

**Maestría en Economía y Gestión de la Salud**

**MORFOLOGÍA DEL MERCADO DE  
SALUD EN ARGENTINA:  
EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y ANÁLISIS  
COMPARATIVO CON UN MERCADO LOCAL**

---

Tesis presentada como requisito parcial para la obtención del título de:  
**Magíster en Economía y Gestión de la Salud**

Alumno: **JUANA ANA ELIAS**  
Orientador: **MANUEL ÁLVAREZ**

Buenos Aires  
2007

*“A nadie se le escapa que toda acción humana está situada en un tiempo y en un lugar.*

*Pero, ¿cuál es el lugar relevante, el que más decide el destino de nuestras vidas o, activamente, aquel del que podemos apropiarnos para construirlas?*

*Hasta hace muy poco, la respuesta casi unánime era “el estado nacional”: allí estaba, o parecía estarlo, todo. Ahora, las regiones, las provincias y las ciudades vuelven a florecer en todo el mundo con un vigor sólo comparable al que tuvieron hasta el Renacimiento”.*

*(Juan J. Llach, 2000).*

*Nuestro lugar –nuestro paese– es el sitio en el que vale la pena desplegar nuestras energías.*

# ÍNDICE

<b>1- NTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A ABORDAR</b> .....	<b>2</b>
2. 1. OBJETIVOS	
2. 2. HIPÓTESIS	
<b>3- ETODOLOGÍA</b> .....	<b>4</b>
<b>4- MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
<b>5- EL ESCENARIO DE SALUD DE LA CIUDAD DE RAFAELA</b>	
5.1. El contexto geográfico, económico, social y demográfico .....	<b>14</b>
5.2. Población rafaquina beneficiaria de la seguridad social.....	<b>20</b>
5.3. La mortalidad como indicador indirecto de la salud de los rafaquinos.....	<b>22</b>
<b>6- EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA CIUDAD DE RAFAELA</b>	
6.1. El sistema de atención de la salud de dependencia estatal.....	<b>31</b>
6.2. El sistema de atención de la salud privado.....	<b>36</b>
6.3. Recursos humanos en salud.....	<b>41</b>
6.4. Los actores corporativos.....	<b>50</b>
6.5. El PAMI en el centro de los conflictos- La cronología de los hechos y los actores.....	<b>57</b>
6.6. Los recursos tecnológicos incorporados al mercado de la salud rafaquino: Un analizador de políticas, de relaciones y de puja distributiva entre los sectores .....	<b>59</b>
<b>7- ETAPAS HISTÓRICO - EVOLUTIVAS DEL SECTOR SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA: EL CASO DE LA CIUDAD DE RAFAELA (PROVINCIA DE SANTA FE) - ANÁLISIS COMPARATIVO</b> .....	<b>67</b>
I- El período previo a 1945. Modelo pluralista no planificado.....	<b>69</b>
II- El período 1945 – 1955. Planificación estatal centralizada.....	<b>73</b>
III- El período 1955 – 1970. Formación del modelo pluralista de planificación descentralizada.....	<b>77</b>
IV- El período 1970 – 1976. Institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada.....	<b>82</b>
V- El período 1977 – 1990. Crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada.....	<b>90</b>
VI- El período 1991 – 2001. Desregulación – El Estado desertor.....	<b>99</b>
<b>8- CONCLUSIONES</b> .....	<b>109</b>
<b>9- RECOMENDACIONES</b> .....	<b>110</b>

<b>10- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>111</b>
<b>11- GLOSARIO.....</b>	<b>125</b>
<b>12- LISTADO DE CUADROS.....</b>	<b>126</b>
<b>13- LISTADO DE GRÁFICOS.....</b>	<b>127</b>
<b>14- ANEXOS.....</b>	<b>128</b>

## 1- INTRODUCCIÓN

La atención de la salud demanda bienes y servicios de diversa índole y con distinto nivel de complejidad. Cada uno de estos bienes y servicios conforman la oferta de un mercado que se caracteriza por asumir una morfología altamente idiosincrática, originada en un complejo proceso histórico - evolutivo en el que han ido apareciendo cambios tecnológicos de origen exógeno y endógeno con respecto al campo de la medicina, formas particulares de organización y división social del trabajo , grupos económicos con distinta capacidad de presión y de lobby político, así como prácticas restrictivas diversas que llevan a que el oligopolio con diferenciación de producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta constituyan las tipologías de mercado que prevalecen.

El presente trabajo tiene el propósito de describir los principales rasgos históricos institucionales del mercado de la salud de la República Argentina y compararlos con los que se presentan en la ciudad de Rafaela (Provincia de Santa Fe), como así también obtener una visión evolutiva y dinámica del comportamiento de los actores e instituciones que participan en este escenario.

Con este fin se han definido dos dimensiones de análisis de la realidad del sector salud de dicha localidad, comprendiendo el período que va desde sus inicios en 1881 hasta el año 2000, aunque se ha incorporado, en algunos casos, información que excede este período:

1. Las características histórico-evolutivas relevantes del mercado de salud local.
2. Las características de la oferta de servicios médicos que realizan los establecimientos asistenciales con internación

El abordaje dará especial énfasis al componente evolucionista-institucional, para desentrañar la historia de los establecimientos asistenciales con internación de la ciudad de Rafaela y caracterizar la oferta de servicios de atención médica en el período 1881- 2000.

Desde esta perspectiva se tratará de contribuir al diagnóstico situacional del sector salud de la ciudad, mediante la conjunción de datos cuantitativos

tratados estadísticamente y otros de tipo cualitativo surgido de las percepciones de los actores involucrados.

## 2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A ABORDAR

La investigación estará orientada en orden a generar una respuesta al siguiente **PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO**

**¿Cuáles son los factores críticos que, a través del tiempo, fueron configurando la morfología y el comportamiento de la oferta de servicios médicos en la República Argentina? Semejanzas y diferencias con el caso de la ciudad de Rafaela (Provincia de Santa Fe).**

### 2. 1. OBJETIVOS

#### Objetivo general

– Relacionar los factores críticos que caracterizan la oferta local de servicios de salud con las que presenta el sector salud en la República Argentina: El caso de la ciudad de Rafaela (Provincia de Santa Fe).

Dada la diversidad de aspectos que presenta la oferta de servicios de salud se propone delimitar esta investigación con los siguientes **objetivos específicos**:

1. Analizar y comparar la **evolución histórico-institucional** de la oferta de servicios de salud de la República Argentina con el de la ciudad de Rafaela.
2. Caracterizar el **mercado de la salud** de la ciudad de Rafaela desde la perspectiva de la oferta de servicios médicos.
3. Obtener una **visión evolutiva y dinámica** del comportamiento de los actores e instituciones que participan en este escenario local.
4. Describir y cuantificar la **oferta de servicios médicos** que realizan los establecimientos asistenciales con internación.
5. Indagar la **percepción** que tienen los distintos actores acerca de las particularidades del mercado de los servicios médicos locales.

## 2.2. HIPÓTESIS

A lo largo de este trabajo, se intentará demostrar que:

Los cambios en el **rol del Estado**, en relación a las políticas de salud, cuyo impacto recae en la **organización del sistema de salud** y en sus **fuentes de financiamiento**, fueron configurando, a través del tiempo, la morfología y el comportamiento de la oferta de servicios médicos en la República Argentina.

Con respecto a la ciudad de **Rafaela** (Provincia de Santa Fe) puede conjeturarse que:

- La oferta de servicios de salud reproduce a través del tiempo las mismas características que las que se suscitan en el resto del país, con la única diferencia que las medidas, normativas e intervenciones se difieren un tanto en el tiempo con respecto a las grandes ciudades de Argentina.
- El mercado local de la salud que se detenta, exagera la puja distributiva entre los actores del sistema y refleja el grado de encuentro- desencuentro de los factores de poder.
- En materia de salud, a diferencia del sector económico productivo, la ciudad no es una “Isla” como se pretendió proyectarla “hacia afuera” en la estrategia de posicionamiento político y económico en el período 1995-2001.



### 3. METODOLOGÍA

El tipo de conocimiento que se desea obtener y el enunciado de los objetivos que orientan este trabajo definen la naturaleza **descriptiva** del diseño metodológico.

Se pretende realizar una revisión histórica de las variables que fueron conformando el mercado de la salud de la República Argentina a través de la investigación documental. El **análisis histórico** se aborda desde una **perspectiva comparativa** pretendiendo verificar si existe similitud entre los rasgos que presenta el mercado nacional con un mercado regional. El hecho de realizar comparaciones implica reconocer similitudes y diferencias, que es la esencia misma del método, lo que facilita, desde un panorama más amplio, un mejor entendimiento de la experiencia local. Se analizará información documental de fuentes secundarias.

El estudio tiene como escenario geográfico a la ciudad de **Rafaela** y analiza la **oferta de servicios médicos en el período 1881- 2001**. Desde esta configuración se trata de **establecer un diagnóstico situacional** del sector salud de la ciudad, mediante la conjunción de datos cuantitativos tratados estadísticamente y otros de tipo cualitativo surgido de las percepciones de los actores involucrados. Los datos y las fechas elegidas para articular la investigación son arbitrarios y develan su carácter subjetivo.

Dado que se trata de pocas unidades de análisis y la riqueza no radica en su extensión sino en su profundidad el diseño toma las características de un **estudio de casos** (Yalour, Margot y Tobar, Federico, 2002).

La variable que se estudia es la **oferta de servicios médicos**, que es la instancia fundamental del sistema de salud en la cual se interrelacionan sus actores, se propone el servicio médico y se gestan los resultados. Abarca, en consecuencia, tanto la infraestructura edilicia, el equipamiento tecnológico, y los recursos humanos puestos al servicio de la salud, por el Estado o la gestión privada en cualquiera de sus jurisdicciones.

En función de los objetivos propuestos y de la metodología empleada el

análisis de datos se aborda en dos instancias: una de naturaleza cuantitativa y la otra de características cualitativas.

Por ello, la oferta de servicios médicos es analizada desde la dimensión “**cantidad de la oferta**”, aspecto cuantitativo medido a través de la conjunto de establecimientos asistenciales, el total de recurso humano que presta el servicio, las instalaciones y el equipamiento como por ejemplo camas disponibles, unidades de terapia intensiva (y camas UTI), incubadoras, unidades de diálisis (y sillones de diálisis), ecógrafos, tomógrafos e instrumental terapéutico y quirúrgico.

Para el estudio **cuantitativo** de la **oferta de servicios médicos**, se toma como **universo** el conjunto de todos los establecimientos asistenciales con internación, de la ciudad de Rafaela. Debido al tamaño de la población (unos siete establecimientos), a la heterogeneidad que puede presentar la variable y a la disponibilidad de los recursos, se considera factible incluir en el estudio como unidades de observación a todos ellos. Los datos serán recogidos de fuentes primarias.

Con el objeto de complementar el estudio desde un abordaje **cualitativo**, en cambio, del universo conformado por todos los actores del sistema (médicos, funcionarios, empresarios, autoridades sanitarias locales, cooperadores, etc.) se seleccionó una muestra no probabilística, a fin de aplicar los instrumentos de recolección.

Los datos a ser analizados proceden de distintas fuentes:

- **Investigación bibliográfica y documental** destinada a aportar a la construcción de las definiciones básicas que se emplearán en el trabajo.
- **Encuestas y entrevistas informales, estructuradas y semiestructuradas** a distintos actores del mercado de servicios médicos considerados referentes claves a los fines de este estudio.
- **Observación directa** de los espacios donde se prestan los servicios de cuidados médicos.

Teniendo en cuenta que la presente propuesta intenta describir cuantitativamente el universo y no hacer inferencias, a partir de una muestra,

para el análisis de los datos se utilizan como soporte los procedimientos de la estadística descriptiva.

Se brinda una descripción y caracterización de la oferta de servicios médicos mediante cuadros de doble entrada, tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central, índices simples, como también índices compuestos que permiten resumir los diversos aspectos que de ella se consideran y establecer comparaciones con otros ámbitos.

El trabajo se complementa con el análisis del:

- Contenido de las respuestas que corresponde a la instancia cualitativa
- Material fotográfico obtenido en las observaciones directas de los establecimientos de salud.

Ambas instancias permiten construir una visión diagnóstica de los servicios de atención médica de la ciudad de Rafaela (Provincia de Santa Fe) y de esta manera responder al problema planteado.

#### 4- MARCO TEÓRICO

Las políticas sociales en general y las **políticas de salud** en particular resultan de un proceso complejo que involucra la trama de actores, las ideologías dominantes, los valores socialmente consensuados, los conflictos de intereses, los arreglos institucionales y organizacionales. La historia de los países ha demostrado que esta configuración, aún siendo singular a cada caso, puede ser caracterizada de acuerdo a rasgos generales que conforman tipologías o modelos de protección social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido un **sistema de salud** como el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria, lo que involucra a los servicios de salud personales, los servicios de salud pública o el desempeño de una actividad intersectorial.

El **sistema de salud** engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. Involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos). (Tobar, Federico, 2000)

El sistema de salud argentino se ha configurado a través de tres subsectores:

1. Un **subsector público** principalmente integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones) entre las cuales no existe el grado necesario de coordinación. De ellas dependen los Hospitales Públicos.

2. Un **subsector de seguro social obligatorio** organizado en torno a múltiples entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de

actividad denominadas Obras Sociales (OOSS) , las que presentan como característica la heterogeneidad en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan y modalidad de operación.

3. Un **subsector privado** que incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (sanatorios privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las OOSS mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas.

Los rasgos más evidentes del sistema son la **desarticulación** entre los distintos subsectores que lo conforman, la **fragmentación** y la **falta de equidad** que tiende a manifestarse dentro de ellos.

Además dada “la particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica han contribuido, durante los últimos años, a ahondar aún más la fragmentación del sistema.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cetrángolo, Oscar – Devoto, Florencia . “ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD: Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual” .Documento realizado para ser presentado en el Taller: “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002. Mimeo

La **economía de la salud** es una disciplina que ha tenido un crecimiento extraordinario durante las últimas décadas de forma paralela con el desarrollo y la expansión del sector salud. Los países con independencia de sus sistemas de salud (públicos, privados o seguridad social) han requerido estudios y análisis específicos que facilitaron una aplicación extendida de la economía al campo de la salud, de tal manera de tomar mejores decisiones así como tender a reasignar recursos que permitan mejorar los niveles de eficiencia y equidad.

El **problema económico esencial** de todas las sociedades es el conflicto entre los deseos casi ilimitados de los individuos por consumir una amplia variedad de bienes y servicios y los recursos limitados que pueden asignarse a la producción de los mismos, a fin de satisfacer a los consumidores.

La Economía se ocupa del estudio de la forma en que las sociedades deciden qué van a producir, cómo y para quién con los recursos escasos y limitados que poseen.

El modelo básico del economista consta de tres componentes:

- los supuestos sobre el modo de conducta de los consumidores (la demanda),
- los supuestos sobre el modo de conducta de las empresas (la oferta) y
- los supuestos sobre los mercados en los que se interrelacionan consumidores y empresas.

Esto implica que, si los consumidores racionales y movidos por su propio provecho se interrelacionan con empresas racionales y maximizadoras de los beneficios, en mercados competitivos en los que las partes intervinientes son ambos precio- aceptantes estaremos ante el “**modelo competitivo básico**”.

El modelo presenta una consecuencia muy profunda: si los mercados reales están bien descritos por el mercado competitivo, la economía será eficiente y por lo tanto los recursos no se despilfarran, no es posible producir más de un bien sin producir menos de otro y tampoco es posible hacer que

alguien sea más rico sin hacer a alguien más pobre. (Stiglitz, 1998)<sup>2</sup>

Sin embargo, dicho modelo no describe perfectamente las economías reales y menos aún lo referido al mercado de la salud.

Los **mercados de prestaciones de servicios para la salud** presentan una serie de particularidades que lo hacen diferente de otros mercados, tanto desde el punto de vista de las características intrínsecas de los bienes y servicios que en él se comercian como desde el punto de vista institucional y de funcionamiento, es por ello que el modelo competitivo básico presenta limitaciones para interpretar su morfología y funcionamiento.

Dada la compleja e intangible naturaleza de la salud, la conducta por parte de los oferentes y de los demandantes es muy distinta a las que se describen para otros bienes y servicios en el análisis de los mercados de competencia pura, configurando un mercado altamente imperfecto, idiosincrático y con un componente relacional complejo y cambiante entre los roles e intereses que asumen los actores de los diversos submercados, que la mayoría de los autores denomina “**mercados de salud**” y que comprenden :

- El Mercado de Recursos humanos, que a su vez incluye el de los Servicios Médicos y el de la Educación Profesional
- El Mercado de Servicios Institucionales (hospitalización pública y privada)
- El Mercado de medicamentos
- El Mercado de los seguros de salud o de financiamiento

Éstos mantienen importantes interconexiones entre sí, influenciando y modificando su accionar entre unos y otros por distintos mecanismos.

En este mercado más que en ninguno, los **agentes productores** del servicio no son anónimos, importa demasiado su nombre y apellido, su historia y comportamiento, sabiendo que su conducta no será homogéneamente maximizadora. Las relaciones contractuales no son instantáneas y de corto plazo, resultando el tiempo una variable clave de la construcción del vínculo entre los actores involucrados, que genera una fuerte capacidad de influir sobre

---

<sup>2</sup> Joseph Stiglitz, profesor de Economía en la Universidad de Columbia, ex presidente del Consejo de Asesores Económicos del ex presidente Clinton, ex vicepresidente del Banco Mundial y premio

el sistema de precios y las decisiones de la demanda. Además, la oferta de servicios médicos está restringida a la exigencia del título para ejercer el acto médico. Ello convierte a los médicos en agentes hegemónicos en el proceso de producción de salud (Miranda Radic, 1993), y la asignación de recursos obedece sobre todo a las decisiones de la oferta (Katz y Muñoz, 1988).

La colegiación profesional y las regulaciones corporativas que de ella se derivan funcionan como otra traba para la competencia en términos de precio. Los colegios profesionales suelen regular los aranceles que deben cobrar a sus afiliados y parte de los requisitos habilitantes para el ejercicio profesional. De hecho, los profesionales disponen de sanciones para aplicar a los colegas que se aparten de la regulación corporativa. Estos arreglos institucionales favorecen *cartelizaciones* de facto entre oferentes de servicios de salud e instalan una notoria asimetría de “poder de mercado” entre proveedores y usuarios. (Katz y Muñoz, 1988)

Por su parte los **consumidores**, buscan mantener o reparar su salud a través de los servicios médicos en un contexto signado por una alta dosis de **incertidumbre** respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad, como así también respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos. También afecta la soberanía del consumidor la **asimetría de información** que lo obliga a delegar en el médico el poder de decidir el tratamiento indicado para su dolencia. Esto provoca una **demanda “inducida” por la oferta**, comprometiendo o anulando la soberanía del consumidor, por lo cual queda en conflicto la independencia entre la oferta y demanda cuyo comportamiento se vuelve indiferenciado e incapaz de alcanzar un equilibrio eficiente y lleva en definitiva a una **ausencia de mercado**.

Toda esta serie de fallas configuran un **mercado imperfecto** y generan la necesidad de que el **Estado** ejerza una función activa en la prestación y en la regulación de los servicios de salud. Sin embargo, a pesar de esas características peculiares que justifican la intervención estatal, los mecanismos competitivos son capaces también de contribuir en el funcionamiento de estos mercados, a través de la promoción de valores tales como la eficiencia en el uso



de los recursos, el estímulo a la innovación y al mejoramiento de la calidad, y la disminución de los costos.

Desde el punto de vista de los **bienes y servicios** que se producen en la asistencia médico-sanitaria se pueden considerar básicamente tres clases diferentes:

1. los servicios médicos, odontológicos y auxiliares (prestados por profesionales habilitados para ello),
2. los medicamentos (elaborados por laboratorios farmacéuticos, intermediados por droguerías y vendidos y/o entregados al público en farmacias y / o centros hospitalarios) y
3. los **servicios hospitalarios** (brindados por hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados), incluyendo en este rubro tanto los calificados que implican utilización de recursos humanos y materiales específicos en el campo sanitario, como así también aquellos básicos de hotelería hospitalaria.

Esta amplia gama de bienes y servicios, tienen sus respectivos mercados en los que operan distintos proveedores, sean públicos o privados, nacionales o extranjeros. El comportamiento de cada mercado y la interdependencia entre los mismos son cruciales para la evolución del sistema de salud en su conjunto y para su eficiencia microeconómica, su eficacia y su equidad distributiva.

Tres de dichos mercados - el de servicios médicos, el de servicios de internación hospitalaria y el de productos farmacéuticos- absorben entre el 70 y el 80 % del total de los recursos que la sociedad invierte en cuidar y restaurar la salud de los ciudadanos. Al respecto, según un estudio en los años 80, el mercado de servicios médicos en Argentina absorbía el 28 % del gasto total de salud.<sup>3</sup>

Durante muchas décadas fue impensable reconocer que el **Estado y el mercado** eran instituciones **imperfectas**. La idealización tanto del uno como del otro, fue generando una perspectiva de enfrentamiento permanente en la investigación económica. Sin embargo, en los últimos años la visión de muchos economistas ha superado la dualidad entre Estado y mercado, y busca espacios

---

<sup>3</sup> KATZ, J. MUÑOZ, A. *Organización del sector salud: Pujá distributiva y equidad*. CEPAL. 1988.

de convergencia donde lo público y lo privado colaboren mutuamente para cumplir los cometidos que les son propios. Es decir, espacios donde el Estado y el mercado puedan complementarse y donde eficiencia y equidad se ayuden para avanzar simultáneamente.

No obstante, en el último cuarto de siglo, en particular en los años ´90, han ocurrido una serie de importantes transformaciones que redefinieron la relación entre el Estado y el mercado. El retroceso del Estado y el fuerte protagonismo del mercado han provocado un violento impacto en el sistema de salud argentino.

Este trabajo se centrará en el análisis de **la oferta de servicios de atención médica que ofrecen los establecimientos asistenciales con internación**. Para caracterizarla, se priorizarán las variables provenientes de la economía política con una perspectiva integradora y procurando agregar una visión histórico-evolutiva y dinámica del comportamiento de los actores, instituciones, el Estado y los mercados.

## 5- El escenario de salud de la ciudad de Rafaela

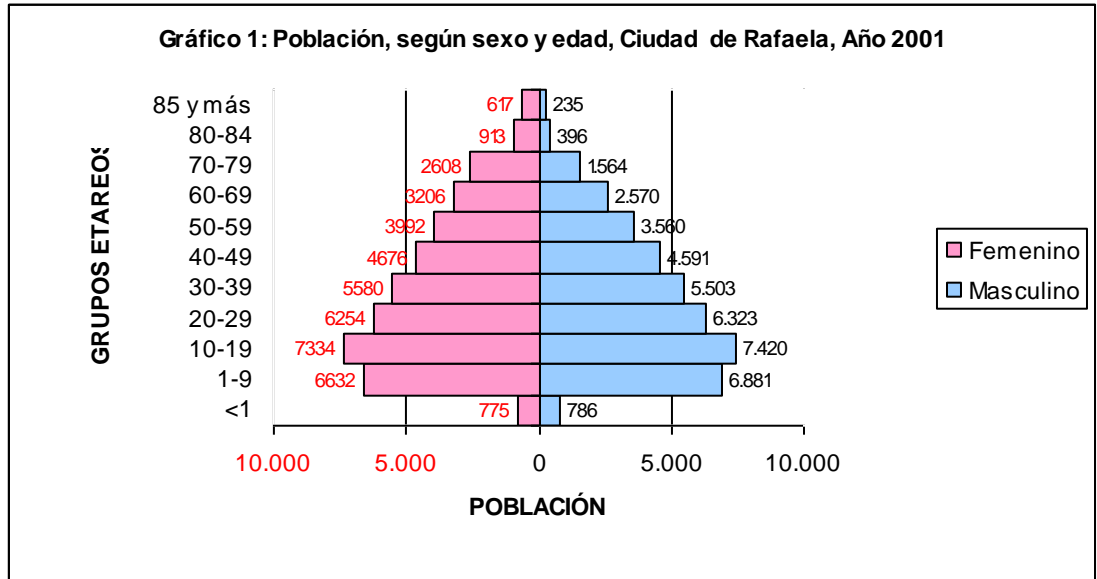
### 5.1 El contexto geográfico, económico, social y demográfico

Rafaela es la ciudad cabecera del Departamento Castellanos, una de las diecinueve unidades políticas en que se divide la provincia de Santa Fe, y concentra el 51 % de la población del mismo. Es la tercera ciudad de la provincia, en orden de importancia, después de Rosario y Santa Fe.



Se formó en el año 1881 con el asiento de once familias de origen italiano que adquirieron sus concesiones de tierra a la Empresa Colonizadora de Guillermo Lehmann. No existe acta de fundación con una fecha precisa de este asentamiento. Sin embargo, cada 24 de octubre, día de su santo patrono “San Rafael”, celebra un nuevo aniversario. Cuando en 1925 se aproximaba su cuadragésimo cuarto año de existencia, apareció en el por entonces joven periódico local “La Opinión” un artículo referido al acontecimiento con el título “Rafaela: la Perla del Oeste”. Desde entonces, Rafaela quedó bautizada, con el nombre que la distingue como ciudad pujante del centro oeste santafesino.

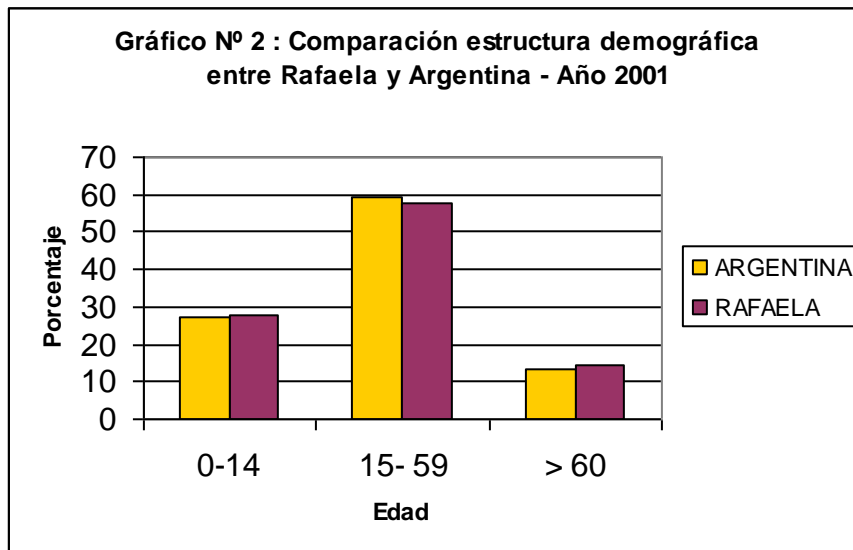
Su población, de acuerdo a los datos censales del año 2001, era de 82.416 habitantes (48 % varones y 52% mujeres).



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo de Población 2001 - INDEC

La pirámide poblacional muestra una estructura de población con ligera tendencia al envejecimiento. La proporción de mayores de 60 años, representan casi el 15 % de la población total, con marcado predominio femenino y la de menores de 15 años el 27.73%

En el Gráfico 2 puede observarse que el peso de cada grupo etáreo es comparativamente muy similar con el que presenta Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo de Población 2001 - INDEC

Cabe destacar que los menores entre 0 y 19 años superan el 35 % del total de habitantes. Esto puede interpretarse como la consecuencia del proceso

inmigratorio de familias jóvenes que durante la década del noventa, ante el cierre de los ferrocarriles y la crisis de industrias radicadas en poblaciones aledañas, llegaron a la ciudad en busca de empleo.

En el año 2001 la razón de masculinidad fue de 94 %, es decir, por cada 100 mujeres había 94 hombres.

La tasa de crecimiento poblacional entre los censos de 1991 y 2001 fue de 22,17%.

Es importante destacar que la ciudad vivió permanentemente a lo largo de su historia un crecimiento poblacional ubicado por encima del 20%, superando la media provincial y nacional. La etapa más importante de expansión se da entre los años 1947 y 1960, consecuencia de un fuerte aumento de la industria nacional sustitutiva de importaciones, donde la ciudad vivió un incremento porcentual intercensal que superó el 50%.

Incrementos similares en las últimas décadas han determinado que de 1970 al presente la cantidad de habitantes se haya prácticamente duplicado, motivada en gran medida por migraciones provenientes de poblaciones, departamentos y provincias lindantes atraídas por la potencial oferta de empleo.

**CUADRO 1: Evolución de la población de Rafaela- Período 1914-2004**

<b>Años censales</b>	<b>Crecimiento porcentual</b>	<b>Total</b>
1914		9.698
1947	144%	23.665
1960	50,90%	35.714
1970	24,20%	44.361
1980	21,60%	53.954
1991	26,50%	68.256
2001	22,50%	82.416
2004 (Estimado)		88.000

Fuente: Archivo Municipalidad de Rafaela

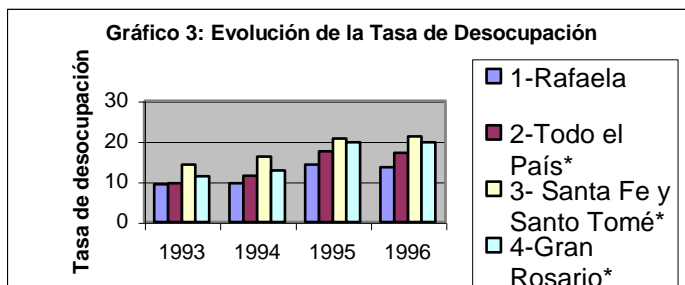
El crecimiento demográfico, no ha influido, sin embargo en la densidad,

que presenta valores estables no muy altos, lo que determina una ciudad abierta y dispersa, característica que se mantiene por la tendencia de sus habitantes a buscar áreas verdes para la instalación de su residencia y por la conformación de nuevos barrios periféricos a partir de la ejecución de planes nacionales y municipales de vivienda.

Respecto a la infraestructura educativa, la ciudad tiene 59 establecimientos educativos, de Nivel Inicial, EGB, Polimodal, escuelas especiales y nivel terciario. Se calcula que la población escolar de todos los niveles es de aproximadamente 17.900 alumnos. La oferta educativa en el nivel terciario está conformada por tres universidades (Universidad Tecnológica Nacional, Universidad Católica de Santiago del Estero, Universidad de Ciencias Empresariales), un aula satelital de la Universidad Nacional del Litoral, el Instituto Superior del Profesorado y el Instituto Tecnológico (ITEC) Aproximadamente dos mil alumnos egresados del nivel secundario de Rafaela y la región se inscriben cada año en dichas instituciones.

En cuanto a la estructura económica, el Departamento Castellanos cuenta con algo más de 700.000 hectáreas destinadas al sector primario, de las cuales la mayoría se dedica a la producción de bienes pecuarios. Como consecuencia de ello uno de los sectores claves del aparato productivo de Rafaela lo constituyen las industrias láctea y frigorífica, como así también dentro del sector metalmeccánico se destacan las actividades de producción de implementos agrícolas, alimentos y autopartes para automóviles.

Entre los años 1993 y 1996 la tasa de desempleo marcó una evolución en alza, pero sin embargo se mantuvo con índices más bajos que en el resto de la provincia - que alcanzó en 1996, 21,2 % en Santa Fe y Santo Tomé, 19,7 % para el Gran Rosario- y 17,1 % para todo el país.



