apuesta. Finalmente, evaluar la ejecución del presupuesto resulta de fundamental punto de partida para aprender de la experiencia y las probabilidades de éxito para una segunda puesta en acción.

Reflexiones finales



La situación de salud de los diferentes conjuntos sociales es una de las maneras a través de la cual se expresan los procesos más generales que caracterizan a una sociedad. En este marco, es indelegable el rol del Estado en definir y mantener las políticas sociales, en las que se incluyen los aspectos relacionados con la salud – enfermedad, y arbitrar los medios que permitan que la ciudadanía cuente con criterios de equidad e igualdad para sostener y mejorar su salud. La provincia de Neuquén ha continuado, a pesar del contexto, con la defensa de un sistema público solidario, con amplia cobertura, priorizando la accesibilidad a través de su red regionalizada y organizada por niveles. El desafío es poder mantener los principios fundacionales, basados en la estrategia de atención primaria, y sostener la amplia cobertura, simultáneamente a poder evolucionar en aspectos de la calidad, hoy escasamente abordados. Con un escenario de globalización y crisis social, se viene planteando para nuestro país, desde hace unos años, la necesidad de impulsar reformas en el sector salud. La visión general de una profunda ineficiencia que se trasunta en inequidad aparece como justificativa de estos cambios. En lo cotidiano, se dice que la “burocracia” no resuelve los problemas de la gente, pero el peso de valores ligados a la flexibilidad, la eficiencia, la productividad y la competitividad, relacionados al fenómeno de globalización, generan un riesgo evidente para las conquistas sociales, que ha acompañado, en otros lugares, a un deterioro de los servicios públicos. Es necesario mantener el delicado equilibrio, en el actual contexto, para poder vehicular los cambios necesarios en nuestras organizaciones, a fin de que sean soporte social, acompañando proyectos de desarrollo genuino, y no un elemento que aporte a la crisis general. De allí que cualquier evolución debe mantener valores básicos en defensa de la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional, con un fuerte sustento en la comunicación, la participación, el trabajo en equipo y la visión local, con monitoreo de la información epidemiológica y poblacional, que debe transformarse en la posibilidad concreta de poder planificar y actuar en ese nivel. Consolidar nuevos marcos administrativos y de gestión, que permitan la desconcentración y descentralización genuinas, será la única

alternativa de concretar esta programación local. Sobre estas bases, y por los antecedentes, parece importante quitar el significado negativo de la palabra “reforma” y hablar de cambio, transformación, adecuación, en un avance-retroceso hacia las mejores respuestas a los problemas de salud-enfermedad de nuestra población. En este delicado proceso, la búsqueda de consenso es fundamental como elemento de gestión y no como un simple hecho político. Acompañar los complejos procesos sociales requiere, de nuestras instituciones, sus conducciones y equipos de trabajo, una postura abierta y de continuo análisis, donde la información, reiteramos, tiene un rol estratégico para la acción. Respondiendo a la visión de salud expuesta, es necesario un abordaje interdisciplinario e integral, cuyo motor debe estar dado en la práctica por una fuerte apertura a la participación y a la articulación intersectorial. De esta manera, se espera poder modificar aspectos burocráticos y lograr generar una cultura organizacional que se sostenga en la creatividad, superando las limitaciones de la tarea rutinaria que nos aleja de la realidad de los espacios sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  **Bandieri, Susana; Favaro, O.; Morinelli, M.** *Historia del Neuquén*, cap. II y IV, Plus Ultra, 1993.
-  **Debener; Debattista; Suárez, Diego (comp).** *Historias Secretas del delito y la ley. Peligrosos y desamparados en la norpatagonia 1900-1960.* Ed. EDUCO, U.N. Comahue, junio 2004.
-  **Desteffaniz C.** *El difícil arte de juzgar y ser justo*, en **Bohoslavsky; Gentile; Rafart.** *Historias de sangre, locura y amor*, Ed. PubliFadesc, UNCo, 2000.
-  **Gentile B., Blanco G., Quintar J.** *Neuquén, 40 años de vida institucional. 1958-1990*, Fac. Humanidades, UNComahue, 1998.
-  **Marco del Pont, Raúl.** *Historia del Sud de Mendoza*, Editorial Buenos Aires, 1948.
-  **Mases, E.; Rafart, G.; Lvovich, S.; Quintar. J.** *El Mundo del Trabajo en Neuquén 1930-1970*, G.E.H.Hi.So., U-N.Comahue, 1998.
-  **Taranda, D.; Perren, J.; Mases, L.; Casullo, F.** *Silencio Hospital. Una historia de la Salud Pública en Neuquén*, Ed. de la U.N. Comahue, 2008.
-  **Villarruel, J. C.; Morate, A. E. (dir).** *Estado, Sociedad, Salud: Neuquén (1944-1972)*, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Neuquén, Dpto. Historia, Fac. Humanidades, U.N. Comahue, 1990.

