



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



Los hospitales de la Universidad de Buenos Aires en el marco de su evolución histórica y de los contextos que signaron su desarrollo hasta la actualidad. Bases para la construcción de un paradigma sustentable

Franza, José Luis

2015

Cita APA: Franza, J. (2015). Los hospitales de la Universidad de Buenos Aires en el marco de su evolución histórica y de los contextos que signaron su desarrollo hasta la actualidad. Bases para la construcción de un paradigma sustentable. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas.

Este documento forma parte de la colección de tesis doctorales de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios". Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
DOCTORADO

T E S I S

LOS HOSPITALES DE LA
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES EN EL
MARCO DE SU EVOLUCION HISTORICA Y DE LOS
CONTEXTOS QUE SIGNARON SU DESARROLLO
HASTA LA ACTUALIDAD. BASES PARA LA
CONSTRUCCION DE UN PARADIGMA
SUSTENTABLE

Alumno: José Luis Franza

Director de Tesis: Eduardo Luis De Vito

Miembros del Tribunal: María Teresa Casparri. Jorge Francisco Ríos. Jorge Enrique Stern

Fecha de defensa: 8 de abril de 2015

ÍNDICE

0. Síntesis de la Tesis	5
1. Problemas y objetivos	8
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Especificidades y características del problema	10
1.3. Determinación del contexto del problema	11
1.4. Abordaje del problema planteado	14
1.5. Objetivo general	14
1.6. Objetivos específicos	15
	17
2. Los Hospitales Universitarios y la Universidad: antecedentes y ubicación conceptual	
2.1. Antecedentes y marco normativo	17
2.2. Ubicación conceptual	20
2.3. Unidades de análisis: su vinculación con aspectos de las teorías de Administración	24
	28
3. La gestión en Hospitales Universitarios: estado del arte de la temática	
3.1. Análisis de estudios realizados sobre el tema	28
3.1.1. Estudios sobre el estado de situación de los Hospitales Universitarios. Universidad de Buenos Aires.	28
3.1.2. Estudios sobre los Hospitales Universitarios, Facultad de Medicina de Zaragoza.	29
3.1.3. Estudio Estratégico Sectorial aplicado en cinco Hospitales Universitarios IV Nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.	29
3.1.4. Estudios sobre los Hospitales Universitarios a lo largo del eje temporal pasado- presente-futuro	30
3.1.5. Estudios prospectivos sobre los Hospitales Universitarios: la gestión del conocimiento y el empowerment en un Hospital Universitario del siglo XXI.	33
3.1.6. Estudios sobre las consecuencias de la misión académica para los Hospitales Universitarios.	34
3.2. La gestión de los hospitales, en general, y Hospitales Universitarios, en particular, desde la perspectiva de distintos autores.	36

3.2.1. La cuestión económica en los hospitales. Las perspectivas de Malagon-Londoño, Morera y Laverde; Wagstaff; Varkevisser, Pathmanathan y Brownlee; Dye y Swayne; Duncan y Ginter; Sollazzo y Berterretche.	36
3.2.2. Sobre las dificultades de financiamiento en los sistemas de salud: las posturas de Dvoredsky, Rosselot y Jaramillo; Acuña y Chudnovsky y Sojo.	39
3.2.3. Sobre la autonomía de las instituciones en el financiamiento hospitalario: ¿faltade recursos y/o gasto inadecuado? Las posiciones de Álvarez et al; Cetrángolo y Devoto; Katz; Medici; Observatorio de Recursos Humanos en Salud; Millán Núñez-Cortés et al; Eslava.	41
	44
4. Investigación realizada	
4.1. Hipótesis. Justificación y alcance	44
4.2. Marco metodológico de investigación	47
4.2.1. Método de investigación	47
4.2.2. Descripción del universo e identificación de la muestra	50
4.2.3. Instrumentos y técnicas para la recopilación de datos	50
4.2.4. Técnicas de evaluación de datos	54
	56
5. Análisis: relevamiento, evaluación y diagnóstico	
5.1. Encuadre histórico-político-institucional	56
5.2. Relevamiento de las Unidades de Análisis	167
5.2.1. Hospital de Clínicas “José de San Martín”	167
5.2.1.1. Relevamiento histórico	167
5.2.1.2. Relevamiento de la situación actual	176
5.2.1.3. Relevamiento crítico UBA	189
5.2.2. Instituto de Investigaciones Médicas “Dr. Alfredo Lanari”	190
5.2.2.1. Relevamiento histórico	190
5.2.2.2. Relevamiento de la situación actual	194
5.2.2.3. Relevamiento crítico UBA	207
5.3. Evaluación y Diagnóstico	208
5.3.1. Contexto Nacional y Universidad	208
5.3.2. Contexto Nacional y Salud Pública	210
5.3.3. Clínicas-Lanari: simetrías	211
5.3.4. Hospital de Clínicas: modelo de financiamiento y administración. Presupuesto	214
5.3.5. Instituto Lanari: modelo de financiamiento y administración. Presupuesto	216

5.3.6. Clínicas-Lanari: esquema comparativo	217
5.3.7. Evaluación y diagnóstico del modelo de financiamiento y administración. Estructura y Procedimientos	218
5.3.8. Evaluación y diagnóstico del modelo de atención.	222
5.3.9. Evaluación y diagnóstico del modelo académico	225
	229
6. Diseño: Bases para la construcción de un modelo de gestión sustentable	
7. Conclusiones	250
8. Bibliografía	258

0. Síntesis de la Tesis

La presente investigación consiste en estudiar a los Hospitales de la Universidad de Buenos Aires en el marco de su evolución histórica, partiendo para ello de dos aspectos sustantivos: la educación y la salud. Consideraremos a ambos como ejes centrales del funcionamiento de un Hospital Universitario. Y continuando en esta línea, dejaremos establecidas un conjunto de Bases para la construcción de un modelo de gestión sustentable.

Los objetivos de esta Tesis han sido planteados, entonces, de la siguiente manera:

- Describir el estado de situación de los Hospitales de la Universidad de Buenos Aires como producto del contexto histórico y del impacto del entorno en la evolución de cada una de las unidades hospitalarias; considerando las tres dimensiones que integran su misión: la docencia, la asistencia y la investigación.
- Proponer bases para el diseño de un modelo de gestión que permita en primer lugar, elevar el nivel de eficiencia en el uso de los recursos, tanto de cada unidad hospitalaria como en términos de diseño de redes y, en segundo lugar, aportar una clara mejora en la calidad institucional.

A efectos de iniciar el camino para alcanzar los objetivos propuestos, se presenta a los Hospitales Universitarios y la Universidad desde el punto de vista de sus antecedentes normativos, de su ubicación conceptual y de su vinculación con las teorías de la Administración.

Este enfoque admite la aproximación necesaria para introducir el estado del arte del tema que nos ocupa, dando a conocer estudios realizados sobre el mismo y diferentes posiciones de autores respecto a cuestiones tales como, por ejemplo, financiamiento y procesos.

Lo actuado ha permitido plantear como Hipótesis que en la actualidad los Hospitales Universitarios de la UBA no cumplen acabadamente con los objetivos previstos por las normativas que los regulan.

La falta de un Modelo de Gestión diferente al de cualquier otro hospital, más allá de cuál sea su naturaleza, y la consideración de las características y la misión de los Hospitales Universitarios, concluirían en que éstos no cuentan con una estructura y procesos administrativos que les permitan desarrollar sus funciones de manera eficaz, eficiente y con la mayor calidad posible.

De esta forma, se plantea el marco metodológico definiendo el método de investigación, la identificación de la muestra y las técnicas para la evaluación de los datos.

El método de investigación propone —sintéticamente— una etapa de Análisis, dentro de la cual se incluye Relevamiento, Evaluación y Diagnóstico; y una etapa de Diseño.

Así se ha realizado, como parte del Análisis, el Encuadre histórico-político-institucional, a partir de un enfoque que interprete las peculiaridades de cada momento histórico, para alcanzar a comprender el desarrollo de los acontecimientos desde el punto de vista de los hechos concretos y los factores que han condicionado, cuando no modificado, las circunstancias y los resultados de cada período.

Para ello se ha dividido el mencionado Encuadre (en cada uno de los períodos considerados) en tres tópicos que intentan, yendo de lo general a lo particular, dejar establecido el marco en que se han constituido, desarrollado y evolucionado los Hospitales de la Universidad de Buenos Aires.

Dichos tópicos son:

- Contexto Nacional
- Universidad de Buenos Aires
- Salud Pública

Las determinaciones formuladas se completan con la presentación de cada una de las unidades de análisis que forma parte de la muestra a lo largo del tiempo y la descripción de su situación actual.

La evaluación realizada a partir de lo expresado anteriormente, deriva en el diagnóstico o cuadro de situación que —desde un punto de vista que consideramos lo más objetivo posible— presenta la valorización crítica de los resultados del trabajo de investigación.

Por último se presenta como Diseño, las “Bases” cuyo propósito es el de constituirse en el fundamento o soporte necesario como para poder construir un modelo de gestión sustentable.

1. Problemas y objetivos

1.1. Planteamiento del problema

La educación y la salud son derechos inalienables, consagrados en la legislación moderna. Sin embargo, una multiplicidad de causas impide aún el acceso libre y gratuito de gran parte de la población mundial a los beneficios que ambos proporcionan. Con lo cual, las posibilidades de lograr estándares de calidad parece cada vez más inalcanzable. Esta situación también impacta negativamente en el conjunto, ya que la educación y la salud son pilares fundamentales para el desarrollo, proyección, avance y bienestar de toda sociedad.

Un complejo entramado de cuestiones políticas, sociales, históricas, culturales y económicas intervienen a la hora de definir un abordaje posible de temas tan vastos como educación y salud. Entre otros interrogantes, reflexionar desde una perspectiva histórica acerca del sujeto de derecho, las instituciones intervinientes y los recursos destinados, proporciona un marco para aproximarnos a la temática.

Diversas son las disciplinas (Derecho, Economía, Medicina, Filosofía, entre otras) y las instituciones (gobiernos, centros educativos, organizaciones no gubernamentales, de bien público, etcétera) que guardan directa relación con la educación y la salud.

En este contexto, la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.) —ya cercana a cumplir su bicentenario— tiene un rol preponderante. Fundada en agosto de 1821, nació apenas 5 años después de declarada la Independencia, en medio de las batallas que aún se libraban por ella: la última —Ayacucho— tuvo lugar en 1824. Siendo preexistente a la Nación, se constituye en una institución fundacional de la misma.

En aquellos inicios, las circunstancias eran decididamente desfavorables. Buenos Aires era apenas una aldea que no contaba con los adelantos de las ciudades más avanzadas. Un escenario de evidente desorganización política y caos social, guerras internas y externas interminables y violencia creciente. Su ubicación geográfica la situaba lejos de los principales centros de referencia del mundo, lo que exigía el movimiento físico de personas y elementos (por ejemplo, libros), debiendo recurrir a medios de transporte y comunicación escasos e inseguros.

Así transitó la U.B.A. el siglo XIX, desarrollándose y cumpliendo con sus funciones en un ambiente marcadamente adverso. Ingresó al nuevo siglo con los aires renovadores de la Reforma Universitaria, movimiento surgido en la Universidad Nacional de Córdoba en 1918, y cuyos reclamos de democratización de la enseñanza (entre otros, autonomía universitaria, cogobierno, extensión universitaria, concursos por oposición) se extendieron de inmediato a todas las universidades argentinas y latinoamericanas.

También, en su dilatada historia, la UBA debió soportar –y reponerse– de embestidas que afectaron y conmovieron su esencia misma de casa de altos estudios. Así, el 29 de julio de 1966, se da a conocer la Ley 16.912, que suprimió la autonomía universitaria, la libertad de cátedra y prohibió la actividad política. Las universidades nacionales fueron intervenidas y ocupadas militarmente. Como consecuencia, la Universidad perdió a un número importantísimo de docentes, científicos e investigadores y se dismantelaron sus institutos de investigación.

Su trayectoria, atravesada por las contingencias de la historia nacional –con sus aciertos y fatalidades– ha hecho de esta universidad pública, gratuita y cogobernada, una de las más importantes instituciones de nuestro país, también reconocida a nivel internacional por su excelencia académica.

Entre sus funciones de base se incluyen la docencia y la investigación y en su ámbito de acción se encuentran sus Facultades, Colegios, Centros Culturales y Hospitales, estos últimos, objeto de esta investigación.

Los Hospitales Universitarios funcionan como entes públicos que brindan atención a la población de su zona de influencia. Pero además –y como integrantes de esta comunidad universitaria– hacen docencia e investigación.

De allí la importancia de entender el por qué y el para qué de su existencia, de investigar sus orígenes y su evolución en el marco de los procesos políticos, sociales e históricos que han debido transitar, y de conocer, por fin, su realidad actual.

Así, de este tríptico formado por la conjunción de las diversas prácticas que definen a los Hospitales Universitarios (que esquematizamos en el gráfico que sigue) y su articulación con los modos actuales de gestión, surgen las características del problema y sub problemas que serán observados y analizados en esta Tesis.

Conjunción de prácticas que definen a los Hospitales Universitarios (HU)



1.2. Especificidades y características del problema

El Hospital Universitario debe concebirse como un escenario académico, científico y técnico que tiene como funciones esenciales:

- a) construir conocimiento sobre la enfermedad humana;
- b) generar un pensamiento crítico frente al saber técnico existente;
- c) brindar un escenario para la formación práctica de profesionales en las diferentes áreas de la salud;
- d) elaborar propuestas pedagógicas que ayuden en los procesos educativos del personal sanitario en cada una de sus especialidades;
- e) capacitar a los usuarios de los servicios y resolver los problemas que afectan a quienes asisten al hospital, es decir, atender a las personas enfermas.

Lo expresado anteriormente representa un conjunto de complejidades tal, que no resulta extraño que se presenten déficits en las instituciones (sujetos del problema) al no cumplir acabadamente con la normativa vigente, en función de los objetivos pretendidos por la legislación.

Por otra parte, las dificultades en la asignación de recursos físicos y materiales, producto de diferentes tipos de inestabilidades, han producido un alto nivel de deterioro y se han constituido en uno de los principales inconvenientes a la hora de cumplir con sus metas y propósitos.

En principio, haciendo referencia al estado actual de las instituciones y su funcionamiento como redes hospitalarias, podemos decir que aparentan estar descoordinados, con bajo nivel de integración tecnológico administrativo (software de gestión), baja integración de las instituciones como red e indicadores de rendimiento que no se definen ni determinan sistemáticamente.

Estas problemáticas no escapan a la realidad de América Latina en su conjunto, tal como lo plantea Ana Sojo (2001: 139) en su abordaje a cuatro experiencias de reforma de la gestión en salud: Chile, Colombia, Costa Rica y Argentina.