Fuente: Secretaría de Programación Económica – Municipalidad Rafaela

Igualmente, si se comparan los datos del mercado de trabajo local obtenidos en la Encuesta Permanente de Hogares del año 2004, con los que el INDEC calculó para 28 aglomerados urbanos de todo el país durante el primer trimestre del año 2004, es posible apreciar que la tasa de desempleo local es sensiblemente inferior al conjunto nacional, como así también lo son las tasas de subocupación demandante y no demandante.

**CUADRO 2: Tasas comparativas de actividad, empleo, desocupación y subocupación entre 28 aglomerados urbanos y Rafaela- Año 2004**

TASAS	28 aglomerados urbanos (%)	RAFAELA (%)
Actividad	45,4	42,4
Empleo	38,9	38,1
Desocupación	14,4	<b>9,9</b>
Subocupación	15,7	<b>10,4</b>
Subocupación Demandante	10,5	<b>7,7</b>
Subocupación No Demandante	5,2	<b>2,7</b>

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares - Año 2004

Otro indicador que revela el nivel socioeconómico de la población es el régimen de tenencia de determinados bienes, tal el caso de la vivienda destacándose que el 77.2 % de la población es propietario y con respecto a los medios de movilidad un 53.3% de los hogares posee automóvil, un 36.1% es propietario de ciclomotor y un 67.6% tiene por lo menos un vehículo o un ciclomotor.

La situación sanitaria de la población no sólo está relacionada con la

atención médica, sino también a todos los factores vinculados directa o indirectamente con problemas de la salud, como vivienda, saneamiento, accesibilidad a los sistemas de atención, alimentación, etc. que contribuyen a influenciar fuertemente el nivel de riesgo de la población. Algunos indicadores relacionados a estos condicionantes, según la encuesta permanente de hogares del año 2004, expresan que el tipo predominante de materiales de las viviendas es la mampostería en un 92,2 % y las lajas en el 5,3 %. Las mismas cuentan en un alto porcentaje los servicios de agua corriente (95,8 %), baño instalado (95,8 %), electricidad (99,8%), cloacas (61,4 %) y red de gas (26,5 %).

Es por esta suma de factores favorables que la ciudad en la década de los 90 cambió su poético nombre de “Perla del oeste” por otro de tendencia ecologista, el de “Rafaela isla”, con el que se la proyectó hacia afuera como estrategia de posicionamiento política y económica.

## **5.2. Población rafaeline beneficiaria de la seguridad social**

La adhesión o asociación obligatoria o voluntaria a algún sistema de atención de la salud no indica "per sé" cobertura real; sin embargo, establece mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud. Desde esta perspectiva, estar o no asociado a algún sistema de atención de la salud permite un corte dicotómico de la población afiliada y no afiliada en cuanto a cobertura y utilización de servicios de salud. Es también un indicador indirecto o "proxi" de condición socio-económica de la población y, por lo tanto, de caracterización de la misma según niveles de riesgo.

Relacionado al aspecto de cobertura en salud, según la Encuesta Permanente de Hogares, en Rafaela, en el año 2004 el **58.3 %** (51.500 personas) **cuenta con obra social**, el **11.6%** (10.250 personas) **medicina prepaga** y el **5.5%** (4.860 ciudadanos) **ambas**. Aproximadamente **21.700 personas** (lo que representa un 24.6%) **no posee ningún tipo de cobertura médica**<sup>4</sup>.

Los **servicios del hospital** y de los **consultorios periféricos** son

---

<sup>4</sup> Encuesta Permanente de Hogares – Año 2004



requeridos por el **31.9%**, lo que haciendo una proyección en función de la población total de Rafaela nos indica que **28.000** personas aproximadamente se constituyen en usuarios del sistema de salud pública.

Un **72.6 %** es atendido por profesionales médicos en consultorios particulares o clínicas y sanatorios privados.

El notable crecimiento de la cobertura bajo las obras sociales se inicia en la década del sesenta y se expande notablemente en los setenta. A continuación se presentan datos referidos a la cantidad de afiliados que cuentan algunas obras sociales, al año 2004 y el porcentaje que representan de la población con cobertura de obra social:

1- La obra social provincial **IAPOS** (Instituto Autárquico Provincial de obra social) que nuclea a todos los empleados provinciales, cuenta con aproximadamente **12000** beneficiarios, que representan el 23 %-

2- El **PAMI** cubre a **10000** beneficiarios, es decir el 19 % de la población.

3- **OSECAC** (obra social de empleados de comercio) **8600** el 17 %.

4- **OSPIL** (obra social personal industria lechera) **4000** el 8 %.

5- **UOM** (obra social obreros metalúrgicos) **7000** el 14 %.

Estas obras sociales, financiadoras del sistema de salud, cubren casi el 80 % de la población beneficiaria de la seguridad social y es por ello que han tenido a través del tiempo un protagonismo muy fuerte en la conformación del mercado de la salud de la ciudad de Rafaela.

Según datos de la Encuesta Permanente de hogares -2004, los **servicios de emergencias** son utilizados por el **20.1%**, otros servicios de salud por el **0.5%** mientras que el **1.6%** no cuenta con ningún servicio de salud.

Un aspecto interesante pone de manifiesto que del grupo de personas que asisten al hospital o a los centros de salud periféricos, el 73.8% no posee cobertura médica. El 26.2% restante lo integran ciudadanos con obra social y/o medicina prepaga.

Según la misma fuente, entre los motivos que llevan a las personas con obra social y/o medicina prepaga a concurrir al hospital o los consultorios periféricos

se destacan los siguientes:

- el 28.6% lo hace por problemas económicos de diversa índole (por ejemplo cubrir la faltante de obra social, el no cobro de plus o adicionales, el corte temporario de su servicio de obra social),
- el 17.0% son emergencias,
- el 13.8% por la confianza que le inspiran los médicos y la buena atención que le brindan en este efector de salud,
- el 15.8% aduce hacerlo por comodidad o costumbre.

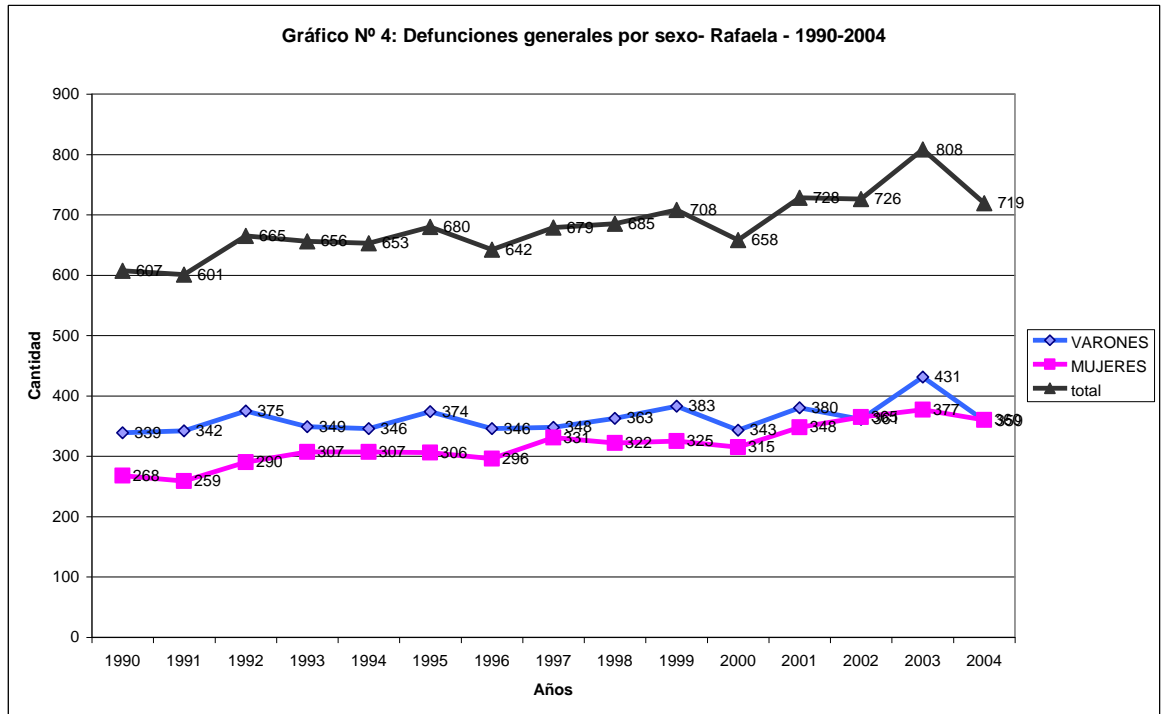
### **5.3. LA MORTALIDAD COMO INDICADOR INDIRECTO DE LA SALUD DE LOS RAFAELINOS<sup>5</sup>**

En Rafaela, en el período 1990-2001 la mortalidad no registró variaciones muy significativas y mantuvo la relación proporcional con respecto a la tasa de crecimiento poblacional intercensal (21 %). Se registraron 10.215 defunciones, de las cuales 306 (3 % del total de muertes) se categorizaron como mal definidas. La **tasa de mortalidad general** fue de 8.81 por mil habitantes para el año 1991 y de 8.83 por mil habitantes en el año 2001. Para una población estimada de 88.000 habitantes en el año 2004 la tasa de mortalidad general es levemente inferior (8 %) a las anteriores ubicándose en 8.17 por mil habitantes.

La tasa de mortalidad por sexo, por mil habitantes, para el año 2001 fue 9.57 para hombres y 8.17 para mujeres. El índice de mortalidad 1.17 (117 %) indica que los hombres tienen mayor riesgo de muerte que las mujeres. Esta situación se da como constante en el período 1990 – 2004 como puede apreciarse en el gráfico N° 4.

---

<sup>5</sup> La causa de muerte declarada es uno de los datos que está sujeto a errores en cuanto a su declaración, dependiendo su exactitud del tipo de certificación, de la codificación y de los criterios de clasificación que se utilicen. Por ello el uso de las mismas y su interpretación debe ser tomado con precauciones.

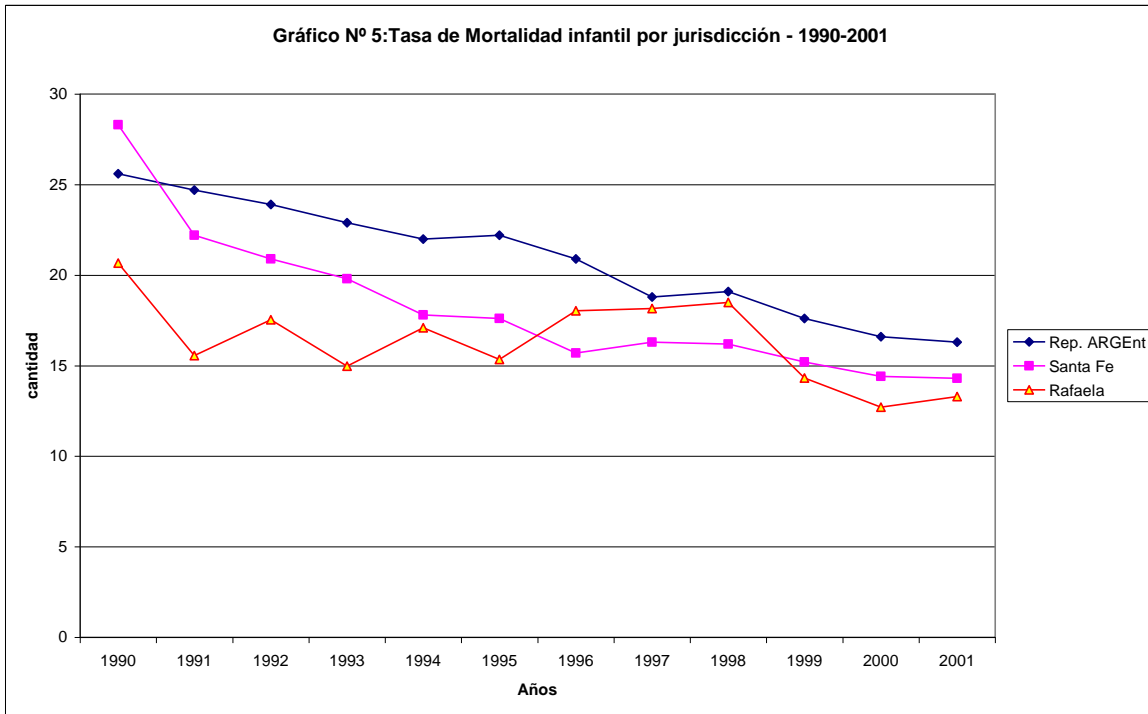


Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe y Estadísticas Vitales

Comparativamente los indicadores básicos elaborados por el Ministerio de Salud, a nivel nacional, muestran valores inferiores dado que la tasa de mortalidad bruta fue de 7,6 por mil en 2001 (8,4 por mil en varones y 6,9 por mil en mujeres), sin variaciones respecto a 2000. Así visto, el descenso ha sido constante desde el 8,2 por mil de 1986<sup>6</sup>.

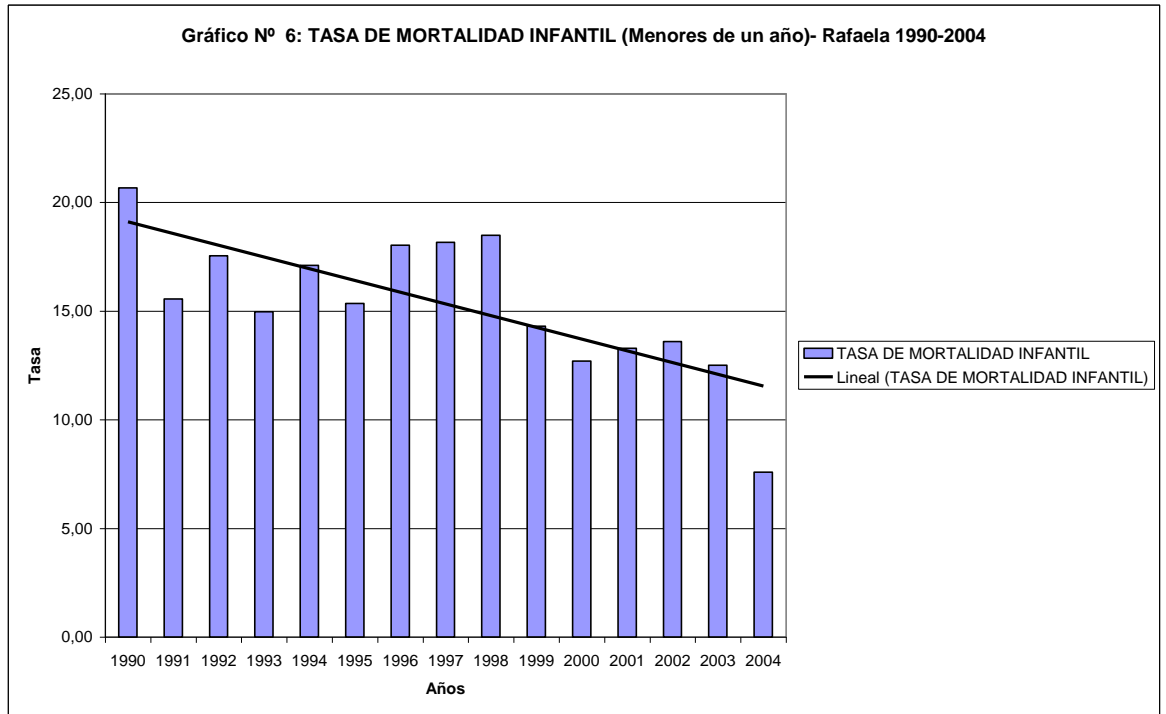
Entre 1990 -2001 la tasa de mortalidad infantil -en menores de un año- presenta una declinación sostenida, al igual que en el nivel nacional y provincial. (Gráfico N° 5)

<sup>6</sup> Mera, Jorge, Bello, Julio. Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción 1ª. ed.- Buenos Aires. OPS, 2003.



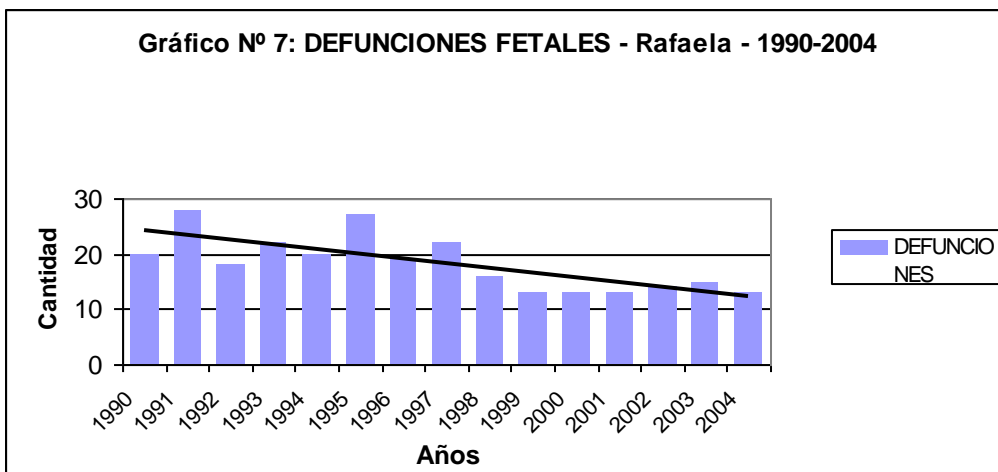
Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe y Estadísticas Vitales

La mortalidad infantil, en menores de un año, en Rafaela mantiene desde el año 2000 una sostenida tendencia al descenso (de 12.70 por mil en 2000 a 7,58 por mil en 2004). La disminución de muertes entre el año 2003 y 2004 representa el 39 %.



Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

La misma tendencia puede observarse en el Gráfico N° 7 en cuanto a las defunciones fetales, aunque cabe aclarar que las defunciones fetales, y en especial las tempranas, poseen un subregistro importante que debe ser considerado en el análisis e interpretación de estos datos.



Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

En Rafaela la relación entre nacimientos y madres adolescentes, en el período 1990 -2004 en porcentajes es la siguiente:

**CUADRO 3: Relación entre nacidos vivos y madres adolescentes. Rafaela. 1990 - 2004**

<b>AÑO</b>	<b>EDAD DE LA MADRE</b>	<b>NACIDOS VIVOS- MADRES ADOLESCENTES</b>	<b>TOTAL NACIDOS VIVOS- MADRES ADOLESCENTES</b>	<b>TOTAL NACIDOS VIVOS</b>	<b>Porcentaje nacidos vivos/madres adolescentes</b>
1990	10 -14	10	226	1500	15,07
	15-19	216			
1991	10 -14	14	315	1992	15,81
	15-19	301			
1992	10 -14	19	304	1710	17,78
	15-19	285			
1993	10 -14	13	341	1870	18,24
	15-19	328			
1994	10 -14	10	307	1813	16,93
	15-19	297			
1995	10 -14	11	295	1759	16,77
	15-19	284			
1996	10 -14	4	246	1553	15,84
	15-19	242			
1997	10 -14	8	332	1652	20,10
	15-19	324			
1998	10 -14	16	305	1622	18,80
	15-19	289			
1999	10 -14	13	341	1677	20,33
	15-19	328			
2000	10 -14	12	323	1732	18,65
	15-19	311			
2001	10 -14	17	314	1655	18,97
	15-19	297			
<b>2002</b>	10 -14	10	319	1691	<b>18,86</b>
	15-19	309			
2003	10 -14	8	278	1679	16,56
	15-19	270			
2004	10 -14	9	286	1714	16,69
	15-19	277			

Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

Para el año 2002, datos nacionales revelan un porcentaje menor comparativamente con Rafaela, pues sólo el 15 % de los nacimientos registrados fue de madres de no más de 19 años<sup>7</sup>.

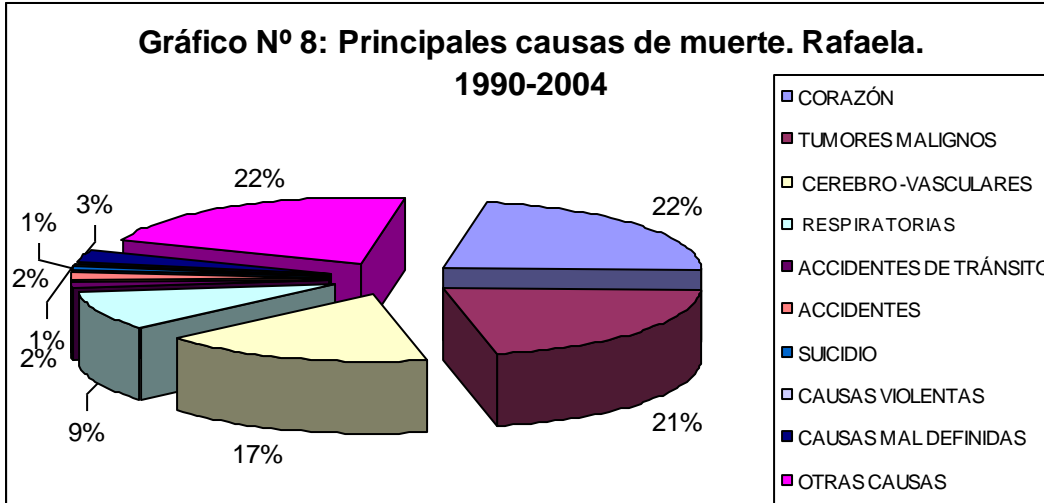
Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebro vasculares son las causas de muerte más frecuentes para ambos sexos en la población rafaelina. Las enfermedades del corazón son las responsables del mayor número de muertes, con una tasa de 18,32 por 10.000 habitantes; estas enfermedades generaron en 2001 el 22,80 % del total de las muertes, porcentaje que se mantiene como promedio de los últimos 15 años, aunque cabe aclarar que en algunos años fue superada por las muertes provocadas por tumores malignos, como puede considerarse en el Gráfico N° 9.

**Cuadro N° 4: Defunciones por causas de muerte – Rafaela – Período 1990 -2004**

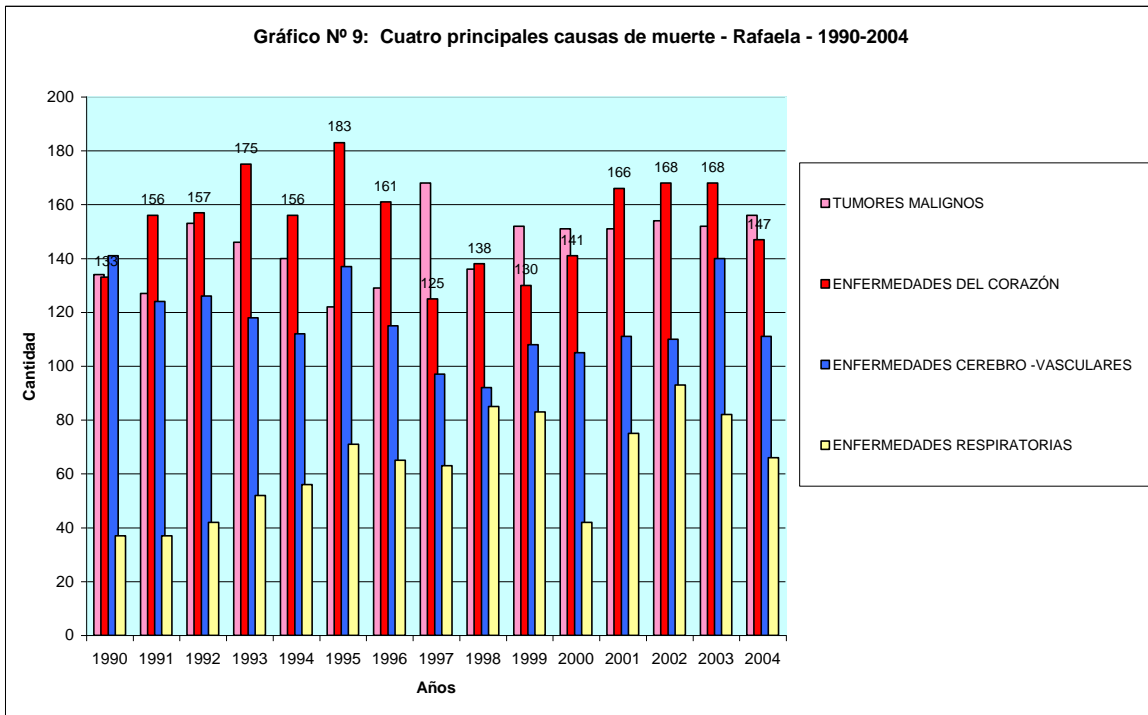
<b>CAUSAS DE MUERTE</b>	<b>TOTAL (v.a.)</b>	<b>%</b>
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	2304	22,55
TUMORES MALIGNOS	2171	21,25
ENFERMEDADES CEREBRO -VASCULARES	1747	17,10
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	949	9,29
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	174	1,70
OTROS ACCIDENTES	162	1,59
SUICIDIO	123	1,20
CAUSAS VIOLENTAS	59	0,58
CAUSAS MAL DEFINIDAS	306	3,00
OTRAS CAUSAS DE MUERTE	2221	21,74
<b>TOTAL</b>	<b>10216</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

<sup>7</sup> González García, Ginés – Tobar Federico. “ Salud para los argentinos; economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina”. Buenos Aires. Isalud. 2004. Pág. 82



Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe



Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

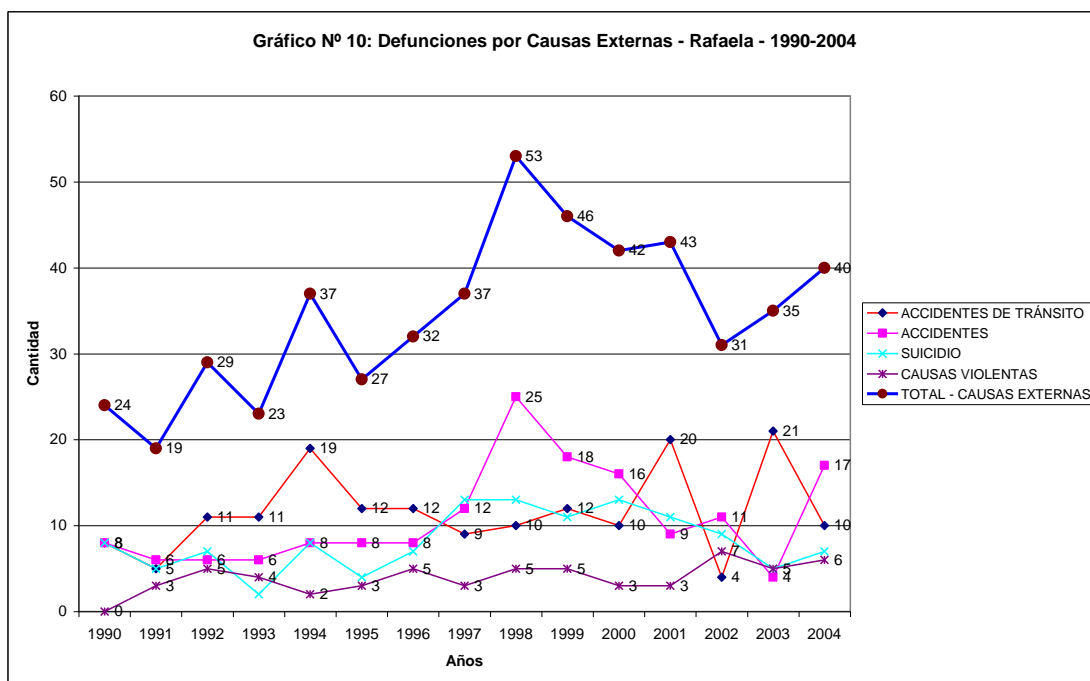
El análisis de la mortalidad según sus principales causas indica que la tasa de mortalidad por enfermedades cerebro vasculares mostró un importante descenso de un 63,82 % entre 1991 (20,66 por 10.000 habitantes) y 2004 (12,61 por 10.000 habitantes). En el mismo período, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón también descendió 19,72% (22.86 frente a 19,09 por



10.000 habitantes). Los tumores malignos registraron un descenso de menor magnitud (4.96 %) al pasar de 18,61 por 10.000 habitantes en 1991 a 17.73 por 10.000 en 2004. En los hombres, el cáncer más frecuente es el de próstata, seguido por el de pulmón y bronquios y de colon y recto. En las mujeres, el cáncer más frecuente es el de mama.

Estos datos revelan que se está atravesando un proceso de transición epidemiológica, en el cual pierden peso las enfermedades transmisibles y se incrementa la proporción de no transmisibles, proceso que se relaciona con el envejecimiento de la población y la mejora en las condiciones generales de salud<sup>8</sup>.

La tasa de mortalidad por causas externas (accidentes de tránsito, suicidios, causas violentas y otros accidentes), en Rafaela, sufrió un incremento del 63.66 % al pasar de 2.78 casos por 10.000 habitantes en el año 1991 a 4.55 por 10.000 habitantes en el año 2004.



Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

<sup>8</sup> González García, Ginés – Tobar Federico. ibídem Pág. 90

Los accidentes de tránsito ocupan el cuarto lugar como causa general de muerte, constituyen un grave problema sanitario y son responsables de la pérdida de una importante cantidad de años de vida productivos (APVP).

Se la considera "... una de las mayores epidemias que tiene actualmente nuestro país. En el 70 % de los casos las muertes por dicho motivo responden a factores relacionados con los estilos de vida. En nuestro país un 57,2 % de los casos se trata de jóvenes de entre 15 y 34 años de edad, y entre éstos un 77,5 % de las víctimas son varones"<sup>9</sup>. En la ciudad de Rafaela se pueden corroborar, lamentablemente, los mismos resultados. En el período 1990 -2004 los accidentes de tránsito produjeron 174 muertos, el 44,25 % de los mismos fueron jóvenes entre 15 y 34 años, de los cuales el 76,62 % eran varones.

