

6^{to}

Congreso
Latinoamericano de
CIENCIA POLÍTICA

12, 13 y 14 de junio de 2012
FLACSO Sede Ecuador



FLACSO
ECUADOR

alacip

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA CIENCIA POLÍTICA

TITULO: "¿Con vocación universalista? La construcción de un sistema de salud en Río Negro"

Coautores: Lic Mirian Ruth Maldonado – Dr. José Antonio Gomiz Gomiz
maldonado.mirian1@gmail.com – jagomiz@bblanca.com.ar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COMAHUE

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL ZONA ATLANTICA

PROYECTO DE INVESTIGACION: “Transformaciones del Régimen de Bienestar en Río Negro: desde 1980 hasta la actualidad” Director Dr. José Antonio Gomiz Gomiz

INVESTIGADORES: Mgter Hugo Villca-Mgter Lidiai Peña- Lic. Maldonado Mirian-Lic. Lopez Susana- Lic. Estefania Franchionni.

Trabajo presentado para su presentación en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizada por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP) Quito 12 al 14 de junio 2012”

Palabras claves: salud-política social-estado de bienestar

RESUMEN:

El presente trabajo analiza y describe las políticas de salud desarrolladas en la Provincia de Río Negro, desde 1957 hasta 1980. Como se comportan los actores sociales involucrados en las distintas etapas del régimen político y cual es el rol del Estado en relación a la política de salud; este campo alcanzo un grado de universalidad solo comparable con las políticas educativas.

El modelo providencialista de políticas sociales hegemónicas hasta los '80, estuvo caracterizado por la provisión de un sistema del bienestar históricamente ligado casi exclusivamente al empleo; la condición de ocupado formal proveía de seguridad social al trabajador y a su familia. Supletoriamente la labor del estado nacional en el subsector salud publica- intentando abarcar a la ciudadanía - complementada la universalidad de hecho que el pleno empleo Keynesiano aportaba.

INTRODUCCIÓN:

El sistema de salud queda definido, según la OMS¹ por todas las organizaciones. Instituciones y recursos que están dedicados a la producción de acciones de salud. La acción en salud esta definida como cualquier esfuerzo, ya sea el cuidado privado de la salud personal o de los servicios de salud publica o a través de iniciativas intersectoriales, cuyo propósito es la mejora de la salud.

La República Argentina es un país federal donde, dentro del subsector público, comparten responsabilidades sobre salud el gobierno nacional, los gobiernos provinciales y municipalidades de grandes agregados urbanos, todos los cuales proveen a la población atención médica, *legalmente gratuita*, a través de una vasta capacidad instalada de hospitales y otros servicios.

Siempre existió un debate sobre la idea de lograr un sistema nacional integrado de salud ; a diferencia de otros países como Brasil y Canadá, con estructura sanitaria federal similar a la nuestra, el federalismo argentino parece constituir un obstáculo para articular

¹ OMS. Organización Mundial de la Salud-2001

un sistema nacional, sin que el ordenamiento nacional de acciones opere en contra del necesario fortalecimiento de la capacidad de administración descentralizada de los recursos y programas de salud, por parte de los gobiernos Provinciales.²

Las experiencias que procuraron concentrar la conducción del Sistema nacional, no tuvieron resultados satisfactorios. En la década del 70, el sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Sancionado mediante leyes 20.746 y 20.749, a pesar que preveía un sistema de conducción a través de un Consejo Federal colegiado, no logro un equilibrio entre la Nación y las Provincias. Entre 1970 y 1980, la principal dificultad que existió para mantener equilibrado el espíritu de las leyes provenía de factores de poder a nivel nacional, esto muestra no solo las diferencias entre Nación y Provincias, sino al interior de diferentes estructuras ministeriales del nivel Central.

Los Hospitales, construidos en gran parte con fondos nacionales, fueron transferidos a las provincias, a través de un extenso y sinuoso proceso que duro desde 1957 a 1992 aproximadamente.

El sector salud se reconoce por tres subsistemas³ o modelos de atención de la Organización⁴: *el publico, el privado y de las obras sociales.*

el publico: cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee de salud en forma gratuita a través de la red de hospitales públicos y centros de salud, a toda la población.