FUENTES CONSULTADAS

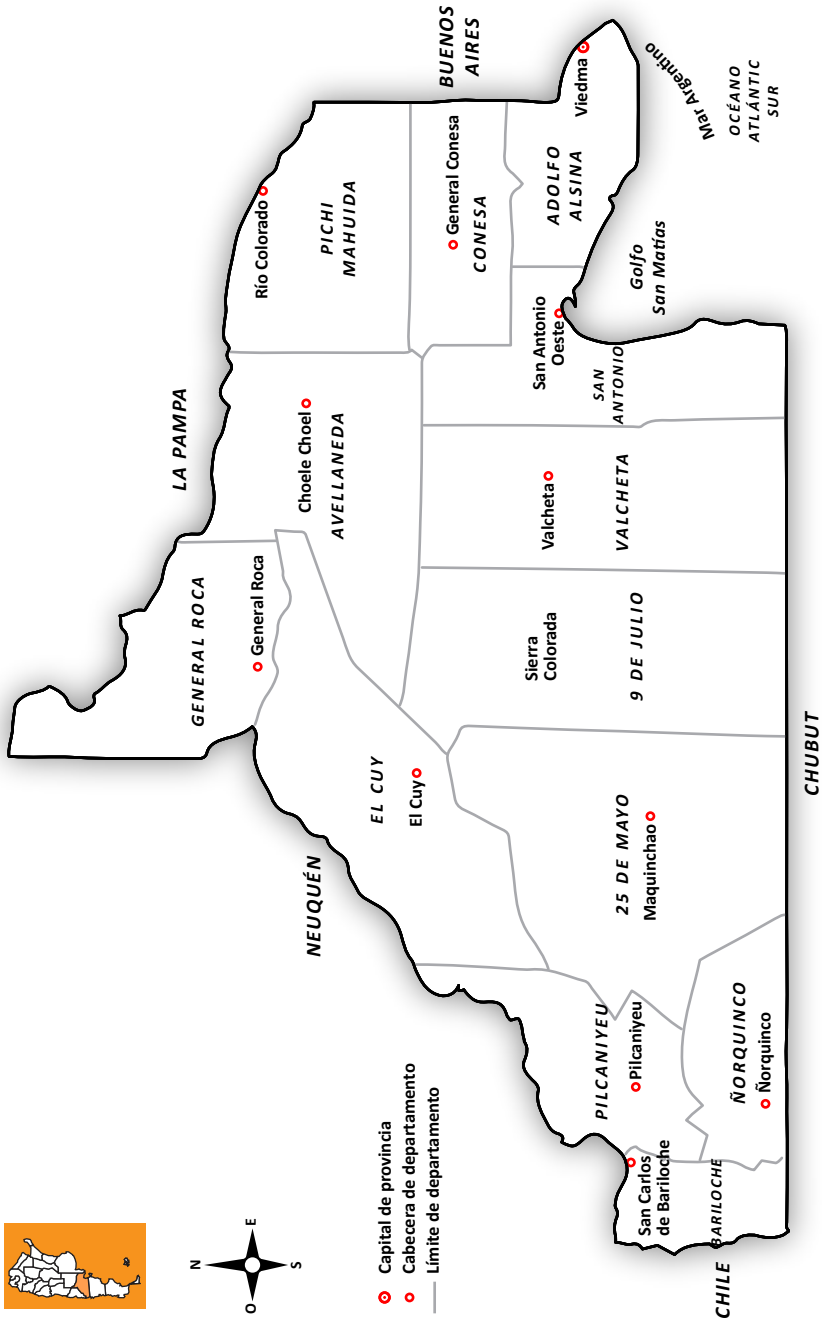
-  Censos provinciales: Dirección Provincial de Estadísticas, Censos y Documentación, Pcia. de Neuquén.
-  Estadísticas varias de la Subsecretaría de Salud, Ministerio de Salud y Seguridad Social Provincia de Neuquén