Las posibles críticas a realizar, que creemos válidas, deberán ser mitigadas en cuanto a su impacto desde el punto de vista del diagnóstico, en tanto y en cuanto los nuevos sistemas de gestión (informáticos y de gestión interna) no están generalizados en el ámbito hospitalario nacional ni asumen un carácter integral, lo que hace más importante el propósito de estructurar ésta como una de las metas fundamentales para un modelo de gestión, cualquiera sea el propuesto.

Debemos a esa altura también caracterizar algunos aspectos fundamentales del sistema de Hospitales Universitarios, como son: sus innovaciones científico-tecnológicas, sus aportes al más eficiente desarrollo de una función de producción de la educación que implica la búsqueda de la realización del paradigma de la docencia, implícito como una de sus funciones específicas.

1.3. Determinación del contexto del problema planteado

El contexto del problema es hoy la situación de la Universidad de Buenos Aires y en particular de la Facultad de Medicina, su inserción en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, más allá, en el ámbito nacional.

El mismo no puede ser analizado como un escenario estático, que implica la mera descripción del estado del desarrollo científico y tecnológico así como del sistema académico; ya que ambos representan elementos endógenos del sistema hospitalario. Esto así, dada la importancia

de la forma en que han impactado e impactan los elementos endógenos en este conjunto tan significativo de instituciones.

Es indudable que el problema a abordar está determinado por características específicas, que pueden considerarse como elementos de alta incidencia en el desarrollo de la historia de los Hospitales Universitarios.

Es por eso que hemos considerado, sin definirlos con espíritu limitativo, los siguientes **elementos exógenos** al problema:

- ***Político***

Consideración de las funciones de los hospitales en lo que hace a conducción, planeamiento y control, en el contexto de la Universidad (Estatuto Universitario y conexos) que los contiene, incluida a su vez en un contexto de orden mayor: la Nación (Constitución Nacional y conexos).

- ***Social***

Consideración de las repercusiones que tiene en la población la existencia y modo de funcionamiento de los hospitales, calidad de la atención y seguridad; así como lo que ello representa en la visión de las personas.

- ***Económico***

Consideración de las inversiones y los gastos, y su correlato con los resultados obtenidos, entendiendo por tales los resultados de la actividad docente, de investigación y de atención sanitaria. Su financiamiento, atendiendo al origen de los recursos y la aplicación de los mismos.

- ***Tecnológico***

Consideración sobre las carencias de equipamiento, del conocimiento de procedimientos reconocidos como necesarios para el adecuado funcionamiento de los requerimientos de ampliación tecnológica. Como así también su aprovechamiento, resultados y mejoras potenciales. Además el control y salvaguarda de las inversiones proyectadas como necesarias.

- ***Legal***

Consideración de los aspectos normativos vigentes, su cumplimiento, procedencia y la eventual carencia de otras cuestiones reglamentarias, necesarias para alcanzar los objetivos implícitos en tal normativa.

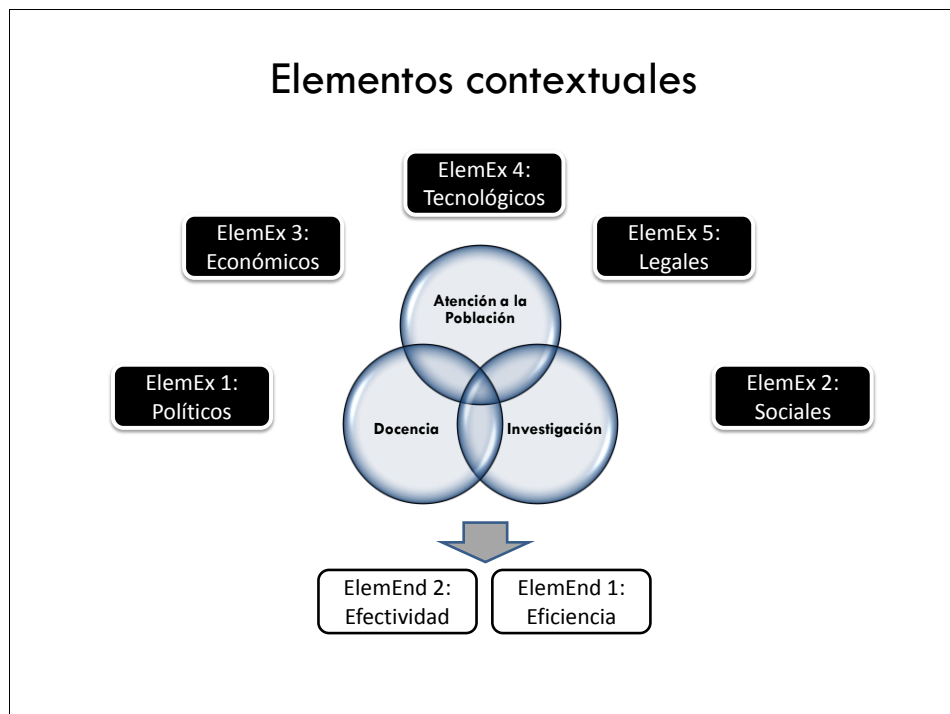
A su vez, desde el punto de vista de los **elementos endógenos** del sistema de cada una de las instituciones y de la red en sí misma, es posible expresar lo siguiente:

Medir la eficiencia y efectividad de un sistema administrativo implica poder determinar y corregir las eventuales fallas que surgieren del mismo, tengan éstas o no que ver con las conductas de los que detentan el poder circunstancial de la administración, o que resultaran de eventualidades de implementación del modelo.

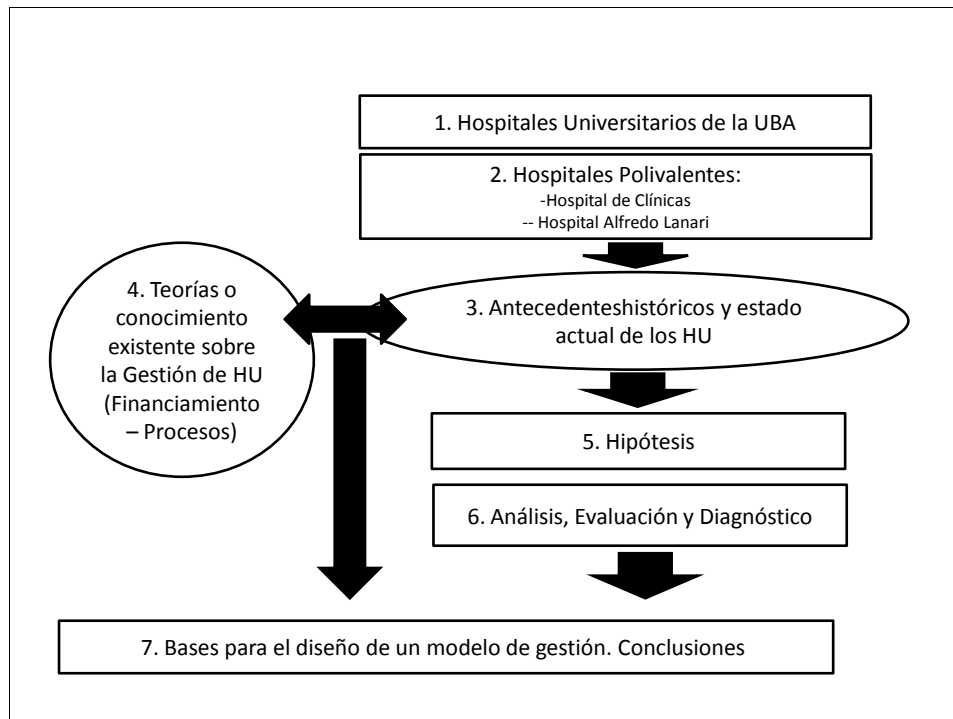
Al efectuarse Mediciones de eficiencia en cuanto a la cuestión de los requerimientos de áreas médicas y de servicios, los Hospitales Universitarios no deberán ser considerados como cualquier otro nosocomio.

Esto es porque el rol académico, (de docencia e investigación) que tiene un Hospital Universitario, lo atraviesa en forma matricial (vertical y horizontalmente) en todo lo que signifique su organización asistencial, dado que éstos, por otra parte, se consideran hospitales de referencia y derivación por la complejidad de las patologías que reciben

Tampoco son los mismos los resultados esperados en lo que hace a efectividad y eficiencia sanitaria, con respecto a otras instituciones, por ejemplo: sanatorios y/u hospitales públicos de baja complejidad.



1.4. Abordaje del problema planteado



1.5. Objetivo general

El propósito de esta Tesis será: analizar la conjunción de prácticas que definen a los HUs: atención, docencia e investigación, comprender su evolución histórica y plantear propuestas a futuro.

- Describir el estado de situación de los Hospitales de la Universidad de Buenos Aires como producto del contexto histórico, del impacto del entorno en la evolución de cada una de las unidades hospitalarias, considerando las tres dimensiones que integran su misión: la docencia, la asistencia y la investigación.

- Proponer bases para el diseño de un modelo de gestión que permita elevar el nivel eficiencia en el uso de los recursos, tanto de cada unidad hospitalaria como en términos de diseño de redes y aportar una clara mejora en la calidad institucional.

En función de lo antes mencionado, nuestro proyecto de investigación se caracteriza por emplear un modelo hipotético deductivo, cuya expresión nos permitirá medir resultados.

Podemos entonces decir que trataremos de precisar las causas y factores que incidieron en la instauración de la actual situación de las unidades hospitalarias.

Asimismo, alcanzar el resultado último del proyecto de investigación, cual es el de considerar y proponer las bases para el diseño de un modelo de gestión que permita elevar el nivel de eficiencia en el uso de los recursos, tanto de cada unidad hospitalaria, como en términos del diseño de redes que éstas conformen en el ámbito de comprensión de dicho modelo.

De esta manera se contribuirá a mejorar la calidad institucional y se elevarán los estándares de eficiencia en el manejo de los recursos administrativos, en las tres dimensiones —asistencia docencia e investigación— que conforman la esencia de la naturaleza institucional de las organizaciones bajo estudio.

Lo antes descrito, esto es, el concepto de redes, resulta sustancial desde el punto de vista de los recursos que no son solo utilizados en la esfera asistencial sino también en la docencia y la investigación. Estas dos últimas deben ser evaluadas como productos académicos en cuanto a su productividad y calidad de servicios.

1.6. Objetivos específicos

- Seleccionar los elementos centrales en el desarrollo de la Universidad y sus hospitales a lo largo de su historia. (Análisis, relevamiento)
- Comparar el impacto del estado de los elementos seleccionados del entorno con la situación actual de cada una de las unidades bajo estudio. (Análisis, diagnóstico)

- Establecer las áreas, variables e ítems que constituyan los fundamentos que permitan alcanzar la sustentabilidad planteada. (Diseño)

La descripción historiográfica de los establecimientos examinados nos permitirá seleccionar elementos que en su momento fueron críticos en el devenir de la institución madre, la Universidad de Buenos Aires, y sus hospitales desde el mismo momento de su creación.

Estaremos definiendo entonces, de manera implícita, los factores exógenos que impactaron el modelo hoy existente en las instituciones que nos ocupan.

Esto nos dará la posibilidad de comparar los mencionados elementos seleccionados del entorno (contexto o exógenos) con la situación que actualmente se verifica, en cada una de las unidades analizadas

Y una vez instituidas las áreas como concepto de agrupamiento, establecer las variables a desarrollar mediante la definición de ítems que contribuyan a explicar la esencia de las bases o fundamentos planteados.

El presente proyecto de investigación debe facilitar entonces, la generación de un modelo de gestión y de los componentes que habiliten la realización de Mediciones y determinaciones cualitativas; presentándose como una herramienta para el diseño de un sistema integral y homogéneo que deberá a su vez integrar y evaluar las tres dimensiones de las instituciones; esto es, asistencia, docencia e investigación.

2. Los Hospitales Universitarios y la Universidad: antecedentes y ubicación conceptual

2.1. Antecedentes y marco normativo

La Universidad de Buenos Aires —como todas las universidades nacionales— es una entidad autónoma y autárquica. Garantía de ello es la Constitución Nacional que en su artículo 75, inciso 19 (parte pertinente), señala como Atribuciones del Congreso:

Sancionar leyes de organización y de base de la educación que consoliden la unidad nacional respetando las particularidades provinciales y locales; que aseguren la responsabilidad indelegable del Estado, la participación de la familia y la sociedad, la promoción de los valores democráticos y la igualdad de oportunidades y posibilidades sin discriminación alguna; **y que garanticen los principios de gratuidad y equidad de la educación pública estatal y la autonomía y autarquía de las universidades nacionales.** (Resaltado propio) (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas [MECON], n.d.1)

Por su parte la Ley 24.521 de Educación Superior en Título IV, Capítulo 4, Sección 1 expresa:

ARTÍCULO 48. — Las instituciones universitarias nacionales son personas jurídicas de derecho público, que solo pueden crearse por ley de la Nación, con previsión del crédito presupuestario correspondiente y en base a un estudio de factibilidad que avale la iniciativa. El cese de tales instituciones se hará también por ley. Tanto la creación como el cierre requerirán informe previo del Consejo Interuniversitario Nacional.

En la Sección 3 del agrupamiento mencionado se deja establecido el régimen económico-financiero:

ARTÍCULO 58. — Corresponde al Estado nacional asegurar el aporte financiero para el sostenimiento de las instituciones universitarias nacionales que garantice su normal funcionamiento, desarrollo y cumplimiento de sus fines. Para la distribución de ese aporte entre las mismas se tendrán especialmente en cuenta indicadores de eficiencia y equidad. En ningún caso podrá disminuirse el aporte del Tesoro nacional como contrapartida de la generación de recursos complementarios por parte de las instituciones universitarias nacionales.