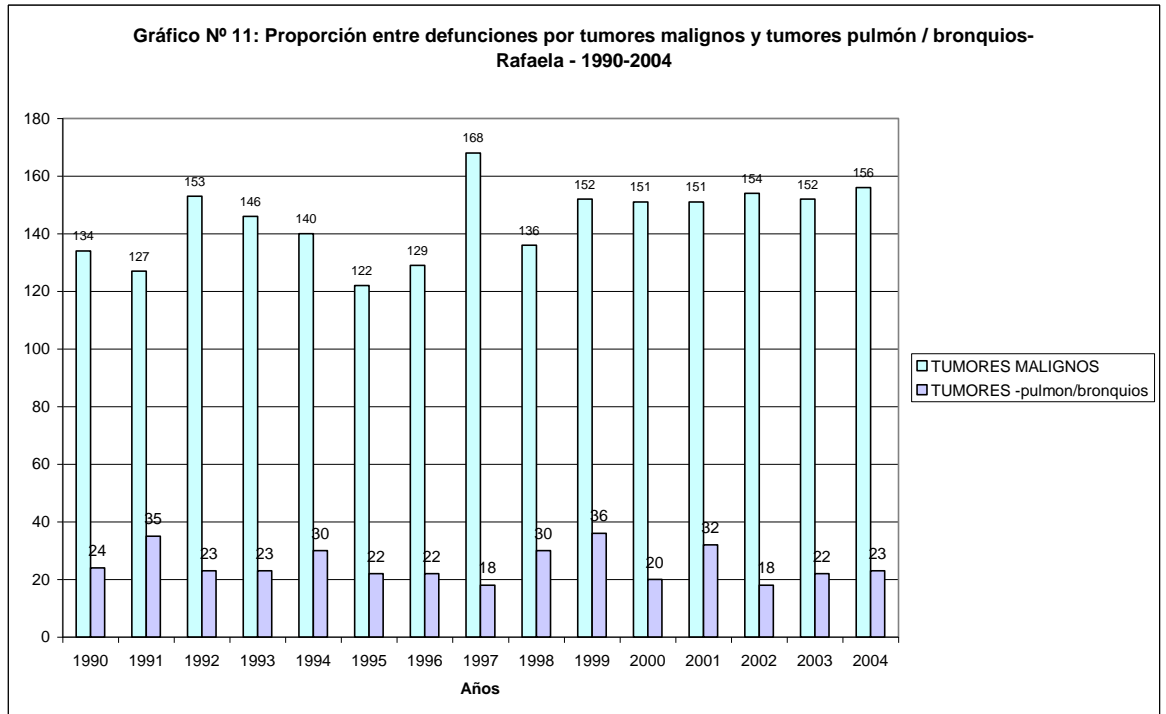
La segunda causa de muerte, tumores malignos, está muy relacionada con el envejecimiento de la población, dado que el peso relativo de los tumores se vincula con la mayor esperanza de vida. Si bien en esta causa se ha avanzado poco, los mismos responden más que a los adelantos tecnológicos de la medicina a los cambios en las prácticas que no son tóxicas, como el abandono del hábito de fumar. El tabaquismo representa casi el 32 % de las defunciones dentro de esta causa. Esta situación puede apreciarse para la ciudad de Rafaela en la tasa de mortalidad general por tumor maligno, que ha descendido muy poco, en cambio la tasa de mortalidad específica por tumor de pulmón se redujo en 15 años a la mitad.

**Cuadro Nº 5: Defunciones por Tumores malignos – Rafaela – Años 1991 - 2001- 2004**

<b>AÑO</b>	<b>MUERTE POR TUMOR MALIGNO (v.a.)</b>	<b>TASA DE MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO (x 10000 habitantes)</b>	<b>MUERTE POR TUMOR MALIGNO DE PULMÓN Y BRONQUIOS(v.a.)</b>	<b>TASA DE MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE PULMÓN Y BRONQUIOS(x 10000 habitantes)</b>
1991	127	18,61	35	5,13
2001	151	18,32	32	3,88
2004	156	17,73	23	2,61

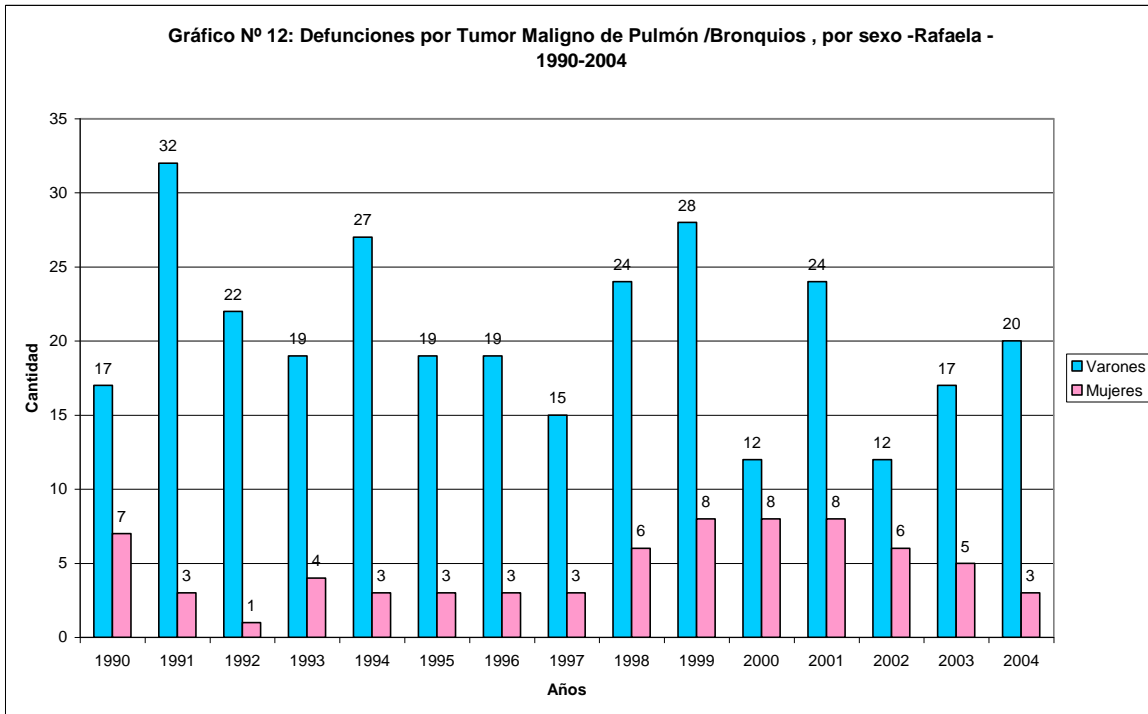
Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

<sup>9</sup> González García, Ginés – Tobar Federico. ibídem Pág. 98



Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

Esta causa afecta más a los hombres que a las mujeres (Gráfico N° 12). De los cuales aproximadamente el 50 % de los fallecidos tenía menos de 65 años.



Fuente: Elaboración propia en base a datos cedidos por Dirección Estadísticas del Ministerio de Salud. Santa Fe

## 6- RAFAELA: EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El sistema de atención de la salud de Rafaela cumple su función a través de distintos tipos de servicios y reproduce algunas de las condiciones que se observan en el nivel nacional. Por su forma de financiamiento y estructura organizacional se puede dividir en **dos grandes categorías**:

a) El sistema de atención de dependencia **estatal**

b) El sistema de servicios **privados**

No se considera en esta categorización lo referido a las obras sociales, porque al no tener, en esta ciudad, efectores propios, los beneficiarios se asisten en su mayoría en servicios privados y en menor proporción en los efectores públicos.

A continuación se analiza específicamente cada uno.

### 6.1 RAFAELA: EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE DEPENDENCIA ESTATAL

El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe está organizado operativamente en nueve zonas sanitarias como puede observarse en el cuadro 6.

Esta división no se corresponde con otras divisiones territoriales, tales como las de seguridad, educación o justicia. Una de las notas distintivas de esta segmentación territorial es la desproporcionada concentración de población.

**CUADRO 6: Zonas sanitarias y Departamentos – Provincia de Santa Fe**

Zonas	Departamentos
I	Castellanos , San Cristóbal
II	Vera, General Obligado
III	San Javier, Garay
IV	San Jerónimo, San Martín
V	La Capital, Las Colonias, San Justo
VI	Belgrano, Iriondo, Caseros

Zonas	Departamentos
VII	General López
VIII	Rosario, San Lorenzo, Constitución
IX	9 de Julio

Fuente: Elaboración propia

Cada estructura zonal sanitaria cuenta con un Director y un pequeño plantel de delegaciones que facilita el cumplimiento de sus objetivos. En los cuadros 7 y 8 que siguen, puede apreciarse la conformación de la estructura de la **Zona I** de Salud que comprende a dos Departamentos Castellanos y San Cristóbal.

CUADRO 7: Totales Zona Sanitaria Nº I

Zona de Salud	Efectores	Con Intern.	Sin Intern.	H.P.G.D. <sup>10</sup>	Régimen Jurídico				Camas	
					S.A.M.Co.	Pcial.	Descen-tralizado	Dep. de S.A.M.Co.	Agudos	Crónicos
I	73	12	61	9	38	19	-	16	246	20

Zona de Salud	Nivel de Complejidad											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Especializados	S/E	
I	19	42	9	2	-	1	-	-	-	-	-	

Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Santa Fe

CUADRO 8: Totales Zona Sanitaria Nº I – Solo Departamento Castellanos

Departamento	Efectores	Con Intern.	Sin Intern.	H.P.G.D.	Régimen Jurídico				Camas	
					S.A.M.Co.	Pcial.	Descen-tralizado	Dep. S.A.M.Co.	Agudos	Crónicos
Castellanos	46	5	41	5	22	11	-	13	147	-

Departamento	Nivel de Complejidad											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Especializados	S/E	
Castellanos	10	31	4	-	-	1	-	-	-	-	-	

Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Santa Fe

<sup>10</sup> H.P.G.D: Hospital Público de Gestión Descentralizada

En esta zonificación de la administración pública de la salud, Rafaela está contemplada en la **Zona I**, es la Capital del Departamento Castellanos y su efector es el **Hospital “Dr. Jaime Ferré”**. Éste fue modificando, a través del tiempo, su régimen jurídico de la siguiente forma<sup>11</sup>:

**Cuadro Nº 9: Evolución histórica del Régimen Legal, Mecanismos de Gobierno y Financiación del Hospital de Rafaela.**

	<b>Régimen Legal</b>	<b>Mecanismo de Gobierno</b>	<b>Financiación</b>
Año 1905 / 1939	Hospital de <b>Caridad</b>		Beneficencia
Año 1939 / 1979	Hospital <b>Nacional</b>	Régimen Público.	Fondo Nacional
Año 1979 / 1990	Hospital <b>Provincial</b>	Régimen Público	Fondo Provincial
Año 1990 / 1995	Hospital <b>S.A.M.C.O</b>	Régimen Participativo	Fondos provinciales, municipales, O. Sociales, Privados
Año 1995	Hospital S.A.M.Co. <b>Hospital de Autogestión</b> <sup>12</sup>	Régimen Participativo	Fondos provinciales, municipales, O. Sociales, Privados

Fuente: Elaboración propia

Sus principales características se detallan en el cuadro 10.

**CUADRO 10: Hospital “Jaime Ferré” - Características**

<b>Zona I</b>								
<b>Zona de Salud</b>	<b>Localidad / Efector</b>	<b>Nivel de Atención</b>						
		<b>Inter-nación</b>	<b>Nivel de Complejidad</b>	<b>Régimen Jurídico</b>	<b>H.P.G.D.</b>	<b>Camas Agudas</b>	<b>Camas Crónicas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>I</b>	<b>Hospital Base Ref. "Dr. Jaime Ferré"</b>	Si	VI	S.A.M.Co.	Si	91	0	91

Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Santa Fe

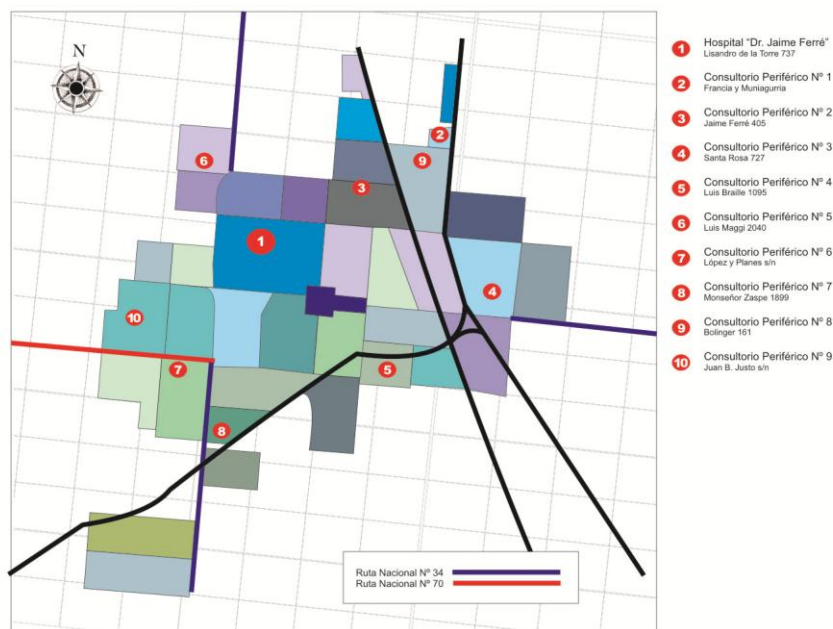
También conforman la oferta de servicios de atención a la salud de Rafaela, nueve dispensarios ubicados estratégicamente, como puede apreciarse en el plano que figura mas abajo, entre los treinta y tres barrios que la conforman. En

<sup>11</sup> En los próximos capítulos se profundiza la evolución histórica del Hospital Jaime Ferré.

<sup>12</sup> Resolución 033/ 6 de octubre de 1995- Ministerio de Salud y Acción Social.

realidad 5 de ellos se crearon y habilitaron, en 1967, en zonas periféricas, bajo las prescripciones de la Ley Provincial 6312 (SAMCO)<sup>13</sup>

## PLANO DE LA CIUDAD DE RAFAELA – DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS DISPENSARIOS - SAMCO



Durante dos décadas, desde 1969 hasta 1990, coexistieron en la ciudad Servicios de Atención Médica, con regímenes legales, mecanismos de gobierno y financiación diferentes. El Hospital provincial con un mecanismo de gobierno que corresponde al Régimen Público y cuya financiación depende de fondos provinciales, mientras que los dispensarios tienen mecanismos de gobierno Participativo<sup>14</sup> y financiación a través de fondos provinciales, municipales y bonos contribución. Recién después de 1995 el Hospital y los dispensarios quedaron bajo el mismo régimen de la Ley S.A.M.Co. permitiendo cambios en lo político-financiero.

Vale la pena señalar que la sanción de la Ley S.A.M.Co. no generó las condiciones indispensables para viabilizar un auténtico proceso de

<sup>13</sup> Ley provincial 6312- 2 de mayo de 1967 S.A.M.Co.- Servicio para la Atención Médica de la Comunidad.



descentralización, pues la Provincia mantiene la centralización normativa y ejecutiva, e introduce sólo una descentralización en lo micro-financiero hospitalario. El cambio de su régimen jurídico, con la incorporación al sistema S.A.M.Co. fue el instrumento que no sólo permitió al Hospital legitimar el cobro a los usuarios y a las Obras Sociales y realizar contratos y convenios sino que además, posibilitó abrir camino a nivel local para hacer al Concejo Deliberante responsable de la financiación de la entidad, determinando a través de la ordenanza tributaria municipal los montos<sup>15</sup> que considera conveniente destinar al mismo.

También es habitual la presencia de programas y planes nacionales que operan a través de acuerdos con la Provincia y en ocasiones en forma directa. Es así que el Ministerio de Salud de la Nación financia y opera programas sobre diversos temas, tales como Salud Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), Programa Nacional de SIDA y además tiene actividades propias

## **6.2. RAFAELA: EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD PRIVADO**

**El subsector privado** incluye la **oferta de profesionales** de la salud independientes como la de **establecimientos de salud** (clínicas y sanatorios,) que atienden demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las OOSS mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios.

La ciudad cuenta, al año 2004, con seis establecimientos asistenciales con internación. Casi todos tuvieron su origen como extensión del domicilio particular de un médico y fueron con el tiempo adecuando tanto su estructura jurídica, edilicia y tecnológica. Son sociedades familiares donde la sucesión en el mando se va dando de padres médicos a hijos y familiares médicos, lo que acarrea una fuerte carga de conflictividad que a veces se ventila en la justicia.

---

<sup>14</sup> En los hechos, la participación como mecanismos de gobierno, no respetaba las disposiciones de la ley S.A.M.Co en cuanto a organización, representación, funcionamiento, mecanismos de toma de decisiones y régimen administrativo- financiero.

<sup>15</sup> Estos montos son determinados por porcentaje que fija el Consejo Deliberante de los importes liquidados en concepto de Tasa más recargos por baldíos.

Se observa una búsqueda permanente a la oligopolización, a través de actividades con mínimos niveles de competencia y mayor diferenciación de producto/servicio en el mercado.

A continuación se detallan sintéticamente sus principales características, pues con mayor detalle se describen en los próximos capítulos.

- **SANATORIO “NOSTI”**: Es propiedad de la familia Tita, administrada por la segunda generación de médicos de esta familia. Se fue posicionando en la década del noventa en la alta complejidad al incorporar los servicios de hemodinamia y ecocardiología. Han realizado transplantes renales. La rentabilidad de este tipo de prestaciones les ha permitido refacciones edilicias muy importantes y como consecuencia de ello captar pacientes con capacidad de pago dispuestos a pagar los servicios diferenciales.
- **CLÍNICA “PARRA”**: Sus propietarios son los herederos del Dr. Luis A. Parra, médico y político (ex Diputado Nacional). Continúa con la visión que le imprimiera su fundador muy relacionado con la seguridad social, con un trato muy estrecho con el sindicalismo local y también con el sector público. En la década del noventa comenzaron a posicionarla fuertemente como servicio de Ginecología y obstetricia y al 2004 se encuentra afianzada en este segmento. Esta familia ha diversificado la inversión en otros rubros como internados geriátricos, hotelería 4 estrellas y franquicias de indumentaria femenina.
- **SANATORIO “MORENO”**: Es una sociedad entre varios médicos que a través de distintas maniobras jurídicas está controlada por un médico cirujano y sus hijos. En la década del noventa y ante la competencia del sector centra su estrategia en la incorporación de tecnología para realizar diagnósticos y cirugías mini-invasivas. No se observa reinversión de utilidades al interior de este nosocomio y su deterioro alienta esperanzas en la competencia por la posibilidad de cierre en el mediano plazo.
- **POLICLÍNICO “RAFAELA”**: Con casi 90 años, es la unidad de internación más antigua y más moderna ediliciamente de la ciudad. En este devenir de padres a hijos, la tercera generación de la familia Barreiro, tal como dice el

refrán “la primera generación la funda y la tercera la funde”; esta empresa, al borde de la quiebra, fue transferida en el año 2001 para su administración a la Asociación Médica del Departamento Castellanos y de esta forma esta entidad gremial comienza a disponer de camas propias con el objetivo de administrar convenios que imponen esta condición, tal el caso del PAMI.

- **CLÍNICA DE NIÑOS:** Tiene su origen en 1982, es una sociedad entre tres pediatras. Es el único centro especializado en neonatología y pediatría, con una capacidad de 10 habitaciones privadas, 9 unidades neonatales y 4 unidades de terapia infantil.
- **CLÍNICA “PODIO”:** Propiedad de un médico psiquiatra, es la única clínica de dicha especialidad en la ciudad y la región. Se constituyó en la década del 90 y cuenta con 10 camas.

Como puede apreciarse el desarrollo de estas clínicas y sanatorios privados es muy heterogéneo, pero tienen algo en común y es que hoy enfrentan una crisis derivada de su expansión en el pasado y de la desfinanciación crónica de las obras sociales. La transferencia del riesgo de la Seguridad Social al sector privado, mediante una gran variabilidad de relaciones contractuales, cuasicontractuales y de hecho (contratos capitados, prestaciones moduladas, etc.) hace que la gestión económico – financiera sea excesivamente compleja.

También se advierte como rasgo característico de este subsector la alta competencia y sobreoferta que los obliga a la reducción de costos operativos y rápida modernización de los procesos terapéuticos, lo que se convierte en un severo obstáculo para alcanzar el equilibrio económico – financiero en el tiempo. Para compensar la caída de ingresos, muchas de estas entidades han desarrollado prestaciones de servicios preventivos y asistenciales con financiación estrictamente privada.

Sin embargo, la “empresa sanitaria” que generalmente mantiene mecanismos grupales de contención del trabajo médico, ante la preeminencia

de objetivos particularistas de la profesión sobre la institución sanatorial, ha agravado sus problemas operativos y financieros.

En el ámbito privado también se han desarrollado nuevas modalidades de servicios como los de traslado, de emergencia y de imágenes médicas. La ciudad cuenta con dos servicios de traslado y emergencias (Presto y Emergencias Médicas) y varias empresas que proporcionan servicios de diagnóstico por imágenes; se dispone de dos tomógrafos y un resonador.

Entre los médicos, no empresarios, la pluriactividad con formas retributivas diversas se confirma como práctica de supervivencia, particularmente en profesionales jóvenes, asumiendo obligaciones laborales en el ámbito público (generalmente por la mañana), prestaciones ambulatorias en consultorios institucionales o privados y guardias en los distintos sanatorios.

El impacto de la tecnología en equipo biomédico está alterando significativamente la función de producción, especialmente la organización y competitividad del trabajo profesional.

También están expuestos a esta suerte de industria del juicio, que genera serios inconvenientes en torno a la desprotección legal. Si bien no todas las demandas progresan cuando son presentadas en la justicia, esto produce en el profesional miedo al reclamo y a la mala praxis, lo que hace que solicite una larga serie de estudios, para salvar errores, omisiones o faltantes en la historia clínica, con el consiguiente incremento de costos.

El **sector privado** comprende también entidades de seguro voluntario llamadas **Empresas de Medicina Prepaga**.

En Rafaela operan un significativo número de empresas de medicina prepaga, pero la única prepaga de origen "rafaelino", es el prepago gremial médico, que nació en el contexto de las políticas de los años sesenta. En este ámbito y bajo la presidencia del Dr. Manuel A. Matus, se creó, luego de acaloradas discusiones, un Abono, un sistema de medicina prepaga, para brindar a sus afiliados una cobertura integral de salud. Sus estatutos fueron aprobados el 13 de setiembre de 1964, tomando el nombre de Centro Asistencial de la Asociación Médica Regional de Rafaela, constituido, según

reza el Acta fundacional, como un “sistema de seguro voluntario de asistencia a la enfermedad, que actuará con la amplitud que le permitan los recursos técnicos profesionales locales”<sup>16</sup>.

Surgió ante la necesidad de los médicos de defender sus intereses frente a contratantes monopsónicos de servicios de salud como las obras sociales. Este prepago se funda con un doble propósito:

- ✓ Crear fuentes de trabajo para sus socios y
- ✓ Brindar cobertura médica integral, a un bajo costo, con el máximo nivel de excelencia a los afiliados.

Sus atributos diferenciales son:

- ✓ la ausencia del lucro y
- ✓ el sentido solidario que emana de sus estatutos
- ✓ no existen gastos de intermediación ni de lucro por parte de terceros no médicos.

Esto permite prestar servicios reales, a costos considerablemente bajos con relación a los Prepagos comerciales y con calidad de excelencia.

Desde entonces, Centro Asistencial ofrece servicios ininterrumpidos a sus más de 19.000 afiliados en toda la región, tiene el 10 % de la cartera del mercado; siendo una de sus principales fortalezas la transparencia en la administración, y la posibilidad de mantener una relación directa entre los prestadores de salud y sus beneficiarios. De esta forma, y a través de los años, ha asegurado la capacidad de ofrecer diversos Planes (Dorado, Galeno, Especial, Básico, Joven, Salud Familiar y Tercera Edad) adecuados a distintas necesidades de la población, distribuyendo todos los recursos en base a una estructura solidaria y sin fines de lucro.

Todos estos atributos la han transformado en la entidad líder de la medicina prepaga, en la región.

---

<sup>16</sup> Acta Asamblea N° 65 AMDC, fs, 51

El resto de la población, que contrata medicina prepaga, pertenece a múltiples coberturas con una fuerte inserción de las empresas relacionadas con las actividades agropecuarias como SANCOR SALUD y AMUR (Asociación Mutual Rurales). También figuran empresas como Federada 25 de Junio-Numen , Swiss Medical, Docthos, Medicus, y otras. OSDE es la que detenta la mayor porción dentro de las obras sociales de Dirección.

### 6.3. RAFAELA: RECURSOS HUMANOS EN SALUD

A pesar de la creciente incorporación tecnológica, la provisión de servicios de Salud continúa siendo mano de obra intensiva.

El siguiente cuadro ofrece una estimación global de la fuerza de trabajo que desempeña sus tareas en el sector salud de Rafaela, desagregada según las principales categorías profesionales y técnicas intervinientes.

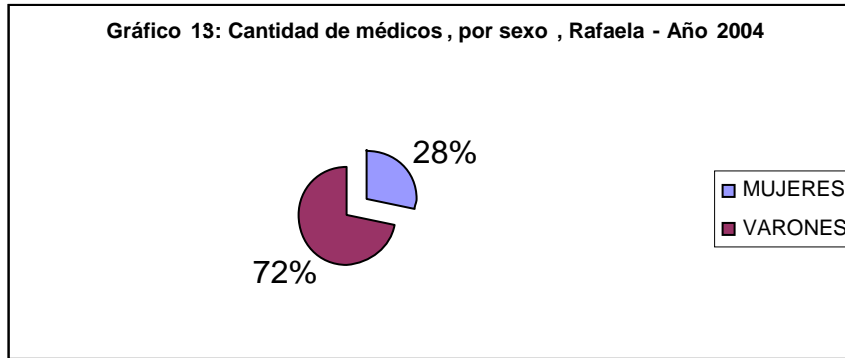
**Cuadro N° 11: Cantidad de profesionales sector salud- Año 2004**

CATEGORÍA	Cantidad	Porcentaje
MÉDICOS	253	32,77
BIOQUÍMICOS	75	9,72
KINESIÓLOGOS	45	5,83
PSICÓLOGOS	52	6,74
ODONTÓLOGOS	44	5,70
FONOAUDIÓLOGOS	16	2,07
FARMACÉUTICOS	47	6,09
ENFERMERAS	240	31,09
TOTAL	772	100,00

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de los Colegios y Asociaciones profesionales

El personal médico ocupa un lugar de privilegio en el conjunto de las personas ocupadas en dicho sector.

En la Provincia de Santa Fe el Colegio de Médicos 1ra. Circunscripción es el que habilita para el ejercicio en la ciudad de Rafaela, de la medicina y las especialidades. Además, como barrera de entrada al mercado local, la Asociación Médica del Departamento Castellanos, que es la entidad gremial que nuclea a los galenos, cobra una cuota de ingreso y desde el año 2005 abre el ingreso en tres momentos del año (hasta esa fecha sólo lo hacía una vez al año). Uno de los principales motivos por lo que los profesionales están afiliados a esta entidad es porque de esta forma acceden a los convenios del primer nivel de complejidad (ambulatorio) con la seguridad social y las empresas de medicina prepaga que dicha entidad administra y por sobre todo la posibilidad de ser prestador del prepago gremial. El número total de médicos matriculados en dicha asociación al año 2004 es de **340**, de los cuales sólo **253** residen en Rafaela y el resto en el interior del Departamento Castellanos. De ellos 71 son mujeres y 182 hombres.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del padrón de socios de AMDC

No es simple establecer una relación técnica rígida que determine el número de profesionales por habitante, sin embargo la Organización Mundial de la salud, en los años setenta, definió que la faja tolerable debía ubicarse entre uno y dos médicos por mil habitantes<sup>17</sup>.

En la Argentina en 1970 se calculaba 1 médico cada 530 habitantes<sup>18</sup>, en 1987<sup>19</sup> una proporción de 425 habitante/médico, esa razón fue de 367 en 1992<sup>20</sup>. El número de médicos crece históricamente a una tasa anual superior a la de la población.

Al analizar la oferta de Servicios médicos en Rafaela, es posible observar un panorama semejante dado que la razón **habitante por médico** es de **347** para una población aproximada a los 88.000 habitantes, para el año 2004.

La relación de médicos por cada 1000 habitantes es en promedio de 2.5 en los países ricos y de 0.1 en los pobres. En nuestro país este indicador se aproxima a tres, es decir es superior a la media de los países ricos<sup>21</sup>. En Rafaela se confirma la misma tendencia, 3 médicos cada aproximadamente 1032 habitantes.

<sup>17</sup> MEDICI, A. "Formación Médica en el próximo siglo". Cuadernos médicos sociales. Argentina. Noviembre 1999.

<sup>18</sup> BANCO MUNDIAL. Informe Sobre el desarrollo mundial 1993 Invertir en salud. Washington, D.C.1993 .

<sup>19</sup> KATZ, J. MUÑOZ, A. 1988. Op. cit

<sup>20</sup> ABRAMZON, M. "Argentina: Situacao dos recursos humanos em saúde". En: Recursos Humanos en Saúde no Mercosul. OPS-OMS. Fiocruz. Rio de Janeiro. 1995.

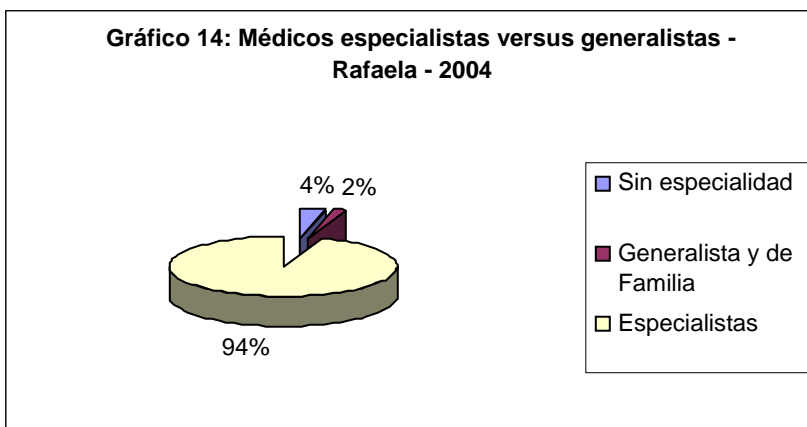
<sup>21</sup> GONZÁLEZ GARCÍA,G & TOBAR, F. Más Salud por el mismo dinero. Buenos Aires. Ed. Isalud. 1999



Entre los médicos ha existido una marcada tendencia a la especialización. En Argentina, oscila entre 50 y 60 %, según coinciden diversos autores. Es posible que haya un subregistro por la falta de filiación en las distintas Sociedades. En un mapeo realizado por Abramzón en 1992 pudo detectar que el 70 % de los médicos eran especialistas. Este porcentaje aumenta en relación directa con la antigüedad en el ejercicio profesional, llega al 80 % en los médicos con más años de formación.

Aunque los datos sobre índices de médicos generalistas y especialistas en relación a la población son limitados, hay un amplio consenso que establece que la fuerza de trabajo médica en la mayoría de los países desarrollados y en desarrollo se encuentra sobreespecializada y que hay una relativa carencia de médicos de familia correctamente entrenados<sup>22</sup>.

Esta situación también puede corroborarse en Rafaela tal como puede observarse en el gráfico 14.