ANEXOS, MAPAS Y CUADROS ESTADÍSTICOS

Mapas con la división departamental de las provincias de Neuquén y Río Negro “Región Comahue”– Patagonia - ARGENTINA



CAPÍTULO 3 Anexos. Mapas y cuadros estadísticos



Sistema Público Estatal de Río Negro 2010

División por Áreas de programa - Región

Área de programa Alto Valle Este Prov. Río Negro

Área de programa	Complejidad	Camas disponibles	Médicos
Zona Alto Valle Este		Total:291	Total:203
Htal. Gral. Roca	6	140	101
Htal. Allen	4A	57	29
Htal. Villa Regina	4A	60	47
Htal. Ing. Huergo	3	26	12
Htal. El Cuy	3	1	3
Htal. Cervantes	3	2	5
Htal. Chichinales	3	5	5

En esta área se encuentra como hospital cabecera de Zona el Htal Gral. Roca, F. L. Lima con nivel 6 de complejidad.

Ofrecimiento de Servicios:

Internación Gral y UTI
At. /Intern. Dom
Cx y Dx de Imag de Med y Alto riesgo

Prestadores Subsector Privado:

Clínica Santa Catalina	Clínica Regina
Sanatorio Juan XXIII	Sanatorio Río Negro
Clínica Roca S.A.	Sanatorio Mater Dei
Clínica Central	FUMIC – Clínica Humana de Imágenes I y II
Clínica Cruz Azul	Instituto Radiológico Gral. Roca
Valle Sereno (Internación Salud Mental)	Diagnostikar (imágenes Allen)

Área de programa Alto Valle Oeste Prov. Río Negro

Área de programa	Complejidad	Camas disponibles	Médicos
Zona alto Valle Oeste		Total:163	Total:164
Htal. Cipolletti	6	92	112
Htal. C. Saltos	4A	41	24
Htal. Campo Grande	3	7	6
Htal. Catriel	4B	23	12

En esta área se encuentra como Hospital cabecera de zona el Hospital Cipolletti con un nivel 6 de complejidad.

Ofrecimiento de Servicios:

Internación Gral
At. /Intern. Dom
UTI adultos
Cx y Dx de Imag de Med riesgo

Prestadores Subsector Privado:

Clínica San Patricio SRL (Catriel)
Sanatorio y Maternidad Cinco Saltos
Sanat. Sindicato de Indust. Quím. (CSO)
Policlínico Modelo Cipolletti
Clínica Radiológica Del Sur (Cip)
Fundación Médica de RN y Nqn (Cip)

Área de programa Valle Medio Prov. Río Negro

Área de programa	Complejidad	Camas disponibles	Médicos
Valle Medio		Total:161	Total:71
Htal. Choele Choel	4A	60	34
Htal. Río Colorado	4B	37	18
Htal. Lamarque	3	20	7
Htal. Luis Beltran	3	20	6
Htal. Chimpay	3	13	5
Htal. C.Belisle	3	11	1

En esta área se encuentra como Hospital cabecera de zona el **Hospital Choele Choel**, con un Nivel 4 de complejidad.

Ofrecimiento de Servicios:
Internación Gral
Cx Gral de Bajo Riesgo
Dx por Imag de Bajo Riesgo

Prestadores Subsector Privado:

Sanatorio-Maternidad Cruz del Sur
Instituto Medico Patagónico
IMAGEN SRL
Clínica Mater Dei PIMED

Medicina Asistencial (Choele-Choel)
MEDICINA XXI

Área de programa Zona Andina Prov. Río Negro

Área de programa	Complejidad	Camas disponibles	Médicos
Zona Andina		Total:224	Total:169
Htal. Bariloche	6	141	127
Htal. Bolsón	4B	41	34
Htal. Comallo	3	20	3
Htal. Ñorquinco	3	11	2
Htal. Pilcaniyeu	3	11	3

En esta área se encuentra como Hospital cabecera de zona el **Hospital de Bariloche Ramón Carrillo**, con un Nivel 6 de complejidad.