ARTÍCULO 59. — Las instituciones universitarias nacionales tienen autarquía económico-financiera que ejercerán dentro del régimen de la Ley 24.156 de

Administración Financiera y Sistemas de Control del Sector Público Nacional. En ese marco corresponde a dichas instituciones:

a) Administrar su patrimonio y aprobar su presupuesto. Los recursos no utilizados al cierre de cada ejercicio se transferirán automáticamente al siguiente;

b) Fijar su régimen salarial y de administración de personal;

c) Podrán dictar normas relativas a la generación de recursos adicionales a los aportes del Tesoro nacional, mediante la venta de bienes, productos, derechos o servicios, subsidios, contribuciones, herencias, derechos o tasas por los servicios que presten, así como todo otro recurso que pudiera corresponderles por cualquier título o actividad. Los recursos adicionales que provinieren de contribuciones o tasas por los estudios de grado, deberán destinarse prioritariamente a becas, préstamos, subsidios o créditos u otro tipo de ayuda estudiantil y apoyo didáctico; estos recursos adicionales no podrán utilizarse para financiar gastos corrientes. Los sistemas de becas, préstamos u otro tipo de ayuda estarán fundamentalmente destinados a aquellos estudiantes que demuestren aptitud suficiente y respondan adecuadamente a las exigencias académicas de la institución y que por razones económicas no pudieran acceder o continuar los estudios universitarios, de forma tal que nadie se vea imposibilitado por ese motivo de cursar tales estudios;

d) Garantizar el normal desenvolvimiento de sus unidades asistenciales, asegurándoles el manejo descentralizado de los fondos que ellas generen, con acuerdo a las normas que dicten sus Consejos Superiores y a la legislación vigente;

e) Constituir personas jurídicas de derecho público o privado, o participar en ellas, no requiriéndose adoptar una forma jurídica diferente para acceder a los beneficios de la Ley 23.877;

f) Aplicar el régimen general de contrataciones, de responsabilidad patrimonial y de gestión de bienes reales, con las excepciones que establezca la reglamentación. El rector y los miembros del Consejo Superior de las instituciones universitarias nacionales serán responsables de su administración según su participación, debiendo responder en los términos y con los alcances previstos en los artículos 130 y 131 de la Ley 24.156. En ningún caso el Estado nacional responderá por las obligaciones asumidas por las instituciones universitarias que importen un perjuicio para el Tesoro nacional. (Ministerio de Educación de la Nación [M.E.], n.d.2)

Como puede observarse, las universidades nacionales son personas jurídicas de derecho público (art. 48, Ley 24.521) y tienen autarquía económico-financiera que ejercerán dentro del régimen de la Ley 24.156 de Administración Financiera y Sistemas de Control del Sector Público Nacional (art. 59, Ley 24.521), así es que corresponde al Estado nacional el aporte financiero que les permita funcionar (art. 58, Ley 24.521).

A efectos del financiamiento recién mencionado y en términos de su inclusión en el Presupuesto Anual, el art. 93 de la Ley 25.565 incorpora su art. 26; como art. 154 de la ley 11.672 (Complementaria Permanente de Presupuesto) que dice:

Las Universidades Nacionales cumplimentarán anualmente con lo establecido por el Artículo 46 de la Ley N° 24.156, de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional. (MECON, n.d.3)

A su vez el mencionado art. 46 expresa:

Los directorios o máxima autoridad ejecutiva de las Empresas Públicas y Entes Públicos no comprendidos en Administración Nacional, aprobarán el proyecto de presupuesto anual de su gestión y lo remitirán a la Oficina Nacional de Presupuesto, antes del 30 de setiembre del año anterior al que regirá. Los proyectos de presupuesto deberán expresar las políticas generales y los lineamientos específicos que, en materia presupuestaria, establezca el órgano coordinador de los sistemas de administración financiera y la autoridad de la jurisdicción correspondiente; contendrán los planes de acción, las estimaciones de gastos y su financiamiento, el presupuesto de caja y los recursos humanos a utilizar y permitirán establecer los resultados operativo, económico y financiero previstos para la gestión respectiva. (MECON, n.d.4)

A su vez, la UBA reconoce como base legal, su Estatuto Universitario (Universidad de Buenos Aires [UBA], n.d.1) que actualmente rige su funcionamiento. El mismo se inicia con las Bases y agrupa en diferentes Títulos las temáticas que aborda, a saber:

- I.- De las Facultades, las escuelas, los departamentos, la enseñanza y la investigación
- II.- Del personal docente y de investigación
- III.- De la función social de la Universidad
- IV.- Del patrimonio, los recursos y los gastos

V.- Del gobierno

VI.- De la jubilación del personal docente

No existe legislación específica relacionada con los Hospitales Universitarios como no sean las normas que la propia Universidad dicta.

En este sentido debe mencionarse la Resolución (CS) 3088/92 que crea La Red de Hospitales Universitarios integrada por el Hospital de Clínicas José de San Martín, el Instituto de Oncología Ángel Roffo, el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, el Hospital Odontológico y el Instituto de Tisioneumonología Profesor Doctor Raúl F. Vacarezza.

La incorporación de los dos últimos se produce mediante el dictado de las resoluciones (CS) 1235/98 y 1626/98, respectivamente.

A su vez, resulta de particular importancia la normativa vinculada con el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. (MINISTERIO DE SALUD [MSAL], n.d.1)

2.2. Ubicación conceptual

El tema que nos ocupa implica articular dos organizaciones complejas: el Hospital y la Universidad, que durante el siglo XX han redefinido sus principios y reorganizado sus estructuras y esquemas de administración.

En relación al concepto de Hospital, el Diccionario de la Real Academia Española define: “Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza” y además: “Casa que sirve para recoger pobres y peregrinos por tiempo limitado”. (Real Academia Española [RAE], n.d.1)

Sin perjuicio de la precisión de la definición principal, solo la primera parte es la que se ajusta a lo que hoy se concibe como hospital. Como hospital en el sentido tradicional. En tanto que la segunda de las definiciones presenta un apropiado antecedente vinculado a su evolución.

En efecto: de ser un lugar de paso, un albergue, un sitio de reclusión para los pobres y menesterosos, el hospital de fines siglo XX y principios del actual, se convirtió en una institución científico-técnica para el desarrollo de la acción terapéutica. Pero tomando como premisas básicas: la promoción, protección, recuperación y rehabilitación, tal como expresa la

Ley 23.661 —Sistema Nacional del Seguro de Salud— en su artículo 2do. (MECON, n.d.4), así como su integración a redes de servicio, en cuanto a efectores que pueden constituirse en puertas de entrada para el acceso a todo el sistema.

Su administración ya ha pasado a ser —definitivamente— descentralizada y su financiamiento no solo depende de los recursos estatales, sino que también agrega a los provenientes de la Seguridad Social.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud ha definido el hospital como:

todo establecimiento [...] dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de la Seguridad Social; de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscripta su admisión a un sector de ella. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1992).

En relación a la evolución de la Universidad (específicamente en Latinoamérica), ésta se inicia con una estructura legal y académica que sigue el modelo de la metrópoli, siendo sus principales protagonistas el clero, los criollos ilustrados y los científicos extranjeros especialmente convocados en esos primeros tiempos para contribuir con su desarrollo. En sus inicios tropezó con los problemas propios de las sociedades nacientes: guerras orientadas a obtener y consolidar la independencia de la mencionada metrópoli, anarquía producto de la falta de organización y luchas civiles que pretendían alcanzarla (Ibáñez Moratal y Pégola, 2012:71).

Con el correr del tiempo y ya en el siglo XX, dejó de ser una escuela de formación de la clase dominante para transformarse en una institución educativa de masas, productora de conocimientos y recreadora de prácticas profesionales.

En esta línea, la Universidad se orienta a la promoción, difusión y preservación de la cultura y contribuye a su desarrollo a través de estudios humanistas, la investigación científica y tecnológica y la creación artística.

A tal efecto forma investigadores originales, profesionales idóneos y profesores de carrera. Lleva adelante además de su acción cultural una acción social directa e interactúa con los diferentes actores de la sociedad. (UBA, n.d.1).

Teniendo en cuenta la descripción formulada sobre el “hospital” y las características de la “universidad”, puede verse con claridad el porqué de la existencia del “hospital universitario” que, por definición, debiera surgir del aporte y síntesis de ambas instituciones.

Así, según la concepción tradicional, un Hospital Universitario (HU) es:

una institución que se caracteriza:

- a) por ser un prolongamiento de un establecimiento de enseñanza en salud (de una Facultad de Medicina, por ejemplo);
- b) por proporcionar entrenamiento universitario en el área de salud;
- c) por ser reconocido oficialmente como hospital de enseñanza, estando sometido a la supervisión de las autoridades competentes;
- d) por ofrecer atención médica de mayor complejidad (nivel terciario) a un sector de la población. (Medici, 2001: 120)

Estudios realizados muestran que:

un hospital universitario es entendido, ante todo, como un centro de atención médica de alta complejidad que:

- a) tiene un importante papel en la atención médica de nivel terciario;
- b) presenta un fuerte compromiso en actividades de enseñanza e investigación relacionadas con el tipo de atención médica que dispensa;
- c) atrae una alta concentración de recursos físicos, humanos y financieros en salud;
- d) por ser de alto costo, juega un papel político importante en la comunidad en la que está inserto. (Medici, 2001: 120-121)

En el mismo sentido:

La triple función asistencial, docente e investigadora es incuestionable y ya no es, no puede continuar siendo, materia de debate. Los conciertos entre las universidades y los hospitales universitarios deben promover la flexibilidad y la opción de disponer de mínimos recursos que puedan permitir incorporar a personas valiosas; de otro modo, desarrollar la universidad en el sentido más académico, será imposible.

¿Quién perderá? Sin duda la sociedad, pues nadie cuestiona que el sistema vertebrado, flexible y accesible de la educación y la sanidad conforman los ejes básicos del desarrollo de cualquier país. (Argente, 2012)

Por lo tanto, lo que convierte a una organización hospitalaria en Hospital Universitario es el vínculo y el compromiso con las funciones esenciales de la Universidad. Su misión institucional, su razón de ser, poseería entonces tres aspectos recíprocamente vinculados: la **Asistencia**, la **Docencia** y la **Investigación**, así como también **la extensión a la comunidad**.

En relación a la misión de los Hospitales Universitarios y a modo de ejemplo, la Ley 1164 de la República de Colombia afirma que:

un Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la universidad cuales son formación, investigación y extensión. (Ministerio de Salud de la República de Colombia [MINSALUD], 2007)

A fines del siglo XX, el complejo proceso de transformación de los hospitales comenzó a instalarse como tema de creciente interés en las agendas internacionales y en el ámbito de la literatura científica.

Esto encuentra su razón de ser en múltiples cuestiones vinculadas a la demografía y el envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades crónicas, las enfermedades emergentes, el afianzamiento de las dinámicas de mercado y el desarrollo tecnológico, entre otras.

A continuación se presentan, de manera sintética, algunas de las tendencias internacionales en esta materia:

- *Tamaño de los hospitales:* Aunque subsisten hospitales de más de 500 camas, la tendencia general apunta a instituciones más pequeñas, especializadas y diversificadas.
- *Articulación en redes de prestación* con escala de población suficiente.

- *Eficiencia:* Creciente predominio de los métodos de atención gerenciada, centrada en el rendimiento y desempeño, con el propósito de contener los costos sin afectar la calidad de la misma.
- *Orientación al mercado:* Creciente incorporación de métodos, dinámicas y reglas de mercado como referentes administrativos centrales.
- *Estancia:* Especialización en problemas agudos que requieren atención médica y de enfermería intensiva, así como diagnósticos y procedimientos sofisticados.

En nuestro país, los hospitales pertenecientes a la Universidad de Buenos Aires están ubicados en distintos puntos geográficos de la ciudad y extienden su atención no solo a la población de sus zonas de influencia sino también a pacientes provenientes de todo el país, e incluso de países limítrofes y del continente, que residen –o no– en Argentina. Y, en especial, a personas de edad avanzada y/o pertenecientes a sectores en riesgo económico y social. Son por lo tanto una herramienta social indispensable, que amplía el acceso a la salud, prestando servicios médicos de la más alta complejidad, formando recursos humanos, desarrollando investigaciones básicas y aplicadas y efectuando tareas de promoción de la salud y diagnóstico precoz.

2.3. Unidades de análisis: su vinculación con aspectos de las teorías de Administración

Las unidades de análisis que se seleccionarán a efectos de su relevamiento y diagnóstico (del mismo modo aquellas que integran el grupo de HU de la UBA y no forman parte de la muestra) presentan como característica básica la de constituir un sistema y, por ende, participar del concepto de Organización.

Por lo tanto es factible apelar al marco teórico específico para que dé sustento a cada uno de los componentes sobre los que se hace foco.

La Teoría General de los Sistemas (TGS) es uno de los enfoques que mayor impacto ha tenido en la teoría Administrativa. La meta de la TGS es tratar de evitar la superficialidad científica que ha estancado a las ciencias. (Ludwig von Bertalanffy, 1976: 1-37)

La TGS persigue producir teorías y formulaciones conceptuales que puedan crear condiciones de aplicación en la realidad empírica sin buscar resolver problemas ni intentar soluciones prácticas.

Se fundamenta en tres premisas básicas:

- **Los sistemas existen dentro de sistemas.** Los átomos existen dentro de las partículas, las partículas dentro de elementos físicos, y así sucesivamente.
- **Los sistemas son abiertos.** Todo sistema que se examine, excepto el menor o el mayor, recibe de los otros sistemas y a su vez afecta en algo a éstos, sean contiguos o no. Los sistemas abiertos se caracterizan por un proceso de intercambio infinito con su ambiente, que son los otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema desaparece.
- **Las funciones de un sistema dependen de su estructura.** La reacción se produce porque están constituidos por partes sensibles ante determinados estímulos.

Respecto a las características de los sistemas, dice Rolando García:

Las primeras características con las cuales hemos definido un sistema complejo son que éste está constituido por un conjunto de “objetos” (los elementos del sistema) en continua interacción. Esto explica: a) que el sistema, como totalidad, tiene propiedades que no son la simple adición de las propiedades de los elementos que lo componen; b) que el sistema tiene una estructura determinada por un conjunto de relaciones entre los elementos, y no por los elementos mismos; c) que las relaciones que caracterizan la estructura constituyen vínculos dinámicos que fluctúan de manera permanente y, eventualmente se modifican de forma sustancial dando lugar a una nueva estructura. (García, 2006:125).

El Diccionario de la Real Academia Española, en su segunda acepción, dice que Sistema es un: “conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto” (RAE, n.d.2), definición similar al concepto tradicional que lo caracteriza como un conjunto ordenado de elementos que interactúan entre sí, dentro de un esquema de orden, pugnando por lograr un objetivo.

En cuanto a Organización puede leerse en el mismo Diccionario, en su tercera acepción: “asociación de personas reguladas por un comportamiento de normas en función de determinados fines” (RAE, n.d.3), cercana al concepto menos lingüístico aunque tal vez más académico que lo define como un sistema compuesto por un conjunto de recursos humanos y materiales que, convenientemente administrados tienden a alcanzar un objetivo.

Las organizaciones son presentadas por Daniel Katz y Robert Kahn en su obra “Psicología Social de las Organizaciones” como sistemas abiertos. Estos se caracterizan por ser capaces de crecer y generar diversos mecanismos de respuesta a partir de un permanente intercambio con su medio ambiente; aspecto, por otra parte, que distingue a este tipo de sistemas. De tal forma que no resulta posible hablar de Organizaciones y no hacerlo de sistemas abiertos.

Ante la necesidad de una mayor apertura, sus partes interrelacionadas son presentadas como subsistemas, cuyas actividades específicas (de cualquiera de los subsistemas organizacionales) afecta al resto de los componentes del sistema total.