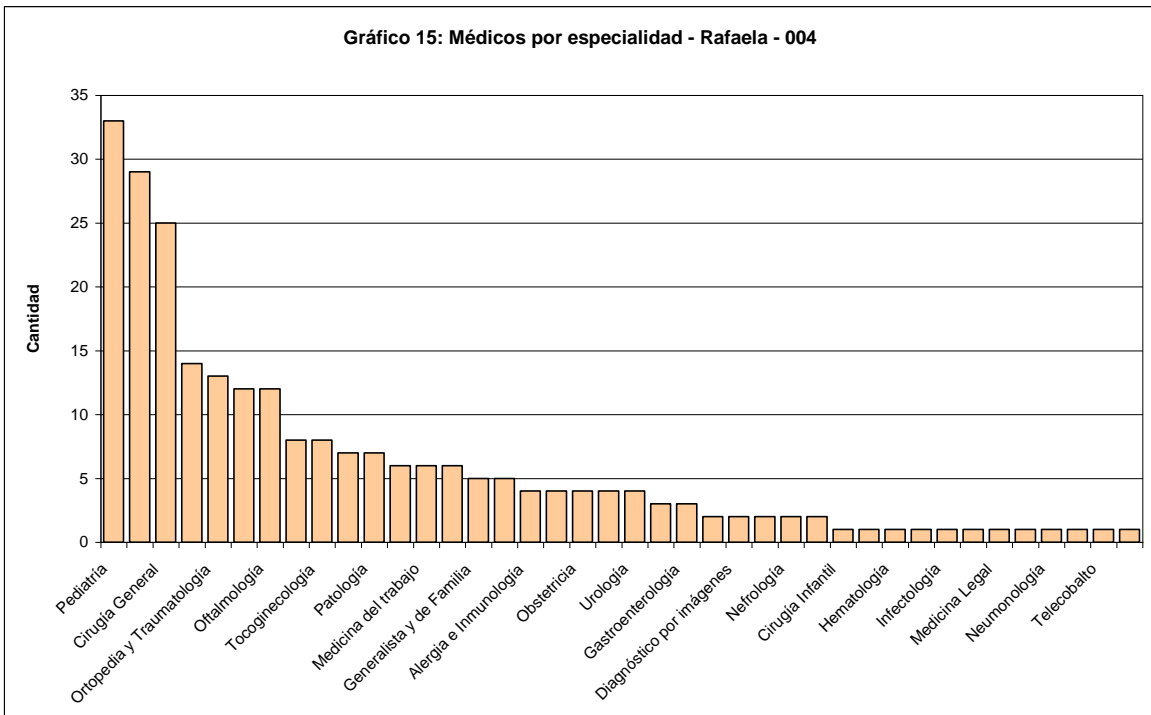


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del padrón de socios de AMDC

En general se observa una fuerte tendencia a prácticas especializadas orientadas a una creciente introducción de tecnología e instrumental complejo y la consecuente reorganización de los servicios.

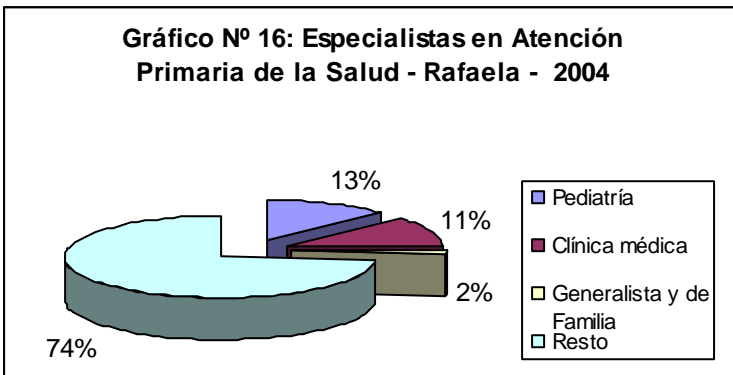
Los siguientes cuadros presentan información sobre las principales especialidades médicas que acreditan los 253 médicos de la ciudad de Rafaela

<sup>22</sup> OECD, 1993. *op.cit*



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del padrón de socios de AMDC

Del total de médicos que ejerce la profesión en Rafaela, solo el 26 % está conformado por especialistas dentro del área de la Atención Primaria de la Salud (generalistas y de familia, pediatras y clínica médica).



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del padrón de socios de AMDC

Siguiendo el análisis de Hamilton, Gastaldi y Di Lucca<sup>23</sup> “Como regla, los médicos generalistas bien entrenados pueden diagnosticar más del 90% de los problemas vistos en la población”.

La carencia también se advierte en Rafaela, pues la relación entre la cantidad de médicos de **atención primaria** con el total de la población, es de **un médico cada 1300 habitantes**. Cómo puede apreciarse la proporción se invierte si se considera el **total de médicos** donde la razón es de **un médico cada 347 habitantes**.

El **recurso humano en el sector público** no estuvo exento de los vaivenes de las políticas de descentralización del sector salud.

En el período 1990-2000 el Estado provincial y el Hospital, como empleadores, implementaron políticas salariales diferentes, con repercusiones en el Régimen Laboral de los trabajadores de la salud.

La diferencia señalada entre los dos regímenes surge de la decisión - tomada como consecuencia de la sanción de la ley Emergencia Económica- de congelar las vacantes producidas en los diferentes servicios. En ese punto existían tres situaciones en el régimen de contratación: personal de planta, personal de refuerzo y personal de emergencia. Cada uno con particularidades referidas a las relaciones laborales que se explicitan más adelante en el cuadro correspondiente.

A partir de la decisión de congelamiento de vacantes, se producen presiones de los sindicatos de enfermeros (UPCN y ATE) que culminan en el traspaso a planta permanente de un número de trabajadores pertenecientes a las plantas de refuerzo y emergencia. Se obtiene también la puesta en marcha de un programa de reconversión de auxiliares a enfermeros, consistente en actividades de capacitación por convenio entre el Ministerio de Salud Pública, la Escuela de Enfermería de Rafaela, UPCN y ATE.

---

<sup>23</sup> Análisis de la oferta de Servicios Médicos en la Argentina Programa de Investigación Aplicada – Instituto Universitario Isalud. Año 2000.

Por su parte, los profesionales médicos no se organizan para obtener el beneficio del régimen de planta permanente. A la vez, el Hospital decide establecer un nuevo régimen de trabajo bajo la modalidad de Locación de Servicios.

Para sistematizar el complejo panorama resultante, se realizará el análisis de la situación laboral del recurso humano en el sector público provincial en base a:

- tipo de pagador.
- tipo de contrato de trabajo.

Debido a que las formas de contratación son diferentes de acuerdo al pagador (Estado provincial y Hospital) el análisis del régimen laboral y salarial del **recurso humano médico** y de **enfermería** permitirá determinar cuáles han sido los cambios en el régimen y cuáles las consecuencias de estos.

Los cuadros que a continuación se presentan (Cuadros Nº 9, 10, y 11) detallan un seguimiento de las incorporaciones y las modificaciones en el sistema.

**Cuadro Nº 12: Régimen Laboral y Salarial del personal de Enfermería Profesional – Hospital S.A.M.CO. “Dr. Jaime Ferré” - 1991-2000**

año	Enfermería Profesional			
	Pagador Estado Provincial			Pagador Ente
	Planta permanente	Refuerzo	Emergencia	Locación de Servicios
1991	11		6	-
2000	38		4	-

Fuente: Elaboración propia con datos de Planillas de relevamiento de personal- Área Programática

**Cuadro Nº 13: Régimen Laboral y Salarial del personal de Auxiliares de Enfermería, Laboratorio, Rayos y otros - Hospital S.A.M.CO. “Dr. Jaime Ferré ” -1991-2000**

año	Auxiliares de Enfermería, Laboratorio, Rayos y otros.			
	Pagador Estado Provincial			Pagador Ente
	Planta permanente	Refuerzo	Emergencia	Locación de Servicios
1991	45	1	28	
2000	40		3	1

Fuente: elaboración propia con datos de Planillas de relevamiento de personal- Área Programática

Los cuadros anteriores permiten observar cuatro puntos relevantes:

- **Cambios en el Régimen Laboral:** por el pase de emergencia a planta, que generó, consecuentemente estabilidad en el trabajo del personal de enfermería profesional y auxiliar.

- **Jerarquización:** el plantel de enfermería aumentó en el número de profesionales en relación a los auxiliares. Este proceso se vio posibilitado por el Programa de Reconversión de Enfermeros auxiliares a profesionales y además, porque el Hospital Dr. Jaime Ferré cuenta, en un espacio conexo al mismo, con la Escuela de Enfermería, lo que permitió el desarrollo del programa.

- **Modificación cuantitativa del plantel:** disminución del número de los trabajadores con respecto al año 1991. Esa reducción del número total de profesionales empleados se debió a vacantes por jubilación.

- **Incorporación** de personal bajo el Régimen de **Locación de Servicios** en la categoría auxiliares.

Las modificaciones más importantes del régimen laboral de **tipo cualitativo** fueron la **estabilidad** a partir del pase a planta y la **jerarquización** del personal auxiliar.

Las diferencias **cuantitativas** radican en una disminución en el total de los grupos (profesionales y auxiliares). Este déficit, que persiste hasta el momento, fue planteado en el Comité Docencia Investigación<sup>24</sup>, por el Consejo Administrativo<sup>25</sup> y la Dirección, solicitando nuevos cargos a Ministerio de la Provincia, sin obtener respuesta.

---

<sup>24</sup> Acta N° 193, Pág. 42- Agosto de 1999 CDI

<sup>25</sup> Acta N° 149- 13 de febrero de 1997 Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

Acta N° 160- 17 de julio de 1997 Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

Acta N° 161, Pág. 173- 7 de agosto de 1997 Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

Acta N° 186- 9 de abril de 1999- Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

Acta N° 187- 7 de marzo de 1999 Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

Acta N° 188- 4 de junio de 1999 Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

**Cuadro N° 14: Régimen Laboral y Salarial de profesionales médicos-  
Hospital S.A.M.CO. “Dr. Jaime Ferré” -1991-2000**

año	Profesionales Médicos					
	Pagador Estado Provincial				Pagador Ente	Ad Honorem
	Planta permanente	Interino	Emergencia	Residencia	Locación de Servicios	
1991	15	8	17		1	
1995	13	10	19	6	7	17
2000	13 <sup>26</sup>	8	21	11	8	35

Fuente: elaboración propia con datos de Planillas de relevamiento de personal- Área Programática

La información contenida en el Cuadro N° 14 merece las siguientes observaciones, vinculadas con la **situación laboral del personal médico**.

a) Los profesionales médicos que estaban en el año 1991, han mantenido el tipo de contrato laboral, no registrándose cambios en la forma.

b) La incorporación de nuevos profesionales se realizó por vías distintas según el pagador:

b.1- Estado provincial incorpora personal a través de:

- Sistema de Residencias
- Contratos (tipo locación de Servicios) entre el Ministerio de Salud y la Sociedad de Anestesiología<sup>27</sup>, que se renueva anualmente.

b.2- El Hospital incorporó personal bajo el:

- Régimen de Locación de Servicios.

<sup>26</sup> 13: 11 de planta permanente mas dos profesionales contratados por P.N.C.

(Pensión No Contributiva) Contratados por la provincia y pagos con prestación de factura.

<sup>27</sup> Acta N° 148- Pág. 121- 13 de febrero de 1997 Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

Acta N° 197- 12 de octubre 1999 Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

Acta N° 28, Pág. 65 - 19 de febrero de 1999 CDI

Acta N° 31, Pág. 76- 9 de noviembre 1991 CDI

La incorporación de nuevos anestelistas, luego de varios meses sin servicio, se hizo a través de un convenio entre la Sociedad de Anestesiología y el Ministerio Salud Publica. Contrato tipo Locación de Servicios, claudicando el Ministerio ante la puja de intereses de elite.

c) Incorporación de profesionales *ad honorem*: a partir del año 1995 ingresan profesionales en esta categoría aumentando paulatinamente hasta representar casi el 30% del equipo médico. Desarrollan un programa de trabajo importante en el sostenimiento de la producción diaria. El debilitamiento de la capacidad de absorción de trabajo médico en el sector privado, permite la incorporación de profesionales no remunerados en el público, con expectativas de obtener alguna remuneración en el futuro o bien de captar pacientes para sus consultorios privados. El Consejo Administrativo les exige el pago de su bolsillo de un seguro de mala praxis<sup>28</sup>.

Un fenómeno adicional es la incorporación de residentes. El Ministerio autoriza la incorporación de trabajo médico en situación de formación, como una manera diferente de incorporación de trabajo profesional con remuneraciones menores a las percibidas por los especialistas.

Ante este panorama se puede destacar:

a) La **desorganización del personal profesional médico**, el cual ante la situación no presenta, como en el caso de enfermería, agrupación gremial que ejerza presión al Ministerio<sup>29</sup>.

b) En el caso de contratos de **emergencia** se observa una clara **desjerarquización**. La capacitación continua del personal está afectada por:

- El Régimen Laboral que no permite ni reconoce días para capacitación.

- Las decisiones políticas de CDI y Dirección que no elaboraron programas globales de capacitación estableciendo las prioridades para el Recurso Humano de la institución<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Acta N° 130, Pág. 9 16 mayo de 1996 Consejo Administrativo del S.A.M.Co. “ El Consejo Administrativo decide por unanimidad exigir a cada concurrente o colaborador que se pague el seguro de mala praxis”. Situación que generó tensiones entre el grupo Ad Honorem y el CA. Un año después el CA se hizo cargo.

<sup>29</sup> La excepción a esta desorganización de los profesionales la constituye el grupo formado en la especialidad crítica de anestesista. Estos profesionales obtuvieron un contrato por locación de servicios, con remuneraciones preferenciales, a partir de un convenio firmado directamente entre la Sociedad de Anestesiología y el Ministerio, con vigencia en toda la provincia.

<sup>30</sup> El Consejo Administrativo reclamó en varias oportunidades que el CDI y la Dirección elaboren un Programa de prioridades en Capacitación, discriminando montos, los que CA pagaría en partes. Estas demandas del CA no fueron contestadas.

- la decisión del director de cerrar durante un año los Ateneos del Hospital, perdiéndose de esta manera un ámbito de capacitación intrahospitalaria.

c) **Deterioro de salarios congelados** desde que la provincia se declara en emergencia.

d) **Falta de vigencia de la Ley de concurso** para los cargos directivos, que continúan, designándose sobre bases político- partidarias y consecuentemente, distorsión de la línea de carrera sanitaria.

---

Acta N° 22- 15 de agosto de 2000 CDI. Dra. Dagostino plantea en la reunión determinar cuales son las áreas prioritarias para la capacitación. Dr. Bonafede dice "Es correcto el planteo, pero no tenemos definido el perfil del Hospital"



## **6.4. LOS ACTORES CORPORATIVOS DEL SISTEMA DE SALUD LOCAL**

En Rafaela los principales actores con protagonismo en el sector, son la Asociación Médica, la Asociación de Clínicas y Sanatorios, las obras sociales sindicales, representadas por la CGT local y las gerenciadoras que ingresan al mercado en la década del 90. A continuación se describirá brevemente su naturaleza, intereses sectoriales, y vinculación con el Hospital S.A.M.Co. y el Estado Municipal.

No resulta sencillo desarmar la trama de relaciones que se fue tejiendo a través del tiempo. Es indispensable abordarlos reconstituyendo el contexto, posicionando las distintas fuerzas con presencia en el sector salud y el rol del Estado para explicar las consecuencias resultantes de su interacción.

Como señala Foucault “Se trata de sugerir más bien que las instituciones siempre deben analizarse a partir de las relaciones de poder, y no a la inversa, y que el punto de anclaje fundamental de estas aún cuando se materializan y cristalizan en una institución, debe encontrarse fuera de la institución”<sup>31</sup>.

### ***La Asociación Médica del Departamento Castellanos (AMDC)***

La Asociación Médica del Departamento Castellanos<sup>32</sup> (en adelante AMDC) fue creada en 1946<sup>33</sup>, es la entidad gremial que originariamente nucleaba a los profesionales médicos de la ciudad de Rafaela y desde el 11 de noviembre de 1991, según Resolución 1335 de la Inspección General de Personas Jurídicas, a los del Departamento Castellanos. En el año 2004 sus asociados eran 340 profesionales; 253 de ellos con domicilio y ejercicio de la profesión en la ciudad de Rafaela. Tiene una posición de fortaleza en el interior del Sector Salud velando por los intereses corporativos.

Sus objetivos declarados son:

---

<sup>31</sup> M. Foucault- “El sujeto y el poder”, Pág. 240

<sup>32</sup> Acta N° 1, fs. 2. AMDC

<sup>33</sup> Fue nominada originariamente Asociación Médica de Rafaela. Cambia su nombre en el 11 de noviembre de 1991, según consta en el Dictamen N° 1335, de la Inspección General de Personas Jurídicas.

- a) Participación activa velando por intereses económicos corporativos.
- b) Resguardar la ética en el contenido de las prácticas.

Históricamente, la AMDC, tuvo a su cargo la negociación de contratos entre obras sociales y los prestadores privados, en una modalidad de financiamiento de la actividad profesional que se mostró a lo largo de décadas altamente rentable, diluyendo los conflictos y antagonismos que se generaron. La fortaleza de la entidad gremial estaba cimentada por la presencia entre sus asociados de los propietarios de sanatorios de la ciudad.

Como muchas otras organizaciones gremiales médicas, la AMDC se posicionó tradicionalmente a favor del ejercicio liberal de la profesión, en contra de la vinculación entre el sector público y las obras sociales, considerando al Hospital como una competencia desleal, por estar exento de contribuciones fiscales y financiado con recursos públicos.

A partir de la sanción del decreto 9/93, que eliminó la intermediación de las asociaciones médicas en la contratación con las obras sociales, el establecimiento de aranceles y la recaudación, se produjo una crisis en la contratación con las obras sociales y el financiamiento de los servicios, que causó desinteligencias entre los profesionales de práctica ambulatoria y las instituciones con internación que condujeron al quiebre de la unidad gremial.

Como consecuencia se creó en 1993 la Asociación de Clínicas y Sanatorios, reuniendo a las instituciones con capacidad de recibir pacientes internados. Esto debilitó la posición contractual de Asociación Médica, que no pudo acceder a contratos capitados, ya que sólo podía ofrecer atención ambulatoria.

Esa situación de debilidad relativa estimuló su interés por vincularse con el hospital y el poder municipal. Entre 1990 y 1999 la gremial médica intervino en distintos planos, estableciendo canales de comunicación y trabajo relativamente fluidos con:

- a) el Estado Municipal, a través del espacio participativo PER (Plan Estratégico para Rafaela), brindando asesoramiento.

b) el Hospital SAMCo, a través de su participación en el Consejo Administrativo, con fuerte presencia y liderazgo de su representación.

En el año 2000, ante la posibilidad abierta por la licitación organizada por PAMI, intenta fortalecer el vínculo con el Hospital, proponiendo la conformación de una Unidad de Gestión y Participación, para presentarse a la licitación de PAMI, iniciativa que fue rechazada por el Ejecutivo Municipal pese a tener la aprobación del Ministerio de Salud provincial.

A posteriori, en el año 2001, la AMDC obtiene el control de un sanatorio (Unidad de Prestaciones Integrales) a través de un contrato de “Administración fiduciaria”, y así mucho más que “las camas gremiales” con la finalidad de atenuar en el futuro su debilidad frente a Clínicas y Sanatorios, en vista a posibilitar la firma de nuevos contratos que imponían la tenencia de una unidad de internación. Esta situación le imprime al mercado un nuevo juego de fuerzas competitivas que conlleva a una alta conflictividad entre los actores corporativos y exacerba la puja distributiva.

### ***Asociación de Clínicas y Sanatorios***

La Asociación de Clínicas y Sanatorios, nace en 1993 como producto del quiebre que se produce dentro de la gremial médica entre los médicos y los “médicos dueños de clínicas y sanatorios”, ante un mercado que presenta una importante saturación y por la puja en la captación de convenios con obras sociales. Esta Asociación ha consolidado su presencia en el mercado de atención a beneficiarios de obras sociales en virtud del monopolio de la capacidad de internación. Constituye así la principal competidora del Hospital S.A.M.Co. Puede advertirse que dicha asociación tiene llegada efectiva al Ejecutivo municipal, en la medida en que éste se constituyó en el principal obstáculo para una posible alianza entre el Hospital y AMDC para la licitación de PAMI. Los socios de esta asociación son a su vez los fundadores de las gerencadoras de salud que se constituyeron en la ciudad en los 90.

### ***Las Obras Sociales Sindicales y CGT:***

En la ciudad se encuentran representadas 50 obras sociales. Aunque 10 de ellas, las que nuclean a las actividades productivas más significativas de la ciudad, reúnen el 80 % de los afiliados. Éstas son:

Sindicato de la carne

Obra Social Personal de la industria lechera (OSPIL)

Sindicato empleados de Comercio

Unión obrera Metalúrgica (UOM)

IAPOS (Obra social Provincial)

Obra Social Sindicato Mecánicos y Afines (OSMATA)

Durante la década del 90 la CGT y las Obras Sociales Sindicales, ante un mercado de trabajo restringido, en crisis, con pérdida de afiliados y con el nuevo marco legal del Hospital, continúan privilegiando su relación con el sector privado, sin reconocer el porcentaje significativo de beneficiarios que se ven obligados a recurrir al hospital por no estar en condiciones de pagar coseguros y plus. Los intentos de cobro directo a la ANSSAL/SSS, aunque garantizados por la legislación no obtienen reintegro.

Hasta el año 2004 ninguna de las obras sociales sindicales representadas en la ciudad contaban con efector propio, lo que las obligaba a contratar con el sector privado las prestaciones de todos los niveles.

En el año 2005 tres sindicatos (Comercio, UOM y Camioneros) inauguran para el 1er. nivel de atención -atención ambulatoria- policonsultorios propios. Cada uno de ellos adopta una modalidad de contratación distinta, al igual que la forma de implementación. En el caso de comercio y camioneros, construyeron el edificio y lo equiparon, pero la gestión de pacientes la derivaron a una gerenciadora local, con un padrón de prestadores limitado impuesto para todos sus afiliados, situación ésta que le ocasiona una importante pérdida de afiliados (por la vía de la desregulación) no satisfechos con los servicios; los

metalúrgicos por el contrario, ceden los consultorios a un grupo de médicos, pero dejan a sus afiliados la opción de la libre elección de profesionales y no sólo limitado a los que atienden en los policlínicos.

Uno de los objetivos que pretenden con la implementación de esta estrategia es el control de los costos de las prestaciones, aunque en los discursos inaugurales la palabra que más se escuchó fue “mejorar la calidad de atención” de los afiliados.

### **LAS GERENCIADORAS**

En la década del 90 hicieron su aparición en el mercado de salud nacional y local las gerencadoras. Tienen como objetivo el beneficio empresario y la variable de ajuste será la limitación de la calidad y cantidad de la atención de la salud y los honorarios de los prestadores. Dicho término fue rápidamente asimilable a “intermediación parasitaria, vinculada al cobro de un porcentaje por administrar un contrato minimizando las prestaciones y no pagando a los prestadores o ajustando y achicando los efectores responsables de brindar la cobertura”<sup>34</sup>.

#### **1 – APREME S.R.L**

Rafaela no fue la excepción. A mediados de los 90 se constituye Apreme SRL, sociedad constituida a instancias de los cuatro sanatorios locales, e integrada por sus socios mayoritarios<sup>35</sup>, que administró varios convenios importantes como PAMI, OSECAC (mercantiles) y SMATA (mecánicos). Como dato anecdótico cabe mencionar que el actual Presidente de la Corte Suprema de Justicia “Ricardo Lorenzetti” fue socio fundador y entre otros hechos, esto

---

<sup>34</sup> Vassallo, Carlos. Salud, Gerenciación y después

<sup>35</sup> Dres. Luis María Barreiro (h) y Rafael Barreiro, socios mayoritarios del Policlínico Rafaela S.A.; los Dres. Gustavo Tita, Carlos Tita y Rosario Tita, que representan a los socios de Tita S.A.; los Dres. Reynaldo Casabella y José Abdulattif, socios mayoritarios del Sanatorio Moreno SRL; Leonardo Parra por la Clínica Parra SRL y los Dres. Norberto Pairola y Oscar Lisi, socios de Clínica de Niños S.A.”

fue motivo para que la AMDC lo impugnara cuando fuera “candidato a la Corte” por considerarlo moralmente inhabilitado para ejercer tan alta función, asegurando públicamente que “fue socio originario de APREME, empresa cuyo objeto era gerenciar contratos relacionados con empresas de salud, entre otros, los contratos del I.N.S.S.J.P. - PAMI, y que durante la gestión del nominado se deterioraron los servicios a los jubilados y se radicaron numerosas denuncias en la Agencia local del PAMI”.

Durante años decidió sobre las condiciones de trabajo y remuneración de más de 600 profesionales (Médicos, Bioquímicos, Kinesiólogos) y decenas de Clínicas y Sanatorios y además establecía el tipo de prestaciones a brindar a decenas de miles de afiliados, residentes en los Dpto. Castellanos, San Cristóbal y 9 de Julio, o sea 500 km. de Norte a Sur (desde San Martín de las Escobas hasta el Chaco).

Apreme negó sistemáticamente que sea titular del convenio PAMI, "ya que son los titulares de los sanatorios de toda la provincia los que accedieron al contrato mediante licitación pública legítimamente celebrada" aunque sanatorios y Apreme son las caras de una misma moneda.

Para contribuir a completar el entramado de relaciones personales, gremiales e interinstitucionales cabe agregar que el Intendente de la ciudad en el período 1995 – 2003, fue contador de la sociedad durante sus primeros años de mandato a cargo del poder ejecutivo.

La apreciación que tiene la mayoría de los profesionales médicos es que el modelo de gerencadoras estuvo signado “tanto en Rafaela como en el resto del país por manejos oscuros, que en definitiva significaron años de deficiencias prestacionales, cobro de plus, sanatorios y empresarios ricos y médicos pobres...”<sup>36</sup>

Durante el año 2001 las controversias internas en Apreme comenzaron a ventilarse públicamente (en algunas denuncias mediáticas se la llegó a denominar como una sociedad "rayana en lo delictual") y en una solicitada

publicada en los diarios se reveló que "la relación entre los sanatorios y Apreme cesó en diciembre de 2001".

La mención a esos "conflictos internos" tiene que ver con la ofensiva judicial que algunos de los socios de Apreme llevaban desde el año anterior contra uno de los socios que motorizó la cesión del gerenciamiento del Policlínico Rafaela a la gremial médica<sup>37</sup>, dándole a ésta la posibilidad de contar con camas de internación, un requisito que hasta entonces no le permitía competir directamente por la administración de las prestaciones a obras sociales.

### ***2- A.C.E. Rafaela - Agrupación de Colaboración Empresaria***

Luego de la disolución de APREME, los dueños de los tres sanatorios (excluido el Policlínico Rafaela, que desde 2001 es administrado por AMDC) constituyen una nueva gerenciadora. Con la misma, pretenden darle continuidad a los "negocios" que venían realizando, adecuándose a las nuevas exigencias legales y reglamentarias dispuestas por la Superintendencia de Servicios de Salud a nivel nacional.

Una de esas "adecuaciones" fue constituir otra ACE denominada Prestadores del Noroeste Santafesino, que integran los sanatorios antes mencionados y otros cinco más de la región Norte de la Provincia de Santa Fe, que actuó operativamente como titular del convenio PAMI, pero que en realidad fue la ACE Rafaela la verdadera intermediaria y administradora.

---

<sup>36</sup> Opiniones vertidas en entrevistas personales mantenidas con miembros actuales y pasados de la Comisión Directiva de Asociación Médica del Departamento Castellanos.

<sup>37</sup> Dr. Luis María Barreiro (h)

## 6.5. EL PAMI SIEMPRE EN EL CENTRO DE LOS CONFLICTOS- LA CRONOLOGÍA DE LOS HECHOS Y LOS ACTORES

La gran magnitud de la población cubierta por el PAMI, acaba imprimiendo a esa institución un fuerte peso en la regulación de la oferta local de servicios de salud y muestra sin tapujos la puja distributiva.

**1975 - 1983** Los servicios médicos para jubilados y pensionados, que prevé la Ley 19032 se implementaron en la ciudad de Rafaela en el año 1975 con la contratación directa de dos sanatorios locales – Clínica Parra y Policlínico Rafaela- que firman con carácter de “exclusividad” el contrato con el PAMI, a través de una figura jurídica “armada al efecto” denominada Cooperación Médica, por 600.000 dólares mensuales, para la atención de aproximadamente **30000** afiliados, de los Departamentos Castellanos, 9 de Julio, San Martín y San Cristóbal. Las demás instituciones sanatorias de la ciudad no ingresaron al sistema, porque pretendían que el contrato lo administre la Asociación médica pues es la que garantizaría *“la libre participación de los profesionales y la libre elección de los mismos por parte de los pacientes”*. *De no haberse presentado a la licitación estos dos sanatorios, el PAMI seguramente hubiese contratado con la gremial como lo hizo con la Sociedad Médica de Santa Fe y la de Córdoba*<sup>38</sup>. Estos hechos constituyen el disparador del conflicto que da lugar a sanciones gremiales que en este caso implicaron la exclusión de los propietarios de dichas clínicas de la Asociación Médica de Rafaela.

**1983- 1993** El 12 de enero de 1983 en una entrevista mantenida entre autoridades de AMDC y el Subsecretario de Seguridad Social se toma conocimiento que a fines de diciembre fue denunciado el convenio de PAMI con la Cooperación Médica y que será firmado con la entidad gremial<sup>39</sup>. Después de una larga lucha gremial la Asociación Médica logra a partir de 1983 y hasta 1993 el contrato de prestación de servicios a todos los afiliados de INSSJ y PAMI en

---

<sup>38</sup> Libro de Actas de Asamblea - Acta N° 97 Asamblea Extraordinaria, Pág. 179 - 6 abril de 1975- Asociación Médica de Rafaela

<sup>39</sup> Libro de Actas de Comisión Directiva - Acta N° 499. Pág. 239 - 14 de enero de 1983- Asociación Médica de Rafaela



todos los niveles de atención y para los tres Departamentos (Castellanos, 9 de Julio y San Cristóbal). Esto significó una fuente de trabajo por igual para todos los profesionales y fue percibido por los afiliados como un gran logro.

El progresivo aumento de la complejidad administrativa de la Asociación Médica llevó a desglosar sus oficinas entre la Sede Central y otra alquilada, a los efectos de atender las demandas de la administración de PAMI.

El 4 agosto de 1993 se firma el acta por el nuevo convenio pero con nuevas imposiciones que requiere la presentación conjunta entre la AMDC y los representantes de las Instituciones sanatorias<sup>40</sup>.

En diciembre de 1993 la **unidad gremial se quiebra** iniciándose un proceso de separación con la Asociación de Clínicas y Sanatorios. A partir de ese momento el convenio queda partido en dos, el primer nivel para la AMDC y el 2º y 3º para Asociación de Clínicas y Sanatorios.

**1996- 2005** En agosto de 1996, por no contar con camas propias, la AMDC pierde todo control del convenio que pasa a manos de una gerenciadora de Rafaela, que administró monopólicamente el convenio hasta diciembre de 2005. La cápita de la zona corresponde a los Departamentos Castellanos, San Cristóbal, San Martín y 9 de Julio. Cuenta con 40000 afiliados.

En ese período, la ACE, decidió el tipo de prestación a realizar y las condiciones de trabajo y remuneración de los profesionales del arte de curar.

---

<sup>40</sup> Libro de Actas de Comisión Directiva - Actas N° 824, 825, 826 y 827. Pág. 27 a 32 - 9, 18,21 23 de agosto de 1993- Asociación Médica del Dpto. Castellanos

## 6.6.- LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS INCORPORADOS AL MERCADO DE LA SALUD RAFAELINO: Un analizador de políticas, de relaciones y de puja distributiva entre los sectores

*"Por primera vez en la historia del sector salud, la oferta de instituciones es mayoritariamente privada dentro de un contexto de creciente mercantilización de la práctica profesional. Esto implica que la estructura asistencial se va flexibilizando y que podrá descontar los cambios en las reglas de juego a mayor velocidad que en el pasado. Para decirlo de otra forma, la nueva estructura de propiedad institucional del sector acelerará el ritmo de cambio en el mismo."* (Tafari, 1997, p. 22).

