

## PUNTOS DE VISTA

# REFORMA HOSPITALARIA RECUERDO DE ALGUNOS PROYECTOS

*Dr. Luis Alberto Dal Bo*

---

### INTRODUCCIÓN

En las últimas cuatro décadas tuvieron lugar en nuestro país diversas experiencias hospitalarias que se plantearon como alternativa a los sistemas tradicionales de gobierno, gestión administrativa, organización, funcionamiento asistencial y actividad docente. Algunas de ellas superaron las resistencias que generan las propuestas innovadoras y continúan funcionando con éxito. Otras, en cambio, se frustraron en distintos momentos de su desarrollo, no sin antes haber generado un impacto importante en su área, en ocasiones perdurable, ya que los establecimientos asistenciales conservaron modalidades inexistentes antes de la experiencia reformadora. Todas ellas jugaron un rol importante en el proceso de evolución de los hospitales. Estos argumentos y los ideales, esfuerzos, compromiso, alegrías y frustraciones de quienes fueron actores, explican la intención de recordarlas. Es conveniente advertir que el tema no es abordado desde una rigurosa perspectiva histórica, sino a la manera de crónica que refiere sólo hechos que el autor conoció ya sea como testigo o participante.

### LOS HOSPITALES EVOLUCIONAN

Los hospitales están ligados a la historia de la sociedad desde la antigüedad, y los estudiosos del proceso evolutivo de los mismos los han dividido esquemáticamente en etapas. En nuestro país, en los últimos 120 años, es posible reconocer tres generaciones de hospitales<sup>1</sup>.

**Primera generación.** Aproximadamente entre los años 1880 y 1925. Reconoce como elementos distintivos: aislamiento del paciente, financiación a través de la beneficencia, construcción en pabellones separados entre sí por espacios abiertos, escaso desarrollo de asistencia ambulatoria, de los servicios intermedios y del cuerpo de profesionales no médicos, internaciones muy prolongadas.

**Segunda generación.** Entre 1925 y 1955. Coincide con el desarrollo de las especialidades, la aparición de medios diagnósticos y terapéuticos, conformación de cuerpo médico institucional, atención de patología compleja, financiación estatal, internaciones prolongadas, construcción en monobloques, organiza-

ción por salas según especialidad, mayor desarrollo de atención ambulatoria, superposición de servicios centrales con servicios propios de algunas salas (laboratorio, archivo de historias clínicas), incorporación de profesionales de nuevas disciplinas.

**Tercera generación.** 1955 en adelante. Se lo concibe como efector que forma parte de un sistema y es responsable de la atención de la salud de la población de su área programática, organización por cuidados progresivos, concentración de medios diagnósticos y terapéuticos tendientes a alcanzar los objetivos de la internación en el menor tiempo posible (acortamiento de las estadías), horario prolongado de atención; dedicación exclusiva, mayor desarrollo de la atención ambulatoria, financiación múltiple, desarrollo de la organización asistencial, residencias médicas; descentralización administrativa, construcción modular, flexible.

Por cierto, no es fácil encontrar hospitales que reúnan las características completas de una sola generación; más bien suelen coexistir elementos de diferentes generaciones constituyendo un mosaico, a veces alarmante.

### Los cambios

En la segunda mitad de la década del '50, y en circunstancias económicas comprometidas, resultó evidente que los hospitales argentinos (buena parte de los cuales eran de reciente construcción y formaban parte de una oferta renovada e incrementada en los años precedentes) presentaban serias falencias en cuestiones de organización y gerenciamiento, así como insuficiente capacitación de su personal de conducción.

En consecuencia, se dio impulso a la formación de recursos humanos y, por otra parte, se generó legislación que permitió la organización de nuevos hospitales como modelos alternativos, en ocasiones aprovechando plantas físicas recientemente construidas.

### LEY DE REFORMA HOSPITALARIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

A partir de las inquietudes de algunos médicos de Mar del Plata, entre los cuales los Dres. Ernesto Bryk y Julio Genoud jugaron un importante papel se planteó la necesidad de concretar un proyecto de reforma hospitalaria. Por fin, en 1961, siendo Gobernador de la Provincia de Buenos Aires el Dr. Oscar Alende, y Ministro de Salud el Dr. Osvaldo Mammoni, se pusieron en marcha los Hospitales Regionales de Mar del

---

*Director Médico Ejecutivo del Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Juan A. Garrahan. El autor fue Interno Rotatorio del Hospital Regional de Mar del Plata, Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Regional Comodoro Rivadavia e Interventor del Consejo Provincial de la Salud, en la provincia de Río Negro.  
e-mail: idalbo@garrahan.gov.ar*

---

Plata y Gonnet, en el marco de la llamada Ley de Reforma Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires, que les aseguraba un funcionamiento descentralizado. Merecen destacarse algunos aspectos que -dada la época- constituyeron reales innovaciones en la organización y funcionamiento hospitalario<sup>2</sup> (tabla 1).