Según Hugo Arce⁵ en nuestro país se lo puede clasificar en tres generaciones:

- 1880-1925
- 1925-1955
- 1955 en adelante

Asimismo el autor realiza una tipificación de los modelos de administración descentralizada del Sistema de Salud, que incluyen las décadas 70, 80, y 90, solo que en este trabajo se limitara al periodo 1970-80. La Provincia de Río Negro y Tucumán ,a principios de los 70 y con el regreso de la democracia, adoptaron la decisión de encuadrar la conducción del subsector publico y los establecimientos que la integraban, como entes descentralizados del Estado Provincial, con diversos grados de autarquía - *Modelo de autarquía administrativa del subsector publico.*- En la misma época la Provincia de Neuquén adopta otra modalidad, implementando un Plan Provincial de Salud, amparado en un fuerte respaldo político del Gobernador, quien venia ejerciendo el poder desde 1960, la idea era organizar y ampliar la red de establecimientos públicos , poniendo énfasis en las acciones preventivas -*Modelo de hegemonía del subsector publico-*

el privado: no solo atiende a los afiliados de las obras sociales y otros aseguradores mediante prestadores independientes que cubren todo el país, sino que también brinda sus servicios de salud a la población en general, que los financia con pago directo del bolsillo, y ofrece en el mercado *programas de medicina prepaga* orientado principalmente a los sectores urbanos de mayor nivel de ingresos.

² Arce Hugo. "Consideraciones sobre sistemas de Salud" Buenos Aires 2003

³ idem

³ Lorenzano Cesar "Evolución de las políticas publicas de salud en Río Negro: 1958-1994" Proyecto de Investigación- CURZA-UNCo 1996.

⁵ Arce Hugo "Funciones y responsabilidades del Hospital publico" en Jorge Mera Ediciones -1995.

de las obras sociales: El Sistema de Seguridad Social argentino se caracteriza por presentar dos subsistemas principales de cobertura: El de Obras Sociales, para los trabajadores en actividad y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), para los trabajadores retirados. La afiliación ha sido desde los inicios del Sistema de Seguridad Social compulsiva según rama o sector de actividad, no existiendo la posibilidad de elegir la aseguradora. Por muchos años, las características comunes a todas las OS fueron: la obligatoriedad de pertenencia, la cautividad de la población beneficiaria y el reducido margen de elección de prestadores.

En 1970, la aparición de la ley 18.610, con la intención de normalizarlas, regularlas y fiscalizarlas, a través de su organismo de aplicación, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), permitió su expansión y fuerte presencia en todo el país. Las Obras Sociales Provinciales y las de organismos de Seguridad y fuerzas armadas no quedaron bajo la órbita de INOS. En esta época la estrategia del gobierno militar, ponía su acento en la inserción de los establecimientos públicos como prestadores de Seguridad Social, además se sostenía la idea del pago por prestación en vez de la capita; se avanzó con esta metodología aun en el PAMI, donde tradicionalmente se pago por capitación. El ingreso por prestaciones constituiría fuentes alternativas de financiamientos de los Hospitales, diferentes del presupuesto de cada jurisdicción.

En los años 90 se reemplaza el INOS por la Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSAL), se producen reformas en las obras sociales, pero sin alterar el esquema de organización general

LA SALUD EN LA PROVINCIA DE RIO NEGRO:

El modelo providencialista de políticas sociales hegemónico hasta los 80, para el caso argentino, estuvo caracterizado por la provisión de un sistema del bienestar históricamente ligado casi exclusivamente al empleo; la condición de ocupado formal proveía de seguridad social al trabajador y a su familia. Supletoriamente la labor del estado nacional en el subsector de salud pública y en educación -intentando abarcar a la ciudadanía-complementaba la universalidad de hecho que el pleno empleo keynesiano aportaba⁶.

En términos generales, el paradigma implícito en la acción pública y no sólo en las políticas sociales fue el de la integración. La contrapartida desde la sociedad civil fue que la política social persiguió la protección del trabajador asalariado, respondiendo a las presiones derivadas de la creciente organización sindical. El escenario político se caracterizó por una amplia movilización social vinculada por mecanismos corporativos, a las agencias gubernamentales.

El concepto de política social se particulariza y se expande –entonces- para designar las acciones estatales destinadas a proteger la fuerza de trabajo asalariada. Por un lado surgió el reconocimiento de las organizaciones obreras y, por el otro, se expandió el derecho al voto. Estos hechos, facilitaron el desarrollo de regulaciones laborales tendientes a proteger a los trabajadores y de instituciones de seguridad social⁷.