Algunos especialistas estiman que esta tendencia a la privatización se acompaña en los años 90 de una creciente incorporación de tecnología de punta como un modo de capturar porciones crecientes de mercado a partir de la diferenciación del producto (y no de la baja de costos). Esta modificación tecnológica puede ser medida por la magnitud del crecimiento en la importación de bienes de capital destinados al sector durante los años de la convertibilidad del peso. Esta tendencia que estaba llegando a un punto de saturación a fines de la década del 90, recibió un golpe de gracia con la modificación de la paridad cambiaria en el 2002.

En Rafaela, en el período 1990-2000, el **sector privado** realizó una fuerte inversión de capital en arquitectura y equipamiento, lo que algunos entrevistados<sup>41</sup> denominan "el salto tecnológico". Esto no solo se visualiza en la remodelación realizada en las fachadas de los "viejos sanatorios", sino también al interior de los mismos y en las nuevas prácticas que se van a ofrecer. A continuación se puntualizan los principales cambios realizados por los prestadores privados<sup>42</sup>:

✓ **Sanatorio Nosti:** como estrategia de posicionamiento incorpora en el año 1992 el servicio de hemodinamia. En 1994 construyen una nueva área

---

<sup>41</sup> Entrevistas realizadas a accionistas de clínicas y sanatorios; Dr. Miguel Lissi; Dr. Bernardo Drubich; Dr. Daniel Tita; Dr. Carlos Chiapero.

quirúrgica (3 quirófanos) y una sala de partos. También en el mismo año inaugura una nueva sala de terapia intensiva y de unidad coronaria. Dos años más tarde crean el servicio de cirugía cardiovascular, con el que detentan el monopolio regional hasta finales del año 2006.

✓ **Sanatorio Moreno:** en 1990 fue uno de los pioneros en la incorporación de aparatología para la realización de operaciones laparoscópicas, y prácticas tales como holter, ecocardiogramas, ecodoppler, mamografías. En 1996 incorpora también video endoscopios.

✓ **Clínica de Niños:** en 1994 amplía el servicio de neonatología (que al año 2006 continúa siendo el único de una amplia región, compitiendo con Santa Fe y Rosario), duplica el número de habitaciones, agrega sala de cirugía y una casa lindera al edificio principal donde se prestan servicios de kinesiología y guardia.

✓ **Clínica Parra:** Incorpora equipo de cámara Gamma y Densitómetro (monopolizan el servicio hasta el año 2006). En 1994 reciclan la antigua clínica de su propiedad y la convierten en un geriátrico modelo.

✓ **Policlínico Rafaela:** En 1991 realiza ampliaciones destinadas a nuevos consultorios externos e incrementa instrumental. Desde fines del año 2006 está adecuando sus instalaciones para comenzar a prestar los servicios de hemodinamia.

✓ **Empresas de Emergencias:** (1993) Una de las empresas ya existentes (propiedad de varias clínicas) se muda a un nuevo edificio propio. Se disolvió en el 2001.

En 1996 se incorpora una nueva empresa, dependiente de una Mutual relacionada con un Club deportivo, que además del servicio de asistencia en urgencias y emergencias, funciona como centro de salud con consultorios.

✓ **ALCOM (alta complejidad):** es una empresa integrada por tres clínicas que realizan una **alianza estratégica** para prestar el servicio de Tomografía axial computada.

---

42 Los datos fueron obtenidos en las entrevistas personales mencionadas en la cita 51.

Cabe aclarar que en esta década se produce el cierre de dos clínicas (Mayo y Sanatorio Dr. Zillo) con lo que se pierden 28 camas. En realidad en 1995 la Clínica Mayo fue transferida a la Asociación Médica del Departamento Castellanos concretando ésta el ansiado proyecto de las camas gremiales; sin embargo los dueños de las otras clínicas, mediante estrategias legales logran que la operación quede sin efecto. De esta forma sacan a un competidor del mercado y compran las tres cuartas partes del inmueble para evitar así el ingreso al mercado de la salud de cualquier posible competidor. Dicho edificio sólo fue utilizado durante algunos años como oficinas administrativas de la gerenciadora APREME permaneciendo cerrado hasta el momento. Este dato confirma una vez más el complejo y conflictivo entramado de relaciones que se tejen en el ámbito de la salud de esta localidad.

En el **sector público**, también en esta etapa se lleva a cabo una fuerte inversión en el área de arquitectura<sup>43</sup>, con intenso debate y participación de todos los sectores hospitalarios, propiciado por el Consejo Administrativo. No sucede lo mismo en el área de equipamiento instrumental<sup>44</sup>, tema que prácticamente no generó debate en el Consejo Administrativo y en el que se registran incorporaciones inadecuadas<sup>45</sup> de tecnología como consecuencia de la falta de debate.

En el Comité Docencia e Investigación se trató en tres oportunidades lo relativo a la incorporación de laparoscopia y los conflictos que esto podía generar con el sector privado<sup>46</sup>.

---

<sup>43</sup> Ver anexo 1 Y 2

<sup>44</sup> Acta N° 154- 17 de abril de 1997- Consejo Administrativo del S.A.M.Co.. El CA relevó equipamiento, aparatología e instrumental en Cardiología, Tocoginecología, Neurología, Facturación, Cirugía, Urología, Estadística, Neonatología, Traumatología, Pediatría, Odontología. El Dr. Bonafede ha empezado a trabajar con el fin de determinar prioridades. Después del relevamiento no hay informe.

Acta N° 70- 13 de abril de 1998- Consejo Administrativo del S.A.M.Co. El hospital recibe una cuna térmica, un cardiodesfibrilador y contador hematológico. El Dr. Bonafede dice que lo único que el Hospital necesita es el contador hematológico.

<sup>45</sup> En 1996 el CA compra un respirador Neumovent por asesoramiento del director del Hospital (Dr. Bonafede) sin consultar opinión al Servicio de Neonatología de la institución. El jefe del servicio dice que el respirador se utilizó 4 veces en 6 años (en conversación con el Dr. Mastrandea)

<sup>46</sup> Acta N° 20, Pág.71 15 de julio de 1997 CDI.

Cuando el equipamiento público es obsoleto, deficitario, opera bajo subordinación, dependencia y limitada autonomía, lo que desequilibra las relaciones con el sector privado. El resultado es una menor concentración sobre lo que deberían ser los roles correctores de las acciones públicas, estableciéndose un límite confuso, difuso, tipo ciénaga entre lo público y lo privado.

A partir de los testimonios relevados, se puede señalar que con el correr del tiempo los profesionales médicos comenzaron a observar en este proyecto de Hospital Público de Autogestión, no sólo un medio de mejorar la infraestructura y el equipamiento del hospital, sino también un camino para mejorar sus ingresos personales como proveedores privados de servicios que “demandan” a pacientes hospitalarios (demanda inducida).

Es así como entre el sector público y el privado se estableció una importante fuente de derivación de recursos y fondos en el Área de alta Complejidad y Diagnóstico por Imágenes.

Estos desplazamientos fueron terreno específico de **conflictos y puja de intereses** entre el Sector público y Sector Privado. En el Consejo Administrativo los representantes de la Asociación Médica Departamento Castellanos (AMDC) solicitaron en reiteradas oportunidades que se revieran los mecanismos de derivación a UTI y Diagnóstico por imágenes<sup>47</sup>. Ante estas presiones, el Consejo Administrativo decidió derivar en forma rotativa los pacientes a diferentes centros privados, teniendo en cuenta el padrón de profesionales de la AMDC<sup>48</sup>.

---

Acta N° 12, Pág. 146- 9 de mayo de 2000 CDI. El director sostiene que “no debemos perder de vista que significa tener laparoscopia en el hospital ya que al traerlo no debe generar competencia en el hospital”.

<sup>47</sup> Acta N° 93 Pág. 103- 12 de agosto de 1994- Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

Los representantes de AMDC Dr. Enrico y Dra. Picciolari declaran que recibieron quejas por que las derivaciones de UTI que realizaba el SAMCO son siempre al mismo lugar.

<sup>48</sup> Acta N° 99 Pág. 128 - 21 de octubre de 1994- Consejo Administrativo del S.A.M.Co. Se decide en asamblea que a partir del 4 de enero de 1994, las ecografías se realicen con todos los profesionales de la ciudad según el padrón que consta en la AMDC.

Se establecieron además, demandas cruzadas entre Ministerio y S.A.M.Co<sup>49</sup> por la responsabilidad de pago de Servicios de Unidades de Terapia Intensiva. El Ministerio de la Provincia solicita al S.A.M.Co. la conformación de un pliego de bases para convenio por prestación de Servicio en UTI<sup>50</sup>. La Dirección Técnica y el Comité Docencia e Investigación no comunican ninguna respuesta formal ante esta solicitud.

Se genera así la situación descrita por Susana Belmartino “se trata de nuevas formas de organización del trabajo médico impulsados por el cambio tecnológico y el interés por reducir costos (...) aparición de nueva formas de articulación de inversiones público- privadas (...) en algunos casos este tipo de integración público- privada ha dado lugar a una nueva categoría clasificatoria”<sup>51</sup>. En el Hospital Dr. Jaime Ferré se registran nuevas formas de articulación que, sin embargo, no conducen a una mayor racionalidad en el uso de los recursos ni apoyaron control de costos.

Lo que se observa en la ciudad de Rafaela coincide con lo que han escrito Minujín y Constantino: “(...) Sobre estos procesos de cambios el sector privado comienza a redimensionarse y a dinamizarse a la par que el sector público comienza a decaer ofreciendo servicios sociales ineficientes con una desjerarquización del personal y con la carencia de políticas globales en las diferentes áreas de los social, factores que afectan en mayor medida la prestación de servicios públicos que la disminución del gasto social”<sup>52</sup>.

La ingeniería “legal” desplegada en la década no ha podido evitar el paulatino deterioro en la regulación y la provisión de bienes públicos en salud por parte del Estado en lo que respecta a eficiencia operativa, eficacia y equidad redistributiva.

---

<sup>49</sup> Acta N° 178, Pág. 39- 11 de setiembre 1998- Consejo Administrativo del S.A.M.Co.- El SAMCO le reclama al ministerio por pago atrasado de un año a las terapias privadas.

<sup>50</sup> Acta N° 214- 19 de setiembre de 2000- Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

<sup>51</sup> Susana Belmartino- “Las transformaciones del sistema de Servicio de Salud en la Argentina” Mimeo, pág. 27.

<sup>52</sup> A. Minujin y E. Constantino- “Crisis y futuro del estado de Bienestar” Aportes en debate en A. Minujin y otros- Desigualdad y exclusión- Bs. As. UNICEF Losada 1993.

A continuación se presenta la evolución de la estructura y la incorporación de **tecnología** en el sector **público** y **privado** de Rafaela entre **1980 y 2000**. Dicha información posibilitará corroborar las relaciones descriptas entre dichos sectores, como así también detectar los desplazamientos de materiales, recursos y flujos financieros.

En el cuadro N° 15 se observa que la capacidad instalada del sector privado, considerando como indicador la disposición de camas, es más alta que en el sector público (66 % del total) , aunque con marcada declinación en las últimas décadas en ambos sectores (16 %). Esta disminución, en el sector privado, más que atribuirla a las modificaciones en los modelos de atención que se están imponiendo a nivel mundial está relacionado con el cierre de dos instituciones sanatoriales.

El sector público, hasta el año 2000, no incorpora UTI, tampoco camas de cuidados especiales. En cambio, el sector privado, hasta 1985 contaba con camas de cuidados especiales careciendo de UTI. El salto cualitativo lo da el sector privado que al incorporar cuatro Unidades de Terapia Intensiva con un total de 22 camas, monopoliza el servicio.

**Cuadro N° 15: Capacidad instalada cama por sector. Rafaela**

	Sector público		Sector privado	
	1980	2000	1980	2000
Camas Totales	106	91	208	180
U.T.I.	No	No	No	4
Camas U.T.I.	No	No	No	22

Fuente: elaboración propia con datos de Hospital S.A.M.Co. Rafaela y Asociación Clínicas y Sanatorios.

El sector público cuenta con un área disponible para prestar atención a neonatos, pero no está reconocido ni autorizado para funcionar como Servicio de Neonatología.

El sector privado tiene un **Servicio de Neonatología** con una dotación de 10 incubadoras, autorizado y reconocido por la autoridad sanitaria correspondiente.

**Cuadro Nº 16: Equipamiento de Neonatología por sector. Rafaela**

	Sector público		Sector privado	
	1980	2000	1980	2000
Servicio de Neonatología	No disponible	* No reconocido	No	1
Incubadoras Totales	3	7	3	10

Fuente: elaboración propia con datos de Hospital S.A.M.Co. Rafaela y Asociación Clínicas y Sanatorios.

En el sector público no hay Unidad de Diálisis, ni sillones. En el sector privado se incorporan dos Unidades de Diálisis con un total de 18 sillones.

**Cuadro Nº 17: Unidades y sillones de Diálisis por sector. Rafaela**

	Sector público		Sector privado	
	1980	2000	1980	2000
Unidades de Diálisis	No se dispone	No hay	No	2
Sillones de diálisis	No	No	No	18

Fuente: elaboración propia con datos de Hospital S.A.M.Co. Rafaela, AMDC y Asociación Clínicas y Sanatorios.

#### **Instrumental para Diagnóstico y Tratamiento.**

El sector público incorpora un ecógrafo a finales del año 1997, no teniendo TAC. Recibe un microscopio para Anatomía Patológica<sup>53</sup>. El sector privado tiene 7 ecógrafos e incorpora un tomógrafo.

**Cuadro Nº 18: Ecógrafos y TAC por sector. Rafaela**

	Sector público		Sector privado	
	1980	2000	1980	2000
Ecógrafos	No	1	1	7
T.A.C	No	No	No	1

Fuente: elaboración propia con datos de Hospital S.A.M.Co. Rafaela y Asociación Clínicas y Sanatorios.

El sector público no incorpora ningún tipo de instrumental quirúrgico. El sector privado incorpora en este período laparoscopia, artroscopia, uretroscopio y endoscopio urológico.



**Cuadro N° 19: Instrumental Terapéutico y Quirúrgico por sector. Rafaela**

	Sector público		Sector privado	
	1980	2000	1980	2000
Laparoscopia	No	No	No	5
Artroscopia	No	No	1	5
Uretroscopia	No	No	No	1
Endoscopia (urología)	No	No	No	4

Fuente: elaboración propia con datos de Hospital S.A.M.Co. Rafaela y Asociación Clínicas y Sanatorios.

No se dispone de información respecto al estado de mantenimiento de los equipos, ni sobre el presupuesto de operación destinado a su conservación y mantenimiento.

---

<sup>53</sup> Acta N° 141, Pág. 90- 17 de octubre de 1996. Consejo Administrativo del S.A.M.Co.

**7- ETAPAS HISTÓRICO - EVOLUTIVAS DEL SECTOR SALUD DE LA  
REPÚBLICA ARGENTINA:  
EL CASO DE LA CIUDAD DE RAFAELA (Provincia de Santa Fe) -  
ANÁLISIS COMPARATIVO**

Para comprender cabalmente el funcionamiento actual del mercado de la salud es necesario examinar su desarrollo histórico y la morfología del mercado de la salud. Es por ello que en los análisis que se realicen a continuación se pretende alcanzar una visión diacrónica e integradora de las variables microeconómicas provenientes de las características del sector salud y las variables macroeconómicas que describen el comportamiento general de la economía del país y que sin lugar a dudas inciden de manera determinante en la forma de actuar de los agentes relacionados al mercado de la salud.

Para este trabajo se aplicarán comparativamente, pretendiendo verificar si existe similitud entre las cinco etapas o fases “histórico-evolutivas” que proponen Jorge Katz y colaboradores<sup>54</sup> para caracterizar los rasgos del sector salud de la República Argentina con el caso “Rafaela”.

Dichos autores formulan el siguiente modelo interpretativo:

<b>PERÍODO</b>	<b>MODELO</b>
<b>I-      <i>Previo a 1945</i></b>	Pluralista no planificado
<b>II-     <i>1945- 1955</i></b>	Planificación estatal centralizada
<b>III-    <i>1955- 1970</i></b>	Formación del modelo pluralista de planificación descentralizada
<b>IV-    <i>1970-1977</i></b>	Institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada
<b>V-     <i>1977- 1990</i></b>	Crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada

---

<sup>54</sup> Katz, Jorge y otros. “El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento”. Argentina. Fondo de Cultura Económica. 1993

Como la propuesta de estos autores sólo abarca hasta el año 1990 y reconociendo que después se produjeron grandes transformaciones económicas en el país que impactaron fuertemente en el sector salud, se consignará una etapa más que incluye:

<i>PERÍODO</i>	<i>MODELO</i>
VI- 1991 – 2001	La desregulación – El estado desertor

A continuación se explicitan los rasgos más sobresalientes de cada período con carácter global y se resaltan los particularismos e idiosincrasias locales como semejanzas, diferencias o comportamientos imitativos.

## **I- EL PERÍODO PREVIO A 1945. MODELO PLURALISTA NO PLANIFICADO**

Esta etapa se caracteriza por la existencia de servicios de diferentes jurisdicciones y naturaleza jurídica, que operan de manera superpuesta y poco organizada **sin intervención del Estado** como organismo regulador y planificador de los mismos. La causa de ello se puede atribuir a que la salud no era considerada un problema público sino privado.

La preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias, por lo que las políticas de salud que llevaba a cabo el Estado se limitaban al de “policía médica”.

Los **servicios de atención médica** eran prestados como forma de caridad por establecimientos públicos estatales, públicos caritativos (sociedades de beneficencia) y se configura de esta forma lo que algunos autores denominan “ciudadanía invertida” porque la asistencia médica de carácter colectivo no constituía un derecho de los ciudadanos sino una dádiva otorgada a los excluidos, los pobres, los no ciudadanos.

Para la población de mayores recursos, que constituían una minoría, les estaba reservada la medicina privada independiente. Hasta mediados de la década de 1940 un 95 % de las prestaciones ambulatorias privadas eran provistas a través de consultorios independientes en los que el médico cobraba directamente al paciente (Tobar, Federico – 2001).

Por otra parte, adquirían un gran desarrollo las entidades mutuales de comunidades extranjeras, con sus propios establecimientos y las asociaciones mutuales voluntarias de grupos laborales.

El **financiamiento** de estos efectores provenía de las entidades que los controlaban patrimonialmente, existiendo escaso entrecruzamiento entre los sectores que componían el sistema.

Pese a las intenciones y acciones concretas de funcionarios gubernamentales particulares, no prevalecía en estos años el concepto del

Estado como planificador de los servicios de salud y su función de administrador era muy limitada, dado que la mayor parte de los establecimientos públicos estaba administrada por entidades de beneficencia.

Las **acciones del Estado**, llevadas adelante por los “higienistas”, aunque estaban centradas en intervenciones preventivas y de regulación del medio ambiente y de los estilos de vida, en realidad conformaban un **modelo de intervención autoritario**, alejado de los actuales criterios, centrados en los derechos de la ciudadanía y la participación democrática.

En la ciudad de Rafaela, en la Provincia de Santa Fe, también se pueden identificar rasgos similares en el sector salud a los narrados en párrafos anteriores.

A los cinco años de su formación, en 1886 se desarrolló un cuadro epidémico de cólera con características aún peores que en otras localidades pues no había nada para enfrentarlo. Los reclamos movilizaron a las autoridades provinciales que concedieron recursos para cubrir las más elementales necesidades e improvisar un lazareto.

En 1901, en otra epidemia con predominio de tifus y viruela negra, la acción comunal se va a traducir en la creación de una Casa de Aislamiento con destino, especialmente, a los que carecen de recursos y no pueden ser atendidos en sus domicilios. Este **ente comunal** va ir mutando de nombre (Centro Antituberculoso - Asistencia Pública) y funciones en virtud del cuadro epidemiológico de la ciudad, hasta que en 1944 fue **transferida a la provincia** con el nombre de Centro de Primeros Auxilios.

Pero es recién en 1905, cuando la Sociedad de beneficencia, formada por un grupo de señoras, inaugura oficialmente el **Hospital de caridad**, en una modesta casa que las mismas compraron por medio de una colecta popular y acondicionaron al efecto. Comienza con seis camas, a la infraestructura original se anexaron, en los años posteriores, el pabellón para caballeros (1908), el pabellón para mujeres (1909), el pabellón de Cirugía (1915), la Sala de Clínica (1924) –que se mantuvo en funcionamiento hasta el año 2003-, nuevo terreno para ampliaciones (1923), pabellón de maternidad (1928), y la Sala de Pediatría (1937).

En 1924, Misioneras Siervas del Espíritu Santo arribaron a la Institución. Estas religiosas edificaron, dentro del terreno conexo al Hospital, una capilla y una dependencia para establecerse y trabajar en estrecha relación con la Comisión de Beneficencia.

El financiamiento necesario para el funcionamiento, ampliaciones y reformas fue, en el período 1905 –1939, a través de:

- Aportes privados provenientes de las actividades benéficas organizadas por la Sociedad de Beneficencia, donaciones de los particulares y colectas.
- Subvenciones provenientes del Estado provincial, nacional y municipal, pero no siempre con carácter continuo, dependiendo de los vaivenes políticos y la situación de las arcas del Estado.

Según la consideración de *Tafari, R.* “el Estado argentino reproduce con la beneficencia algunos patrones básicos del modelo de caridad cristiana. Así como la escuela es la versión laica de la institución eclesiástica, la beneficencia es algo así como la contraparte de la vieja caridad cristiana, de la cual hereda formas y retos más relevantes. La filantropía, como valor general, busca desplazar el concepto cristiano de caridad al mismo tiempo que no se le opone sino que lo engloba dentro de un referente más universal, la moral laica de origen racional no relevado”.<sup>55</sup>

En el pueblo – declarado ciudad en el año 1913- fue surgiendo una clase media acomodada constituida por comerciantes, profesionales, algunos industriales y agricultores enriquecidos. Estos sectores medios se agruparon en distintas asociaciones, orientadas por ideologías diversas, con el fin de obtener el bien común. Las Sociedades de socorros mutuos florecieron en el pueblo y se las puede reconocer como precursoras de las actuales “obras sociales”:

1890- Sociedad Italiana “Víctor Manuel II”

1890- Sociedad Suiza de Socorros Mutuos

1906- Sociedad Obrera de Socorros Mutuos

---

<sup>55</sup> Tafari, R.. (1989)- Estado y pobreza, estrategias típicas de intervención 2 volúmenes- Centro Editor América Latina.

### 1910- Sociedad Española de Socorros mutuos

Brindaban a sus socios servicios médicos y los proveían de medicamentos por una cuota mensual. Sin embargo, en ningún caso, hasta la actualidad inclusive, fueron propietarias de establecimientos dedicados al cuidado de la salud. Cuando era necesario, se internaban con carácter de “pensionistas”, en el Hospital de Caridad que tenía reservado espacios especiales para ellos. Según consta en las memorias del Hospital, a partir de 1913 la Sociedad Italiana “Víctor Manuel II” alquiló una cama en forma permanente. Con estas modalidades originaron un sistema mixto de financiamiento: gratuito para pobres y con aranceles para los pudientes.

En 1939, después de muchos años de esfuerzo y dificultades financieras que tuvo que enfrentar la sociedad de Beneficencia, para mantener el funcionamiento del “Hospital de caridad”, al fin éste sería **sostenido por el Estado Nacional**.

Con respecto a la **oferta privada**, en la Rafaela de comienzos del siglo XX prestaban servicios de atención médica los sanatorios, en algunos casos, sus directivos y personal trabajaban además en el hospital. La nómina, en el orden cronológico correspondiente a su iniciación, es la siguiente:

- 1 -1910- Sanatorio del Dr. Jaime Ferré
- 2 - 1916- Policlínico del Dr. Carmelo Barreiro
- 3 - 1917- Sanatorio del Dr. Borda
- 4 - 1925- Sanatorio del Dr. Mai
- 5 - 1927- Sanatorio “San Roque” del Dr. Benlisahn

La mayoría de ellos se inicia en escala pequeña, casi como extensión del domicilio privado del médico y como prolongación de su trabajo profesional. En estos establecimientos se propiciaba una intensa y fluida relación médico paciente y se reforzaba el prestigio profesional. Las prestaciones eran totalmente financiadas por los individuos que necesitaban atención, primando el criterio ético que se debía cobrar a cada paciente de acuerdo a sus posibilidades (Abel- Smith 1982).

## II- EL PERÍODO 1945 – 1955. PLANIFICACIÓN ESTATAL CENTRALIZADA

Lo ocurrido en el país en esta década, además de reflejar rasgos característicos locales debe también verse como parte de un fenómeno mundial de **creciente injerencia estatal** en la planificación y administración de servicios de salud, coincidente con la segunda posguerra. Se considera la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos.

En nuestro país, la década del 40 es escenario de un doble nacimiento: el del **Estado “responsable – garante”** del derecho a la salud, y el de las organizaciones sindicales, estatales y para-estatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales.

En esta década, al asumir el gobierno en 1944 el Gral. Perón, se crea un ámbito específico para el tratamiento de los asuntos concernientes a la salud pública, que es la “Dirección Nacional de Salud Pública” expandiendo sus funciones en forma continua. Poco después al designar al Dr. Ramón Carrillo, este organismo se convierte en secretaría y en 1949 pasa a ser Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Prevalece la idea del **Estado prestador** a la vez que **planificador hegemónico** de la totalidad de los servicios de salud. Entre 1946 y 1954 se transfieren al ámbito nacional todos los establecimientos hospitalarios públicos y se duplica la cantidad de camas públicas.

**CUADRO Nº 20: Evolución de la Disponibilidad de Camas según tipo de Efector.**

<b>SECTORES:</b>	<b>1946</b>	<b>1951</b>	<b>VARIAC.</b>
Estab. nacionales	15.424	27.35	177%
Estab. provinciales	8.100	23.278	187%
Estab. municipales	18.200	20.877	15%
Universidades	815	1.700	109%
Mutuales y privados	3.760	21.233	(-11%)
Obras Sociales estatales	0	2.040	
Fundación Eva Perón	0	18.130	
<b>TOTAL</b>	<b>66.300</b>	<b>114.609</b>	<b>73%</b>

FUENTE: Dirección de Estadística y Economía Sanitaria. (Guía de Establecimientos Médico-asistenciales. Dic. 1962).



Hasta 1951 la cantidad de camas disponibles había crecido un 73% en relación a 1946 y antes de 1955 se llegó a contar con 134.218 camas, lo que significó un incremento del 102% en menos de una década. Como puede observarse en el cuadro precedente, ya en 1951 las Obras Sociales poseían capacidad instalada propia para la internación de pacientes. Si bien la Previsión Social y el Ministerio de Salud funcionaron por vías distintas, lo hacían en el marco de un proyecto común.

Se llevan a cabo una gran cantidad de programas verticales para problemas sanitarios específicos – por ejemplo paludismo, enfermedades respiratorias, etc.- procurando incidir en la salud de la población sobre la base de una red de centros de salud de atención ambulatoria.

Para contribuir a la hegemonización del sistema, además de ampliar la capacidad instalada, se procura la funcionarización de los médicos.

Con una fuerte inspiración en el informe de Lord Beveridge publicado en 1942, la premisa de Perón era racionalizar la asistencia médica reemplazando progresivamente al profesional liberal por un funcionario público.

Aunque se impulsa fuertemente la formación de entidades mutuales de trabajadores por rama de producción, la adopción del seguro social como estrategia hegemónica de protección de la salud de la población solo se consolida después de la caída de Perón, es decir que durante sus dos primeras presidencias, el modelo de **Obras Sociales no constituye la fuente principal de financiamiento del sistema de salud**, ni tuvo las características que lo distinguieron a partir de 1970. Cabe aclarar que los recursos obtenidos del sistema de obras sociales se volcaron en diversas prestaciones sociales hacia los asalariados tales como proveedurías, campos de deporte, hoteles de turismo, planes de vivienda y en lo que respecta a salud se canalizaron hacia sanatorios privados con una fuerte tendencia hacia la creación de servicios asistenciales propios, especialmente en los grandes centros urbanos, a los que se derivaban los afiliados del interior cuando la complejidad de la enfermedad así lo ameritaba.

A continuación se describen los principales hechos acontecidos en el

ámbito de la ciudad de **Rafaela**, con el propósito de corroborarlos con los sucesos descritos más arriba.

El **Hospital de Caridad “Dr. Jaime Ferré”** fue **transferido** en 1939 desde el patrocinio de la Sociedad de Beneficencia hacia la **Nación** para encontrar solución a problemas de financiación de la obra de ampliación de la “sala de señoras y niños” y también debido a que el aumento de enfermos internos y externos lo justificaban. Perteneciente a la nación, rebautizado “Hospital Común Regional de Rafaela Dr. Jaime Ferré” con la ampliación de sus instalaciones, camas y prestaciones posibilitó plasmar el sentido hegemónico que se pretendía dar al sistema en esta etapa.

Otro hecho, que da cuenta del rol de planificador hegemónico de los servicios de salud, es la **transferencia de la Asistencia Pública** -a partir del 1º de enero de 1944- desde la órbita Municipal a la provincia. Rebautizada “Central de Primeros Auxilios” su función continuará siendo primordialmente la asistencia médica de urgencia.

Como **programa** para problemas específicos se creó en 1946 el **Dispensario Central de Vías Respiratorias** que funcionó en una dependencia del Hospital, como centro de salud de atención ambulatoria, abarcando un amplio radio de acción hasta el sur de la provincia de Santiago del Estero.

A diferencia de la etapa anterior, comienzan a aparecer en los grandes centros urbanos del país un nuevo tipo de sanatorio general, diseñado no ya como el lugar de trabajo particular de un médico, sino como un centro de atención diversificada y de mayor nivel de complejidad. Si embargo en la mayoría de las ciudades chicas del interior del país, tal el caso de Rafaela, atraviesan un “estado madurativo” menos desarrollado. Es así que en 1946 y 1947 **se incrementa la oferta privada** con la apertura del **Sanatorio Nosti y del Sanatorio Moreno**. La magnitud de los recursos de capital involucrados y el número de socios médicos que se agrupa alrededor de este tipo de empresas médicas hacen que, desde el punto de vista institucional y organizativo, sean firmas con mayor nivel de complejidad que las descriptas en la etapa anterior.

Es importante destacar que la ciudad de Rafaela vivió la etapa más

importante de expansión poblacional entre los años 1947 y 1960, consecuencia de un fuerte aumento de la industria nacional sustitutiva de importaciones. A ese mismo ritmo y acelerado por el vínculo establecido entre el movimiento obrero y el peronismo se fueron fundando las filiales de los sindicatos de obreros y empleados relacionados con la industria frigorífica, metalúrgica y láctea. Sus realizaciones, en esta primera etapa, se ajustan casi con exclusividad a la captación de afiliados, defensa gremial, compra de inmuebles para sede y para prestaciones sociales como por ejemplo campo de deportes. La **medicina “sindical” no se evidencia en este período en el ámbito local.**

Los médicos y odontólogos también deciden agruparse, fundando la entidades gremiales de primer grado: Asociación Médica de Rafaela (1946) - que en 1991 pasa a llamarse Asociación Médica del Departamento Castellanos- y el Círculo odontológico de Rafaela (1945). La idea surge, según consta en las actas de fundación, como una necesidad para evitar la anarquía que podría producirse con las innovaciones derivadas de los adelantos tecnológicos y terapéuticos que traían aparejados el desarrollo de la segunda guerra mundial. En cuanto a algunos de los objetivos que constan en los estatutos se destaca *“el mejoramiento de la asistencia social, la elevación constante del nivel cultural y científico, como así promover gestiones ante las autoridades competentes para la sanción de leyes y la aplicación de medidas tendientes a mejorar y ampliar la sanidad general y asegurar la protección de la salud de toda la población”*<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> Libro de Actas de Asambleas de la Asociación Médica del Dpto. Castellanos (en adelante AMDC), TI, acta 1, fs. 2

### III- EL PERÍODO 1955 – 1970. FORMACIÓN DEL MODELO PLURALISTA DE PLANIFICACIÓN DESCENTRALIZADA

Con el golpe militar de 1955 se produce un **giro en el rol del Estado** hacia la **descentralización de los servicios de salud**, en coincidencia con las ideas imperantes en los organismos sanitarios internacionales.