Ofrecimiento de Servicios:
Internación Gral
At./Intern. Domic.
UTI adultos
Cx y Dx de Imag de Med riesgo

Prestadores Subsector Privado

Sanatorio San Carlos
Hospital Privado Regional (HPR)
Sanatorio Del Sol

Ambulancias

Hospital	Utilit.	Carrozado	Pick Up
Pilcaniyeu	1	1	2
Ñorquinco	2	2	1
Comallo	2	3	0

Área de programa Zona Atlántica Prov. Río Negro

Área de programa	Complejidad	Camas disponibles	Médicos
Zona Atlántica		Total:259	Total:160
Htal. Viedma	6	78	99
Htal. Conesa	4B	45	9
Htal. Sierra Grande	4B	49	11
Htal. San A. Oeste	4B	42	35
Htal. Valcheta	4B	40	5
Htal. G. Mitre	3	5	1

En esta área se encuentra como **Hospital cabecera de zona el Hospital Zatti de Viedma con un Nivel 6 de complejidad.**

Ofrecimiento de Servicios:

Internación Gral
At./Internación Domic.
UTI adultos y neonatal
Cx y Dx de Imag de Med riesgo

Prestadores Subsector privado

Clínica Viedma SA
Policlínico Privado SA
Sanatorio Austral SRL

Ambulancias

Hospital Valcheta:
Utilitario: 1 (Ciclomotor)
Pick Up: 1
Carrozados: 2

Área de programa Zona Sur Prov. Río Negro

Área de programa	Complejidad	Camas disponib.	Médicos	Ambulancias
Zona Sur		Total:113	Total:18	Uilit. Carroz. Pick up
Htal.Ing. Jacobacci	4B	43	8	1 4 1
Htal. Maquinchao	3	26	2	4 4 0
Htal. S.Colorada	3	18	2	1 4 0
Htal. Los Menucos	3	20	4	1 2 0
Htal. Ramos Mexía	2	6	2	2 2 0

En esta área se encuentra como **hospital cabecera de zona el Hospital Jacobacci, con un Nivel 4 de complejidad.**
La derivación de ambos **Subsectores se realiza a Roca y Bariloche, dependiendo más que nada de las rutas disponibles.**

Ofrecimiento de Servicios:

Atención /Internación
Gral y Domic.
UTI
Cx y Dx de Imag de Med riesgo

CAPÍTULO 3 Anexos. Mapas y cuadros estadísticos

**CUADRO 1: Consultas médicas por zona sanitaria según año
Provincia de Neuquén · Años 1992/2010**

Año	Total	Zona Sanitaria ⁽¹⁾					
		Metropolitana	I	II	III	IV	V
1992 ⁽²⁾	1.236.733	499.112	349.847	175.343	93.820	118.611	///
1993	1.267.306	499.140	368.063	183.979	96.623	119.501	///
1994 ⁽²⁾	1.361.706	557.573	398.327	176.352	100.025	129.429	///
1995 ⁽³⁾	1.427.838	570.697	431.586	180.041	103.426	142.088	///
1996	1.442.169	567.843	438.648	188.634	107.381	139.663	///
1997	1.486.613	572.647	300.779	196.320	111.311	139.349	166.207
1998	1.496.256	555.754	305.410	198.041	118.306	145.252	173.493
1999	1.607.424	633.106	309.691	207.564	112.501	159.696	184.866
2000	1.611.099	636.869	312.080	206.761	106.331	170.610	178.448
2001	1.668.341	678.681	317.728	212.002	112.455	176.770	170.705
2002	1.748.740	710.273	345.145	217.739	112.821	182.415	180.347
2003	1.823.031	738.836	346.489	234.425	123.048	190.721	189.512
2004	1.802.684	722.849	345.390	231.433	125.451	191.662	185.899
2005	1.612.090	596.310	322.894	214.956	119.486	170.014	188.430
2006	1.645.755	599.324	356.288	216.888	116.698	190.439	166.118
2007	1.553.344	561.037	321.455	211.517	127.656	180.097	151.532
2008	1.523.817	541.653	341.195	220.400	103.709	185.721	131.139

⁽¹⁾ La información corresponde a las jurisdicciones establecidas a partir de 1993, año en el cual se incorpora el Hospital El Chocón a la Zona I y el Hospital Aluminé pasa de Zona IV a Zona II.