Esta participación protagónica de las corporaciones en la conformación del Estado de Bienestar es analizada por La Serna como: “...la conformación de una matriz social y económica integrada por un conjunto de actores corporativos –especialmente federaciones sindicales y corporaciones empresarias- que actuó como un espacio de consenso”⁸. Este

⁶ ver La Serna y Gómez Gómez , 2004

⁷ ibídem

⁸ La Serna, 1994:11

espacio corporativo provocó una doble exclusión: la de los actores no incorporados plenamente al modelo, y paralelamente la de las subinstancias regionales del sistema político-administrativo. La primera fue resultado de un sustrato ideológico que privilegió el ascenso social de los incorporados impidiendo una más plena universalización del sistema de políticas sociales. Se dio en este marco preeminencia al trueque de beneficios de tinte cupular, lo cual implicó en la práctica acentuar el carácter meritocrático del sistema de políticas sociales.

La exclusión en el pacto de las provincias más atrasadas volcó a las mismas a formas de clientelismo político –en especial el uso indiscriminado del empleo público- ya que carecían de otras herramientas para intentar legitimaciones de orden bienestarista. La Serna le asigna a esta exclusión “de origen”, incluso consecuencias contemporáneas. En la esfera administrativa estos impactos pueden encontrarse en el insuficiente grado de desarrollo de éstas administraciones y es plausible la hipótesis de que –aún en el presente- un buen número de ellos no ha alcanzado el estadio burocrático, constituyendo en muchos casos organizaciones de prácticas cuasi-patrimonialistas. Un segundo tipo de estados provinciales, aquellos que se generaron al interior de los límites de la pampa húmeda, gozaron de un mayor grado de autonomía con la conformación de aparatos gubernamentales cuya complejidad funcional fue creciendo, a partir de formas de administración que se basaron predominantemente en la búsqueda de un ordenamiento de tipo racional-legal⁹.

A diferencia de las provincias “viejas”, que no habían participado del pacto corporativo que pintó las líneas gruesas del sistema de políticas sociales en Argentina, el grupo de provincias “nuevas” –dadas de alta a finales de los cincuenta- fueron conscientes de que sus necesidades de legitimación dependían de la posibilidad de contar con un sistema propio de políticas sociales. De tal forma sus nóveles Constituciones, preveían la conformación institucional de las mismas. Para el caso rionegrino la constitución de 1957 indicaban la conformación de un Consejo de Salud y un Consejo de Educación¹⁰.

En 1959, siendo gobernador Edgardo Castello se sanciona la Ley N°60 donde se constituye el Consejo Provincial de Salud Pública, ente autárquico dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales. La conformación del Consejo inicia los procesos de regionalización del sistema provincial de salud en lo que hace al subsector público. El Consejo Provincial también lo integraba un representante de la Federación Médica, como representación corporativa de los Colegios Médicos. Estos últimos tenían su representante en cada uno de los cinco Consejos Regionales. También se consideraba la integración de Consejos Vecinales.

En la Provincia de Río Negro en 1970¹¹, el prestador monopólico era el Estado, de cada 100 atenciones que se producían, 80 correspondían al Hospital Público y solo 20 al sector privado. En 1973, con el regreso de la democracia, el gobierno provincial adoptó la decisión de crear el Consejo Provincial de Salud¹², dependiente de la cartera de Asuntos Sociales, como entes descentralizados del Estado Provincial, con diverso grado de autarquía administrativa; Otra provincia que compartió este sistema fue Tucumán, organizando el SIPROSA (Sistema Provincial de Salud).

Esta reestructuración, además de lograr un mayor grado de descentralización del Estado Provincial central, procuraba facilitar la incorporación de fuentes alternativas de financiamiento, a través de facturación de prestaciones a la Seguridad Social, y la

⁹ ver La Serna, 1994

¹⁰ Suárez, 2002

¹¹ Gómez Gómez, José Antonio: “De la política social al régimen de bienestar. La producción de bienestar de la esfera doméstico-familiar en la Provincia de Río Negro”. Viedma, Mayo de 2007. Tesis.

¹² Ley 898, sancionada en noviembre 1973

participación de entidades representativas de los prestadores en la conducción del Sistema. A nivel Nación se estaba implementando el SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud), pero ninguna de las dos provincias lograron integrarse

El Plan¹³ de Salud de la democracia:

Las elecciones Provinciales de 1973, le dieron el triunfo al FREJULI (Frente de Justicia y Liberación), siendo electo gobernador el Sr. Mario Franco, delineado su gabinete, designa al Dr. Alberto Dal BO¹⁴, como máximo responsable del Consejo Provincial de Salud dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales. El Gobierno Popular, implementa un Plan de Salud piloto, respondiendo a los lineamientos internacionales en la materia. Este Plan, se apoya en el concepto del derecho a la salud de la totalidad del pueblo rionegrino, adecuando la capacidad instalada y los recursos humanos para aumentar la eficiencia en cantidad y calidad de prestaciones de salud gratuitas, igualitarias, integradas, oportunas y continuas, escapando de la antinomia enfermedad- no enfermedad.