Esta tendencia se manifiesta en la transferencia de los servicios de la órbita nacional hacia las provincias, sin el correspondiente soporte técnico y financiero, lo que provoca un rápido deterioro de los establecimientos y, por ende, de la hegemonía estatal en la oferta de servicios. Se va afianzando así la **modalidad pluralista de la oferta de servicios** que se había retraído parcialmente en el período anterior.

Los gobiernos constitucionales posteriores, sin modificar el espíritu descentralizador impuesto, enfocan lo atinente a la salud en aspectos puntuales tales como:

- ✓ Formación del recurso humano (1958 –1962 bajo la administración desarrollista del Presidente Frondizi)
- ✓ Regulación del mercado de medicamentos (1963 – 1966- Presidente radical Arturo Illia )

El gobierno militar (1967 – 1972) orienta con nuevas energías la política hacia la descentralización de los hospitales públicos (Ley 17102 de hospitales de la comunidad) y hacia programas de salud rural. A pesar de la pretendida aplicación de políticas unificadas desde el poder central, se puede observar transferencia de facultades hacia los gobiernos provinciales, municipales, organismos gremiales y entidades financiadoras públicas como el PAMI.

En esta etapa también se va **gestando el formato de la seguridad social médica** hacia la universalización del sistema financiador que prácticamente rige hasta la actualidad en nuestro país. Esto neutraliza la hegemonía del sector público en el sistema de salud nacional.

Los prestadores privados se corporativizan socialmente conformando entidades representativas de los distintos sectores: médicos, bioquímicos, odontólogos, farmacéuticos y clínicas y sanatorios.

También se instala la idea, tanto en el ámbito público como privado, sobre la **necesidad de encontrar fuentes de financiación alternativas o complementarias** y la atribución a las comunidades locales de una mayor responsabilidad en la satisfacción de sus necesidades básicas. Como consecuencia hacen su **aparición en el escenario “pluralista” nacional los prepagos**, que no son más que formas de aseguramiento privado de la salud, tienden más a calcular el riesgo, que a la satisfacción de las necesidades de la población ya que su finalidad es el lucro. Este sistema se inicia en la década del 50, pero recién en 1966 se constituye la CIMAP (Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Pre-paga) y posteriormente otras entidades que las nuclea. Se fundamenta en la libre adhesión de sus asociados y el funcionamiento del mercado libre, sin regulación por parte del Estado tanto en tarifas como en modalidades de atención o contratación. Operan con afiliados voluntarios que eligen el plan de cobertura médica de acuerdo a sus necesidades y capacidad de pago. Son entidades con fines de lucro y sus asociados suelen ser los sectores de mayores recursos.

Se concretan también en el ámbito privado estrategias con distintos niveles de éxito, por ejemplo los sanatorios y clínicas privadas dan origen a los abonos sanatoriales y en el caso de los hospitales públicos se dictan leyes que procuran la participación y el compromiso de la comunidad local.

Tras examinar el caso general, se concentrará ahora la atención en algunas particularidades del mercado de salud de la ciudad de **Rafaela** con el propósito de identificar las similitudes y diferencias.

El **Hospital “Dr. Jaime Ferré”** que en sus inicios fue Hospital de Caridad y que es transferido en 1939 por la sociedad de beneficencia a la jurisdicción nacional, se convierte hasta 1969 en el único efector público - nacional - de la ciudad. En 1963, en una de sus dependencias se crea el Dispensario de Control de las enfermedades de Transmisión sexual, como medio eficaz de lucha en el campo de la profilaxis. Este organismo tiene también a su cargo los exámenes prenupciales exigidos por ley.

La **Central de Primeros Auxilios**, transferida por el Municipio a la

provincia en 1945, recordada por la gente como “la vieja Asistencia Pública”, es reorganizada en octubre de 1955, siendo dotada de una nueva ambulancia y otros elementos más adecuados para la tarea que desempeñaba la repartición. No obstante, la gran transformación llegó en 1969, bajo el marco regulatorio de la Ley N° 6312/67, cuando la provincia de Santa Fe se la delega a la Municipalidad con otro tipo de estructura prestacional. Es así como en ese año se crearon y habilitaron bajo las prescripciones de dicha Ley provincial (SAMCO)<sup>57</sup> cinco dispensarios, ubicados en distintos barrios de la ciudad: N° 1, Villa Rosa, Barranquitas, Fátima y Güemes. La Central de Primeros auxilios se transforma así en el dispensario N° 1, que funciona como centro, en dependencias contiguas a la Terminal de Ómnibus de la ciudad.

La creación de los hospitales S.A.M.Co nace como una manifestación dirigida a la reforma en el Plan Holmerg Mondet. La idea llega, por un lado vehiculizada por la Alianza para el Progreso y la actividad de organismos internacionales como CEPAL, Naciones Unidas, y por el otro, se vincula también con el principio de subsidiariedad del Estado defendido por Juan XXIII en la Encíclica *'Pacem in Terram'*<sup>58</sup>.

Los servicios que estos **Dispensarios** brindaban eran **sostenidos** con fondos que provenían de **tres fuentes independientes: fondos provinciales, fondos municipales** (de los importes liquidados en concepto de tasa de inmueble fijado por el Consejo) y **bonos contribución**.

La Ley S.A.M.Co., prevé la vinculación de los dispensarios con la comunidad como medio para establecer lazos entre las instituciones de salud y la población a su cargo, definiendo así su organización según sus necesidades y prioridades. Para tal fin se crearían los Consejos de Administración, a los que concurren todos los sectores que contribuyen a la financiación y los representantes de la comunidad. Esto se fundamenta en una **idea de**

---

<sup>57</sup> Ley provincial 6312- 2 de mayo de 1967 S.A.M.Co.- Servicio para la Atención Médica de la Comunidad.

<sup>58</sup> Susana Belmartino y Carlos Bloch- “El Sector Salud en la Argentina: actores, conflicto de intereses y modelo organizativo 1960-1981”- Publicación N°40 O.P.S. 1994

**devolución a las comunidades de la capacidad de gestión de sus propias necesidades**, unida a una concepción del desarrollo que jerarquiza los aspectos sociales vinculados al crecimiento y a la **noción de subsidiariedad del Estado**. Más tarde y de manera paulatina, se traslada el énfasis y el nudo conceptual se focaliza en la atribución a las comunidades locales de una mayor responsabilidad en la satisfacción de sus necesidades.

En el **ámbito privado**, se presenta en la ciudad una **expansión del mercado sanatorial** como consecuencia de la ampliación de la cobertura de los seguros sociales y su modalidad de contratación directa de prestadores a través del pago por prestación. Esta rápida expansión de la capacidad instalada privada ocurre desordenadamente.

Dos clínicas se agregan a las ya existentes:

1 - Clínica Parra.

En 1955 el Dr. Luis A. Parra (1929-1996), emplaza su primer consultorio en el barrio de su nacimiento, entre las dos Estaciones de ferrocarril que surcan la ciudad, y bajo el lema “todo el año de guardia”. La mayor demanda derivada del emplazamiento y la firma de contratos en forma directa con las obras sociales de la época permiten una pequeña acumulación de capital que se destina a la compra y refacción de los inmuebles linderos al consultorio-casa de familia. Todo esto converge en la inauguración de la Clínica Parra, con internación clínica, en el año 1966. Cuenta en ese momento con la siguiente infraestructura: doce camas, sala de partos, dos quirófanos, laboratorio de análisis clínicos y rayos x.

2 - Clínica del Dr. Hermindo Zillo

Esta clínica nace, en 1965, también como extensión del domicilio particular de un médico. De dimensión pequeña, cuenta con ocho camas, un quirófano y tres consultorios externos.

Los prestadores privados se siguen corporativizando, a los agremiados en la etapa anterior – médicos y odontólogos – en 1961 se agregan los 14 propietarios de farmacias, que forman el círculo farmacéutico. Uno de los

objetivos que persiguen es propender a la defensa de la ética profesional, como así también al cumplimiento de las disposiciones de Inspección de farmacias y del Colegio Farmacéutico de Santa Fe.

En el año 1965 la Asociación médica de Rafaela, adquiere un inmueble para el desarrollo de sus actividades administrativas y además pone en marcha el Centro Asistencial, un sistema de abono o prepago con 5500 asociados. Dicho Centro se perfila como una de las principales fuentes de trabajo para los socios médicos<sup>59</sup>.

El sanatorio Moreno y el Policlínico Rafaela, ante la capacidad ociosa de sus instalaciones deciden también implementar un sistema de prepago o abono sanatorial, brindando toda la cobertura dentro del mismo establecimiento.

---

<sup>59</sup> LAA, T2, acta 65, fs, 51



#### **IV- EL PERÍODO 1970 – 1976. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL MODELO PLURALISTA DE PLANIFICACIÓN DESCENTRALIZADA**

El primer sistema de obras sociales se estructuró en la Argentina en 1946 y sufrió los avatares de los cambios políticos y sociales por los que atravesó el país, con crisis recurrentes. En el contexto de las conquistas sociales logradas por movimientos obreros se organizaron sindicatos por rama de actividad que comenzaron a prestar servicios asistenciales, desarrollándose paulatinamente las obras sociales directamente ligadas a ellos.

Pero es recién en **1970**, que se **institucionalizó a través de la ley 18610 de Obras Sociales** y se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Algunos antecedentes de este cuerpo legal fueron:

1.- **La Ley 17.230**, sancionada en 1967, por la que se creó la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales.

2.- **El Decreto 2.318** del mismo año, que posibilitó la formación de la Comisión Coordinadora de Servicios Sociales Sindicales.

3.- **La Ley 18.257**, por la que se creó el Instituto de Servicios Sociales para el Personal de la Industria de la Carne, (proyecto elaborado por la Comisión de Servicios Sociales Sindicales).

Con la mencionada Ley se logró cubrir a la población laboral en relación de dependencia y su núcleo familiar primario, constituyendo, de hecho, un seguro nacional, fragmentado en grupos de administración sindical. De esta forma se puso en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó, en la práctica, la transformación de la población trabajadora en cautiva de la obra social del gremio correspondiente.

Entre sus aspectos más relevantes, esta ley involucraba las siguientes características:

1. Cubría a todas las Obras Sociales (estatales, paraestatales,

organismos descentralizados, de empresas del Estado y obras sindicales) y

2. Con relación a los recursos, éstos provendrían de una contribución de los empleadores del 2% de la nómina salarial, un aporte de los trabajadores del 1% de sus remuneraciones (1% adicional para quienes poseyeran una o más personas a su cargo) y un 2% de los haberes previsionales de jubilados y pensionados que se incorporaran al sistema.
3. Las Obras Sociales serían conducidas por los mismos sindicatos que recaudarían sus fondos sin intermediación alguna.

El INOS tendría como fin promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables.

Ese mismo año a través de la Ley 19032 se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP), cuyo texto establece que los pasivos tendrán servicios médicos a través del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) incorporando de manera compulsiva a los jubilados y pensionados nacionales.

En una publicación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) se informaba que, para 1972, el Registro Nacional de Obras Sociales del INOS tenía registradas 160 Obras Sociales, incluidas en el régimen de la Ley 18.610, divididas en la siguiente forma:

**CUADRO Nº 21: Cantidad de Obras Sociales según su Naturaleza Institucional, Población Beneficiaria y Recaudación en porcentajes sobre total del Sistema. (1972)**

Tipo de Obras Sociales	Cantidad (%)	% Población Beneficiaria	% Recaudación
ESTATALES	17 (10,6%)	12,64%	26,48 %
INST.MIXTOS	5 (3,1%)	14,07%	33,87 %
SINDICALES Y DE PERS. DE DIRECC	138 (86,3%)	73,29 %	39,65 %
<b>S.O.S.</b>	<b>160 -100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

FUENTE: Síntesis Informativa del R.N.O.S. INOS, junio1972. Publicación Nro. 1.

Se **crean** también **obras sociales provinciales** que complementan la extendida cobertura de las nacionales.

Entre noviembre de 1971 y octubre de 1973 comenzó a funcionar el INOS con la realización de tareas de cooperación técnica y financiera.

En mayo de 1973, el país retornó al orden constitucional. En el período 1973- 1976 tuvieron lugar las políticas orgánicas del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y del PAMI. Éste extendió sus prestaciones al interior del país en el denominado "Operativo 25 de Mayo", que comenzó a fines de 1973 con la firma de contratos de atención por "capitación" en toda la República.

En relación con la articulación del sistema en su conjunto, el Estado Nacional intentó – sin éxito - atenuar los niveles de fragmentación a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El proyecto de ley sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) fue elevado al Congreso en 1974 por el presidente Juan Domingo Perón. Se pretendía dar un ordenamiento al ámbito de la salud. En realidad las primeras versiones preparadas por los cuadros técnicos del peronismo de la época hablaban sobre un Sistema Único de Salud pero el Ministerio en época del Dr. Liotta lo elevó con la denominación SNIS<sup>60</sup>.

En el mensaje de presentación del SNIS se afirmaba que, mediante esa Ley, se podría "contar con el instrumento necesario para organizar los servicios de salud del país, sobre la base de la reasunción por parte del Estado de su papel de garante real del derecho a la salud de los argentinos, como resultado de la aplicación del principio de solidaridad nacional en este campo". Se pretendía de esta forma "asegurar la salud del mayor capital de la nación, formulando el sistema que habrá de integrar efectivamente los actualmente dispersos esfuerzos".

Este **proyecto** definía la función **del Estado como garante de la salud** y determinaba, partiendo del principio de la solidaridad nacional, su

---

<sup>60</sup> Rovere, Mario. "La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto". Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur mayo 2004

responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que "será único e igualitario para todos los argentinos".

El régimen de gobierno del Sistema se diferenciaba claramente de una estatización de la asistencia médica, cuya supuesta necesidad todavía hoy encuentra difusores. Por el contrario, propugnaba la integración en todos los niveles y la mayor descentralización de funciones -inclusive normativas- compatibles con la formulación centralizada de la Política General de Salud, que debían establecer los organismos competentes del Estado: el Poder Ejecutivo y el Congreso Nacional.

El proyecto destacaba la participación estatal como predominante en los niveles superiores de la definición política; mientras que al nivel de las áreas programáticas -donde se concentrarían todas las decisiones vinculadas con el funcionamiento regular de los servicios- la conducción quedaría en manos de funcionarios capacitados, asesorados por un Consejo que contaría con representantes del personal de la salud y de los trabajadores del área.

Durante el tratamiento por parte de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados quedaron al descubierto las diferencias de opinión entre el proyecto del Poder Ejecutivo y la oposición respecto del papel de las Obras Sociales dentro del SNIS. Mientras el P.E. mantenía la individualidad de las Obras Sociales comprendidas en el Decreto -Ley 18.610, permitiendo su incorporación al SNIS por propia voluntad, el despacho en disidencia de la UCR (firmado por Rubén Osvaldo Cáceres y Fernando de la Rúa) fijaba un plazo de hasta tres años para que estas Obras Sociales se integraran obligatoriamente al Sistema.

En el artículo 36 del Proyecto del oficialismo se determinaba que "en caso de emergencia sanitaria nacional, provincial o regional, declarada por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, los establecimientos y servicios asistenciales de las Obras Sociales" pasarían a "estar afectados y subordinados a la Administración Federal del Sistema Nacional Integrado de Salud" y deberían dar cumplimiento a las directivas que al efecto les impartiera la autoridad sanitaria nacional.

El SNIS poseía una estructura de administración co-gestionada. El Consejo Federal, que tenía la misión de conducirlo, contaba con la presencia de autoridades nacionales y provinciales de la salud junto a representantes de las universidades, la CGT, la CGE, el personal del SNIS y las entidades privadas que adhirieran al Sistema.

El proyecto del SNIS fue aprobado por el Congreso de la Nación en septiembre de 1974, tres meses después de la muerte del presidente Perón. Cabe destacar que se trató del único intento de sistematizar una política sanitaria nacional tendiente a articular los distintos sectores prestadores con una filosofía y una dinámica de carácter federal y participativo. En otra parte del mensaje al Congreso, Perón afirmaba: "La experiencia nacional e internacional enseña que, si la solidaridad mutual permitió a principios del siglo el acceso a la medicina de grupos cuyos individuos aislados no podían pagar los honorarios médicos y los derechos de internación, hoy en día sólo la solidaridad nacional permite evitar que los grupos económicamente más privilegiados se apropien de los servicios de cada vez mayor calidad, complejidad y costo en desmedro de los grupos de menores ingresos."

En este sistema prestador, paralelo a la oferta estatal de servicios, no puede desconocerse la herencia que arrastra de su origen mutualista de principios de siglo y mucho más de la particular relación Estado –Sindicatos laborales que se va dando a partir de 1940. Así, la fijación de políticas del sector estuvo teñida de un sin número de conflictos jurisdiccionales, entre el Ministerio de Trabajo y Previsión social y el de Salud Pública. Esto llevó a que la salud se tratara sistemáticamente como un elemento de **negociación política entre Estado y sindicatos** y no como un fin en sí mismo, merecedor de una acción pública explícita cuya finalidad última fuera la de mejorar el cuadro de salud de la población.

Estos hechos van a provocar cambios impensables en la morfología y comportamiento de los mercados de la salud y dejará a la luz la profunda interrelación entre la atención pública y privada. También por medio de la Ley 18.980 (1971) se posibilitó que el personal jerarquizado o fuera de convenio

(que en nuestro país no tiene casi sindicalización) creara sus propias Obras Sociales al margen de las que agrupaban al resto del personal.

La **expansión de las obras sociales** se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector. La orientación de su demanda hacia prestadores privados, empresas químico farmacéuticas y productores de equipamiento médico, fue **determinante en el crecimiento del subsector privado**.

Un hecho central a lo largo de este período, fue la relegación del tema de la descentralización Nación-Provincias, a causa de la preponderancia que adquirió la consolidación de las Obras Sociales como eje del sistema prestacional. El crecimiento de esta forma de prestación de la salud bajo la administración de los sindicatos **redujo la importancia del sector público** en su totalidad y con ello relativizó la importancia de las políticas de descentralización fiscal. Teniendo como sustento legal la obligatoriedad de las cargas sobre la nómina salarial a las Obras Sociales controladas por los sindicatos de cada una de las correspondientes ramas de actividad, este nuevo polo prestacional devino en una suerte de descentralización *sui generis* del sistema de salud.

Cada sindicato desarrolló su esquema prestacional circunscripto a las necesidades de sus afiliados (Bisang y Cetrángolo, 1997). Asimismo, este proceso se dio en el marco de un escaso poder de reglamentación y coordinación de las autoridades sanitarias y provinciales.

Con este componente novedoso en cuanto a su protagonismo, el eje del problema en la salud tendió a desplazarse de la cuestión de la descentralización Nación-Provincias hacia las formas de articulación entre los distintos componentes de un sistema que poseía en su estructura elementos que los llevaban hacia la fragmentación y el descontrol.<sup>61</sup>

La intervención militar posterior a 1976, no llevó a cabo ninguna de las propuestas planteadas por el último gobierno justicialista; por el contrario, adoptó una serie de medidas tendientes al deterioro total del sistema.

---

<sup>61</sup> Cetrángolo, Oscar y Devoto, Florencia. "Reformas en la política de salud Argentina durante los años noventa con especial referencia a la equidad" Buenos Aires. Centro de estudios para el cambio estructural (CECE) Serie de estudios N° 27. 1998

Finalmente, cabe resaltar que poco se avanzó en este período en términos del logro de una mayor coordinación entre prestadores de Obras Sociales, hospitales provinciales y nacionales. Asimismo, se observa que la errática transferencia de servicios que se inició en este período, tenderá a convertirse en una política habitual bajo los gobiernos de facto para terminar en un definitivo traspaso en 1979, desde el gobierno central hacia las provincias y municipios, de un número importante de servicios asistenciales.

Lo que puede destacarse en este período en la **ciudad de Rafaela** coincide con lo que Susana Belmartino y Carlos Bloch plantean como:

1. **Retroceso de la presencia estatal**, siendo su manifestación más significativa la interrupción del desarrollo de la capacidad instalada del Hospital local y el comienzo del deterioro de lo existente.
2. Comienzo de la **expansión del subsector privado** vinculado con los **recursos financieros de las obras sociales**. El gremio médico consolida su organización y profundiza la vinculación entre las obras sociales y los sindicatos.
3. Las **organizaciones gremiales médicas** ponen en marcha estrategias que permitan terminar con el trabajo profesional retribuido por salario en obras sociales y mutualidades. La libre elección del médico, el pago por prestación y el derecho de la profesión médica a regular el precio de su trabajo se convierten en reivindicaciones de índole técnica y postulados de ética profesional.

Clínica Parra y Policlínico Rafaela, vinculadas con el poder político y sindical, firman con carácter de “exclusividad”, en 1975, el contrato con el PAMI, por lo que debieron realizar modificaciones edilicias y de infraestructura para hacer frente a la demanda derivada de dichos contratos.

No se produce en este período ni la creación ni el cierre de ninguna clínica o sanatorio privado.

Con respecto al **subsector público**, a partir de 1969 la Provincia de Santa Fe implementa el sistema de regionalización sanitaria, que para el caso de Rafaela, significó la creación del Área de Salud IV con la denominación de IIª Región sanitaria. La misma funcionó en una dependencia del Hospital “Dr. Jaime Ferré”, con un radio de acción que abarca los Departamentos Castellanos y San Martín. Los cargos que se crearon para tal fin fueron: un jefe médico, un supervisor de enfermería, un supervisor de estadísticas, un supervisor de saneamiento ambiental.

El sistema de regionalización sanitaria propuesto por la provincia estaba dirigido a solucionar algunas características negativas de la organización, la mala distribución de establecimientos y profesionales, la falta de coordinación, la duplicación de servicios y el desperdicio o subutilización de recursos. Estos objetivos no se alcanzaron, porque en una cantidad significativa de casos no fue posible ordenar, racionalizar y articular estos hospitales.



## V- EL PERÍODO 1977 – 1990. CRISIS Y AGOTAMIENTO DEL MODELO PLURALISTA DE PLANIFICACIÓN DESCENTRALIZADA

Las políticas asumidas en materia de salud por el **gobierno militar** durante el **período 1977- 1983** difícilmente puedan ser atribuidas a un solo proyecto o a una sola orientación. Si bien las consecuencias reflejan un uniforme deterioro del papel del Gobierno, las causas por las que se llega a esa situación son diversas. El financiamiento del Estado y la provisión de salud cayeron, en la década del '70, significativamente; dicho impacto puede medirse a través del deterioro de la capacidad instalada de los establecimientos sanitarios públicos.

Un primer hecho a remarcar hacia fines de la década de los años setenta, en el marco de una declinación de la participación pública en el área de la salud, es el reinicio de la tendencia de la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación. Se retomó con énfasis este tipo de políticas y a través de la Ley 21.883, se aprobaron distintos convenios entre Nación, Provincias y Municipios con el propósito de transferir de la Nación, 65 hospitales hacia distintas jurisdicciones.

Este **proceso de descentralización** asumió dos rasgos básicos:

1. En primer lugar, una circunstancia que le imprimió cierta rigidez al potencial proceso de negociación entre ambos actores se deriva del hecho que los gobiernos provinciales que firmaron los acuerdos con la Nación únicamente eran delegados del Poder Ejecutivo Nacional durante un período de gobiernos de facto.
2. En segundo lugar, en ningún caso existió una compensación presupuestaria por la transferencia de los hospitales públicos que se llevó a cabo como resultado de la presión que ejerció el Gobierno nacional a las provincias que se hicieron cargo de mayores funciones sin recibir recursos.

En este período, se impulsaron otras cuatro medidas importantes en términos de la transformación del sector:

1º- La fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos, en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires y en 14 provincias.

2º- La sanción de la Ley 29.269 de Obras Sociales en 1980 que aumentó el poder de la Secretaría de Seguridad Social.

3º- El desarrollo de un mercado de servicios de salud como consecuencia de la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado, que llevó a un uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos.

4º- La ampliación de lo que primero se llamó Comité Federal (1972) y luego reuniones de Autoridades de Salud (1976-1980) y que implicaban encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales en un ente mayor y con más capacidad aglutinante que se denominó Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA). A pesar de sus objetivos, este intento de definir la estructura y funcionamiento del área de la salud, con el propósito de lograr una apropiada articulación entre los subsistemas de seguridad social, público y privado, no avanzó más allá del inicial planteo del problema.

Hacia la nueva **apertura democrática en 1983**, el deterioro de los servicios del sistema de salud se veía reforzado por la profunda crisis económica que ya afectaba al país. Ninguno de los niveles en que se desenvolvía la acción estatal en materia de salud quedó exento del debilitamiento. La magnitud del daño reclamaba, por lo menos, la reparación de lo existente. De hecho, a fines de 1987, cuando se discutió la redacción de una nueva ley de coparticipación, se decidió incrementar el porcentaje de la distribución primaria correspondiente a las provincias en una proporción equivalente al costo de los servicios transferidos en 1978.

Hacia 1984 el impacto de la afiliación obligatoria y su extensión a los grupos familiares, en una economía en la que la gran mayoría de los trabajadores se insertaban en el mercado formal de trabajo, había elevado la cobertura hasta el 75%. Así la Argentina fue uno de los países que más se aproximó a la universalización de la salud por la vía bismarckiana (a través del mercado formal de trabajo) en América Latina.

Tras el fracaso del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), impulsado en la década del '70, a partir de la recuperación de la democracia, a mediados de los años ochenta, un **nuevo proyecto de integración** para articular los diferentes subsectores se va a colocar en la discusión, es el referido al Seguro Nacional de Salud impulsado por el Ministro Aldo Neri en 1984, que tampoco pudo concretarse. Después de casi tres años de discusiones, el 29 de diciembre de 1988 se aprobaron las **leyes 23.660 de Obras Sociales y la 23.661 de Seguro Nacional de Salud**, con profundas diferencias en relación al proyecto inicial, una consecuencia de las mutuas concesiones realizadas por el gobierno y el sindicalismo.

La primera no introdujo modificaciones sustantivas en relación con la Ley de 1970 pues mantuvo a la totalidad de las Obras Sociales como prestadoras del sistema, sólo que sujetas ahora a un marco más amplio por formar parte también del Seguro Nacional de Salud. Se mantuvo, asimismo, la obligatoriedad de la afiliación para los trabajadores en relación de dependencia, pero se eliminó la cláusula de adhesión obligatoria a la Obra Social por rama de actividad.

Respecto al "Seguro nacional de Salud" se pretendió mejorar la cobertura y la equidad de la oferta de salud, organizándola dentro de una concepción integradora y dejando en manos del Ministerio de Salud la articulación de los servicios de salud de los diferentes subsistemas, pero dándole un mayor protagonismo a las Obras Sociales. Sin embargo, una de las consecuencias más generales que parece desprenderse de los esquemas duales es que "los servicios para pobres terminan siendo pobres servicios".

En forma simultánea a este proceso, el **subsector privado** fue aumentando paulatinamente su importancia. Se calcula que existían 200 empresas de medicina Prepaga que proveían servicios de salud a alrededor de 2.500.000 personas. Sin embargo, 10 de las empresas más importantes concentran aproximadamente a 1.259.000 personas. Según datos del Banco Mundial el gasto total en salud es de 18.400 millones de dólares y el del sector privado es de 3,5 mil millones anuales. Asimismo, este sector obtiene en

ganancias entre 2,9 y 3 billones anualmente (Odstrcil, G. 1998). En este sentido, este sector se vio fuertemente favorecido por la política económica desarrollada por el gobierno entre 1977 y 1981 caracterizada por la sobrevaluación de la moneda nacional que junto con la reducción de las barreras arancelarias constituyeron un importante incentivo para que los prestadores importaran tecnología médica (Repetto).

**Rafaela** también sufrió el embate de dichas políticas y en 1978 el Ministerio de Bienestar Social de la Nación suscribe un convenio con el Poder Ejecutivo de la provincia de Santa Fe, para la **transferencia del servicio de atención de la salud nacional a la provincia** y el 1 de enero de 1979, el Hospital de la ciudad pasa a depender de la provincia cambiando su denominación a “Hospital Provincial Dr. Jaime Ferré”<sup>62</sup>.

En los **años 80**, Rafaela se convierte en un polo de atracción de población migrante. El cierre de los ferrocarriles y la crisis de industrias radicadas en poblaciones aledañas estimularon la radicación de trabajadores incitados por la mayor posibilidad de obtener empleo en una economía que todavía seguía siendo pujante. Como consecuencia de estos cambios aumenta la demanda de atención en el hospital y se registra un progresivo aumento de las prestaciones. El consiguiente aumento de los costos no tiene compensación con los recursos provistos por la Provincia, registrándose al mismo tiempo la imposibilidad de cobrar los servicios brindados a pacientes de la Seguridad Social, esto se traduce en dificultades para hacer frente a las obligaciones generadas con proveedores, de manera que coloca al Hospital en una posición cercana a la cesación de pagos.

Estos factores llevan a la Institución a una crisis administrativo- financiera. El problema surgía de la existencia de un sistema con unidades desarticuladas, que trabajaban con regímenes jurídicos y mecanismos de financiamiento diferentes:

1. el Hospital, dependiente de las transferencias provenientes del

---

<sup>62</sup> Decreto N° 4533, Santa Fe 28 de diciembre de 1979- Poder Ejecutivo provincia de Santa Fe. Ley Transferencia de servicios Nacionales a la provincia Nro. 21883

presupuesto provincial y

2. los Dispensarios, que eran financiados con recursos provinciales, municipales y privados.

Existía una evidente desproporción en los fondos asignados a los Dispensarios con relación a los montos percibidos por el Hospital. Este tenía costos que superaban los fondos asignados por su régimen legal y por lo tanto necesidad de obtener recursos complementarios, no pudiendo sin embargo elaborar una planificación centralizada que contemplara los recursos disponibles para una posible red de servicios que incluyera también a sus Dispensarios.

Estas carencias y desigualdades se originaban en dificultades derivadas de la falta de comunicación y coordinación entre el Hospital y los Dispensarios, generándose así tensión entre los directivos de los dos niveles jerárquicos que el régimen legal definía como autónomos.

Ante esta situación, a mediados de la década de 1980, se generó un intento del Diputado Provincial Bartomioli y la CGT, de unificar los sistemas bajo el Régimen Legal S.A.M.Co (Servicio para la Atención Médica de la Comunidad), que resultó sin embargo frustrado por no encontrar suficiente consenso político entre los otros actores comprometidos en el gobierno del Hospital y la Municipalidad.