La categorización de una organización como un subsistema que existe en un ambiente conlleva a la existencia de otros sistemas dinámicamente interdependientes. (Katz y Khan, 1978:2-4)

Las organizaciones presentan diferentes estructuras más allá de la orgánica. Pueden destacarse la de producción y de apoyo a la producción (aún así cuando sea de servicios y no de bienes), de autoridad (visualizada en las líneas de mando y en diferentes mecanismos reguladores) e ideología como sistema de valores, que le otorga la necesaria sustentación a la mencionada autoridad.

Las diferentes partes del sistema (materiales, información) que ingresan a la organización desde el ambiente, en general, bajo la forma de insumos, son sometidas a distintas transformaciones (tanto en cantidad como en calidad) dentro del sistema y arrojan como resultado la finalización de los procesos vinculados a la estructura de producción (mencionado en el párrafo anterior) egresando bienes y servicios.

Como forma de apoyo a los sistemas organizacionales, la TGS propone un marco de referencia dentro del cual es posible planear acciones y calcular consecuencias inmediatas y a largo plazo, ello así, a partir de una naturaleza dinámica y la permanente interacción entre sus componentes (en sí mismos) y el medio ambiente.

La concepción sistémica permite una visualización y análisis en profundidad de los componentes que integran el sistema organizacional y coadyuva a detectar consecuencias no previstas.

La retroalimentación, característica distintiva de los sistemas abiertos, resulta ser un factor clave a todos estos efectos.

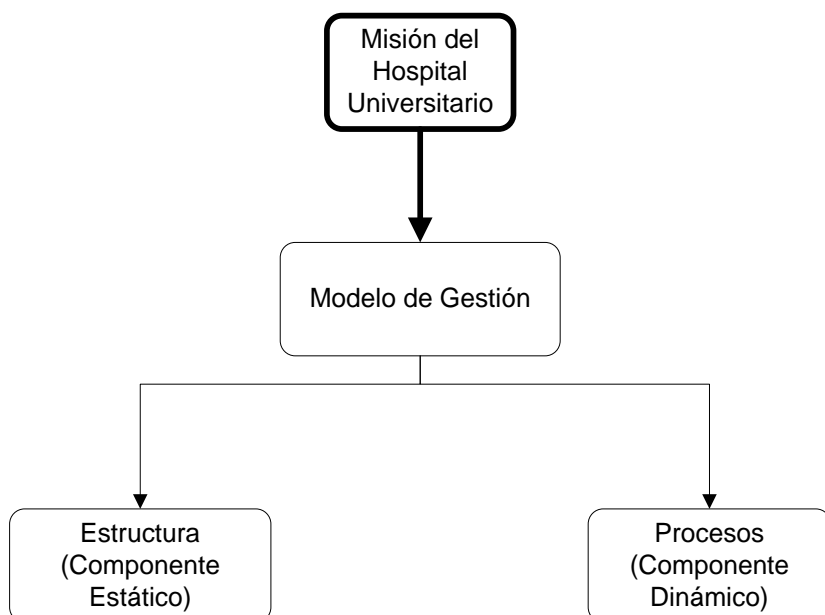
La Organización, por tanto, es una entidad de características sociales que funciona en términos de una estructura determinada y, tal como ya se expresara, debe ser administrada.

Puede constatarse claramente entonces, el concepto de Gestión que según el Diccionario en su segunda acepción significa: “acción y efecto de administrar” (RAE, n.d.4).

Según Franklin Fincowsky y Krieger, la Gestión es:

el manejo inteligente de los recursos estratégicos de la organización para lograr una ventaja competitiva sustentable [...] es la disciplina conformada por una serie de actividades y operaciones tendientes a estructurar y utilizar los recursos de manera óptima para realizar con dirección y sentido las tareas necesarias para que los resultados de la organización estén dentro del rango deseado. (Franklin Fincowsky y Krieger, 2011: 3)

Para ello dividen las funciones de la Gestión en: Planear, Organizar, Dirigir y Controlar; no existiendo prácticamente diferencias con otros autores. Por ejemplo Salgado (1977:55) (mencionando a Fayol) habla de Planeamiento, Organización, Mando y Control. Tal síntesis se ha expresado gráficamente a continuación, en referencia a nuestras unidades de análisis.



3. La gestión en Hospitales Universitarios: estado del arte de la temática

3.1. Análisis de estudios realizados sobre el tema

Por su proyección estratégica, la problemática de los Hospitales Universitarios es objeto permanente de diferentes investigaciones a nivel nacional e internacional, en las cuales dialogan múltiples enfoques, tanto sanitarios como sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros.

En este punto se pretende hacer una sintética puesta en común de algunos de estos abordajes.

3.1.1. Estudios sobre el estado de situación de los Hospitales Universitarios. Universidad de Buenos Aires. (UBA, 2008)

En el año 2008, la Universidad de Buenos Aires realizó este relevamiento con el fin de destacar cómo contribuyen los Hospitales Universitarios a la reducción de las brechas sociales en el acceso a la salud; poner en evidencia la necesidad de recursos considerando que el nivel de atención y el grado de complejidad están en directa relación con ellos, en la labor de hacer frente a las patologías asignadas a su órbita de intervención; y por último, alertar sobre su estado de situación.

También elaboró una descripción de debilidades y fortalezas, haciendo especial hincapié en la mencionada falta de recursos y en las fragilidades administrativas de los sistemas de gestión, en cada uno de los casos y a la fecha.

Este relevamiento no deja de reconocer que aun en las problemáticas condiciones edilicias y de recursos que los nosocomios muestran, la prestación de servicios públicos, la formación y capacitación de profesionales y los proyectos de investigación en desarrollo, han construido y construyen un capital a preservar por parte de la Universidad de Buenos Aires y el Estado nacional.

3.1.2. Estudios sobre los Hospitales Universitarios, Facultad de Medicina de Zaragoza

En 2009 la Facultad de Medicina de Zaragoza y la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense organizaron la Jornada *El hospital universitario del siglo XXI*, a partir de la cual se elaboró este documento (Millán Núñez-Cortés, Civeira-Murillo, Gutiérrez-Fuentes, 2011).

En él se postula cómo la convivencia de las tres misiones que definen la identidad de los Hospitales Universitarios plantea imprecisiones en cuanto a los requerimientos y objetivos específicos de las áreas universitarias de docencia e investigación, estando, en cambio, claramente definidos en la esfera asistencial, en la cual se centra la gestión institucional.

Como consecuencia, es habitual que las primeras no cuenten con un expreso marco regulatorio que incluya asignación de presupuesto y espacio físico, participación en la estructura a través de órganos de gobierno, indicadores de resultados, política de personal, auditorías, entre otros.

Al ser considerado como una “institución de importancia estratégica en la sociedad del conocimiento y en el mundo sanitario”, (Millán Núñez -Cortés *et al*, 2011: 85) se hace evidente entonces la necesidad de implantar procedimientos conjuntos de gestión, control y coordinación para armonizar e integrar estratégicamente sus misiones con similares estándares de calidad, eficiencia y jerarquía.

3.1.3. Estudio Estratégico Sectorial aplicado en cinco Hospitales Universitarios IV Nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá (Universidad del Rosario [UROSARIO], 2012)

En 2012, en la Facultad de Administración de la Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia) se realizó un trabajo de investigación sobre cinco Hospitales Universitarios de alta complejidad, en el marco de su Maestría en Administración en Salud.

Según el decreto 1760 (1990) los Hospitales de tercer y cuarto nivel de complejidad:

son instituciones con tecnología de alta complejidad, atendidas por personal especializado y sub especializado, con infraestructura y personal capaz de brindar atenciones complejas a la población, prestando servicios médico-quirúrgicos en hospitalización o ambulatoria a los usuarios afectados por patologías complejas que requieren cuidados especializados y sofisticados. (UROSARIO, 2012: 29)

Este estudio presenta un análisis de la interacción existente entre el papel del Estado, el sistema de salud y los Hospitales Universitarios. Aborda el comportamiento de las organizaciones del sistema desde la Administración, con el fin de identificar aquellas problemáticas que puedan comprometer la perdurabilidad organizacional y sectorial. Y lo hace desde una perspectiva asociada al concepto de mercado.

Describe la financiación del sistema de salud colombiano, el cual tiene características muy específicas cuya genealogía se puede dividir, muy sintéticamente, en dos modelos:

Subsidio a la oferta:

Los recursos eran entregados a los hospitales, donde no se relacionaba el tipo ni la cantidad de pacientes atendidos con el volumen y calidad de los servicios producidos.

Subsidio a la demanda:

Puesto en práctica luego de ser promulgada la Ley 100 de 1993, y a partir del cual los hospitales públicos debían implementar estrategias encaminadas a la búsqueda de la sostenibilidad; se les elimina, además, la disponibilidad de los recursos que antes les eran entregados de manera automática.

Antes de la implementación de la Ley 100, el Estado era quien se encargaba de la financiación y distribución de los recursos. Pero a partir de 1993, el Estado deja de ser el único actor y permite la creación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), organismos con plena libertad, en términos de libre competencia.

3.1.4. Estudios sobre los hospitales universitarios a lo largo del eje temporal pasado-presente-futuro. (Medici, 2001)

Este trabajo cifra su mirada en un análisis comparativo de los Hospitales Universitarios a través del tiempo, considerando un amplio rango de abordajes que incluyen aspectos sanitarios, económicos, académicos, sociales y simbólicos.

Postula que los Hospitales Universitarios, a lo largo del siglo XX, crecieron en cantidad, importancia y autonomía, presentando un bajo nivel de subordinación institucional a la lógica de los sistemas de salud, dentro de los cuales se enmarcan sus funciones específicas. Sin embargo, este estado de situación comenzó a ser replanteado a partir de los años 70, con la

irrupción de múltiples perspectivas que impactaron en los servicios de salud. Entre ellas, se puede mencionar: la atención primaria como práctica asociada al concepto de democratización de la salud, las técnicas de prevención que no solo prolongan la vida sino que aportan a la reducción de costos, la multidisciplinariedad en la atención, las nuevas herramientas legales que protegen al consumidor contra ciertas prácticas ahora consideradas abusivas. También la necesidad de racionalizar gastos, a partir de considerar que, en general, en la gestión de los Hospitales Universitarios no se utilizan parámetros de resultados para medir la relación costo-beneficio. Son además instituciones caras porque brindan atención de alta complejidad, y desarrollan actividades de enseñanza e investigación.

En cuanto a sus funciones específicas, describe:

ATENCIÓN MÉDICA

La función básica de los Hospitales Universitarios en los países de menor desarrollo es la prestación de servicios de alta complejidad y tecnología, aunque algunos también brinden servicios de atención primaria.

En el orden simbólico, los Hospitales Universitarios proyectan en la comunidad una imagen vinculada a la excelencia en la atención por su perfil de alta complejidad, sofisticación tecnológica y personal altamente capacitado.

Sin embargo, se plantea una paradoja al respecto: contar con más y mejores recursos, tanto humanos como físicos y de equipamiento, no siempre se traduce en estándares superiores de calidad en la atención. Lo cual también impacta de manera negativa en el entrenamiento profesional. Esta situación crítica es producto de gerenciamientos ineficientes, considerándose también la necesidad de auditar constantemente el funcionamiento de los Hospitales Universitarios.

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

En cuanto a las áreas de docencia e investigación, este análisis plantea que se ha restringido la capacidad de los Hospitales Universitarios para asumir y sostener procesos cada vez más complejos de investigación básica y aplicada a la salud, debido a la sofisticación del desarrollo científico y tecnológico y a las limitaciones de los presupuestos públicos, de los cuales dependen las Facultades de Medicina y/o Universidades bajo cuya administración se encuentran los HUs. Con lo cual, se postula que muchas veces la planificación de sus actividades en el área de formación de profesionales tampoco guarda relación con la demanda

y el mercado, ofreciendo cursos y cupos en profesiones de salud sin ninguna conexión con las necesidades reales.

También se plantea otros interrogantes, tales como: qué tipo de entrenamiento deberían proporcionar, cantidad de profesionales que deberían ser formados y modos de financiar las actividades de enseñanza.

Como ha crecido la cantidad de HU cuyo financiamiento comienza a vincularse con los servicios que prestan a la comunidad, se han producido en algunos países ciertos conflictos administrativos entre los Ministerios de Educación y Salud, respecto a cuáles deberían ser las verdaderas funciones de estos establecimientos y a qué tipo de lógica deberían responder: a la de la enseñanza o a la de los servicios.

El texto consultado también hace referencia a los perfiles institucionales y sociales que caracteriza a los HUs, cuyos elevados costos los sitúa en desventaja competitiva con respecto a otros hospitales. Lo cual pone en evidencia la necesidad de continuar con el financiamiento público para sostener la prestación de servicios en forma gratuita o subsidiada.

Y al respecto postula que si bien no son instituciones filantrópicas, pueden ofrecer servicios de salud de alta complejidad gratuitos a franjas carenciadas de la población que de otra manera no podrían acceder a ellos.

Pero este hecho, sumado a su imagen de resolutivez, también promueve que vastos sectores de menores recursos concurren a ellos para atender problemas de salud de todo tipo. Así, en países menos desarrollados, su uso está integrado a una red de servicios y carece de criterios de racionalidad. Esto atenta, incluso, contra su aspiración de equidad, ya que la intervención de diversos factores, tales como su localización o accesibilidad, condiciona la demanda de servicios.

En cuanto a su valor simbólico, considera que los HUs son motivo de orgullo para una sociedad, pues están asociados a la inteligencia, un aspecto esencial del imaginario colectivo de una nación. Del mismo modo que su deterioro, en cualquiera de sus aspectos (calidad de atención, infraestructura, etc.) constituye una afrenta.

El último aspecto institucional al que se hace referencia es que, para la clase médica, los HUs son una fuente de prestigio y poder, campo conflictivo donde también participan otros actores sociales y políticos, por ejemplo, gremios.

Este conjunto de características convierte a los HUs en instituciones complejas, de difícil conducción.

Con respecto a su futuro, el debate se centra en “cómo convertir a los hospitales universitarios en instituciones que, en el marco de sus atribuciones, puedan integrarse y contribuir a la eficiencia y equidad del sistema de salud” (Medici, 2001: 125).

Esta perspectiva, a la que deben sumarse los restantes escenarios de acción de los HUs, plantea el desafío de construir modelos de gestión que puedan dar una respuesta eficaz y sustentable.

3.1.5. Estudios prospectivos sobre los Hospitales Universitarios: la gestión del conocimiento y el empowerment en un Hospital Universitario del siglo XXI (Sampedro Camarena, 2010)

En este trabajo se propone al binomio formado por la gestión del conocimiento y el empowerment como una nueva tecnología gerencial, considerándolo un factor clave para la programación y planificación sanitaria en el ámbito público, y en especial en los HUs, en vistas a lograr altos estándares de excelencia y competitividad.