Esta experiencia asociaba, por primera vez, los intereses de los profesionales con los del Estado, tendiendo a hacerlos corresponsables en el desarrollo del establecimiento, generando condiciones dignas de trabajo médico, prestaciones de buena calidad, proyección extramural de las acciones de salud y positiva respuesta de la comunidad.

Las buenas condiciones de la planta física en general superiores a las existentes en el ámbito privado, la calidad de las prestaciones y las normas establecidas con respecto a aranceles, provocaron una fuerte resistencia de la entidad que agrupaba a las Clínicas y Sanatorios privados, así como en amplios sectores del ambiente médico que consideraron que el Hospital constituía una competencia significativa y una experiencia que podía reformular el panorama prestacional. Panorama que hasta entonces mostraba claramente separadas la atención de la gente sin recursos ni cobertura en el Hospital y la atención en los establecimientos privados de aquellos que sí contaban con esos medios.

En 1964, después de 1.000 días de funcionamiento, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, a la sazón en manos de un médico sensible a las presiones sectoriales, dio por terminada la experiencia. De nada sirvieron el prestigio acumulado por la institución en tan corto tiempo, la bondad de los argumentos que sostenían el ensayo, ni el apoyo manifestado por el entonces Ministro de Salud Pública de la Nación. El gobierno de la época no pertenecía al mismo signo político que el que auspició el comienzo del proyecto.

Siete años después, en 1971, y como consecuencia directa de esta realización frustrada, se inauguró el Hospital Privado de Comunidad, propiedad de la Fundación Médica de Mar del Plata. Esta entidad sin fines de lucro, con la mayoría de sus profesionales a dedicación exclusiva, y con formas de remuneración derivadas de la concepción que existió en el viejo Hospital Regional de Mar del Plata, se desenvuelve con éxito desde hace 30 años y constituye uno de los mejores ejemplos de organización asistencial en el ámbito privado. Como tal, fue inevitable que también generara reacciones que, afortunadamente, no impidieron su desarrollo.

## LEY DE HOSPITALES DE COMUNIDAD

### Hospital Regional de Comodoro Rivadavia

En 1966 el gobierno militar dictó la Ley 17.102 de Hospitales de Comunidad. Esta ley, que permitía la creación de hospitales descentralizados con capacidad para integrar la asistencia de personas con y sin

**Tabla 1.** Novedades en la organización hospitalaria

- 
1. Descentralización
  2. Estructura departamentalizada
  3. Extensión vespertina del horario de atención al público
  4. Arancelamiento y posibilidad de concentración de la actividad privada de los profesionales en el Hospital. Con lo percibido en concepto de honorarios se constituyó un fondo común cuya distribución se concretaba según una calificación previamente realizada. Los aranceles para pacientes privados no eran arbitrarios sino que correspondían a lo que se facturaba a Obras Sociales más un 20%.
  5. Enfermería con formación universitaria
  6. Registros médicos, servicio social y nutrición conducido por personal profesional calificado
  7. Sección de medicina preventiva operando en acciones de promoción y protección de la salud en el terreno
  8. Departamento de Docencia e Investigación del cual dependía el programa de Residencia Médica
- 

recursos y con cobertura, se basaba en un proyecto tratado en la legislatura durante el gobierno constitucional precedente, paradójicamente un gobierno nacional de igual signo político que el provincial que destruyó las experiencias de Mar del Plata y Gonnet. Los aspectos más destacados de la Ley eran<sup>3</sup>:

1. Autorizaba al gobierno nacional a crear entidades descentralizadas, de carácter asistencial o sanitario, en plantas físicas de su propiedad asociándose con el Municipio donde estuviere radicado el establecimiento, la Provincia y otros organismos de carácter público o privado, si lo considerara conveniente.