Principales Lineamientos:¹⁵

- mejorar el estado de los hospitales, planta física y equipamiento
- asegurar el manejo soberano de los establecimientos públicos de salud mediante los profesionales con dedicación exclusiva en todos los cargos de conducción.
- terminar con el dilema de servir en dos lugares al mismo tiempo (público y privado) creando el régimen de tiempo completo y dedicación exclusiva para los profesionales
- habilitar horarios vespertinos para consultas y prácticas hospitalarias
- formar recursos en postgrado mediante el sistema de residencias médicas, esto tendría un efecto favorable sobre la calidad de atención
- adoptar medidas para que las obras sociales financiaran la atención en el hospital
- modificar la representación del Consejo Provincial de Salud, incorporar a la comunidad.

Objetivos

1. vigencia en todo el territorio Provincial del derecho a la salud
2. asegurar el acceso mediante una medicina moderna, humanitaria y gratuita
3. asegurar la participación activa de todos los actores provinciales a fin de desarrollar la pertenencia de todos los programas de salud en toda la población.

Ejecución del Plan

Para alcanzar los objetivos se proponía un fuerte aumento de los servicios de salud en la Provincia, especialmente en áreas marginales; modernizar los efectores de salud; replantear la relación médico-hospital mediante la dedicación exclusiva, desarrollo de programas para grupos vulnerables y de riesgo, por ejemplo madre y niño.

¹³ La palabra Plan se incorporó al léxico popular: hablar de salud no podía evitar que se le adosara “Plan”- Dal BO- entrevista 2011.

¹⁴ Médico egresado de la UBA, trabajo en 1964 en el Hospital de Mar del Plata- 1965-1968, médico de clínica pediátrica en el H. de Niños de Bs.As.; Jefe de Pediatría en el H. de Comodoro Rivadavia y director médico de Pediatría en el H. Garrahan -1985-2005.

¹⁵ Dal Bo Alberto “Hospitales de Reforma-Crónicas para evitar el olvido” Editores Biblos- 2008

En el marco del Plan de Salud, se modificaron las Zonas Sanitarias, se dividió al territorio en cuatro zonas sanitarias con cabecera en Viedma, Choele Choel, Gral. Roca y San Carlos de Bariloche, cada zona estaba constituida por una cantidad variable de áreas programáticas¹⁶. Se trabajó sobre una concepción de hospital que avanza sobre sus límites físicos para actuar en el terreno, en este sentido se trabajó sobre la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental. Asimismo se abordó la Formación de recursos humanos (médicos y enfermeros). En lo que respecta a la remodelación hospitalaria se puso énfasis en calcular para cada zona sanitaria la demanda potencial sobre la base de cantidad de habitantes, internaciones, consultas externas, en este sentido se adecuaría la capacidad arquitectónica a la demanda estimada. Se trabajó en intensificar la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas ambientales

A mediados de 1973, la situación de los hospitales era deplorable y sin presupuesto para concreciones mínimas, una ampliación presupuestaria del 100 por ciento, permitió que se incrementara el Recurso Humano, en particular profesionales y personal de enfermería, veinticinco médicos se incorporarían al reciente creado Plan de dedicación exclusiva; veintisiete médicos pasaron al régimen de cuarenta horas semanales y dieciséis al de veinte horas; se incorporaron además ocho bioquímicos, cinco odontólogos, dos psicólogos y doce obstetras, setenta y dos enfermeros se incorporan al servicio. En el aspecto material se incorporaron dos ambulancias, se adquirió equipamiento para los hospitales de Villa Regina, Colonia Catriel, Conesa, Cipolletti y Cinco Saltos.

Se instalaron equipos de radiología en Ing. Huergo y Sierra Colorada y además se mejoró el mantenimiento de todos los hospitales. Para poder seguir con este Plan se elaboró un presupuesto para el año siguiente que duplicara el del año en curso; asimismo se propuso al INOS, celebrar convenios con obras sociales para el pago de prestaciones brindadas a los afiliados y un aporte financiero (reintegrable con servicios) para sumar a los recursos destinados a la remodelación de hospitales cabecera de zona.