Define a la gestión del conocimiento como un proceso organizativo cuyos métodos y técnicas tienen por objetivo detectar, analizar y compartir los conocimientos de los individuos ya sea entre los miembros de una organización y/o en la sociedad en su conjunto, incorporándolo al saber colectivo.

Para este autor, entre los activos intangibles con los que cuentan las organizaciones para alcanzar niveles exitosos de competitividad, el conocimiento es el máspreciado. Y destaca su importancia en organizaciones complejas como los HUs, cuyas múltiples funciones deberían desarrollarse con un perfil dinámico, sostenible y de rápida respuesta a las demandas de la sociedad. El conocimiento corporativo de los HUs debe estar en función de sus objetivos estratégicos.

En cuanto al concepto de empowerment, justifica su importancia a partir de considerar que la asistencia sanitaria se encamina hacia un escenario cuyos rasgos fundamentales serán: profesionales expertos y capacitados, trabajo en equipo, y pacientes y usuarios mejor informados acerca de sus deberes y derechos en aquellos temas que se vinculen con su salud.

Se trata entonces de “empoderar” a los equipos de trabajo. La clásica jerarquización piramidal y el estilo autocrático gerencial se irán sustituyendo por un modelo de organización que contemple equipos autodirigidos, en el marco de un estilo consultivo y participativo.

El empowerment debe posibilitar también la participación de los pacientes, de los usuarios y de las comunidades en los organismos de gobierno y en la dirección de las organizaciones sanitarias, incluyendo los HUs, ya que en la construcción y ejecución de los servicios de salud están involucrados los profesionales, los propios pacientes, sus familiares y la población en general.

3.1.6 Estudios sobre las consecuencias de la misión académica para los Hospitales Universitarios (Quintero Hernández, 2008)

Por su misión académica –docencia, investigación y extensión– el HU comparte rasgos de la identidad institucional de la Universidad. La importancia de la Medicina académica para el sistema de salud refuerza la responsabilidad que tienen ambas instituciones por su rol esencial en la formación de recursos profesionales idóneos, para preservar un nivel de atención con altos estándares de calidad y seguridad. Esta particularidad suscita consecuencias sociales, económicas, de calidad y seguridad y comunitarias en el HU, que se analizan en este texto.

CONSECUENCIAS SOCIALES

Se destaca la importancia de la Medicina académica dentro del sistema de salud, con efectos directos y positivos en la formación de recursos humanos, en la generación de conocimiento y en el cuidado y atención de la persona enferma. El costo de la atención en el HU puede ser mayor, y eso lo sitúa en una posición competitivamente desventajosa con aquellos hospitales cuya única misión es la atención. El manejo de los costos supone la implementación de diversas estrategias administrativas, desde contratos por presupuesto hasta la aparición de nuevos actores, por ejemplo los aseguradores que, por cierto, no deberían afectar la atención con altos estándares de calidad y seguridad. De allí la importancia de crear mecanismos de protección, contando también con el apoyo de la sociedad para que los HUs puedan cumplir con su misión de formar profesionales altamente capacitados y a la medida de las necesidades del país.

CONSECUENCIAS ECONÓMICAS

El impacto del costo de la educación médica en el HU ha sido objeto de diversas investigaciones y las cifras varían según el estudio y si se analiza el pregrado o el posgrado, entre otros factores de influencia.

Para Koenig y colaboradores (Citado en Quintero Hernández, 2008) la misión académica de los HUs es responsable del 27,6% de los costos. De éstos, la investigación ocupa un 3,6% y los costos de la educación médica, el 11,5%. Y concluyen en que el futuro de la Medicina académica está sujeto a si la sociedad está dispuesta, o no, a apoyar el financiamiento de los HUs.

CONSECUENCIAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Los parámetros de atención en salud en los HUs siempre se han considerado de mayor calidad y más seguros para el paciente.

Cita este texto (Quintero Hernández, 2008) los resultados de 23 estudios observacionales llevados a cabo por la Asociación Americana de Colegios Médicos (Association of American Medical Colleges: AAMC, por sus siglas en inglés) entre 1989 y 2004, en Estados Unidos. En ellos se compara la calidad de la atención entre los Hospitales Universitarios y no universitarios y se llega a la siguiente conclusión: en los primeros es significativamente mejor la medición de los procesos y el riesgo, en relación con la mortalidad.

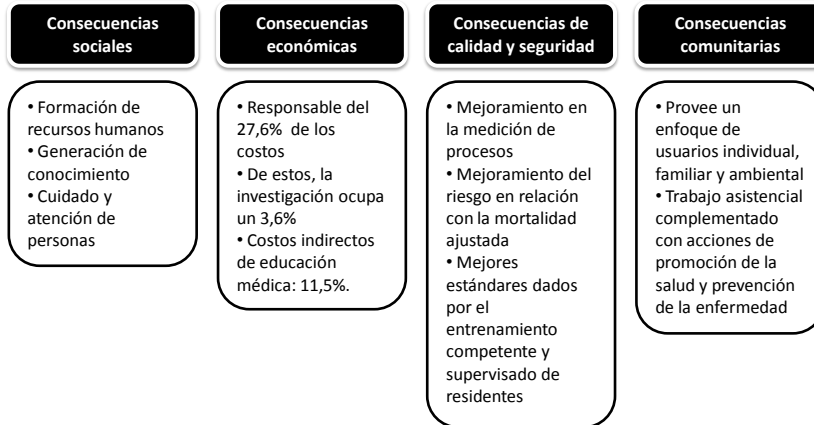
También el entrenamiento competente y supervisado de los residentes provee mejores estándares, siempre y cuando no se los considere como mano de obra barata no calificada.

CONSECUENCIAS COMUNITARIAS

Por último, se incluye otra dimensión al definir a la Medicina del siglo XXI como comunitaria:

con un enfoque de usuarios individual, familiar y ambiental; con una demanda de usuarios sanos y enfermos, y con un trabajo asistencial complementado con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (Quintero Hernández, 2008)

Consecuencias de la misión académica para los Hospitales Universitarios



3.2. La gestión de los hospitales, en general, y Hospitales Universitarios, en particular, desde la perspectiva de distintos autores

Distintos autores han considerado –desde diferentes enfoques– los sistemas de salud en general y los diversos tipos de hospitales como parte integrante de ese sistema, en particular.

En este apartado se han excluido los análisis basados en una perspectiva estrictamente médica. Concentrándonos así en los que cifran su lectura en aspectos tales como la economía y la gestión, procediendo a destacar las ideas propuestas a continuación.

3.2.1. La cuestión económica y organizacional en los hospitales. Las perspectivas de Malagon-Londoño, Morera y Laverde; Wagstaff; Varkevisser, Pathmanathan y Brownlee; Dye y Swayne, Duncan y Ginter, Sollazzo y Berterretche.

En mayor o menor medida existe alguna coincidencia en que la cuestión económica resulta fundamental para llevar adelante cualquier emprendimiento vinculado a la salud. Pero no en cuanto a la metodología que hace a su tratamiento.

Así, por ejemplo, Malagon-Londoño, Morera y Laverde sostienen que:

la salud es factor insustituible del desarrollo de los pueblos y que cuantas veces se habla de bienestar social como una meta gubernamental general en todos los países de la Tierra, se está admitiendo necesariamente la salud como el más poderoso componente de ese bienestar. Ningún plan serio de crecimiento económico podría pretender buenos resultados si el recurso humano para la producción está constituido por una población enferma o desnutrida; esto sería tanto como pretender ganar una guerra con un pabellón de minusválidos. Una población sana permite proyectar planes de desarrollo, con buena garantía de éxito. (Malagon-Londoño, Morera y Laverde, 2008: 2)

En síntesis, lo que plantean estos autores es que para comenzar a transitar una etapa de crecimiento económico es necesario, a priori, resolver la cuestión sanitaria.

Tema que presenta arduos desafíos ya que sobre las asimetrías que interfieren en la resolución de la problemática sanitaria, Wagstaff sostiene que:

sabemos bastante sobre el alcance de las desigualdades sanitarias entre los pobres y los no pobres en los países en desarrollo, y tenemos un conocimiento razonable de las desigualdades con respecto a los factores determinantes de la salud. Lo más llamativo en este aspecto es la incapacidad de la atención sanitaria con financiación pública para llegar a los pobres en casi todos los países en desarrollo, problema que merece una seria atención por parte de los gobiernos y de los organismos de ayuda. (Wagstaff, 2002:323)

Varkevisser, Pathmanathan y Brownlee relacionan los recursos con la investigación. Más específicamente, con la investigación aplicada. Sostienen que:

la investigación en salud tiene dos propósitos fundamentales: Primero, la investigación básica es necesaria para generar conocimiento y tecnología que permitan enfrentar problemas graves de salud sin resolver. Segundo, la investigación aplicada es necesaria tanto para identificar los problemas prioritarios, como para diseñar y evaluar políticas y programas que logren mayores beneficios para la salud mediante el uso óptimo de los recursos disponibles. (Varkevisser, Pathmanathan y Brownlee, 2011: 16)

Y Dye (2013) lo expresa en términos más concretos: no solo se refiere a los fondos suficientes y su utilización con equidad y eficiencia sino que le suma sistemas de información para la toma de decisiones, incorporando un aspecto esencial de la administración aplicada que visualiza el

financiamiento no ya desde los ingresos sino desde el control de los egresos. El autor sostiene que la evolución de las ideas sobre cobertura sanitaria universal ha facilitado una mejor comprensión de las funciones que deberían cumplir los sistemas de salud. Éstas debieran atender tanto a la prevención como al tratamiento:

y tendrían que garantizar que hubiese:

- a. El acceso a los medicamentos esenciales y los productos sanitarios.
- b. Un personal de salud motivado y cualificado, accesible a las personas que atiende.
- c. Servicios integrados y de calidad, centrados en el paciente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta la terciaria.
- d. La combinación de programas prioritarios de promoción de la salud y control de las enfermedades, incluidos los métodos de prevención y tratamiento, integrados en los sistemas de salud.
- e. Sistemas de información que generaran datos oportunos y precisos para la adopción de decisiones.
- f. Sistemas de financiación sanitaria que recauden fondos suficientes para la salud, proporcionen protección contra los riesgos económicos, y velen por que los fondos se utilicen con equidad y eficiencia. (Dye *et al*, 2013: 16)

Swayne, Duncan y Ginter entienden que no solo los aspectos económicos conspiran contra el funcionamiento de los sistemas de salud:

Las instituciones del sistema de salud siguen haciendo frente a un entorno turbulento, confuso y con frecuencia amenazante. Cambios significativos provienen de muchas fuentes, entre ellas: las iniciativas legislativas y políticas; las fuerzas económicas y de mercado internacionales e internas; los cambios demográficos y en los estilos de vida. (Swayne, Duncan y Ginter, 2012:5)

Sollazzo y Berterretche (2011:2829-2840) expresan las conclusiones de un análisis de la Atención Primaria en Salud (APS) en Uruguay en 2009, realizado con el objetivo de identificar posibilidades para alcanzar sistemas de salud universales, considerando la segmentación del sistema y la fragmentación en la provisión. Presentan resultados en distintas dimensiones: conducción, financiamiento, recursos, integralidad e intersectorialidad de la APS. Y observan que la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) favorece el desarrollo de la APS desde una concepción integradora. Al respecto, definen acciones que apuntan a superar la

segmentación del sistema y la fragmentación de los cuidados. Sin embargo notan que, a nivel operativo, la segmentación presente antes de la implementación del SNIS, así como el bajo nivel de coordinación de los cuidados no se han modificado aún. Esto, proponen, se relaciona, entre otros aspectos, con la capacidad de gestión y factores organizacionales.

3.2.2. Sobre las dificultades de financiamiento en los sistemas de salud: la posturas de Dvoredsky y Rosselot Jaramillo; Acuña y Chudnovsky; Sojo

En nuestro país ha existido un marcado interés en diversos autores por incursionar en el estudio pormenorizado del financiamiento del sistema, pero muchas veces lo han abordado desde el punto de vista descriptivo y/o diagnóstico. Aún así, su mención resulta interesante para establecer las dificultades que presenta.

Dvoredsky y Rosselot Jaramillo sostienen que:

el crecimiento exponencial del conocimiento y la tecnología se ha acompañado de un gran aumento del costo de la atención médica, proporcional al aumento de posibilidades diagnósticas y de tratamiento. Junto con el incremento de la población, longevidad y aumento de la demanda de satisfacción del paciente que tiene mayor información y exige mejor diagnóstico y terapias, la salud de la población resulta ser una enorme carga financiera para cualquier país. Las autoridades estatales, federales, mundiales están transfiriendo este costo a las instituciones hasta ahora asistidas por ellas, demandando eficiencia y efectividad. Estos cambios han afectado el esfuerzo docente, tradicionalmente financiado por recursos públicos, constituyéndose en un problema mundial. (Dvoredsky y Rosselot Jaramillo, 2009: 297)

Acuña y Chudnovsky plantean que:

Aún ante la evidencia de la escasez de recursos destinados a los servicios de salud pública, las iniciativas para reformar el sector fueron escasas y focalizadas. Las principales medidas que se llevaron a cabo implicaron propuestas de corte administrativo-financiero. Entre ellas, se encuentra el intento de transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales, la profundización de la descentralización hospitalaria y la privatización de los servicios periféricos y ciertos servicios de salud, así como un nuevo programa nutricional materno-infantil financiado externamente y focalizado en grupos con necesidades básicas insatisfechas. (Acuña y Chudnovsky, 2002:31)

Dicha escasez de recursos pudo ser el origen de la interacción financiera entre hospitales y obras sociales según lo expresa Sojo:

En 1993, un decreto instauró el marco jurídico general para la autonomía hospitalaria, que concibe al hospital público de autogestión en un sistema de redes de servicios de salud centradas en el hospital, que deben articular y coordinar los servicios de salud que suministran los prestadores públicos y privados en un sistema de cobertura universal y obligatoria, con una estructura pluralista, participativa y de administración descentralizada. Estipuló además que las obras sociales debían pagar a los hospitales los servicios recibidos por sus beneficiarios, y estableció un mecanismo para deducir automáticamente, de las transferencias a dichas obras por concepto de cotizaciones, las deudas que ellas contrajeran con los hospitales. (Sojo, 2001: 149-150)

Vale la pena destacar que la autora, comparando distintos países, realiza un análisis conceptual del término cuasimercados, abordando cuatro experiencias de reforma de la gestión en salud. En Chile los cambios se insertan en la reforma previa, la más radical de la región en cuanto a socavar la solidaridad y universalidad del modelo de salud. Sojo concluye que sería beneficioso consolidar los aspectos netamente de gestión para avanzar hacia el uso de precios administrados, tener información pertinente sobre la calidad y costos de las atenciones y contribuir a implantar criterios de eficiencia y eficacia en las prestaciones clínicas.