2. Cada uno de estos nuevos entes sería denominado genéricamente Sistema de Atención Médica de la Comunidad (SAMIC) y estaría gobernado por un Consejo de Administración integrado por un representante por cada una de las partes que integrasen el Servicio, cuyo número no podría ser menor de 4 ni mayor de 12.

3. El Consejo de Administración tendría las facultades necesarias para el manejo de la empresa, debiendo contar con la aprobación de los estatutos de funcionamiento por parte del Poder Ejecutivo Nacional (PEN).

4. Los nuevos SAMIC se constituirían por un período provisional no mayor de tres años, al cabo de los cuales el PEN optaría por la condición jurídica que en definitiva decidiera asignarle.

5. Su presupuesto se integraría, además de los créditos que el gobierno decidiera asignarle, por el producto de los servicios que prestase.

6. Debería asegurarse la igualdad de la atención de las personas independientemente de la capacidad de pago.

A partir de 1966 se habilitan establecimientos en distintas provincias (Misiones, La Pampa y Chubut) que funcionaron en el marco de la Ley citada. De los mismos sólo persiste funcionando bajo dicho régimen un hospital en Eldorado, Provincia de Misiones. De

estas realizaciones merece recordarse particularmente la del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, Chubut, por la magnitud y desarrollo alcanzado en el período de cinco años (1968-73) que funcionó en el marco de este régimen legal. El Hospital, que se inauguró el 1 de Agosto de 1968 siendo Secretario de Salud el Dr. Ezequiel Holmberg y Subsecretario el Dr. Alberto Mondet, rápidamente habilitó su dotación de 200 camas. Estaba basado en:

1. Dedicación exclusiva de la mayor parte de los profesionales de conducción y de una proporción considerable de los médicos de plantel.
2. Conformación de parte de los planteles en base a un perfil profesional definido.
3. Horario extendido de atención.
4. Proyección extramural de la atención, como responsabilidad asumida de los servicios básicos.
5. Desarrollo de residencia de medicina general y de especialidades básicas.
6. Arancelamiento
7. Administración descentralizada ágil y eficiente.

Aunque estaba previsto en la propuesta original, no se concretó la integración de parte de la actividad privada en el ámbito hospitalario según lo que entonces se denominaba «*full time* geográfico», por el cual un profesional podía, terminado el horario contratado, utilizar las instalaciones del efector para el desarrollo de su práctica privada.

La experiencia generó una inmediata respuesta de la población, que acudía masivamente a obtener servicios que antes no existían. Las consultas externas totales brindadas en 1970 fueron diez veces mayores que las de 1967 en el viejo hospital de la ciudad. La capacidad de resolución de problemas aumentó notablemente, constituyéndose rápidamente el Hospital como el centro de derivación para la Patagonia y, ocasionalmente, Islas Malvinas.

También generó una gran resistencia por parte de los intereses médico-sanatoriales, que se sentía afectados económicamente tanto como en el prestigio que tenían en la comunidad.

Sin embargo, la presencia en el Consejo de Administración de personas respetadas por la sociedad, entre los cuales merecen un especial recuerdo el Padre Juan Corti y el Sr. Juan Rani, permitió al hospital crecer y desarrollarse superando los distintos obstáculos que se le presentaban.

Fuero cinco años plenos de trabajo arduo, de luchas, de frustraciones y de sueños concretados. Cinco años en los que los profesionales comprometidos sentían que cada tarea tenía un doble valor: el propio del acto asistencial en sí, y el aporte a la construcción de un proyecto que les pertenecía y a la vez los contenía.

Conviene recordar que, durante el período citado, la jefatura de cirugía estuvo en manos inicialmente de Alejandro Horochowski, y luego a cargo de Juan R. Justo. Clínica médica tuvo como Jefe a Miguel Maxit,

quien contó con la colaboración de Blanca Marticorena. Obstetricia y ginecología estuvo a cargo de Jorge Fuleston. Pediatría tuvo como responsables al autor de estas líneas y a Marta S. Cappuccio. Terapia Intensiva tuvo como Jefe a Roberto Gobbèe.

La Dirección tuvo varias etapas; entre ellas se destacaron los períodos a cargo de Julio Genoud y Enrique Malamud, que culminaron con la conformación de un equipo integrado por Daniel Cordero como Director, Alberto Ostrovsky como Director Asociado de Atención Médica, Oscar Pieruccioni como Director Asociado de Área Programática, y el Cdr. Jorge Guiñazú como Director Asociado Administrativo.