De acuerdo a lo planificado, el Plan en el año 1974 debía hacerse realidad, ya que se contaba con la aprobación del mismo, se había sancionado la Ley de Salud, el régimen de dedicación exclusiva y se ampliaba el presupuesto; de esta manera se podrían recuperar edificios e instalaciones, comprar equipos e instrumental para las distintas especialidades en particular laboratorios, centro quirúrgico, hemoterapia y anatomía patológica.

Mediante concursos de oposición se incorporaron alrededor de cien médicos para las especialidades básicas; incorporación de médicos patólogos a los servicios recién creados en la Provincia; incorporación de profesionales de otras especialidades (odontólogos, farmacéuticos, bioquímicos) todos con dedicación exclusiva que junto a los médicos permitieron la expansión cualitativa y cuantitativa de los servicios. Además se incorporaron enfermeras profesionales (universitarias) destinadas a conducir escuelas de enfermería.

La incorporación de los cien nuevos profesionales, en una provincia que contaba con solo cuatrocientos médicos, en la cual no todos trabajaban en el sector público, fue una transformación a la atención de la población, médicos jóvenes acostumbrados a la vida hospitalaria bajo el régimen de residentes fue una inyección para el sistema, se podía hablar de un cambio revolucionario en la salud pública rionegrina en opinión del Doctor

¹⁶ Unidad mínima de organización sanitaria que de respuesta a las necesidades de salud de los habitantes de un área geográficamente delimitada.

Dal Bo. Cabe destacar que en materia tecnológica existía una brecha entre el sector salud provincial y otras ciudades importantes del país, había excepciones como el Centro de estudios radiológicos del doctor Moguillansky, en Cipolletti, dotado de equipamiento moderno y solvencia científica. El equipamiento de los Hospitales era pobre y obsoleto.

Los servicios ofertados tuvieron gran aceptación, la producción se duplicó hasta duplicar las consultas externas¹⁷, además se duplicaron las internaciones y la atención de partos.

Opiniones sobre el Plan

Frente a este cambio se manifestaron algunas voces que no compartían el Plan, especialmente los concursos y la dedicación exclusiva. Este escenario hizo que el gobierno Provincial tuviese que negociar y aliviar tensiones entre Salud Pública y la Federación Médica, desde la perspectiva de los intereses médicos-sanatoriales, el plan era visto como una suerte de catástrofe ecológica. Algunos argumentos que se esgrimían era que los nuevos profesionales llegados a la Provincia alimentaban imaginación corporativista.¹⁸ Producido el golpe militar de 1976, asumía la conducción de Salud Pública un médico del Alto Valle, directivo de la Federación Médica, esto da cuenta que el Plan no se tendría en cuenta como política de salud para la Provincia.

La solidez de Plan, hizo que se gestara la idea de replicar el mismo en otras Provincias, La Pampa, recibió a las autoridades de Salud y tomó de nuestra provincia el modelo de la Ley y también incorporó médicos residentes con residencia exclusiva, formación de enfermería y técnicos de diversas disciplinas, conciencia de que el hospital es una herramienta básica para procurar el derecho a la salud de los habitantes, y no una institución de caridad¹⁹. Sin embargo en la Provincia la oposición seguía embistiendo contra el Plan; En algunos hospitales como Gral. Roca, se alentó la idea de que un jefe montonero permanecía clandestinamente; en el Hospital de S. de Bariloche se hizo una denuncia por armas, pero el verdadero hostigamiento se realizaba contra los médicos de dedicación exclusiva. La situación se puso cada vez más tensa y ante la no aprobación por parte del Gobernador de la continuidad del Plan, en diciembre de 1974 el director general de Salud Pública- Dr. A. Dal Bo y el interventor del Consejo de Salud Pública- Dr. J. Genoud, presentaron la renuncia, fueron secundados por el Dr. Juan Daga, médico de Villa Regina, quien mantuvo al plan en una meseta hasta la llegada del gobierno militar.

Con el gobierno de facto en el poder, el Plan quedó sin modificaciones por un tiempo, los proyectos y beneficios quedaron en la nada, también el Proyecto de Salud mental que había elaborado el Dr. Barenblit; luego a mediados de mayo de 1976 se designa como responsable de la cartera de Salud al Dr. García García, de extracción política de la Nueva Fuerza, siempre había manifestado según opinión de Dal Bo, que

¹⁷ Las consultas se incrementaron 9 % en 1973, 88 % en 1974 y 122% en 1975, descendiendo después de 1976.