En Colombia y Argentina, pese a grandes diferencias entre ambos casos, los cambios, sostiene la autora, están insertos en un escenario de reforma que propicia la competencia y propugna los principios de solidaridad y universalidad, por haberse centrado principalmente en modificaciones al modelo de financiamiento, otorgando un lugar subalterno a la gestión. En el caso colombiano, destaca las excesivas complejidades del financiamiento hospitalario que, unidas a insuficiencias regulatorias, coartan los cambios en la gestión. En el caso argentino, que, según Sojo, exhibe hospitales sobredimensionados, describe la amplia gama de reformas de la gestión hospitalaria derivada de la descentralización previa, el grado de autonomía respecto de la disciplina fiscal y las diversas concepciones de su inserción en los sistemas de referencia.

En el caso de Costa Rica, con un escenario de salud eminentemente público y basado en principios de solidaridad y universalidad, la autora indaga en la constitución de mercados

internos de salud mediante la introducción en la Caja Costarricense de Seguros de Salud de un nuevo modelo organizativo y de financiamiento asociado al desempeño; señala que los compromisos de gestión involucrados tienen interesantes aspectos de organización e información y de conformación de un sistema de salud, pero también una excesiva complejidad y altos costos de transacción, y analiza las dificultades para implantar una efectiva descentralización de los prestadores y establecer incentivos al desempeño.

3.2.3. Sobre la autonomía de las instituciones en el financiamiento hospitalario: ¿falta de recursos y/o gasto inadecuado? Las posiciones de Álvarez *et al*; Cetrángolo y Devoto; Katz; Medici; Observatorio de Recursos Humanos en Salud; Millán Núñez-Cortés *et al*; Eslava.

La aparente virtud que resultaría de la autonomía hospitalaria es duramente criticada por otros autores. Álvarez *et al* (2002) sostienen que:

El modelo de los hospitales autónomos enfrenta sin embargo graves problemas para consolidarse, dadas las dificultades de pago de las obras sociales, la baja capacidad contributiva voluntaria de los usuarios y la “competencia” de clínicas y hospitales privados. El crecimiento de la población sin cobertura de salud genera una creciente tensión en los presupuestos provinciales y municipales, y ha potenciado la búsqueda de formas de consolidación del primer nivel de atención y de sistemas de referencia y contra-referencia capaces de racionalizar la relación entre el primer nivel y los hospitales. El nivel de atención primaria en Argentina aparece así más implicado en la racionalización de los recursos financieros del sector público que en la racionalización sistémica de la cobertura de salud. (Álvarez *et al* , 2002:177)

Otras causas son invocadas por Cetrángolo y Devoto:

la salud pública, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destina casi todos sus recursos al nivel secundario (patologías más serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica y más costo-efectiva en el largo plazo. En cambio, el sistema presenta una expansión desmedida de algunos proveedores; un elevado número de médicos (en particular de especialistas), y con un exceso de equipamiento caro y subutilizado y de camas hospitalarias y sanatoriales. (Cetrángolo y Devoto, 2002:15)

Katz incorpora un concepto cuya aparición resulta bastante poco frecuente. Entiende que es una falacia sostener que:

basta con aumentar los recursos destinados al sector para mejorar la cantidad y la calidad de la prestación, sobreentendiendo entonces, que el sistema presenta características de estabilidad y de homogeneidad en la gestión. (Katz, 2003: 64)

También Medici coincide al decir que:

Muchos dirigentes asocian tal situación a la inexistencia de financiamiento adecuado. Sin embargo, el mal gerenciamiento de las instituciones ha sido el principal factor responsable de deterioro. (Medici, 2001:122)

Al respecto, las opiniones están divididas: faltan recursos o no se gastan adecuadamente. Medici se inclina por la segunda opción al mencionar el mal gerenciamiento, lo que podría traducirse en procesos ineficientes. E insiste haciendo referencia a una causa de orden general pero sumamente interesante:

Se considera válido el argumento de que los HUs deben ser solamente unidades de tercer nivel de atención, el acceso a estos hospitales debería estar limitado por una red de referencia, donde las unidades de menor complejidad funcionarían como “*gatekeepers*”. En la práctica, sin embargo, no es esto lo que sucede. Como los HUs están poco integrados a los demás niveles de atención y tienen, en general, total autonomía gerencial en relación a los sistemas de salud, atienden todo los niveles de atención, con el agravante de introducir siempre el sesgo de orientar al paciente hacia un nivel de atención más complejo que el correspondiente al diagnóstico que presenta. Tal vez este sea uno de los motivos por los cuales la atención médica en los HUs es más cara. (Medici, 2001:122)

El Observatorio de Recursos Humanos en Salud presenta al descuido de la administración como una de las causas del deterioro económico en el caso de los HUs, al decir:

Es importante considerar que los hospitales universitarios latinoamericanos se han caracterizado por su desenvolvimiento en situaciones de pobreza material y económica, lo que dificulta la mayoría de las veces el cumplimiento de su verdadera función de desarrollo científico e intelectual para la solución de los problemas de salud. La actitud asumida por

docentes y estudiantes ha señalado en muchas ocasiones la poca valoración sobre la administración y reformas de las estructuras organizativas de una institución tan compleja como el hospital docente. (Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 2001: 113)

También Millán Núñez-Cortés *et al*, sostienen que los procesos tiene importancia fundamental:

Por tanto, parece pertinente actualizar la función del hospital universitario en el –siempre cambiante– sistema sanitario y eventualmente considerar la posible recalificación para dicha función, señalando los principios generales que primen la coordinación en el cumplimiento de sus misiones en un escenario de calidad. (Millán Núñez-Cortés *et al*, 2011: 83)

Eslava explica que lo que a su juicio representa un serio problema para los HUs son las "dificultades financieras e insuficiencias administrativas notorias lo que lleva a una debilidad general de la red de servicios" (Eslava, 2002:46). Esta crisis, para el autor, se manifiesta en una grave iliquidez de las instituciones prestadoras de servicios de atención médica. Y esta problemática en la que se ahogan los hospitales generales se torna aún más asfixiante para los HUs en la medida en que a éstos se les exige, por un lado, mayores logros por ser centros de docencia, asistencia e investigación y, además, iguales resultados financieros. Es decir, se les pide que hagan mucho más con el mismo volumen de recursos.

Estas observaciones las formula a partir de su reflexión sobre la importancia que en la actualidad ha adquirido la noción de HU en Colombia y el reto que exige pensar dicho hospital como un escenario particular donde se conjugan, de manera compleja, las dinámicas asistenciales y académicas. El autor presenta, a su vez, algunas consideraciones acerca de la forma en que el hospital ha surgido en calidad de escenario fundamental para la formación de los profesionales de la salud y como el actual sistema de salud colombiano ha generado dificultades para hacer realidad las propuestas más integrales de HU.

4. Investigación realizada

4.1. Hipótesis. Justificación y alcance

En su obra *Cómo se hace una tesis* Umberto Eco afirma en IV.1 “El índice como hipótesis de trabajo” que es este el momento en que se deberá realizar una aproximación preliminar a la hipótesis. (Eco, 2004:131)

Nuestra hipótesis, si bien está descrita en este capítulo, fue depurada y finalizada al concluir las tareas de investigación dado que las limitaciones y alcances de la misma quedan debidamente definidas en el proceso de comprobación empírica.

Entonces, es natural que en el transcurso de la construcción de la Tesis se vean los resultados, adecuando la hipótesis al alcance de los mismos para que ésta pase de ser una conjetura con limitaciones en su definición, a una descripción comprensiva del proceso de investigación.

Así es que resulta imprescindible que en el desarrollo del trabajo se realice una revisión, a modo de retroalimentación de las características específicas de la Tesis.

El planteo se refiere a que en la actualidad, los HUs de la UBA no cumplen acabadamente con los objetivos planteados por las normativas que los regulan.

Esto se debe a la falta de un Modelo de Gestión diferente al de todo otro hospital cualquiera sea su naturaleza, ya que considerando las características y la misión de los hospitales universitarios es posible concluir que es necesario contar con una estructura y procesos administrativos que le permitan desarrollar sus funciones de manera eficaz, eficiente y con la mayor calidad.

En el informe correspondiente a Diciembre 2005 del Observatorio de Políticas Públicas de la Coordinación General del Cuerpo de Administradores Gubernamentales de la Jefatura de Gabinete de Ministros, se sustenta nuestra posición original diciendo lo siguiente:

A pesar de todo esto, el hospital tiene sus signos de vitalidad y no ha cerrado sus puertas o anulado su internación por el esfuerzo de su personal profesional y no profesional, y por la dedicación de la mayoría de quienes estuvieron a cargo de su dirección (se está refiriendo al Hospital de Clínicas) y de las jefaturas de muchos departamentos y divisiones.

También la Universidad y dentro de ella su Facultad de Medicina, tampoco renunciaron a dictar en su espacio toda la enseñanza que los alumnos requieren en una síntesis de asistencia, docencia e investigación, que siempre contribuyó a tratar de no perder la excelencia de la institución que por décadas fueron el paradigma del hospital público con mayor desarrollo académico.

Pero este esfuerzo que siempre se desarrolló bajo condiciones adversas, fue anárquico y desordenado, dependió del denodado esfuerzo individual de profesores y maestros, estimuló asistencialmente la atomización de los servicios, se multiplicaron las funciones y cooperadoras sin control direccional alguno, se utilizó la legislación de los hospitales de autogestión que le permitió cierta autonomía administrativa y distribución de sus recursos, y sin embargo los avatares de los vaivenes económico - sociales del país lo pusieron varias veces al borde de una virtual ausencia de viabilidad y una sensible disminución de operatividad en los años recientes. (Observatorio de Políticas Públicas, 2005:67)

Esta cita comparte nuestra definición del problema institucional vigente en los HUs, pero también debemos considerar que la propuesta explicitada en la hipótesis no ha sido sostenida solo por nosotros, sino que en el informe citado con el título: “Los hospitales universitarios del futuro: una posibilidad”, en uno de sus acápites se expresa lo siguiente:

Diseñar una estructura administrativa que normalice los circuitos de suministro de insumos y medicamentos, y el efectivo cumplimiento del mantenimiento preventivo del instrumental y toda la aparatología disponible. Para ello no sólo es necesaria la agilización del trámite formal, que en una institución pública debe cumplir normas estrictas, sino el correcto pedido, seguimiento y atención que los centros de consumo (departamentos y secciones) deben realizar con prioridad y certidumbre estricta en cada caso. El tradicional incumplimiento de la solicitud en tiempo y forma y la anarquía en su procesamiento y disponibilidad han justificado históricamente las vías alternativas (cooperadoras o fundaciones) que están exentas de programación, previsibilidad y auditorías. Simultáneamente se concretará así el alejamiento de la matriz del hospital de caridad, hoy todavía presente en los hospitales públicos argentinos. (Observatorio de Políticas Públicas, 2005: 71)

La cita antes mencionada define un rasgo de la naturaleza que debe tener un modelo de gestión para un hospital público y mira sesgadamente un aspecto crítico que surge seguramente de la queja del personal médico y no médico. Pero nuestro propósito es más complejo en cuanto entendemos que la cita expresa un emergente de dificultades estructurales más amplias. En este

sentido, las dificultades vinculadas con el modelo de gestión pueden también expresarse del siguiente modo:

En lo financiero

La falta de recursos, esto es su escasez para hacer frente a los compromisos que demanda el funcionamiento de un HU, se verifica en el exiguo presupuesto con el que cuenta y no solo por la dependencia que existe en relación con la Universidad.

Asimismo, una fuente idónea de financiamiento como es la Gestión Descentralizada, es desaprovechada y no logra aportar lo que parecieran indicar los cálculos previos.

En este sentido, no solo no existe la posibilidad de acceder a algún tipo de crédito, sino que la incapacidad de repago y la poca expectativa de cancelación de pasivos convierte esta opción en muy poco viable.

Recursos humanos

Carencia de políticas básicas en lo que hace a su administración: rotación de personal, capacitación, promociones con calificaciones periódicas, agrupamientos temáticos y todo aquello que hace al posicionamiento de los trabajadores para un adecuado desempeño de sus funciones.

Sistemas administrativos

Una marcada desarticulación entre los operativos, ausencia de procedimientos y escasez de equipamiento apropiado. Poco o nada desarrollados y faltos de integración, producto en gran medida de una tecnología desactualizada. La conclusión inmediata resulta ser la imposibilidad de contar con mecanismos de gestión y de control.

Edificio

Obras iniciadas y concluidas luego de mucho tiempo, o bien nunca iniciadas perjudican el funcionamiento y el desempeño del personal e impiden el aprovechamiento de las instalaciones que trabajan muy por debajo de su capacidad.

Por lo tanto, la hipótesis descrita debió responder a la pregunta implícita en su formulación: ¿es posible que el diseño de un modelo de gestión, la definición de sus

metas, sus puntos de control y los ratios que permitan medir su desempeño institucional pueda modificar la génesis del problema planteado?

Hay una respuesta tácita y afirmativa en esta hipótesis de trabajo, dado que el marco teórico elegido y la metodología propuesta cumplen con los requisitos técnicos que apuntan a corroborar, mediante el diagnóstico, el estado actual de las instituciones.

4.2. Marco metodológico de la investigación

4.2.1. Método de investigación

En particular, la metodología para el estudio de cualquier sistema prevé un desarrollo en etapas o fases (variando de acuerdo a la propuesta de diferentes autores) que se ejecutan secuencialmente aún cuando –en la práctica– existan superposiciones entre las mismas.

Podemos decir que este enfoque supone como premisas: la utilización del concepto de modularidad, lo cual implica la necesidad de acotar el objeto de estudio de forma tal que el “sistema” sea perceptible, esto es comprensible y por ende manejable para el ser humano, y el de factorización progresiva que requiere que se fijen jerarquías para avanzar de mayor a menor, estudiando el “todo” en primer lugar, para luego hacerlo con cada una de las “partes” definidas como consecuencia de la modularización.

Para este tipo de estudio las etapas a considerar son las siguientes:

Análisis

El objeto de esta etapa resulta ser mucho más amplio que la mera recolección y ordenamiento de los datos correspondientes a las unidades de análisis, ya que implica un examen de las relaciones existentes entre los distintos componentes y el contexto, una comparación crítica y la identificación y valoración de los objetivos considerados.

Por lo tanto incluye una instancia de Evaluación y Diagnóstico donde el cuadro de situación elaborado sea la base para el arribo a las imprescindibles conclusiones.