⁽²⁾ Datos rectificadas en Julio de 1996.

⁽³⁾ Datos rectificadas en Enero de 1997.

Nota: A partir de 1997 se crea la Zona V integrada por los hospitales de Cutral Co, Plaza Huinul, Piedra del Águila y Picún Leufú, que anteriormente formaban parte de la Zona I.

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincial del Neuquén en base a datos de la Subsecretaría de Salud.

Link: http://www.estadisticaneuquen.gob.ar/salud_atencionSalud.html

CUADRO 2: Población, tasa de crecimiento medio anual y variación relativa según departamento Provincia de Neuquén - Años 1970, 1980, 1991, 2001 y 2010

Departamento	Población					Tasa de crecimiento medio anual					Variación relativa			
	1970	1980	1991	2001	2010	1970/80	1980/91	1991/01	2001/10	2010/10	1970/80	1980/91	1991/01	2001/10
	%													
Total	154.143	243.850	388.833	474.155	551.266	46,6	45,2	18,9	16,9	16,9	58,2	59,5	21,9	16,3
Aluminé	3.196	3.842	4.946	6.308	8.306	18,5	24,2	23,1	30,8	30,8	20,2	28,7	27,5	31,7
Añelo	800	2.602	4.668	7.554	10.786	124,4	56,9	45,8	39,8	39,8	225,3	79,4	61,8	42,8
Catán Lil	2.211	1.970	2.408	2.469	2.155	-11,4	19,2	2,4	-15,2	-15,2	-10,9	22,2	2,5	-12,7
Chos Malal	5.477	7.365	11.109	14.185	15.256	29,9	39,7	23,3	8,1	8,1	34,5	50,8	27,7	7,6
Collón Curá	1.541	1.951	7.865	4.395	4.532	23,7	141,1	-55,4	3,4	3,4	26,6	303,1	-44,1	3,1
Confluencia	89.713	156.135	265.123	314.793	362.673	56,6	51,4	16,3	15,8	15,8	74,0	69,8	18,7	15,2
Huiliches	6.038	7.550	9.679	12.700	14.725	22,5	23,8	25,9	16,5	16,5	25,0	28,2	31,2	15,9
Lacar	8.073	14.193	17.085	24.670	29.748	57,7	17,7	35,0	20,9	20,9	75,8	20,4	44,4	20,6
Loncopué	3.222	3.919	5.206	6.457	6.925	19,7	27,3	20,5	7,8	7,8	21,6	32,8	24,0	7,2
Los Lagos	2.120	2.566	4.181	8.654	11.998	19,2	47,3	69,2	36,5	36,5	21,0	62,9	107,0	38,6
Mimas	3.509	4.366	5.577	7.072	7.234	22,0	23,5	22,6	2,5	2,5	24,4	27,7	26,8	2,3
Ñorquín	2.657	3.350	4.136	4.628	4.692	23,3	20,2	10,7	1,5	1,5	26,1	23,5	11,9	1,4
Pehuenches	2.614	3.872	6.538	13.765	24.087	39,8	50,9	70,8	62,6	62,6	48,1	68,9	110,5	75,0
Picún Leufú	1.572	2.079	3.333	4.272	4.578	28,2	45,7	23,6	7,7	7,7	32,3	60,3	28,2	7,2
Picunches	4.673	5.111	5.812	6.427	7.022	8,9	12,2	9,6	9,9	9,9	9,4	13,7	10,6	9,3
Zapala	16.727	22.979	31.167	35.806	36.549	32,1	29,3	13,2	2,3	2,3	37,4	35,6	14,9	2,1

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, en base a datos de los Censos Nacionales de Población 1970, 1980, 1991, 2001 y 2010.