En 1973, en ocasión del cambio de régimen político, el establecimiento fue desafectado por el gobierno provincial del régimen de la Ley 17.102 y equiparado con los otros efectores públicos centralizados.

### Otros proyectos

También se inscriben en esta intención de generar cambios en los establecimientos asistenciales públicos, los desarrollos de:

1. Sistema de Salud de Neuquén, que comenzó en 1968 y prosperó al amparo de los Dres. Néstor Perrone y Elsa Moreno, así como al de favorables condiciones políticas, sociales y económicas. Continúa vigente.

2. Plan de Salud de Río Negro. Rigió desde 1973 hasta 1976. Generó legislación por la cual se creaban Consejos de Salud zonales y locales con participación comunitaria. Habilitó a los hospitales para poder facturar a las obras sociales. Definió perfil de los profesionales y los incorporó mediante concursos de oposición, con dedicación exclusiva. Extendió la atención al horario vespertino. Incorporó residencia médica. Duplicó rápidamente la producción. La resistencia que generó en los grupos médico-sanatoriales ocasionó su desactivación en el marco de los graves desórdenes institucionales del año 1976.

3. Plan de Salud de La Pampa. Experiencia emparentada, y contemporánea, con la de Río Negro. Tuvo similar evolución.

4. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Proyecto del gobierno nacional entre los años 1973 y 1976, de enorme magnitud, prácticamente no llegó a concretarse.

### HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC,

#### PROF. JUAN P. GARRAHAN

#### Antecedentes directos

La historia del Hospital de Pediatría tiene casi treinta años. Comienza alrededor de 1969, época en que un grupo destacado de médicos pediatras del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez elaboró, con la orientación del Dr. Carlos Gianantonio, un programa médico para un nuevo modelo de establecimiento pediátrico. Ya entonces eran evidentes la obsolescencia de las plantas físicas disponibles, así como la necesidad de contar con una organización capaz de ajus-

tarse a los cambios sociales, científicos y tecnológicos de la época, todo ello con el objeto de brindar asistencia de buena calidad a la población pediátrica. En el programa municipal se destacaban, entre otras, las siguientes observaciones:

- El Hospital debía «brindar prestaciones de la mayor complejidad en la rama básica de la pediatría y en sus respectivas especialidades, haciendo que el establecimiento se constituya en hospital de referencia para todo el país».

- Indicaba una organización basada en el cuidado progresivo del paciente que significa que «la estructura de los servicios del Hospital debe satisfacer las necesidades médicas y de enfermería de los pacientes en cada etapa de su enfermedad». Afirmaba también que ello «...implica modificar la tradicional estructura de los profesionales del departamento médico...», en consecuencia «...la resultante es la constitución de equipos de trabajo que realizan tareas asistenciales en todas las áreas del Hospital...»

- Anticipaba que «el Hospital, de acuerdo a la evolución previsible de la política sanitaria, funcionará con un sistema de financiación distinto del actual, sobre la base de un sistema que, asegurando a la población una accesibilidad igualitaria, permita, a través de un sistema de seguro o similares, canalizar recursos para el funcionamiento correcto del mismo».

### **El desafío de la habilitación**

En 1984, a quince años de los pasos iniciales y aproximándose la finalización de las obras, el gobierno debió afrontar la responsabilidad de poner en funcionamiento una institución que, por sus particulares características, corría el riesgo de fracasar en el logro de sus objetivos si no se le facilitaba una organización y financiación acordes con sus necesidades.

Era evidente que en los últimos años había aumentado el deterioro del hospital público, y se reconocían, entre sus causas, las siguientes:

1. No recibieron asistencia financiera adecuada y quedaron marginados del sistema de Obras Sociales.

2. Mecanismos poco ágiles de la administración pública dificultaron el manejo presupuestario y el desarrollo de una política de personal ajustada a sus necesidades.

3. Falta de acciones de mantenimiento y renovación de edificios y equipamiento, con su consecuencia de deterioro, incomodidades y carencias.

4. Insuficiente incorporación de tecnología moderna de alta complejidad.

Por entonces, la magnitud de la empresa, la dura situación económica imperante, y la convicción de que la administración pública no constituía una herramienta idónea para la tarea, alentaron en algunos sectores la idea de que se estaba frente a una pesada herencia producto del espíritu de otras épocas, la cual no se podía ni debía afrontar.

Además, los cuerpos profesionales de los Hospi-

tales pediátricos existentes resistían todo proyecto que amenazara sus posiciones y territorios, oponiéndose a la creación de un nuevo modelo de Hospital.