A su vez, y para una mejor exposición, puede verse esta etapa de la siguiente manera:

- Análisis retrospectivo que tiene como objetivo comprender de qué manera cada una de las unidades bajo estudio evolucionó hasta su actual modelo de funcionamiento.
- Análisis de corte que estudia y define la situación vigente en cada una de sus dimensiones constitutivas.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO

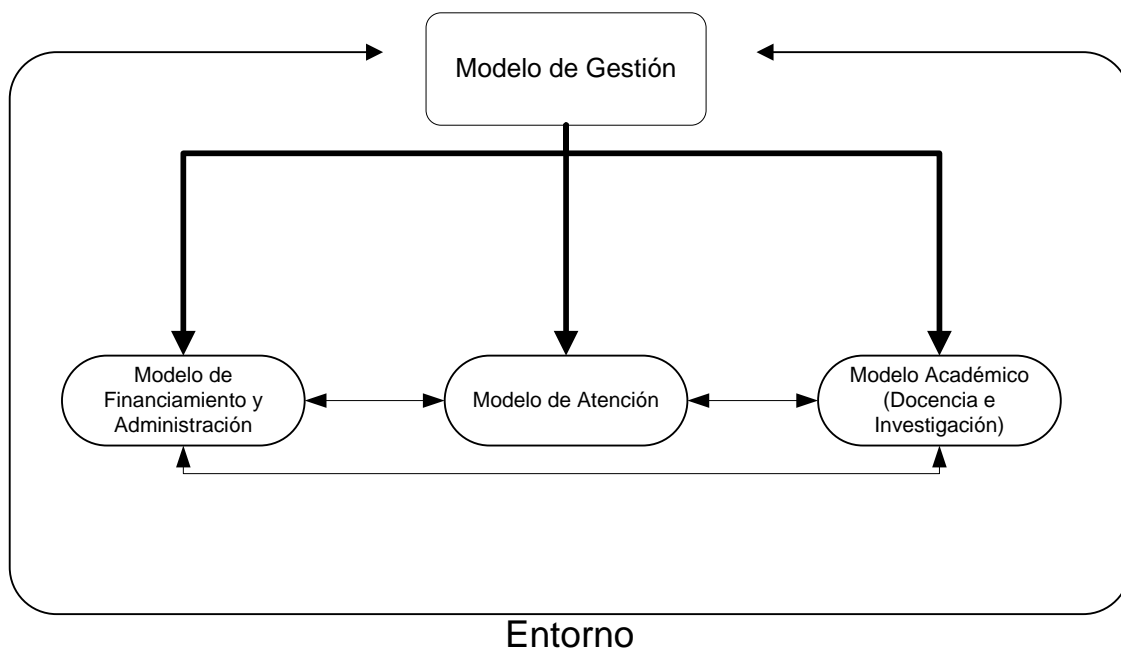
Se corresponde con la presentación de la evolución histórica de la Universidad de Buenos Aires y de cada una de las Unidades Hospitalarias objeto de la investigación.

El análisis retrospectivo se corresponde con el análisis documental cuyas fuentes primarias y secundarias serán citadas oportunamente.

ANÁLISIS DE CORTE

Si bien el análisis retrospectivo permitirá conocer los factores determinantes del modelo de funcionamiento de los Hospitales Universitarios objeto de la investigación, es necesario un estudio focalizado para conocer en forma exhaustiva cómo opera el mismo en la actualidad y en cada una de las unidades mencionadas.

Para lo cual resulta oportuno presentar los componentes del Modelo de Gestión en forma esquemática:



Diseño

El objeto de esta etapa es el de desarrollar la/s propuesta/s que satisfaga/n los objetivos planteados. Esta construcción consiste en integrar los resultados obtenidos en la anterior etapa de Análisis a partir de la identificación y selección de los elementos adecuados a efectos de avanzar con las siguientes tareas:

- Selección de los elementos del entorno de alto impacto en el desarrollo de la Universidad y sus hospitales a lo largo de su historia.
- Desarrollo propiamente dicho de las bases para el diseño del modelo de gestión.

De lo expresado, es posible concluir, en primer lugar, que el diseño seleccionado para el presente trabajo es **No Experimental**, dado que al encuadrarse los objetivos dentro del campo de las ciencias sociales no sería posible lograr el control del procedimiento de la investigación en un ambiente controlado.

Por otra parte y dentro de la categoría No Experimental, se aplicará una estrategia mixta, esto es, una conjunción de **Estudios Longitudinales y Transversales**. Los primeros se corresponderán con el análisis retrospectivo y los segundos con el análisis de corte.

Es importante destacar el o los métodos con los que se desarrollará la investigación. Considerando que la formulación de los objetivos conlleva un sentido de lo general a lo particular para, en una instancia posterior, construir una “Ley” que pueda ser extrapolada a otros ámbitos del universo.

Por último, al plantear la identificación y cuantificación de los elementos, tanto endógenos como exógenos, representativos del modelo de gestión de un Hospital Universitario en general y de los hospitales de la Universidad de Buenos Aires en particular, la caracterización final del método correspondería a un estudio Cualitativo en su carácter histórico analítico, y Cuantitativo en la presentación de la situación actual, con la consecuente propuesta de bases para un diseño sustentable.

4.2.2. Descripción del universo e identificación de la muestra

Al referirnos a los hospitales pertenecientes a la Universidad de Buenos Aires, el **universo** lo integran:

- *Hospital de Clínicas “José de San Martín”*
- *Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari”*
- *Instituto de Oncología “Dr. Ángel Roffo”*
- *Instituto de Tisiopneumología “Raúl F. Vaccarezza”*
- *Hospital Odontológico Universitario*

El criterio utilizado para la selección de la **muestra** se basó en la complejidad de los diferentes hospitales. En consecuencia se seleccionaron como representativos a aquellos centros que cumplían con la condición de ser polivalentes en las tres dimensiones que constituyen su misión: Atención, Docencia e Investigación, bajo el supuesto de la simplicidad en la extrapolación de las conclusiones a las que se arribe a través de la investigación. Es decir, asumimos como premisa que las bases para el diseño que resultaran aplicables a hospitales polivalentes –y por lo tanto de mayor complejidad, dada la cantidad de procesos e interacciones– serán aplicables a uno de menor complejidad.

De este modo, la **muestra** queda integrada por:

- *Hospital de Clínicas “José de San Martín”*
- *Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari”*

4.2.3. Instrumentos y técnicas para la recopilación de datos

En este apartado se describirán los medios diseñados para la recolección de los datos e información.

En primer lugar, se hará referencia al Análisis tanto retrospectivo como de corte y posteriormente a la etapa de Diseño.

Los instrumentos y técnicas a emplear serán:

- *Encuestas Cerradas y Abiertas*
- *Observación en Terreno*
- *Estudio de Antecedentes y Documentación*
- *Relaciones matemáticas*

De los cuales haremos ahora una breve descripción:

- ***Encuestas cerradas y abiertas***

A desarrollarse a través de cuestionarios específicos, siendo éstos abiertos o cerrados; atendiendo al lugar que ocupe el entrevistado en la organización. Para los niveles más altos se intentará obtener un mayor nivel de flexibilidad en las respuestas.

- ***Observación en terreno***

A desarrollarse como una serie de actividades, a través de las cuales se toma conocimiento por simple visualización. Como, por ejemplo, lugar de trabajo, disposición física, elementos utilizados, ubicación y estado de las instalaciones, ubicación del personal, acceso/permanencia y circulación de los usuarios, etc.

- ***Estudio de antecedentes y documentación***

A desarrollarse mediante la recolección de datos dentro y fuera de las unidades de análisis.

- ***Relaciones matemáticas***

A desarrollarse como parámetros referenciales tanto para evaluar la calidad de la gestión administrativa como el desempeño clínico y como forma de relacionar la estructura con los procesos y los resultados.

Es importante aclarar en qué momento se hará uso de las diferentes técnicas e instrumentos antes descritos. En la Etapa de Análisis (sub etapa relevamiento) se utilizarán en forma

privilegiada, las encuestas cerradas y abiertas, la observación en terreno y el estudio de antecedentes y documentación. En la sub etapa Evaluación y Diagnóstico: los resultados alcanzados en la sub etapa anterior y las Relaciones Matemáticas a efectos de procesar y vincular los mencionados resultados.

- **Encuestas Cerradas – Información a relevar**

Para exponer el diseño de las encuestas, es necesario retomar las áreas constitutivas de la misión de un Hospital Universitario y su lógica sistémica.

Tal como se ha puesto de manifiesto en el GRÁFICO A, al tener como objetivo describir el Modelo de Gestión de un Hospital Universitario, es preciso contar con los datos que permitan evaluar el cumplimiento de su misión en las dimensiones que lo constituyen. Este es el criterio de diseño de las distintas encuestas.

A. Encuesta “Modelo de Financiamiento y Administración” – Datos

Período: Mensual y Acumulado anual

- Estructura de Financiamiento: Financiamiento Fuentes 11 y 12
- Presupuesto 2012/2013 vs Ejecución Presupuestaria en idéntico período.
- Cantidad de convenios con Obras Sociales Nacionales, Institutos Nacionales y/o Entes Privados.
- Monto facturado vs Monto cobrado
- Monto correspondiente a financiadores morosos
- Monto correspondiente a incobrables
- Cantidad promedio de días de cobranza efectiva
- Plan Anual de Compras, desvíos
- Monto y cantidad de compras por vía de emergencia
- Monto y cantidad de compras por fondo rotatorio
- Monto y cantidad de compras por caja chica
- Porcentaje de ausentismo global
- Monto de recursos destinados al pago de complementos por ausentismo.

B. Encuesta “Modelo de Atención” – Datos

Período: Mensual y Acumulado anual

- Internación:
 - Ocupación total y sectorial
 - Perfil epidemiológico de la atención
 - Duración promedio de una internación Clínica, Quirúrgica y de Unidades de Cuidados Intensivos
 - Incidencia de infecciones intra hospitalarias
 - Capacidad operativa y capacidad instalada
 - Cantidad de derivaciones – internaciones y estudios de diagnóstico y tratamiento especificando la causa.
 - Cantidad de internaciones – Cantidad de defunciones

- Atención Ambulatoria:
 - Perfil epidemiológico de la población atendida
 - Tiempos de espera para el acceso a los servicios de salud
 - Cantidad de derivaciones – estudios de diagnóstico y tratamiento especificando la causa.
 - Cantidad de atenciones no programadas
 - Cantidad de atenciones de Urgencia/ Emergencia
 - Cantidad de atenciones – Cantidad de defunciones

C. Encuesta “Modelo Académico” – Datos

- Modelo Académico
 - Docencia:
 - Cantidad de Profesores Nombrados (UDH y Residencia)
 - Cantidad de Profesionales que participan de la docencia

 - Investigación:
 - Cantidad de Profesores Nombrados afectados a tareas de investigación

- Cantidad de publicaciones en Revistas Nacionales por especialidad.
- Cantidad de publicaciones en Revistas Extranjeras por especialidad.

4.2.4. Técnicas de evaluación de datos

Los resultados obtenidos en la fase de relevamiento explican el cuadro de situación a partir de su interrelación matemática y permiten una mejor comprensión de éste. A continuación se referencian los conceptos utilizados y el significado de lo que cada relación procura establecer:

F 11: fuente de financiamiento correspondiente a Recursos del Tesoro

F 12: fuente de financiamiento correspondiente a Recursos Propios

F 16: fuente de financiamiento correspondiente a Recursos Remanentes (provista por las propias unidades)

Inc. 1: Inciso 1 corresponde a Gastos de Personal de Planta financiado con F 11

Ppto. Total: Presupuesto total, corresponde a la sumatoria de las partidas de todas las fuentes de financiamiento

Crédito: total disponible en el año para una fuente de financiamiento determinada, para una parte componente de alguna de aquellas o para la sumatoria de todas las fuentes de financiamiento; según sea el caso.

Consultas: se refiere a las externas, realizadas en forma ambulatoria

Urgencias: se refiere a las realizadas en ese carácter, que se muestran por separado pero se incluyen en el total de Consultas

Egresos: cantidad de pacientes externados en un período

Promedio días de estada: se obtiene dividiendo el total de días de internación por la cantidad de egresos en el mismo período.

Giro cama: se obtiene dividiendo el total de egresos por la cantidad de camas disponibles

Numerador: F 11 Denominador: Presupuesto total

Indica cuál es el grado de participación de los recursos del Tesoro en relación al presupuesto total.

Numerador: F 11 solo Inc. 1 Denominador: Presupuesto total

Indica cuál es el grado de participación del gasto de personal en relación al presupuesto total

Numerador: Inc. 1 Denominador: F 11

Indica cuánto se destina a gastos en Personal del total de Recursos del Tesoro

Numerador: F 12 Denominador: Presupuesto total

Indica cuál es el grado de participación de los recursos Propios en relación al presupuesto total.

Numerador: F 12 Denominador: Presupuesto total sin Inc. 1

Hace homogénea la comparación entre Recursos Propios y Recursos del Tesoro sin considerar gastos en Personal

Numerador: F 12 Ejecutado Denominador: F 12 Crédito

Establece el nivel de ejecución del crédito presupuestario para Recursos Propios

Numerador: F 11 sin Inc. 1 Ejecutado Denominador: F 11 sin Inc. 1 Crédito

Establece el nivel de ejecución del crédito presupuestario para Recursos del Tesoro. Brinda una mejor visión sin considerar Inc. 1 ya que en general se encuentra ejecutado lo que llevaría a concluir una mayor ejecución que la real por la incidencia de éste.

5. Análisis: relevamiento, evaluación y diagnóstico

5.1. Encuadre histórico-político-institucional

“Quizá la más grande lección de la historia es que nadie aprendió las lecciones de la historia.”

Aldous Huxley (1894-1963)

Introducción

En este punto de nuestra investigación desarrollamos un enfoque posible de encuadre histórico-político-institucional, con el fin de contextualizar y comprender la complejidad de la problemática de los HUs a partir de considerar un período amplio que se inicia en el año 1880 (comienzo del Hospital de Clínicas) hasta finales de siglo XX.

¿Cómo definir los rasgos fundamentales de la organización sanitaria en un lugar y un momento histórico determinados? [...] Estos modelos organizativos no comprenden solamente aspectos inherentes a la forma particular de ordenamiento de los servicios de atención de la salud, sino también problemas que exceden el campo sanitario y a su vez lo determinan como la organización institucional del país, su funcionamiento político, la distribución de sus estratos sociales, la cultura predominante y la estructura económico-productiva. Más bien estos últimos aspectos son más determinantes de la organización sanitaria que los intrínsecos del Sector Salud. (Arce, 2010: 59)

La cita precedente nos propone el marco conceptual y referencial para abordar nuestra temática. Desde esta perspectiva el devenir histórico de las instituciones está íntimamente ligado a los avatares políticos, sociales, económicos y culturales de las sociedades a las cuales se integran y de las cuales participan. Así, para poner en contexto las unidades de análisis, haremos referencia al escenario político nacional en paralelo con la historia de la Universidad de Buenos Aires (institución en la cual se enmarcan estas unidades) y el estado y perfil de la realidad sanitaria nacional. Para su mejor comprensión, este relato se hará a partir de postular los siguientes períodos históricos: 1880-1916 // 1916-1930 // 1930-1943 // 1943-1955 // 1955-1983 y 1983-2000.