¹⁸ ídem ¹⁸ OMS. Organización Mundial de la Salud-2001

¹⁸ Arce Hugo. "Consideraciones sobre sistemas de Salud" Buenos Aires 2003

¹⁸ ídem

¹⁹ Gomiz Gomiz J.A.- Maldonado M.R. "Hay un campo de dimensiones enormes para sembrar criterios de cambio en salud" Entrevista a Alberto Dal BO en Revista Pilquen -Sección Sociales- Año XIII- N° 14- 2011 .

prefería una política de salud centrada en la medicina privada, con hospitales pobres para la gente pobre.

El gobierno militar intento por todos los medios desacreditar los resultados del Plan de Salud, en Bariloche asumió la IV Zona Sanitaria el Dr. Girón, quien ante casos de difteria hizo responsable a la gestión anterior, sin tener en cuenta que esto provenía por la falta de vacunación de gestiones anteriores al Plan. Los medios de comunicación de la época²⁰ en sus páginas anunciaban que los contratos de médicos residentes se prorrogarían solo por un mes, encendiendo la alarma de la continuidad del programa de residencias medicas. El periódico del Alto Valle, se manifestaba de manera contundente en el tema salud y le dedica un espacio importante con un titular “Réquiem para la salud pública oficial en Río Negro.El desmantelamiento lo hace prever”.

Manifestaciones de vecinos mediante carta de lectores desde los puntos más importantes de la Provincia (Bariloche y Gral. Roca), entrevistas a médicos y opiniones de usuarios, hacen que el Poder Ejecutivo emita un informe, publicado en el diario Río Negro (28 de mayo), entre otras cosas hacían saber a la población que solo se trataba de un cambio de nombres en las áreas de conducción y que a pesar de haber encontrado a la Provincia en crisis, había una excelente labor medico-hospitalaria, con muy buenos resultados en programas como chagas y tuberculosis.

Los opositores al Plan de Salud, siguieron manifestándose: La Federación de Clínicas y el Colegio Medico. El Dr. Schnadyer Podjarny, Pte de la Federación de Clínicas y dueño de una clínica de Gral. Roca, manifestaba que la asistencia medica hospitalaria nunca será eficiente, su competencia se debe al sector privado, quien a su vez requiere ser apoyado financieramente desde el estado.

El Plan de Salud, cae con el advenimiento del gobierno militar y desde esa época hasta la llegada de la democracia en 1983, cuando es elegido como gobernador el Dr. Álvarez Guerrero, no se volvería a mencionar algo similar, siendo su gestión reconocida entre otras cosas por el Plan de Salud e instauración y extensión del Seguro de Salud.

A pesar de las críticas recibidas algunos cambios perdurarían, muchos profesionales con adecuada formación, quedaron en la provincia a pesar que el sistema ya no los contenía. Dedicación exclusiva, facturación a obras sociales, guardias activas, quedaron en el lenguaje de la medicina publica. La marca que dejo el Plan fue tan grande que por muchos años nadie podía referirse al tema salud sin mencionar el mismo; en 1987, siendo electo como gobernador el Dr. Horacio Massaccessi, convoca al Dr. Dal Bo para integrar el equipo de salud de su gabinete, pero el mismo continuo con su labor profesional en H. Garrahan.²¹En palabras del Dr. Dal Bo al Plan le faltó tiempo²²

Programa de Salud Rural - 1976

Su objetivo primario era la extensión de la cobertura y actividades básicas de prevención y promoción de la salud, para su implementación se tuvo en cuenta la figura del agente sanitario, para el que se comienza a consensuar una serie de intervenciones y una capacitación básica. El Plan de salud 1973 para fortalecer el sector y acompañar la formación de los auxiliares de enfermería (agentes sanitarios) había comenzado con la

²⁰ Diario Río Negro- 27/05/76

²¹ Dal Bo- obra citada.

²² Dal Bo - entrevista

contratación enfermeros profesionales en otras provincias, que luego se distribuyeron en cuatro puntos estratégicos: Viedma, Choele Choel, Gral. Roca y Bariloche. En el año 1979 se impulsan políticas de reconversión, quienes no se formaban debían realizar otras tareas; como mecanismo de control se impuso la condición para ingresar al sector público de salud. En 1985 se crea la Escuela Superior de Enfermería en Allen y se inicia el programa de profesionalización de las Auxiliares de Enfermería (P.r.o.p.a.e)

En el programa se trabajó en la definición, estructura y componentes de los mismos, en la formación y equipamiento del agente sanitario (manual de agentes sanitarios, Metodología de trabajo, ronda sanitaria, formularios básicos, simbología del reconocimiento geográfico); se comienza a interrelacionar el programa con otros como el materno infantil, odontología, de inmunizaciones de vigilancia epidemiológica y tuberculosis.