Como consecuencia continúa el proceso de **crisis financiera**, así como el **conflicto entre el Hospital y los Dispensarios**, que al fin de los años ochenta se traduce en dos posturas antagónicas respecto al futuro del sistema de salud local:

1. La postura conservadora, representada por el Obispado de Rafaela, proponía preservar la organización existente hasta el momento, que el hospital continuara respondiendo a la esfera provincial y los dispensarios trabajaran bajo el régimen legal S.A.M.Co. Propuesta que se asentaba no sólo en la atención a ventajas económicas, sino en cuestiones de relevancia política.
2. Contrapuesta a esta idea, la postura descentralizadora se expresa a través del representante provincial del Ministerio de Salud (Jefe

de Zona 1 Dr. Eric Pairone) que plantea la necesidad de definir una forma integradora en lo legal, imponiendo mecanismos de gobierno y financiación unificados de manera de conformar un solo Sistema de Salud, que articule las unidades existentes y al mismo tiempo brinde la posibilidad de obtener fuentes de financiamiento alternativas. Esta será la **alternativa finalmente privilegiada** por las autoridades provinciales, que establecen directivas políticas para unificar el sistema con el objetivo de:

- Devolver a la comunidad la capacidad de participar, manejar y gestionar la Institución.
- Ordenar y racionalizar la repartición de fondos a fin de asegurar la distribución de los mismos (principalmente los aportes municipales) para corregir el desfase existente entre los montos girados a los Dispensarios respecto a las partidas recibidas por el Hospital.
- Legitimar el cobro de atención hospitalaria a los pacientes con capacidad de pago y de la Seguridad Social, a través del marco legal de la ley S.A.M.Co<sup>63</sup>.

Así Hospital y Dispensarios quedaron bajo el régimen de la Ley S.A.M.Co<sup>64</sup>. La **unificación del sistema** permitió cambios en lo político-financiero:

a) El Hospital comenzó a desarrollar sus actividades ya no bajo el Régimen Público sino respetando un Régimen Participativo. La modificación del mecanismo de gobierno, **legitimó la participación comprometida** en una amplia discusión a nivel local con la intervención activa de las asociaciones intermedias, las delegaciones barriales y representantes de asociaciones profesionales, recuperando la periodicidad, formalidad y el trabajo activo delegado a la nueva Comisión S.A.M.Co. El interés que perseguían estas reuniones se fundaba en la búsqueda de autonomía local, la necesidad de

---

<sup>63</sup> Expediente de la conformación S.A.M.Co. Rafaela Resolución Ministerial 00501-0144515-V

<sup>64</sup> Expediente de la conformación S.A.M.Co. Rafaela Resolución Ministerial 00501-0144515-V

despertar preocupación por el manejo de las instituciones de salud y la conveniencia del intercambio de opiniones en lo relacionado a la prestación de servicios.

b) El ejercicio real del Régimen Participativo, permitió un **recorte de poder a la Iglesia** que anteriormente lideraba la gestión administrativa-financiera de los Dispensarios.

c) En lo financiero, los cambios permitieron la **unificación de los fondos** (fondos provinciales y municipales, Obras Sociales y fondos privados) y la legalización del cobro a la Seguridad Social.

Como consecuencia, en la ciudad de Rafaela, durante dos décadas, desde 1969 hasta 1990, coexistieron Servicios Públicos de Atención Médica, con regímenes legales, mecanismos de gobierno y financiación diferentes. El Hospital provincial con un mecanismo de gobierno que corresponde al Régimen Público y cuya financiación depende de fondos provinciales, mientras los Dispensarios tienen mecanismos de gobierno Participativo y financiación a través de fondos provinciales, municipales y bonos contribución.

**Cuadro Nº 22: Evolución histórica del Régimen Legal, Mecanismos de Gobierno y Financiación del Hospital de Rafaela.**

	<b>Régimen Legal</b>	<b>Mecanismo de Gobierno</b>	<b>Financiación</b>
Año 1905 / 1939	Hospital de Caridad		Beneficencia
Año 1939 / 1979	Hospital Nacional	Régimen Público.	Fondo Nacional
Año 1979 / 1990	Hospital Provincial	Régimen Público	Fondo Provincial
Año 1990	Hospital S.A.M.C.O	Régimen Participativo	F. provinciales, municipales, O. Sociales, Privados

Fuente: Elaboración propia

En la red de interrelaciones de los diferentes actores sociales involucrados en el tema, es necesario señalar la ausencia de debate en el interior del Gremio Médico, que no participa activamente de la reforma.<sup>65</sup>

Para el **subsector privado**, la puesta en vigencia de un nuevo nomenclador, a partir de 1977, con apoyo de los prestadores, perfecciona la desagregación de la atención médica en prestaciones sumables, que “desvaloriza” en términos relativos el trabajo intelectual / enfoque clínico y privilegia la tecnología de diagnóstico y tratamiento. Concurrentemente, la política cambiaria favorece la importación de tecnología electrónica de diagnóstico y la instalación de servicios de terapia intensiva, neonatológica, etc., mientras se deteriora rápidamente la remuneración del trabajo médico manual, **trasladando así la puja distributiva al sistema prestador.**

Como corolario, en **Rafaela la capacidad privada instalada se incrementa**, no así en el ámbito público que pierde aceleradamente el monopolio de los recursos de complejidad, se desfinancia en forma paulatina por el achicamiento del presupuesto estatal de salud que impide aprovechar las condiciones favorables de la paridad cambiaria para adquirir tecnología extranjera de alta complejidad, quedando de esta forma en total desventaja con respecto a los prestadores particulares.

El **auge de las prestaciones** asistenciales realizadas por médicos particulares y por clínicas y sanatorios a los afiliados de las obras sociales y al PAMI, provocó una **acumulación de fondos** que dan como resultado el ingreso al mercado de la salud local de nuevos sanatorios privados o la renovación total de la infraestructura de aquellos que ya estaban afianzados.

Tal el caso de la Clínica de Niños, sociedad entre tres médicos pediatras, que se crea el 28 de noviembre de 1982, como centro especializado en neonatología y pediatría, con una capacidad de 10 habitaciones privadas, 2 habitaciones compartidas, 9 unidades neonatales y 4 unidades de terapia

---

<sup>65</sup> No manifestó interés en el tema, lo que puede corroborarse mediante los resultados de una encuesta realizada en agosto de 1990, según consta en acta de Asamblea Consejo Administrativo S.A.M.Co., en oportunidad de tratarse el tema AMDC (Asociación Médica Departamento



infantil.

En junio de 1981, Clínica Parra inaugura su nuevo edificio, de cuatro plantas, en el centro de la ciudad. Cuenta con 70 camas.

En 1985, Policlínico Rafaela se traslada a su nuevo edificio, contiguo al anterior donde funcionó desde 1916. Las seis plantas de la estructura totalizan cerca de 4000 m<sup>2</sup> y una capacidad de 40 camas. Ese mismo año en la planta baja, adecuada a tal fin, se inaugura el Centro de emergencias médicas (CEM) único en la ciudad.

Entre 1985 y 1986 hacen su aparición en el mercado dos empresas de Urgencias Médicas, en su formación societaria se puede observar la réplica del conflicto PAMI que mantienen los médicos integrantes de “Cooperación Médica” con el resto.

La **recuperación del convenio PAMI** por el gremio médico permitió **disminuir tensiones y conflictos** y posibilitó la realización de alianzas entre los dueños de sanatorios y clínicas, que aún no conformaban una institución gremial específica.

La prueba de esta armonía, es el acuerdo que firman cuatro clínicas con la finalidad de crear un centro de emergencias médicas, evitando de esta forma el monopolio que ostentaba el Policlínico Rafaela (socio de Cooperación Médica, anterior prestador PAMI). Si bien los fundamentos que figuran en el libro de actas no lo mencionan, uno de los principales objetivos que se perseguía era facilitar las derivaciones hacia sus clínicas, que de otra forma hubieran sido direccionadas a Policlínico.

---

Castellanos), en la que el Gremio Médico revela que el 65 % de los médicos desconocen qué es un S.A.M.Co Acta N°3- Consejo Administrativo S.A.M.Co.- Rafaela, 20 de Agosto de 1990

## VI - 1991- 2001: LA DESREGULACIÓN – EL ESTADO DESERTOR

A fines de los años '80, “*el gobierno de Menem legitimado en la crisis de la hiperinflación y en la entrega anticipada del poder inaugura un mecanismo de **gobernar por decreto** que deslegitima estructuralmente al poder legislativo y debilita las instituciones democráticas del país y pone en marcha dos procesos: **el de transformación del Estado y el de desregulación de la economía**”<sup>66</sup>.*

Como consecuencia de la **reformulación del Estado** respecto de sus fines y de su estructura, deja de cumplir numerosas funciones, guardando para sí un rol de regulación y control, sobre el que mucho se discute todavía hoy.

En ese momento el escenario del sector salud, se caracterizaba por:

✓ las **dificultades financieras y de control de las Obras Sociales**, provocadas por el creciente proceso internacional de tercerización del trabajo y la consiguiente pérdida de peso de los sindicatos y el incremento cada vez mayor del empleo informal y la consecuente pérdida de los aportes obligatorios de los trabajadores (que se ligaban a su condición de *trabajadores formales*).

✓ el **aumento de la participación del subsector privado**, que ante el aparente incremento de bienestar económico y social de los sectores medios de la población, beneficiarios de la convertibilidad y la paridad peso-dólar, permite que, merced al sistema de precios internos y relativos y los valores económicos que se desprenden del mismo, muchos trabajadores, no conformes con el nivel de prestación de su obra social, hagan el esfuerzo de afiliarse a una Empresa de Medicina Prepaga con el fin de mejorar su nivel de atención médica personal y familiar.

✓ **los problemas de financiamiento del subsector público**, En las últimas décadas, el sistema público, que está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes

---

<sup>66</sup> Rovere, Mario. “La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto”. Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur mayo 2004

jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita, sufrió un gran deterioro.

✓ **los costos crecientes de la atención de la salud**, que pueden considerarse como producto de una combinación de factores demográficos, epidemiológicos y tecnológicos cuyo impacto se refleja en una demanda de nuevos productos y procesos, y por ende requieren de mayores recursos financieros.

Los problemas de información y otras fallas que se observan en el mercado de la salud potencian, a su vez, la tendencia estructural al incremento de los costos.

En el período analizado, los gastos en salud se han visto afectados especialmente por la incorporación creciente de nuevas tecnologías — especialmente aquellas relacionadas con la electrónica aplicada a la mecánica tradicional o la biotecnología aplicada a la producción de fármacos— que, si bien pueden mejorar el diagnóstico y la solución de los problemas sanitarios, van delineando un modelo prestador que tiende a la alta complejidad y no es plenamente compatible con las necesidades básicas de los sectores menos favorecidos en la distribución del ingreso (Katz y Miranda, 1994). Las concepciones económicas aperturistas favorecieron esta incorporación de tecnología y, por ende, la adopción de modelos asistenciales de mayor sofisticación que derivaron, a su vez, en costos crecientes. (Bisang, 2005).

Con una serie de mecanismos legales e instrumentales el gobierno trata de revertir dichas situaciones. A continuación se enuncian los más significativos.

El **subsistema de seguridad social** sufre el embate de un programa de reconversión centrado especialmente en la estrategia competitiva, con la intencionalidad, entre otras, de imbuirlo de eficiencia. Por ello muchas obras sociales se van desprendiendo de sus responsabilidades de operadores del sistema de salud y realizan contratos de capitación con unidades transitorias de empresas ((UTE) o agrupaciones de colaboración empresaria (ACE) o

gerenciadoras de servicios de salud, transfiriendo el riesgo empresarial a cambio de una porción de los ingresos.

La desregulación de las Obras Sociales que se inició en los 90 es solamente la pieza de un engranaje más amplio de reformas que intenta redefinir los espacios del **sector público** en salud, aumentar la **eficiencia en el mercado de obras sociales**, y en ese intento, **regular el mercado de seguros de salud privados** basados en sistemas de pre-pagos.

En 1991, mediante los Decretos 2284/91 y 2741/91, los aportes para las Obras Sociales dejan de ir al INOS y pasan a ser dirigidos hacia la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Esta última se encarga de organizar las transferencias de recursos hacia las distintas obras sociales.

En 1993, esos recursos son canalizados hacia la Dirección General Impositiva (DGI), luego transformada en Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). De esta forma se genera una base económica e institucional para el proceso de **desregulación de obras sociales** centrada en la **separación de funciones de regulación, financiamiento y provisión** de servicios. Esto comienza efectivamente con el Decreto 9 de 1993, el cual pasa a tener básicamente los siguientes dispositivos:

1. Los beneficiarios del sistema de OS en cualquiera de sus modalidades podrán elegir la Obra Social de su preferencia, menos las de Personal de Dirección.

2. Son eliminadas las restricciones que limitan la libertad de contratación así como las que regulan las listas de precios de servicios.

3. Se crea una diferenciación entre empresas o entidades de prestación de servicios y asociaciones profesionales, impidiendo que las OS contraten a estas últimas como prestadoras de servicios de cualquier naturaleza.

4. Es ratificada la recuperación de costos de los hospitales públicos, obligando a las obras sociales a rembolsar cualquier uso que se realice de los primeros.

5. Obliga a las obras sociales a contratar solamente prestadores de servicios debidamente acreditados por mecanismos vigentes en el mercado, tendiendo a mejorar la calidad de las prestaciones.

6. Se permite la fusión y la unión de obras sociales.

7. Se prohíbe la gestión y cobro centralizado de contratos.

8. Se establece un Paquete Básico Mínimo Obligatorio de Servicios (PMO), definido y regulado por el Ministerio de Salud, el cual deberá ser garantizado a los afiliados de las obras sociales.

9. El INOS se transforma en Administración Nacional de Seguro Social (ANSSAL), asumiendo la responsabilidad de compensar las diferencias eventuales entre los aportes recibidos y las necesidades de cobertura de las prestaciones incluidas en el PMO a los afiliados.

En Diciembre de 1996, mediante el decreto 1615, el ANSSAL es convertido en Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), anticipando que las funciones de regulación del sector podrían ampliarse, incorporando los seguros privados correspondientes. Entre las nuevas funciones de la SSS pasan a figurar la fiscalización y cumplimiento del PMO, la supervisión del proceso de recuperación de costos de hospitales de autogestión y el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad.

La normativa trata de desregular el sistema de obras sociales mediante la herramienta de la libre elección, obligándolas de esa manera a competir por lograr la captación de afiliados. Aquellas que no brinden servicios adecuados, se decía, quedarán con menor cantidad de afiliados y condenadas al colapso económico, ya que su ecuación económico-financiera no será sostenible, ni rentable.

Este fenómeno provoca una activa interrelación entre obras sociales y prepagas, pues las últimas proporcionan gerenciamiento, infraestructura, logística y organización a las primeras, que tienen para ofrecer una interesante cuota de afiliados ya captados o a captar en el proceso de desregulación.

Esto permite que las Empresas de Medicina Prepaga tengan afiliados **directos** (quienes por su propia cuenta han contratado con las mismas,

abonando precios diferenciales que les darán un acceso -al menos teórico- a servicios también diferenciales) e **indirectos** (aquellos que acceden a la cartilla de prestaciones de las empresas prepagas vía su condición de afiliados a una obra social). Estos últimos, reciben prestaciones adecuadas al valor de su aporte, conforme los parámetros establecidos por la ley, pero por parte de una Empresa de Medicina Prepaga a la que de ningún modo podrían acceder quizás en forma privada y directa, teniendo en cuenta sus ingresos corrientes mensuales.

El proceso de libre elección de las obras sociales es reglamentado por el Decreto 1141 de 1996 y su aplicación se inicia en 1997, con una única restricción: las personas sólo podrán cambiar de Obra Social una vez por año (Decreto 84 de 1997).

El **sector privado**, de esta forma va ocupando espacios que dejan los restantes subsectores y, atravesando fuertes cambios con la incorporación del capital financiero. Organiza su provisión con el objetivo de conseguir una gran rentabilidad en un sector en donde encuentra grandes posibilidades de ganar eficiencia. En función de ello se han producido importantes mutaciones en las formas de contratación y la introducción en el mercado de la salud de nuevos grupos económicos, locales y extranjeros, con intereses que superan en mucho las fronteras del sector.

La reforma constitucional de 1994 receptó la normativa proveniente de numerosos tratados internacionales y no sólo fortificó el sentido y contenido del derecho a la salud sino que hizo aún más imperante la instrumentación de políticas gubernamentales que efectivizaran ese derecho. Así se instala fuertemente la idea de reforzar la raigambre constitucional del derecho a la salud afianzando su contenido, expandiéndolo y garantizando un piso mínimo de prestaciones.

Es así que, por resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, se establece el Programa Médico Obligatorio (PMO) por el que todas las obras sociales deben asegurar a sus beneficiarios que mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, se garanticen las prestaciones de

prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico que allí se indican, no pudiendo establecerse períodos de carencia, ni coseguros o copagos, fuera de lo que expresamente indique el PMO. El mismo se hace **extensivo a los servicios de las prepagas**, a través de la ley 24.754/96.

También se destacan las prescripciones de la ley 24.455/95 que estableció (para las obras sociales primero y las prepagas después, a través de la ley 24.754/96) la cobertura de tratamientos médicos psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como para los que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

Estos derechos, justo es reconocerlo, no se convirtieron en letra muerta por la lucha y labor jurisprudencial que se va suscitando a través de numerosos pronunciamientos que se realizan a través del fortalecimiento de la vía procesal del amparo y las vías innovativas cautelares entre otras.

En lo que respecta al **sector público**<sup>67</sup> la reforma se instituyó sobre tres pilares:

1) la **descentralización de los servicios públicos** de salud: que comienza a inicios de los años '90 con la transferencia de los hospitales y otros servicios de salud nacionales a las provincias.

2) el **modelo de autogestión en los hospitales públicos**: se desarrolló inicialmente en la Provincia de Buenos Aires y en Mendoza, siendo posteriormente extendido a todo el país, a partir de la promulgación del Decreto 578 del año 1993. Se preveía como instrumento para mejorar las facturaciones y la gestión. Pretende obtener financiamiento complementario mediante el cobro a las obras sociales y empresas de medicina prepaga de los servicios prestados a afiliados que se atienden en el hospital público. Este cambio impacta sobre el sistema de obras sociales, pues se compromete al Fondo de Redistribución del sistema para el pago automático de las prestaciones que los hospitales

---

<sup>67</sup> Médici, André . La desregulación de las Obras Sociales Un episodio más de la reforma de salud en Argentina.... ¿Qué vendrá luego? **Banco Interamericano de Desarrollo** Washington, D. C. **Departamento de Desarrollo Sostenible**

inscritos en el nuevo régimen de autogestión brinden a personas con cobertura de seguridad social. En 1998 ya se habían incorporado al nuevo régimen 1.082 hospitales públicos, es decir el 82% de la mayoría de las jurisdicciones (OPS, 1998).

Uno de los objetivos centrales de este nuevo modelo está dirigido a terminar con el subsidio encubierto que el subsector público pagaba al sector de la seguridad social, además habilita al hospital para competir por nuevas fuentes de financiamiento. No obstante, hasta el momento los montos de facturación en virtud del nuevo régimen no son muy significativos en relación con el nivel total del gasto público en salud.

Debe considerarse que la posibilidad de realización efectiva de los objetivos del hospital de autogestión depende de la capacidad de implementar un empadronamiento único de los trabajadores formales y del registro de la población carenciada. Se han logrado avances con respecto al primer aspecto, aunque han surgido dificultades para trasladar los datos provenientes del sistema de identificación laboral (CUIL) a una tarjeta única de acreditación del beneficiario, que establezca la respectiva obra social que le brinda cobertura. (Arce, 1997)

3) **El fortalecimiento de la atención primaria de la salud:** está basado en estrategias de promoción y prevención de la salud, atención materno infantil, medicina familiar y vigilancia epidemiológica. Se inicia en 1994 con el Programa de Atención Materno Infantil (PROMIN) a través del cual se fortalecen los establecimientos provinciales que ofrecen cuidados a las madres y niños, buscando reducir la mortalidad.

A diferencia de las reformas de los años '80, que tuvieron el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, las **reformas de salud** de los años '90 contaron con el **apoyo de organismos multilaterales de crédito** (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo) como actores formadores de política. Legitimados por su rol en el financiamiento de las políticas sociales y sanitarias se constituyen progresivamente en actores de las políticas domésticas.



El Banco Mundial financió parte de las investigaciones para la aplicación del Programa de Hospitales de Autogestión (PRESSAL), del Programa de Atención Materno Infantil (PROMIN), del Programa de Reforma de Obras Sociales (PROS) y del Programa de Vigilancia Sanitaria y Epidemiológica (VIGIA).

El Banco Interamericano de Desarrollo, apoyó la preparación del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS), el cual fue reformulado a partir del 2002 en función de las necesidades impuestas por el programa de emergencia social.

Las características más sobresalientes, al analizar el **caso de la ciudad de Rafaela**, coinciden con las descritas en esta década y se narran a continuación.

En los años 90, como ya se adelantó, cambia el sentido de la intervención. Para el **subsector público**, el eje de las políticas ya no pasa por la integración del hospital en la comunidad local, por el contrario la propuesta radica en introducirlo en un ambiente competitivo que estimule innovaciones en gestión y búsqueda de fuentes de financiamiento alternativas, no basadas ya en aportes provenientes de las organizaciones comunitarias comprometidas con el carácter gratuito de la atención brindada, sino en relaciones con la población /cliente que permitan en el mediano plazo la introducción de mecanismos de subsidio a la demanda.

El Hospital de Comunidad, aquel nacido al amparo de las damas de beneficencia, se transforma parcialmente cuando debe integrarse a las nuevas modalidades de organización sobre las que se propone la emergencia del Hospital de Autogestión.

Como señala Belmartino, "A lo largo de los años 90 se producen tres fenómenos simultáneos relacionados con la descentralización hospitalaria:

- a) La transferencia de los últimos hospitales nacionales a provincias configurando una descentralización de alcance meramente administrativo.
- b) La reconfiguración de sistemas provinciales de Salud, con experiencias de centralización a nivel provincial y de descentralización hacia los municipios.

- c) La puesta en marcha de cierta descentralización microeconómica a nivel de los Hospitales bajo la figura de Hospitales de Autogestión”<sup>68</sup>

Esta síntesis expresa en sus ítems b y c lo sucedido en la Provincia de Santa Fe, donde el 6 de octubre de 1995, desde el Ministerio de Salud Pública y Acción Social se decide la inscripción del Hospital S.A.M.Co. Dr. Jaime Ferré en el Registro Público de Hospitales de Autogestión. La disposición no tendrá efectos transformadores de sus mecanismos de gobierno, rigiendo tan sólo con relación a la posibilidad de recurrir a la ANSSAL, en caso de incumplimiento de los pagos por parte de las obras sociales.<sup>69</sup>

Del análisis de la agenda de debate del Consejo de Administración del SAMCO Jaime Ferré se identifican los principales temas discutidos durante el período transcurrido desde su organización hasta fines de 2000, que fueron:

a) La necesidad de una **reforma arquitectónica**: Una estructura debilitada, sin mantenimiento, por más de cincuenta años, la torna necesaria. El Consejo firma un convenio con arquitectos locales para la refuncionalización del Hospital.<sup>70</sup> Son convocados los distintos sectores para participar del programa de Reforma, opinando y estableciendo prioridades.

b) La necesidad de normatizar la **incorporación de recurso humano**<sup>71</sup> a la administración pública, ya que el ingreso discrecional, vigente hasta 1990, estaba fundada en razones político partidarias. La inquietud de la Comisión se basa en que la única forma válida de ingreso a la administración pública debía ser el concurso. Ante esto, y no respetándose la legislación provincial sobre concursos, se llega a un consenso, del que participan las respectivas entidades gremiales, para que éstas convoquen y evalúen a los aspirantes al ingreso, conforme las disposiciones legales vigentes, e informen del resultado al S.A.M.Co. La Dirección del Hospital eleva las propuestas al Ministerio, a través

---

<sup>68</sup> Belmartino Susana- Nuevas reglas de Juego para la atención Médica en Argentina- Lugar editorial- 2000

<sup>69</sup> Resolución 033- Ministerio de Salud y Acción Social- Buenos Aires, 6 de octubre 1995.

<sup>70</sup> Acta N° 9, Libro 1- 7 de Octubre de 1990. Consejo Administrativo S.A.M.Co.

<sup>71</sup> Acta N° 74, Pág. 14- 24 de setiembre de 1993- Consejo Administrativo S.A.M.C.o.

del Jefe de Zona de Salud.<sup>72</sup> Los nombramientos elevados por este mecanismo son ratificados por el Ministerio de Salud. Sobre esta problemática, el Consejo Administrativo obtuvo respuestas positivas, que permitieron ordenar el ingreso a la institución de nuevo personal.

**c)** Por otro lado, el debilitamiento de la situación financiera de la institución influenciado por la situación económica social, originó la inquietud por encontrar **fuentes alternativas de financiación**, cuestión contemplada por el Régimen legal S.A.M.Co. Se proponen diversas alternativas que intentaron buscar en distintos ámbitos nuevos fondos para el funcionamiento del hospital. Se aplicó el arancelamiento hospitalario y bonos contribución a los pacientes, además de la facturación y el cobro a las obras sociales. En el ámbito privado se firmaron contratos con empresas y convenios con organismos públicos, así como también se solicitó una mayor participación del Municipio, a través de los montos girados provenientes de la Tasa General de Inmuebles.

Con respecto al **sector privado**, la descripción de los recursos humanos, físicos y materiales con que cuenta Rafaela y la trama de relaciones suscitadas en el período 1990-2000 fueron detallados anteriormente al analizar el sector salud de la ciudad.

---

<sup>72</sup> Acta N° 9, Libro 1- 7 de Octubre de 1990. Consejo Administrativo S.A.M.Co.

## 8- CONCLUSIONES

La **salud** es un **bien de carácter social** y a semejanza de la educación, contribuye notablemente al desarrollo del capital humano y es un factor clave para el avance sostenido de las sociedades.

Dada la compleja e intangible naturaleza de la salud, la conducta por parte de los oferentes y de los demandantes es muy distinta a las que se describen para otros bienes y servicios en el análisis de los mercados de competencia pura, configurando un mercado altamente imperfecto, idiosincrático y con un componente relacional complejo y cambiante entre los roles e intereses que asumen los actores del “**mercado de salud**”.

Estas características generan la necesidad que el **Estado** ejerza una función activa en la prestación, financiación y en la regulación de los servicios de salud para lograr que la oferta de servicios sanitarios sea amplia, integral, universal y gratuita.

A través del tiempo, el **rol del Estado en la República Argentina**, fue cambiando en relación a las políticas de salud y fue **configurando la morfología y el comportamiento de la oferta de servicios médicos**. En el período analizado 1881- 2000, se pueden advertir **cinco** etapas:

**PRIMERA ETAPA:** En una **originaria** y extensa fase del desarrollo del sector salud, **hasta la primera presidencia de Perón**, la medicina progresa de forma totalmente independiente de las funciones del Estado. Este accionar, bajo un modelo descentralizado anárquico, es la consecuencia de no considerar a la salud un problema público sino privado. El **Estado** asume , una **función higienista** de intervención, evitando la propagación de las externalidades negativas de la enfermedad y en especial de las transmisibles. Esta etapa se caracteriza por la existencia de servicios de diferentes jurisdicciones y naturaleza jurídica, que operan de manera superpuesta y poco organizada sin intervención del Estado como organismo regulador y planificador de los mismos.

Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por establecimientos públicos estatales, públicos caritativos (sociedades de beneficencia) y se configuró de esta forma lo que algunos autores denominan

“ciudadanía invertida” porque la asistencia médica de carácter colectivo no constituía un derecho de los ciudadanos sino una dádiva otorgada a los excluidos, los pobres, los no ciudadanos.

Para la población de mayores recursos, que constituían una minoría, les estaba reservada la medicina privada independiente.

**SEGUNDA ETAPA:** En la **década de 1940**, lo ocurrido en el país, además de reflejar rasgos característicos locales debe también interpretarse como parte de un fenómeno mundial de creciente injerencia estatal en la planificación y administración de servicios de salud, coincidente con la segunda posguerra. De esta forma, se considera la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos. Se produce un doble nacimiento en el ámbito de la salud, el del **“Estado responsable garante del derecho a la salud”** y el de las **organizaciones sindicales**, estatales y para-estatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales.

El **Estado** asume un amplio conjunto de funciones en el área de la salud: la **prestación** de servicios de atención, la **regulación** de los recursos, la **fiscalización** y el **control**. Se observa un fuerte momento de concentración y expansión de la atención médica a la población en el marco del gobierno peronista, que le imprimió al sector la mayor capacidad asistencial adquirida.

**TERCER ETAPA:** En los períodos correspondientes a los gobiernos de facto que se suceden **a partir de 1955**, se afianza la concepción del **Estado subsidiario**, en virtud de la cual éste va dejando lugar y promueve el impulso de un nuevo sector, el de **Obras Sociales**, que luego de 1970 al extenderse de manera obligatoria a todos los trabajadores las convertirán en un **actor central del sistema**.

Esta estrategia no derivó en la provisión directa, ni en la participación del sector público, sino que afianzó la tendencia ya existente a la contratación con el sector privado. Esto da lugar a un sistema heterogéneo, sin una efectiva integración y regulación.

En esta etapa se observa un asistemático intento de descentralización de

la gestión de la salud de la Nación hacia las provincias, que se impulsa, se interrumpe o se debilita según los distintos gobiernos de turno. El rol protagónico del Estado va decayendo progresivamente, su capacidad instalada se deteriora y no se produce la reposición, lo que contribuye a su pérdida de liderazgo como proveedor de servicios.

**CUARTA ETAPA:** A partir de los años 70, y durante la década de los 80, la política económica cambiaria y arancelaria incentivó a los prestadores a importar tecnología médica especialmente en las áreas de diagnóstico, terapia intensiva y neonatología. Como consecuencia de la incorporación acrítica y masiva se produce una sobreoferta de tecnología que precipitó la crisis de financiamiento de las obras sociales por el incremento continuo de los costos prestacionales. Todo esto fue generando condiciones propicias para el **desarrollo y la expansión de empresas de medicina prepaga** o planes médicos de clínicas y sanatorios, de adhesión voluntaria, dirigidos en general a los sectores de mayores recursos.

El rol del **Estado** en esta etapa presenta una **dicotomía entre lo discursivo y las acciones emprendidas**. Se pretende la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y sistemas locales, pero lo que opera en la realidad es la descentralización de los hospitales públicos hacia la órbita provincial, inclusive su sostenimiento mediante el arancelamiento y la contratación con obras sociales.

**QUINTA ETAPA:** Los cambios y reformas sanitarias durante la **década de los años noventa**, estuvieron caracterizados, en el marco de la globalización, por la transformación del **papel del Estado**, hacia una **actitud de retiro y deserción** de las funciones que en otras épocas se consideraban inseparables. Esta actitud, que fue influenciada y apañada por la banca multilateral así como por los intereses específicos de distintos grupos dominantes (nacionales y extranjeros), estuvo inmersa dentro de un contexto de profunda crisis económica y social, producto de las políticas de ajuste estructural.

La desregulación de las Obras Sociales fue solamente la pieza de un mecanismo más amplio de reformas que intentó **redefinir** los espacios del **sector público** en salud, aumentar la **eficiencia en el mercado de obras sociales**, y en ese intento, **regular el mercado de seguros de salud privados** basados en sistemas de prepagos.