CUADRO 3: Población, nacidos vivos registrados, defunciones totales, según grupos de edad y maternas por lugar de residencia - Neuquén - Año 2010

Lugar de residencia	Población	Nacidos vivos Registrados	Defunciones										Muertes Maternas
			Totales	Menores de 1 año		1 A 4 años				5 A 14 años		65 Y más	
				Subtotal	Neonatal	Postneonatal	Neonatal	Postneonatal	Neonatal	Postneonatal			
Total	565.242	12.205	2.764	112	80	32	18	27	935	1.664	4		
Aluminé	7.855	189	32	0	0	0	0	0	12	20	0		
Añelo	11.400	279	41	2	1	1	2	1	19	17	0		
Catán Lil	2.559	39	19	0	0	0	0	0	8	11	0		
Collón Curá	4.805	65	18	1	0	1	0	0	6	11	0		
Confluencia	352.554	7.913	1.901	69	49	20	11	15	618	1.180	2		
Chos Malal	16.894	315	60	1	1	0	0	1	16	42	0		
Huiliches	16.783	328	58	5	3	2	0	0	26	27	0		
Lácar	36.884	656	127	7	6	1	0	2	44	74	1		
Loncopué	7.732	153	43	3	3	0	0	0	16	24	0		
Los Lagos	17.728	117	48	0	0	0	0	1	22	25	0		
Minas	9.514	142	26	2	1	1	0	0	9	15	0		
Ñorquín	6.644	90	23	0	0	0	0	0	10	13	0		
Pehuénches	22.164	568	78	9	6	3	1	1	32	35	1		
Picún Levufú	5.038	103	31	2	2	0	1	0	10	18	0		
Picunches	7.083	173	34	0	0	0	1	1	12	20	0		
Zapala	39.605	851	206	9	7	2	2	4	66	125	0		
No especificado		224	19	2	1	1	0	1	9	7	0		

Notas: Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior. En el total de defunciones se incluyen aquéllas de edad no especificada.

Fuente: Natalidad, Mortalidad General Infantil y Materna. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulaciones e Institutos Dirección de Estadista e Información de Salud. Sistema Estadístico en Salud. 2012

CUADRO 4: Población, nacidos vivos registrados, defunciones totales, según grupos de edad y maternas por lugar de residencia - Río Negro - Año 2010

Lugar de residencia	Población	Nacidos vivos Registrados	Defunciones										Muertes Maternas
			Totales	Menores de 1 año		1 A 4 años		5 A 14 años		15 A 64 años		65 Y más	
				Subtotal	Neonatal	Postneonatal	1 A 4 años	5 A 14 años	15 A 64 años	65 Y más			
Total	603.761	12.060	3.810	113	82	31	21	24	1.103	2.538	1		
Adolfo Alsina	57.368	1.101	336	7	6	1	3	2	106	217	0		
Avellaneda	34.813	762	200	9	4	5	1	1	64	122	0		
Bariloche	122.758	2.376	698	13	8	5	3	3	230	449	0		
Conesa	6.499	133	64	1	0	1	1	2	12	47	0		
El Cuy	4.633	45	16	1	1	0	0	0	7	8	0		
General Roca	306.627	6.327	1.950	60	43	17	9	13	545	1.319	1		
Ñorquincó	2.144	22	9	0	0	0	0	0	5	4	0		
9 de Julio	3.917	41	23	0	0	0	0	0	6	17	0		
Pichi Mahuida	14.708	258	116	3	3	0	0	0	22	91	0		
Pitcaniyeu	6.676	84	34	0	0	0	1	0	10	23	0		
San Antonio	24.373	575	164	7	7	0	2	1	50	103	0		
Valcheta	4.951	67	37	0	0	0	1	1	4	31	0		
25 de Mayo	14.294	226	88	1	1	0	0	0	16	71	0		
No especificado		43	75	11	9	2	0	1	26	36	0		

Notas: Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior. En el total de defunciones se incluyen aquellas de edad no especificada.

Fuente: Natalidad, Mortalidad General Infantil y Materna. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulaciones e Institutos Dirección de Estadista e Información de Salud. Sistema Estadístico en Salud. 2012

ACTIVIDADES



Áreas Programáticas – Río Negro:

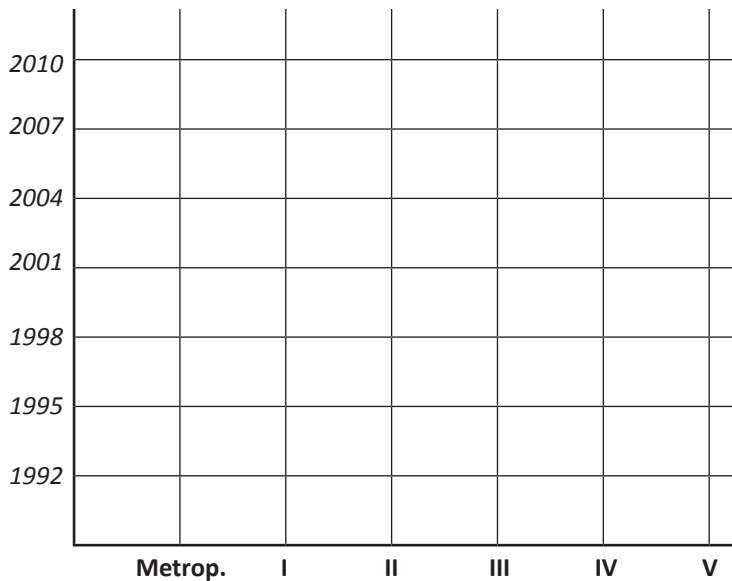
Cuántas áreas – cuántos hospitales según diferentes niveles de complejidad

Servicios que se prestan

Infraestructura en transportes y comunicaciones

En función de los cuadros dados en el Anexo, construye curvas en el siguiente gráfico

CUADRO 1



Completa con información extraída del texto los siguientes puntos:

División del Territorio _____

Organización sectorial _____

Servicios que cubre el Nivel central _____

Áreas programáticas _____

Infraestructura y capacitación _____

Atención en zonas rurales _____

Acciones sobre enfermedades prevalentes _____

Planes _____

Logros puntuales y generales _____

Tema: ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

Organiza jerárquicamente los siguientes conceptos:

Ministerio de Salud y Seguridad Social

Estado Provincial

Subsecretaría de Salud

Jefaturas de Zonas Sanitarias

Áreas programáticas

Hospital Cabecera zonal

Niveles de complejidad

Zona sanitaria

Z.S. I

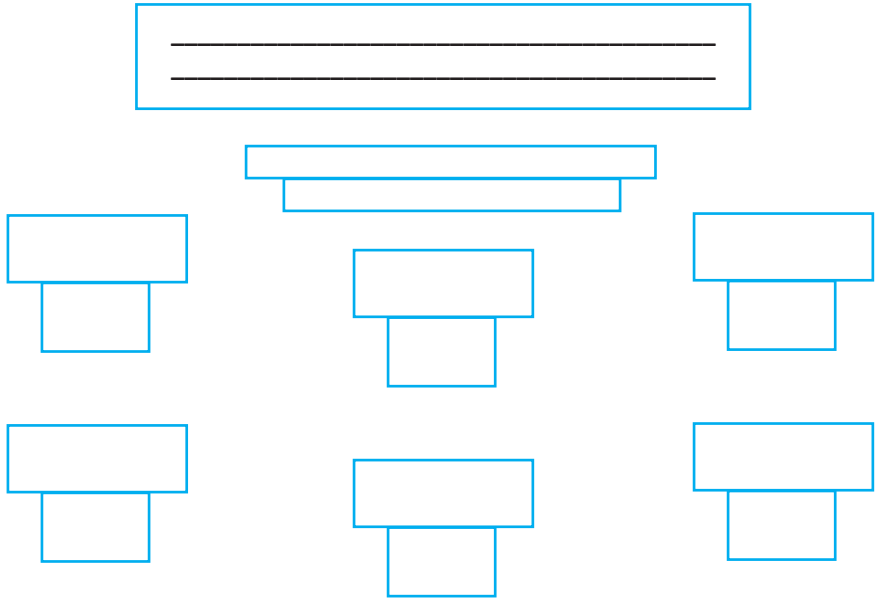
Z.S. II

Z.S. II

Z.S. IV

Z.S. V

H. Castro Rendon



Tema: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

- ¿Cuáles son los principales desafíos que afronta el sector salud en la Provincia de Neuquén?
- Teniendo en cuenta la descripción del financiamiento, ¿puedes decir de qué manera se financia el sector salud en la Provincia?
- ¿Cómo se subdivide el gasto?
- ¿Sobre qué nociones se formula el presupuesto en salud?

COLECCIÓN CRESTOMATÍAS

Dir. Liliana Falcone

Serie **Materiales de Cátedra FACIMED**

Coord. Marcela Debener

Libros publicados:

1. De la Medicina hipocrática al Renacimiento