En este periodo la Atención Primaria de Salud (APS) era conceptualizada y aplicada como un programa; en 1979, aparece por primera vez en las actas de las reuniones de los Jefes de Programas de Salud Rural, el tema de Atención Primaria de Salud ligado a la definición de la misma para la Odontología y TBC, junto con la introducción del concepto ambiental a través del saneamiento y actividades de antropozoonosis. En diciembre de 1979, se modifica el nombre del programa por “Atención Primaria de la Salud en Áreas Rurales”. A partir de 1981, comienza a considerarse la APS como la puerta de entrada a un sistema de complejidad creciente establecidos en tres niveles: objetivo de cobertura total, necesidad de limitar “áreas programáticas” como primera medida de regionalización y poner las acciones de la APS bajo la responsabilidad de los establecimientos sanitarios como primer intento de relación entre primer y segundo nivel.

En la actualidad la actividad se encuadra en el Programa Promoción y Protección de la Salud.

Otros programas:

La realidad de la Provincia hizo que se diera importancia a un serio problema para la Salud Pública – la Hidatidosis - producida por el *Echinococcus Granulosus*. En su momento la situación se tornó tan grave que colocaba a casi toda la población rionegrina en condición vulnerable a la parasitosis, lo que motivó al Gobierno Provincial, mediante su organismo de salud, a implementar un Programa de Control desde el año 1979 realizándose por etapas hasta la actualidad.

Los factores que han motivado esta situación incluyen una economía rural basada en la ganadería ovina extensiva, bajas condiciones socioculturales en una porción importante de la población rural, hábitos de faenamiento domiciliario de ovinos adultos para consumo humano con entrega de las vísceras resultantes del acto para consumo de los perros e infraestructura de faena en pequeñas comunidades rurales altamente deficiente.

Esta situación ha promovido la instrumentación de un programa de control basado en la desparasitación canina sistemática con praziquantel, la vigilancia con arecolina, la educación sanitaria, el control de faena, la legislación y la atención de las personas. El programa cubrió inicialmente con acciones sistemáticas; Sin embargo en los últimos años se han desarrollado métodos alternativos como el tratamiento quimioterápico con Albendazol y se desarrollan seguimientos para saber si existen cambios en los quistes de los pacientes tratados con dicha medicación desde enero del 2001 hasta junio del 2009.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde los años cuarenta el estado ha sido el principal organizador y administrador de los servicios de salud en las diferentes esferas de gobierno-Nacional, Provincial o Municipal, en las funciones de aseguramiento, prestación y compra de servicios, con el objeto explícito de desarrollar y sostener un sistema de salud de calidad, fundamentado en la universalidad de las coberturas, la accesibilidad igualitaria y la solidaridad en el financiamiento. Sin embargo, existe abundante evidencia que muestra que los gobiernos han fallado en el cumplimiento de este compromiso. Una primera manifestación se evidencia en la insuficiencia de los servicios de salud para atender las necesidades de la población, contrariando los supuestos de solaridad y universalidad de la cobertura en los que se fundamenta el modelo.

En nuestra provincia los diversos gobiernos alentados por los intereses medico-sanatoriales se han opuesto a los programas de innovación y puesto a los hospitales en el régimen tradicional. A su vez la Obras Sociales no han acompañado con un papel favorable para el desarrollo de la reforma; todo esto en un marco de inestabilidad institucional. En el País se han intentado desarrollar tres instancia de reforma y todas ellas con el mismo final de no concreción, una en la gestión de Ramón Carrillo, otra en 1974 con el SNIS y la última en la gestión de Aldo Neri-1985,²³ quien ha caracterizado al sistema asistencial argentino como *“Abundancia relativa de recursos, sobre utilización y subutilización simultanea de los mismos, anarquía en la conducción, multiplicidad ineficiente de jurisdicciones, irracionalidad en sus prioridades de su acción, insatisfacción de los usuarios y prestadores, regresividad social en la asignación de carga y beneficios, tendencia a la corrupción mercantilista en los modos de prestaciones...”*

²³ Neri Aldo “Salud y Política Social” Editorial Hachette - 1982

ANEXOS:

Tabla N° :El Sistema de Salud en Argentina

Característica Subsistema	Seguridad social	Sector público	Sector privado
Población elegible	Trabajadores en relación de dependencia	Toda la población sin restricciones: beneficiarios de atención preventiva y primaria y usuarios de hospitales públicos	Afiliados a planes médicos de Administradoras de Prestaciones o EMP
Prestadores de servicios médicos	Contratan la prestación de servicios con administradoras de Prestaciones Profesionales independientes o Integran sus propios servicios verticalmente	Hospitales públicos con y sin internación. Otros establecimientos como dispensarios y Salas de primeros auxilios	Profesionales independientes. Administradoras de Prestaciones que contratan con las OS. Las empresas utilizan sus propios servicios y prestadores.

fuelle: elaboración propia

Tabla N°2 Sistema de obras sociales- Naturaleza jurídica, administración y población cubierta

Régimen	Naturaleza jurídica	Administración	Población cubierta
1. Obras sociales	Privadas		Trabajadores en actividad privados y públicos nacionales
1.1 Sindicales	Privadas	Sindicatos	Trabajadores convencionales

1.2. Personal de Dirección	Privadas	Asociaciones Empresarias	Trabajadores no convencionales
2. PAMI	Estatal	Estado Nacional	Jubilados y pensionados nacionales
3. Obras sociales provinciales	Estatal	Estados Provinciales	Trabajadores activos y jubilados del sector público provincial

Fuente: elaboración propia

Tabla N° :Evolución de las alícuotas al Fondo Solidario de Redistribución

Año	Ley	Alícuota
1970	18.610	1% aporte s/SAC, 2% contribución s/SAC
1975	21.092	1% aporte s/SAC
1977/ 1989	21.640	3% aporte s/SAC, 3% contribución s/SAC, 10% recaudación obras sociales,50% recursos de otra naturaleza.
1989	23.660/1	10% aportes OS sindicales, 15% personal de dirección 50% recursos de otra naturaleza

Fuente: elaboración propia en base a IERAL de Fundación Mediterránea en base a la legislación vigente en cada período

BIBLIOGRAFIA y FUENTES

- ARCE Hugo “*Funciones y responsabilidades del Hospital publico*” en Jorge Mera Ediciones -1995.
- ARCE Hugo. “*Consideraciones sobre sistemas de Salud*” Buenos Aires 2003
- DAL BO, Alberto “*Hospitales de reforma .Crónicas para evitar el olvido*” Editorial Biblos.2008.
- GOMIZ GOMIZ, José Antonio: “*De la política social al régimen de bienestar. La producción de bienestar de la esfera doméstico-familiar en la Provincia de Río Negro*”.Viedma, Mayo de 2007. Tesis.
- GOMIZ GOMIZ J.A –MALDONADO Mirian R “”Hay un campo de dimensiones enormes para sembrar criterios de cambio en Salud” entrevista a Dal Bo Alberto en Revista Pilquen- Sección Sociales- Año XIII- N° 14-2011.
- LARRIEU Edmundo ,María Teresa Costa, Gustavo Cantoni José Luís Labanchi Ricardo Bigatti Alicia Pérez Daniel Araya Sergio Mancini, Eduardo Herrero Gabriel Talmon.” *Programa de control de la hidatidosis en la Provincia de Río Negro, Argentina. 1980-1997* “Boletín chileno de parasitología versión impresa ISSN 0365-9402-año 2000
- LORENZANO Cesar “*Evolución de las políticas publicas de salud en Río Negro: 1958-1994*” Proyecto de Investigación- CURZA-UNCo 1996
- NERI Aldo “*Salud y Política Social*” Editorial Hachette – 1982
- MONTOYA Silvia-Colina Jorge “*La Reforma de Obras Sociales en Argentina, avances y desafíos pendientes* “trabajos realizado como parte del proyecto “Procesos de reforma en educación y salud. Diseño, implementación y grupos de interés” Centro Internacionales de investigaciones para el desarrollo.
- OMS. Organización Mundial de la Salud-2001
- TORRES Maria del Carmen “*El rol de los agentes sanitarios en la implementación de la estrategia de atención primaria de la Salud*”. Viedma 2004. Tesis. UNCo-CURZA
- VILOSIO Javier “*Las promesas incumplidas de la salud argentina – I parte* “en EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria - Julio/Agosto 2008 - Disponible en internet: www.evidencia.org -volumen 11 nro.4

FUENTES:

Diario Rió Negro- 27/05/76

Diario Rió Negro- 28/05/76

Legislatura de la Provincia de Río Negro

Ministerio de Salud Publica de Rió Negro

Entrevistas:

Al Dr. Alberto Dal BO – ex presidente Consejo de Salud de la Provincia de Rió Negro en 1973.