El método comparado de los sistemas de salud, aplicado en este estudio, posibilitó conocer y examinar al **sistema de salud de la ciudad de Rafaela (Santa Fe)** desde distintas perspectivas, identificando las lógicas preponderantes en cada época, los actores estratégicos en juego, como así también poder confrontarla con los rasgos evolutivos del sistema de salud nacional. Proporcionó, además, argumentos para analizar las posibilidades y potencialidades que tienen los sistemas de salud para funcionar y de esta forma imaginar modos de intervención que permitan mejorar la salud de la población y su calidad de vida.

Como se señaló al inicio de este trabajo, la población de **Rafaela**, en el año 2001, ascendía 82.416 habitantes. Su dinámica y distribución espacial estuvo signada en los comienzos, por corrientes inmigratorias europeas, mayoritariamente de italianos que llegaron a partir de programas privados de colonización agrícola y transmitieron la importancia de un sistema de valores basados en el trabajo, el sacrificio y el ahorro. Posteriormente, y más allá del propio crecimiento vegetativo, recibió los aportes de migraciones internas provenientes de localidades vecinas y provincias linderas, particularmente acentuados en las **décadas de 1960 y 1990**, por la atracción de un entorno **socioeconómico** favorable que distinguía a la ciudad.

La **pirámide poblacional** muestra una estructura de población con ligera tendencia al envejecimiento. La proporción de mayores de 60 años, representan casi el 15 % de la población total, con marcado predominio femenino y la de menores de 15 años el 27.73%.

El envejecimiento de la población determina que la carga de enfermedades no transmisibles aumentará indefectiblemente en el tiempo, por lo

que cabe proyectar una creciente demanda de servicios de salud y de mayores costos.

En el año 2004, el 75 % de la población contaba con **cobertura en salud**, el 72,6 % era atendida por profesionales médicos en consultorios particulares o clínicas privadas. Sólo el 32 % hacía uso de los servicios públicos del hospital y de los consultorios periféricos.

La **tasa de mortalidad general** fue de 8.81 por mil habitantes para el año 1991 y de 8.83 por mil habitantes en el año 2001; los índices muestran que los hombres tienen mayor riesgo de muerte que las mujeres y son comparativamente superiores a la media del país que se ubica en 7,6 por mil.

En cambio la **tasa de mortalidad infantil** -en menores de un año- presenta para el período 1990 -2001 una declinación sostenida, al igual que en el nivel nacional y provincial.

Al discriminar la **mortalidad por causas**, se observa que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, seguidas por el cáncer, las enfermedades respiratorias y las causas externas.

Los tumores en la población rafaolina (17.73 por diez mil habitantes) tienen tasas superiores al promedio nacional (16.34 por diez mil habitantes), en cambio las causas cardiovasculares tienen una tasa bruta similar al promedio del país.

La segunda causa de muerte, **tumores malignos**, está muy relacionada con el envejecimiento de la población, dado que el peso relativo de los tumores se vincula con la mayor esperanza de vida. Si bien en esta causa se ha avanzado poco, los mismos responden más que a los adelantos tecnológicos de la medicina a los cambios en las prácticas que no son tóxicas, como el abandono del hábito de fumar. El tabaquismo representa casi el 32 % de las defunciones dentro de esta causa. Esta situación puede apreciarse para la ciudad de Rafaela en la tasa de mortalidad general por tumor maligno, que ha descendido muy poco, en cambio la tasa de mortalidad específica por tumor de pulmón se redujo a la mitad en los últimos 15 años.



La **tasa de mortalidad por causas externas** (accidentes de tránsito, suicidios, causas violentas y otros accidentes), en Rafaela, sufrió un incremento del 63.66 % al pasar de 2.78 casos por 10.000 habitantes en el año 1991 a 4.55 por 10.000 habitantes en el año 2004. En esta causa, la tasa se asemeja a la tendencia del promedio nacional.

En el período 1990 -2004, en Rafaela, los accidentes de tránsito produjeron 174 muertos, el 44,25 % de los mismos fueron jóvenes entre 15 y 34 años, de los cuales el 76,62 % eran varones. Este último porcentaje coincide con el registrado a nivel país. Para esta causa es ínfimo lo que puede aportar como prevención el sistema de salud, por lo que la problemática requiere una acción intersectorial.

La **atención de la salud** en la ciudad de Rafaela se realiza a través del subsector público, del subsector de seguridad social y del subsector privado. Prestan distintos tipos de servicios, con funciones diferenciadas y múltiples interrelaciones que reproducen muchos de los acontecimientos que se observan en el nivel nacional.

El sistema de servicios **privados**, que se financia mediante el aporte voluntario de los usuarios, incluye la **oferta de profesionales** de la salud independientes y la de **establecimientos de salud con y sin internación**. Atienden a demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las obras sociales mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios.

Esta localidad, cuenta con seis **establecimientos de salud con internación, de propiedad privada**. Sólo dos de ellos están especializados, uno en niños y el otro en psiquiatría. Disponen en su conjunto de 180 camas, 4 unidades de terapia intensiva y 22 camas UTI. Un Servicio de Neonatología con una dotación de 10 incubadoras, autorizado y reconocido por la autoridad sanitaria correspondiente. Dos Unidades de Diálisis con un total de 18 sillones.

Este sector ha remodelado sus instalaciones e incorporado nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento sobre todo cuando el tipo de cambio favoreció la importación. La estrategia tuvo como objetivo capturar porciones

crecientes del mercado a partir de la diferenciación del producto y no de la baja de costos.

El sector privado comprende también entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de **Medicina Prepaga**. Ninguna dispone de efector propio en esta ciudad y cubren un 11.6 % de la población.

El subsector de la **seguridad social**, que se financia sobre la base del trabajo, cubre al 60 % de la población, distribuida en casi 60 entidades de distinta magnitud e importancia. En esta ciudad, no cuentan con efectores propios y contratan con el sector privado los servicios bajo distintas modalidades. Recién en el año 2005 tres obras sociales sindicales (Comercio, UOM y Camioneros) inauguran policonsultorios propios para el 1er. nivel de atención - ambulatorio-.

En el sistema de atención de dependencia **estatal**, que se financia con recursos públicos, el efector es el **Hospital S.A.M.CO “Dr. Jaime Ferré”**. Éste fue modificando, a través del tiempo, su régimen jurídico y desde 1995 convertido en hospital de Autogestión, incorpora como fuente de financiamiento a las obras sociales, además de los habituales fondos provinciales, municipales y privados. Cuenta con 91 camas y una unidad de terapia intensiva con 4 camas. No dispone de Unidad de Diálisis pues éstas han concentrado su propiedad en pocas empresas privadas de grupos de profesionales especialistas.

La capacidad instalada del sector público, considerando como indicador la disposición de camas, es más baja que en el sector privado (66 % del total), aunque con marcada declinación en las últimas décadas en ambos sectores (16 %).

También conforman la oferta de servicios del sector público nueve dispensarios, sin internación, ubicados estratégicamente entre los treinta y tres barrios de la ciudad.

Comparativamente, el equipamiento del sector público no fue equivalente al privado y sólo consistió en una fuerte inversión en el área de arquitectura que permitió realizar remodelaciones y refuncionalizaciones.

Con relación a los **recursos humanos**, la ciudad cuenta al año 2004 con **253 médicos**, lo que significa 3 médicos cada aproximadamente 1032 habitantes, relación semejante al promedio nacional, superando a la media de los países ricos que se ubica en 2.5 y a los pobres que es de 0.1.

El 94 % de los profesionales acredita alguna especialidad por lo que puede advertirse una sobreespecialización y comparativamente una relativa carencia de médicos de familia.

En esta localidad, la mayoría de los profesionales y técnicos de la salud comparten tareas en el subsector público y la seguridad social con actividades en el subsector privado. La dedicación exclusiva a una función es excepcional, salvo en la etapa formativa de la residencia, y aun dentro de ella no siempre, por lo cual incursionan en actividades rentadas dentro del subsector privado en la medida de las oportunidades que se ofrezcan, especialmente en los servicios de guardia. Esto consolida el círculo vicioso del pluriempleo, originado en el deterioro de los honorarios profesionales y los salarios relativamente escasos del sector público.

La ciudad de Rafaela fue nominada, en la década del 90, con el apelativo de “**Isla**” por su comportamiento diferencial en lo económico y social, en el contexto provincial y nacional. Varias razones y de distinta índole son las que explican este proceder:

- Un cuasi-distrito industrial muy diversificado en relación con su tamaño absoluto, que no fue afectado por crisis de tipo sectorial.
- Un tejido de pequeñas y medianas empresas que no sufrió el embate de los capitales extranjeros y se mantuvo casi en su totalidad compuesta por capitales de origen local.
- Un ambiente institucional que compensó en parte las desventajas de localización y tamaño, como así también posibilitó nuevas competencias relacionadas con el mejoramiento de la calidad de los procesos productivos, el fortalecimiento de capacidades gerenciales y la cooperación tecnológica.

- El carácter innovador y arriesgado del empresariado para fabricar no sólo manufacturas tradicionales sino también nuevos productos demandados por los exigentes mercados globalizados.

- La capacitación de los recursos humanos, el bajo nivel de ausentismo y conflicto laboral, que permitió desarrollar cambios tecnológicos e incrementos de la productividad.

Sin embargo, las condiciones demográficas y económicos-sociales que determinaron a Rafaela como “modelo”, **no se reproducen** cuando se comparan variables como la **oferta de servicios de médicos** de la ciudad. Por el contrario, remeda a través del tiempo las mismas características que las que se suscitan en el resto del país, con la única diferencia que las medidas, normativas e intervenciones se difieren un tanto en el tiempo con respecto a las grandes ciudades de Argentina.

**Rafaela** no es una “isla” en materia de servicios de salud. Al **igual que en el resto del país**, cuatro rasgos dominantes fueron conformando la morfología de su oferta de servicios de salud, en el período 1881 – 2000:

### **1. LA SALUD: UN PROBLEMA PRIVADO**

Hasta 1945 coexisten servicios de salud provistos por entidades benéficas, mutualidades y privadas de manera superpuesta y poco organizada, prácticamente sin intervención del Estado como organismo regulador y planificador de los mismos. Su función en esta etapa se limitaba al de “policía médica” evitando la propagación de epidemias.

Para la población de mayores recursos, que constituían una minoría, les estaba reservada la medicina privada independiente y para los “pobres” el hospital de caridad.

El Hospital de la ciudad que nació de “Caridad”, en 1906, cuando la función social de la medicina era vista como una actividad sacerdotal, que identifica la consagración mística al alivio del dolor, continua actualmente con el resabio de su cultura fundacional, con imposibilidad de sustituirla por la idea de actividad profesional científica con utilidad social y la noción de deber y derecho a la Salud.

El mercado de la salud rafaélino no presenta hasta este momento signos de saturación y conserva como rasgo distintivo la libre elección del profesional y el pago por prestaciones.

## **2. LA SALUD: UN DERECHO UNIVERSAL**

Con la transferencia del Hospital de Caridad al ámbito nacional, la ampliación de sus instalaciones, camas y prestaciones, como así también el desarrollo de programas sanitarios específicos se plasma el sentido hegemónico que se pretende dar al sistema en la etapa de gobierno peronista 1945-1955.

En el ámbito privado, tanto la atención médica como la sanatorial muestran señales de rentabilidad que inducen al ingreso de nuevos prestadores al mercado.

El grado de cartelización es bajo y si bien los profesionales se encuentran agremiados es escaso el desarrollo de dichas instituciones y organizaciones. En este contexto, el marco regulatorio es muy sencillo y es muy bajo el nivel de conflictividad.

## **3. LA SALUD: BAJO EL PODER DE LAS ORGANIZACIONES INTERMEDIAS**

A partir de 1970 la expansión del mercado local de la salud, fue explosiva, y se dio tanto desde la perspectiva de la demanda como de la oferta. La rápida expansión de la demanda de servicios médico- sanatoriales tiene su origen en el crecimiento de la población afiliada en forma obligatoria a la seguridad social. Esto impacta fuertemente en el sector privado prestador por la marcada preferencia de las obras sociales sindicales a contratarlos, pues el hospital público de la ciudad estuvo siempre asociado a la atención de los “pobres”.

La oferta de servicios sufre un desarrollo muy importante por el ingreso al mercado de nuevos prestadores, lo que provoca el desplazamiento de las fuerzas competitivas y crea la fantasía que “todo marcha bien y será así indefinidamente”.

En esta etapa, las instituciones que regulan la oferta (gremio médico) y la demanda (sindicatos) se consolidan en la negociación de aranceles, con escaso o nulo grado de normatización y de capacidad reguladora por parte del Estado. Estas condiciones van a desencadenar ineficiencias en la asignación de recursos e inequidades en la distribución de los beneficios, circunstancias que mas adelante se convertirán en fuente de conflictos y pujas distributivas.

#### **4. LA SALUD: OBJETO DE LA PUJA DISTRIBUTIVA**

En la década del 90, en Rafaela los principales actores con protagonismo en el sector, son las gerencadoras, la Asociación Médica, la Asociación de Clínicas y Sanatorios, las obras sociales sindicales, representadas por la CGT local y el hospital público.

Como consecuencia de la disminución del ritmo expansivo de la demanda de servicios de salud, la lucha por la distribución del ingreso aumenta significativamente entre ellos y la salud es recurrentemente objeto de negociación política, dando como resultado muchas veces acciones ajenas a las verdaderas necesidades de la población y a su cambiante cuadro etéreo y de morbilidad.

El agotamiento del crecimiento de la demanda y la incorporación de tecnología médica y de prestadores médico- sanatoriales le confieren al mercado local un grado de saturación que atenta contra el retorno esperado de la inversión del sector privado.

Ante esta situación, los prestadores se ven obligados a acentuar la necesidad de mejorar la eficiencia operativa introduciendo cambios tecnológicos, organizacionales y de gestión.

Esta puja no sólo se entabla entre los **grupos prestadores**, sino también en el interior de cada uno de ellos, produciendo sucesivos cuadros de ruptura y fragmentación institucional.

Las **obras sociales** y en especial el **PAMI**, incorporan como medida defensiva de sus finanzas una modalidad de contratación, con grupos gerencidores, mediante convenios capitados con los que pretenden trasladar el riesgo, acotar los costos prestacionales y evitar ineficiencias por vía de la

sobrefacturación, en el marco de una reforma del sistema de salud en su conjunto, que incluía la reconversión de las obras sociales y su desregulación.

Las **gerenciadoras**, surgieron en la ciudad en la década del 80 a la sombra del contrato del PAMI y aún perduran, con las fluctuaciones de poder derivadas de los contratos que administran. Se los visualiza en el contexto local como grupos oportunistas, que manejan los contratos, no agregan valor y que en los distintos momentos han sabido adaptarse a los requerimientos del mercado, pero en beneficio propio. Un aspecto singular que las distingue tiene que ver con que los socios que las integran, a través del tiempo son siempre los mismos o sus herederos. En la época de mayor apogeo, acumularon fortunas personales en detrimento del estado de salud de la población rafaelina y en perjuicio del honorario médico, pues la gestión estuvo siempre encaminada a minimizar las prestaciones, no pagar a los prestadores y ajustar a los efectores responsables de brindar la cobertura.

La **gremial médica**, acosada por las gerenciadoras locales y por el monopolio de camas que mantiene la asociación de clínicas y sanatorios, desarrolla unidades de negocios para competir en un plano de igualdad.

Como empresa de prepago líder en la región, cambia su tradicional rol de prestador de servicios por el de comprador y como tal pretende racionalizar la asignación de recursos y maximizar sus ingresos, introduciendo en el mercado una fuerza competitiva impensable para otra época, como así también modificaciones al interior de la institución, por el doble juego que le toca desempeñar ante sus socios médicos.

El **subsector público**, que tuvo un rol secundario en el escenario de salud local, se ve afectado por los cambios jurídicos del Hospital de Rafaela, que es incorporado como Hospital de Autogestión con la finalidad de lograr una fuente alternativa de recursos mediante el cobro de las prestaciones a las obras sociales. Sin embargo, el porcentaje de la contribución provincial a su presupuesto no se modificó y se mantuvo, con pequeñas variaciones, entre un 70 y un 80% del gasto total.

Lo que sí cambió fue la relación con la población, a través de la

implementación de distintos mecanismos de discriminación. La población sin cobertura social y con mayor riesgo no tiene garantizados los servicios de atención médica, el acceso en consecuencia es desigual y diferencial respecto de la población con cobertura social, privilegiándose esta última y rechazándose o derivando a centros de mayor complejidad las prestaciones a efectuar a los cadenciados.

En Rafaela puede observarse que la **medicina estatal** ha dejado el campo libre a la **medicina comercial**, en un escenario de mercados altamente imperfectos, con una pronunciada conflictividad y una creciente incapacidad del sector público para regular y tornar más equitativo y eficiente el sistema.



## 9- RECOMENDACIONES

Las deficiencias del sector salud de la ciudad de Rafaela, descriptas más arriba, obligan a un replanteo estratégico y al desafío para que la salud integre la agenda del gobierno local, en pos de definir políticas e instrumentos que permitan enfrentar los problemas de exclusión social e inequidad y avanzar hacia la universalización de las coberturas con una fuerte apuesta a la atención primaria.

En lo que respecta al subsector privado, el desafío estará en el desarrollo de mecanismos para mejorar la eficiencia y la contención de costos dado que, el envejecimiento previsto de la población rafaelinea determina que la carga de enfermedades no transmisibles aumentará indefectiblemente en el tiempo, por lo que cabe proyectar una creciente demanda de servicios de salud de mayor costo.

Sería ilusorio de mi parte proponer a modo de RECOMENDACIÓN para la solución de la problemática de salud de la ciudad la integración armónica de los distintos sectores, una óptima COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL y una mayor composición OPERATIVA pues el sector local está como “conjurado” en su historia, en sus valores culturales y en sus instituciones por :

***El predominio de un sistema segmentado, con segmentación institucional y organizacional, ausencia de complementariedad de servicios y de continuidad de cuidados, imposibilidad de atención integral, regresividad e insuficiencia del financiamiento, con predominio de pago de bolsillo.***

## 10- BIBLIOGRAFÍA

- Arrow, K.enneth J. *“La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas”* en Información comercial española. Madrid, N° 574. 1981
- Arrow, K.enneth J. *“Uncertainty and the welfare economics of medical care”*. American Economic Review. Vol. 53 pp. 941-73, 1963.
- Belmartino Susana y Carlos Bloch. *“El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985”*. Organización Panamericana de la Salud. Nro. 40. 1994.
- Belmartino, Susana. *“Políticas de salud en la Argentina: perspectiva histórica”* En cuadernos Médicos Sociales N° 55. 1991.
- Belmartino, Susana; Bloch, Carlos; Carnino, María Isabel; Persello, Ana Virginia. *“Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960”*. Publicación N° 27 Organización Panamericana de la salud. Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la Organización Mundial de la Salud. Representación de Argentina, 1991
- Belmartino, Susana; Bloch, Carlos; Carnino, María Isabel; Persello, Ana Virginia. *“Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945”*. Publicación N° 7 Organización Panamericana de la salud. Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la Organización Mundial de la Salud. Representación de Argentina, 1991
- Cetrángolo, Oscar y Devoto, Florencia. *“Reformas en la política de salud Argentina durante los años noventa con especial referencia a la equidad”*. Buenos Aires. Centro de estudios para el cambio estructural (CECE) Serie de estudios N° 27. 1998
- Fisher Stanley y Rudiger Dormbush. *“Economía”*. México. MGrav Hill. 1990
- Giaveno, Elena, Scarcella, Stella. *“El Hospital de caridad. Una respuesta a los problemas de la enfermedad y la pobreza. Rafaela 1905-1939”*. Rafaela. Comisión para la Promoción de la Cultura. Año 2005.
- González García, Ginés y Tobar, Federico. *“Salud para los argentinos”*.

- Buenos Aires. Isalud. 2004
- González N. y Tomasini R. *“Introducción al estudio del ingreso nacional”*. Buenos Aires. EUDEBA. 1989.
  - Katz, Jorge y Miranda R. *“Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación”*. Revista de la CEPAL N° 54. 1994
  - Katz, Jorge y Muñoz Alberto. *“Organización del sector salud: puja distributiva y equidad”*. Bibliotecas Universitarias. CEPAL Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. 1988.
  - Katz, Jorge y otros. *“El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento”*. Argentina. Fondo de Cultura Económica. 1993
  - Lima Quintana, Devoto y Freylejer. *“Particularidades de la determinación de precios en el sector salud argentino”*. VI Jornadas de AES Argentina, 1997.
  - López Casanovas Guillem y Ortún Rubio Vicente. *“Economía y Salud. Fundamentos y Políticas”*. Barcelona. Ediciones Encuentro, 1998.
  - Martín Martín, J. y López del Amo, M.P. *“Incentivos e instituciones sanitarias públicas”*. Documentos técnicos N°5. Junta de Andalucía y EASP, 1994.
  - Minujin A. y Constantino E.- *“Crisis y futuro del estado de Bienestar- Aportes en debate”* en Minujin A. y otros- *Desigualdad y exclusión-* Bs. As. UNICEF Losada 1993.
  - Ortún Rubio, Vicente. *“La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones”*. Escola universitaria de Treball Social. Barcelona, Editorial La Il·lar del Llibre EUGE. 1992.
  - Parkin, Michael. *“Microeconomía”*. México. Pearson Educación. 2001
  - Repetto, Fabián. *“Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino”*. Fundación Gobierno y Sociedad, y Grupo Sophia. 2001
  - Rodríguez A. C y Rivera Pereyra C. A. *“Los indicadores económicos”*. Buenos Aires. Editorial Macchi, 1977.
  - Rovere, Mario. *“La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto”*. Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur. Mayo 2004

- Stiglitz, Joseph. *“Economía del sector público”*. Barcelona. Antoni Bosch, editor. 1988.
- Stiglitz, Joseph. *“Microeconomía”*. Barcelona. Ariel SA. 1998
- Tafani, R. *“Estado y pobreza, estrategias típicas de intervención”*. 2 volúmenes- Centro Editor América Latina. 1989
- Tobar, Federico. *“Breve historia de la prestación del servicio de salud en Argentina”*. Ediciones Isalud. 2001.
- Torres, Rubén. *“Mitos y realidades de las obras sociales”*. Buenos Aires. Isalud. 2004
- Vassallo Carlos y Báscolo Ernesto. *“Una lectura económica institucional sobre el sistema de salud en Argentina”*. Buenos Aires, Cuadernos de Isalud 1999.
- Vassallo Carlos y Báscolo Ernesto. *“Una mirada económica institucional del proceso de cambio del sector salud en Argentina”*. Buenos Aires, Cuadernos de Isalud 1998.
- Williams, A. *“Establecimiento de prioridades en la asistencia sanitaria pública y privada”*. VI Jornada de Economía de la Salud. Valencia. AES España, 1986.
- Williams, A. *“Incentivos, ética y libertad clínica”*. Capítulo 4 de Reforma Sanitaria e incentivos. Jornadas de Economía de la Salud Barcelona 1989 AES Barcelona, 1990.
- Williamson, Oliver. *“Las instituciones económicas del capitalismo”*. México Fondo de Cultura Económica / Economía Contemporánea, 1989.

## 11- GLOSARIO

**ACE:** Asociación de Colaboración Empresaria

**AMDC:** Asociación Médica del Departamento Castellanos

**ANSAL:** Administración Nacional de Seguro Social

**APVP:** Años Productivos de Vida Perdidos

**CA:** Consejo Administrativo

**CGE:** Confederación general Económica

**CGT:** Confederación General del Trabajo

**CIMAP:** Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Pre-paga

**CO.FE.SA:** Consejo Federal de Salud

**EPH:** Encuesta Permanente de hogares

**HPGD:** Hospital Público de Gestión Descentralizada

**IAPOS:** Instituto Autárquico Provincial de Obras sociales

**INDEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

**INSSJP:** Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

**LAA:** Libro de Actas de Asambleas

**OMS:** Organización Mundial de la salud

**OOSS:** Obras sociales

**OPS:** Organización Panamericana de Salud

**OSACAC:** Obra Social Empleados de Comercio y actividades Civiles

**OSPIL:** Obra Social Personal Industria Lechera

**PAMI:** Programa de Asistencia Médica Integral

**PE:** Poder Ejecutivo

**PMO:** Programa Médico Obligatorio

**PROMIN:** Programa de Atención Materno Infantil

**PROS:** Programa de Reforma de Obras Sociales

**SAMCO:** Servicio para la Atención Médica de la Comunidad.

**SNIS:** Sistema Nacional Integrado de Salud

**SSS:** Superintendencia de Servicios de Salud

**UCR:** Unión Cívica Radical

**UOM:** Unión Obrera Metalúrgica

**UTE:** Unión Transitoria de Empresas

**V.a.:** Valor absoluto

**VIGIA:** Programa de vigilancia Sanitaria y Epidemiológica

## 12- LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1	Evolución de la población de Rafaela- Período 1914-2004	16
Cuadro 2	Tasas comparativas de actividad, empleo, desocupación y subocupación entre 28 aglomerados urbanos y Rafaela- Año 2004	18
Cuadro 3	Relación entre nacidos vivos y madres adolescentes. Rafaela. 1990 -2004	25
Cuadro 4	Defunciones por causas de muerte – Rafaela – Período 1990 -2004	26
Cuadro 5	Defunciones por Tumores malignos – Rafaela – Años 1991 -2001- 2004	29
Cuadro 6	Zonas sanitarias y Departamentos – Provincia de Santa Fe	31
Cuadro 7	Totales Zona Sanitaria Nº I	32
Cuadro 8	Totales Zona Sanitaria Nº I – Solo Departamento Castellanos	32
Cuadro 9	Evolución histórica del Régimen Legal, Mecanismos de Gobierno y Financiación del Hospital de Rafaela	33
Cuadro 10	Hospital “Jaime Ferré” - Características	33
Cuadro 11	Cantidad de profesionales sector salud- Año 2004	41
Cuadro 12	Régimen Laboral y Salarial del personal de Enfermería Profesional – Hospital S.A.M.CO. “Dr. Jaime Ferré” - 1991-2000	46
Cuadro 13	Régimen Laboral y Salarial del personal de Auxiliares de Enfermería, Laboratorio, Rayos y otros - Hospital S.A.M.CO. “Dr. Jaime Ferré ” -1991-2000	46
Cuadro 14	Régimen Laboral y Salarial de profesionales médicos- Hospital S.A.M.CO. “Dr. Jaime Ferré” -1991-200	47
Cuadro 15	Capacidad instalada cama por sector. Rafaela	64
Cuadro 16	Equipamiento de Neonatología por sector. Rafaela	64
Cuadro 17	Unidades y sillones de Diálisis por sector. Rafaela	65
Cuadro 18	Ecógrafos y TAC por sector. Rafaela	65
Cuadro 19	Instrumental Terapéutico y Quirúrgico por sector. Rafaela	65
Cuadro 20	Evolución de la Disponibilidad de Camas según tipo de Efecto	73
Cuadro 21	Cantidad de Obras Sociales según su Naturaleza Institucional, Población Beneficiaria y Recaudación en porcentajes sobre total del Sistema. (1972)	83
Cuadro 22	Evolución histórica del Régimen Legal, Mecanismos de Gobierno y Financiación del Hospital de Rafaela	96





## 13- LISTADO DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	<b>Población, según sexo y edad, Ciudad de Rafaela, Año 2001</b>	<b>15</b>
<b>Gráfico 2</b>	<b>Comparación estructura demográfica entre Rafaela y Argentina - Año 2001</b>	<b>15</b>
<b>Gráfico 3</b>	<b>Evolución de la tasa de desocupación</b>	<b>17</b>
<b>Gráfico 4</b>	<b>Defunciones generales por sexo- Rafaela - 1990-2004</b>	<b>22</b>
<b>Gráfico 5</b>	<b>Tasa de Mortalidad infantil por jurisdicción - 1990-2001</b>	<b>23</b>
<b>Gráfico 6</b>	<b>Tasa de mortalidad infantil (Menores de un año)- Rafaela 1990-2004</b>	<b>24</b>
<b>Gráfico 7</b>	<b>Defunciones fetales - rafaela - 1990-2004</b>	<b>24</b>
<b>Gráfico 8</b>	<b>Principales causas de muerte. Rafaela. 1990-2004</b>	<b>26</b>
<b>Gráfico 9</b>	<b>Cuatro principales causas de muerte - Rafaela - 1990-2004</b>	<b>27</b>
<b>Gráfico 10</b>	<b>Defunciones por Causas Externas - Rafaela - 1990-2004</b>	<b>28</b>
<b>Gráfico 11</b>	<b>Proporción entre defunciones por tumores malignos y tumores pulmón / bronquios- Rafaela - 1990-2004</b>	<b>29</b>
<b>Gráfico 12</b>	<b>Defunciones por Tumor Maligno de Pulmón /Bronquios , por sexo -Rafaela - 1990-2004</b>	<b>30</b>
<b>Gráfico 13</b>	<b>Cantidad de médicos, por sexo, Rafaela - Año 2004</b>	<b>42</b>
<b>Gráfico 14</b>	<b>Médicos especialistas versus generalistas -Rafaela - 2004</b>	<b>43</b>
<b>Gráfico 15</b>	<b>Médicos por especialidad - Rafaela - 2004</b>	<b>44</b>
<b>Gráfico 16</b>	<b>Especialistas en Atención Primaria de la Salud - Rafaela - 2004</b>	<b>44</b>

## 11- ANEXOS:

### Anexo: 1

Poder Ejecutivo Municipal

Los siguientes decretos corresponden al compromiso que adquiere el intendente CPN Ricardo Peirone para **culminar las obras de internación** en el SAMCO, en 6 etapas.

Decreto N° 16643	9 de febrero de 1999	\$ 12310
Decreto N° 16883	29 de abril de 1999	\$ 15650
Decreto N° 17198	5 de agosto de 1999	\$ 13980
Decreto N° 17456	17 de noviembre de 1999	\$ 15042
Decreto N° 17826	29 de marzo de 2000	\$ 17781
Decreto N° 17984	24 de marzo de 2000	\$ 31576,59

(Información cedida por: CPN Marcela Bassano- Municipalidad de Rafaela.)

### Anexo: 2

#### S.A.M.Co. Rafaela "Dr. Jaime Ferré"

Resumen general de **inversión en obras de remodelación, refuncionalización y mantenimiento del S.A.M.Co. central y periféricos.**

##### a) Año 1991 a 1996

- **Inversión fondos propios S.A.M.Co.** 20% del ingreso de tasa municipal destinados el 10% para S.A.M.Co. central (5% para mantenimiento y 5% para obra nueva) y 10% para periféricos (5% para mantenimiento y 5% para obra nueva) -----  
\$693.000
- **Inversión del Ministerio:** dos partidas para mantenimiento techos de \$9000 y \$14000.----- \$ 23.000

##### b) Año 1997 a 2000

- **Inversión cooperadora (quirófano)** ----- \$  
30.000

- **Inversión Municipalidad Obra y equipamiento en internación y quirófano** ----- \$615.000

c) **Año 2001**

- **Inversión Municipalidad S.A.M.Co. N°8** -----\$  
54.000

- **Inversión Fondos propios**----- \$ 25.000

- **Inversión Ministerio equipamiento quirófano** ----- \$124.000

**TOTAL INVERSIONES**----- **\$1564.000**

Nota: estos montos son estimativos. (Información cedida por el Arquitecto Jorge García).