En otros sectores, también cercanos al ámbito del gobierno, que veían en esta situación crítica una oportunidad para definir un modelo alternativo al hospital tradicional, se hizo carne la necesidad de la habilitación en condiciones que asegurasen el cumplimiento de los objetivos iniciales.

Por último, la comunidad se expresaba de diferentes formas reclamando la puesta en marcha del establecimiento.

Como es natural, la cuestión fue abordada desde distintas perspectivas, y las diferencias de criterios existentes en la comunidad pediátrica y sanitaria tomaron, con frecuencia, estado público.

Al fin prevaleció la idea de habilitar el Hospital generando para ello un modelo fuertemente descentralizado, y con un organización asistencial que incluyera características superadoras de los esquemas tradicionales, requerimientos estos últimos, ya planteados en el programa original.

El Decreto del PEN 598 del 20 de abril de 1987 creó el Ente Hospital de Pediatría SAMIC, conforme a lo prescrito en la Ley 17.102, ya comentada, y el Decreto Reglamentario 8284/68. Se constituyó el Ente con carácter provisional por un período de dos años y su consejo de Administración se integró con dos representantes del Ministerio de Salud nacional y dos representantes de la MCBA. Ambas partes se comprometieron a asistir presupuestariamente al Hospital en igual proporción. A los dos años de este hecho, y superado con éxito el período de constitución provisional del Ente, el PEN, por medio del Decreto 815/89, consolidó a la entidad «Hospital de Pediatría SAMIC, Profesor Doctor Juan P. Garrahan» en el marco de la Ley 17.102.

### **COMENTARIOS**

1. Gobiernos de distinto signo político generaron, como respuesta al reconocimiento de una realidad adversa, marcos legales que hicieron posible la puesta en marcha de modelos hospitalarios alternativos y los sostuvieron frente a la reacción que generaron los intereses perjudicados. En ocasiones, mientras se deshacía el proyecto de un gobierno anterior, se gestaba en otros ámbitos del mismo gobierno una nueva propuesta reformadora.

2. Los modelos de cambio atrajeron profesionales jóvenes cuya calidad y compromiso fueron factores importantes en el éxito inmediato de los proyectos. Son muchos los casos de personas que participaron en más de una de las experiencias recordadas.

3. Los proyectos obtuvieron reconocimiento inmediato por parte de la población y resistencia marcada en los grupos médico-sanatoriales locales. La inestabilidad institucional previa a 1984 permitió que las resistencias se vehiculizaran en cada cambio político

desvirtuando o destruyendo lo concretado.

4. Las experiencias de los Hospitales Regionales de Mar del Plata y Comodoro Rivadavia, así como la del Hospital de Pediatría, tuvieron lugar en establecimientos nuevos. Existió conciencia de la necesidad de poner en marcha modelos que superasen los tradicionales en vigencia, y ello se logró solamente cuando se habilitó un nuevo hospital en un edificio también nuevo. La resistencia de lo establecido ha impedido concretar este tipo de proyectos en los hospitales existentes.

5. Llama la atención que una realización como la del Hospital Privado no se haya reproducido en diferentes lugares del país. Seguramente el hecho está relacionado con la ausencia de mecanismos que estimulen la conformación de este tipo de organización asistencial.

### **A modo de epílogo**

Las experiencias aquí mencionadas han tenido lugar en momentos, jurisdicciones y marcos legales

diferentes. Han sido a la vez similares, unidas como estuvieron por actores comunes a varias de ellas, que compartieron ideas acerca de lo que debe ser un hospital para la sociedad, o de cómo debe desarrollarse el trabajo del equipo de salud. Que compartieron esfuerzos, fracasos y éxitos. Que compartieron la certeza de que era posible mejorar el mundo que les tocaba vivir. Y que tuvieron el privilegio de sentir, aunque sea por momentos, que lo estaban logrando.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Arce, HE. *Funciones y responsabilidades del Hospital Público. Los Servicios de Salud en la Argentina. Tomo II, Unidad 22.* Editor Jorge Mera. Fundación Hernandarias. 1995
  2. Brik E. *Reseña de dos experiencias.* Trabajo presentado en ocasión de la celebración del vigesimoquinto aniversario del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata. 1996.
  3. Ley N° 17.102. *Boletín del Día N° 4.112 del 20 de enero de 1967.* Secretaría de Estado de Salud Pública.
-