○ **CONTEXTO NACIONAL**

En el marco de la historia argentina, el período comprendido entre los años 1880 y 1916 puede ser identificado como el de la *República Conservadora*, gobernada por la llamada *Generación del 80*. Las familias más poderosas del país promovieron en 1880 la candidatura presidencial de Julio Argentino Roca, quien había dirigido un año antes la Campaña del Desierto y fue la figura más emblemática de esta etapa.

La fundación de La Plata, la conquista del Chaco, la organización política y poblacional de la Patagonia, el impulso de tendencias económicas que marcaron durante años la inserción del país en los circuitos mundiales de la producción y el consumo son importantes acontecimientos que se asocian a la gestión de Roca. También lo serán la inmigración masiva, las soluciones a los conflictos limítrofes con los países vecinos y las polémicas religiosas y educativas de la época. (Luna, 2003:52)

En el orden de las ideas, la *Generación del 80* adhería a la concepción positivista de Augusto Comte, sintetizada en el lema *Orden y Progreso* que durante las presidencias de Roca se consagró como *Paz y Administración*. Consideraba que el poder político debía ejercerlo una elite compuesta por hombres de ciencias y de negocios, siendo el orden público el marco necesario para la consolidación del progreso.

En lo político, el Partido Autonomista Nacional (PAN) dominó el escenario tanto a nivel nacional como provincial, gracias a elecciones fraudulentas asentadas en la práctica constante de lo que dio en llamarse el voto cantado.

Durante esta etapa la presidencia de la Nación fue ocupada sucesivamente por: Julio A. Roca, Miguel Juárez Celman, Carlos Pellegrini, Luis Sáenz Peña, José Evaristo Uriburu, nuevamente Julio Argentino Roca, Manuel Quintana, José Figueroa Alcorta, Roque Sáenz Peña y Victorino de la Plaza.

En el plano económico se implantó un modelo periférico agro-exportador que situaba a la Argentina en el conjunto de naciones productoras de materias primas, las cuales abastecían a los países productores de bienes industriales, según la división internacional del trabajo imperante.

Así, en 1891, durante la presidencia de Carlos Pellegrini, se crea el Banco de la Nación Argentina para la promoción y el respaldo de las actividades agropecuarias. Nuevamente citamos a Félix Luna: “El año de 1891 terminó felizmente: una excepcional cosecha de trigo aumentó el nivel de las exportaciones y contribuyó a resolver, por lo menos, la coyuntura. Nació un nuevo país, ‘el granero del mundo’ ” (Luna, 2003: 127).

La exitosa instauración de este modelo deviene de la aplicación de técnicas modernas de agricultura y ganadería, la construcción de una red de comunicaciones y transporte centrada en el sistema ferroviario con eje en Buenos Aires y sus puertos, el fomento de la inmigración de población campesina europea, especialmente italianos y españoles lo cual, junto con la paulatina mejora de las condiciones sanitarias, devino en un importante crecimiento demográfico. Según José Luis Romero (1995: 97) “El censo de 1895 acusó un 25% de extranjeros y el de 1914 un 30%”.

Los capitales más importantes, de origen británico, orientaron sus inversiones hacia ferrocarriles, puertos y frigoríficos. Comienza así el proceso de concentración de riqueza y prosperidad en la ecuación Buenos Aires / aristocracia agrícola-ganadera, frente a la pobreza y exclusión del interior profundo y la clase trabajadora, actor social que no tardará en manifestar su creciente descontento.

Para Romero:

Continuó entre tanto la prolongación de la red ferroviaria, que comenzó a caer dentro del monopolio de los capitales ingleses por la deliberada decisión del gobierno, según el principio de que solo las rutas improductivas debían ser explotadas por el Estado, en tanto que las productivas debían quedar libradas al capital privado. [...] Garantizadas las inversiones, los grupos financieros extranjeros ofrecieron al Estado argentino sucesivos empréstitos. [...] Quedaron en sus manos los dos grandes sistemas industriales de carácter moderno que se habían organizado hasta entonces: los ferrocarriles y los frigoríficos. (Romero, 1995: 99)

La concepción de orden público que se concebía desde el partido gobernante y que tan bien sintetizan las ya famosas palabras de Roca “*Necesito paz duradera, orden estable y libertad*

permanente...” derivó en la aplicación por parte del Estado de una política represiva, cuyos principales destinatarios fueron los sectores obreros radicalizados, activistas anarquistas y socialistas. Una de sus normas más representativas es la llamada Ley de Residencia N° 4.144, también conocida como Ley Cané sancionada en 1902, que habilitaba la inmediata (y discrecional) expulsión del país de todo extranjero considerado contrario al gobierno. Podemos mencionar también la aplicación del estado de sitio, el allanamiento de locales partidarios, la represión de toda huelga y/o manifestación de protesta, entre otras.

Antonio E. Brailovsky (1982: 67) recuerda y transcribe las advertencias de Alfredo Palacios en el Congreso: “No se detienen las ideas con violencia; por el contrario se acrecientan, se aviva el entusiasmo y se enciende la fe”.

Brailovsky identifica los primeros años del nuevo siglo como una época de importantes transformaciones, cuyas consecuencias sociales eran resistidas por los sectores más tradicionales. Y lo ejemplifica con un párrafo de *Prosa ligera*, obra de Miguel Cané:

¿Dónde están los viejos criados fieles que entreví en los primeros años en casa de mis padres? ¿Dónde aquellos esclavos emancipados que nos trataban como a pequeños príncipes? [...] El movimiento de las ideas, la influencia de las ciudades, la fluctuación de las fortunas y la desaparición de los viejos y sólidos hogares han hecho cambiar todo eso. (Cané, 1903; citado en Brailovsky, 1982: 68)

Este escenario quedó expuesto en 1910, en la conmemoración del Centenario de la Revolución de Mayo, durante la presidencia de José Figueroa Alcorta: en la ciudad de Buenos Aires (ya capital del país gracias a la Ley de Federalización promulgada por Nicolás Avellaneda) convivieron los imponentes festejos que coronaban el poder político y económico de las prósperas élites, junto con las protestas organizadas por grupos de activistas, especialmente anarquistas.

La Generación del 80 era decididamente anticlerical. Con la sanción de las leyes de Matrimonio Civil, el Registro Civil y la Ley 1420 de Educación Común, en 1884, reglamentando su carácter obligatorio, estatal, laico y gratuito, culmina el proceso de separación de la Iglesia y el Estado.

Por último, en el ámbito cultural, Europa era el horizonte artístico y literario máspreciado para la clase dominante. En tanto, el encuentro con los saberes y prácticas que portaban los inmigrantes sumó perspectivas diversas a la cultura popular, incluso en el terreno político con sus ideales socialistas y anarquistas, duramente combatidos por los conservadores, como ya se ha señalado. En ese marco, también la sanción de la Ley N° 1.420 estableció un alto estándar de escolarización.

Finalizando 1889, aparecerá *un nuevo espacio político*:

En ese contexto, hacia fines de esa misma década, y ante la crisis económica que atraviesa el país y la falta de una alternativa política al ‘unicato’, un grupo de jóvenes comenzará a organizar un nuevo espacio político, a partir de la redacción de un documento, en el cual dejan en claro que ha llegado la ‘Hora de la Juventud’. Estos jóvenes se comprometen a luchar por la vigencia de la autonomía municipal, la transparencia de los manejos públicos y los derechos políticos de las grandes mayorías, convocando a un mitin en el “Jardín Florida”, el cual tendrá lugar en la ciudad de Buenos Aires el 1 de septiembre de 1889. Ante la asistencia de unas 3.000 personas se renueva el fervor patriótico y la necesidad de retomar los valores éticos. A esa demostración cívica asiste como invitado especial Leandro Alem, quien se convierte en el líder natural del emergente movimiento, y en esa misma jornada política quedará conformada la “Unión Cívica de la Juventud. En ese mismo año 1889 tendrá lugar un nuevo mitin político [...] Es el nacimiento de la "Unión Cívica", cuya primera tarea será la conformación de esta nueva herramienta política en el interior del país. (Unión Cívica Radical [U.C.R], 2013)

En 1912 se sanciona la Ley 8.871 o Ley Sáenz Peña. Si bien dejaba fuera de su alcance a las mujeres y otros grupos sociales, la norma establecía el principio democrático de sufragio universal, secreto y obligatorio para varones nativos argentinos y naturalizados, mayores a 18 años.

En 1916, mientras Europa se desangra en el escenario de la Gran Guerra cuyas consecuencias derivarían en un nuevo orden mundial, en nuestro país llegaba a su fin la *República Conservadora*.

El 2 de abril de ese mismo año, Hipólito Yrigoyen, dirigente de la Unión Cívica Radical, triunfa en las primeras elecciones presidenciales libres, bajo el amparo de la Ley Sáenz Peña.

○ UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Creada en agosto de 1821, la Universidad de Buenos Aires vivió durante la década del '80 un intenso proceso de transformaciones, a partir de ser transferida al Estado nacional luego de la federalización de la ciudad de Buenos Aires. En cuanto a la educación primaria, el Estado impulsó la implementación de un sistema de educación gratuita, obligatoria y laica propio de la ideología liberal positivista y lo instrumentaría a partir de la Ley 1.420. También en este período las dos universidades nacionales (Córdoba y Buenos Aires) romperán por fin con los lazos que las vinculaban históricamente a la Iglesia Católica.

En 1885 se sanciona la Ley Avellaneda con el objetivo de definir los lineamientos de la política universitaria nacional y sentar las bases administrativas generales que regirían el funcionamiento de ambas casas de estudio. Sobre tales bases, éstas redactaron sus nuevos estatutos.

La formación impartida por la Universidad, en especial la UBA, se asociaba casi en exclusividad al ejercicio de profesiones liberales. Esta impronta profesionalista, alejada de otro tipo de disquisiciones consideradas poco útiles y lucrativas, era cuestionada desde diversas posturas en particular por su infausta influencia en la clase dirigente forjada principalmente en las Facultades de Derecho y puesta en evidencia en la menoscabada calidad de la práctica política.

La lucha contra el profesionalismo fue entonces un motivo central de la vida universitaria porteña de finales de siglo. En este contexto debe comprenderse la creación, en 1896, de la Facultad de Filosofía y Letras. En principio fue entendida como el lugar destinado a la práctica científica y a la 'investigación desinteresada' dentro de la Universidad. (Universidad de Buenos Aires [UBA], n.d.2)

También impactaron en la conformación del perfil de la Universidad dos de las variables que caracterizaron este período: la expansión económica y el crecimiento de la inmigración.

Así, el acceso a la enseñanza superior se destinaba a una elite reducida, que sin embargo no se regía por prejuicios étnicos o de clase. El título universitario era una meta muy preciada, el paradigma del ascenso social; en especial para las familias inmigrantes, que aspiraban a que al

menos uno de sus hijos lo obtuviera, tanto por su valor simbólico como por las posibilidades de progreso económico que aparejaba.

A comienzos del siglo XX crece la participación estudiantil, que se refleja en el surgimiento de los centros de estudiantes. Los debates, tensiones y conflictos entre estudiantes y las academias que gobernaban las Facultades crean las condiciones para la primera reforma de estatutos de la UBA que termina en 1906 y da comienzo a un proceso de modernización institucional.

○ SALUD PÚBLICA

En lo referente a la salud pública, el accionar de la *Generación del 80* se encuadra dentro del llamado *movimiento higienista*.

Este movimiento nace en Europa en la primera mitad del siglo XIX como una respuesta, desde la prevención, a las condiciones de hacinamiento y pobreza padecidas por gran parte de la población, cuya más temible secuela eran las epidemias de consecuencias catastróficas.

La medicina comienza entonces a considerar las condiciones de vida como causa de enfermedades y a éstas como un fenómeno social. La salud de la ciudad y sus habitantes se incorpora en la agenda no solo de los Estados sino también de intelectuales y profesionales de diversas disciplinas.

En este sentido se inscribe la labor fundamental de Louis Pasteur, en especial en el campo de la microbiología. A partir de sus revolucionarios aportes, a la prevención y cura de enfermedades infecciosas se suman nuevos métodos tales como vacunas y antibióticos y se destaca la importancia del rol de la higiene. El proceso de pasteurización deriva del apellido de este notable científico.

También, la postulación de su teoría microbiana abrió las puertas para el tardío reconocimiento de Ignacio Semmelweis, médico húngaro, quien gracias a sus observaciones adjudicó certeramente a la falta de higiene de quienes atendían a las mujeres parturientas, el elevado número de muertes producidas por la fiebre puerperal. Doctorado en Obstetricia, es nombrado ayudante en el Hospicio General de Viena, donde descubre que las tasas de mortalidad aumentan en las salas atendidas por estudiantes de Medicina tras sus sesiones de anatomía, cuya práctica incluía la manipulación de cadáveres.

Recomendó entonces el lavado de manos con una solución de cloruro cálcico como condición previa al contacto con las madres. Pero a pesar de la drástica disminución de los índices de mortalidad de parturientas, muchos colegas reconocidos y miembros de la comunidad científica de la época ignoraron su iniciativa. Recién unos años después, Louis Pasteur lograría instituir la importancia de la higiene y la asepsia en el contexto de la atención médica.

En nuestro país, el *higienismo* surge ante un escenario social caracterizado por: la presencia de una poderosa oligarquía agrícola-ganadera, por un lado, y grandes masas populares en situación de pobreza, por el otro. A su vez, como consecuencia de la inmigración, ciudades importantes como Rosario y Buenos Aires presentaban un crecimiento constante, sin orden ni control. Por último, la reciente y devastadora epidemia de fiebre amarilla de 1871 proyectaba su temible sombra en la conciencia colectiva y en la preocupación de las autoridades.

Dice Félix Luna:

En la década de 1880 la tendencia de los estudios médicos giró en torno de los temas de higiene sobre los cuales había llamado la atención Guillermo Rawson. Sus seguidores – Pirovano, Wilde, Gutiérrez, Argerich, Podestá, Ramos Mejía y otros– se interesaron por los problemas patológicos, físicos y mentales derivados de la falta de asistencia pública, la miseria de los sectores marginales, el hacinamiento de los conventillos, la prostitución, el delito, la locura. (Luna, 2003: 110)

Las insalubres condiciones habitacionales y laborales propiciaban la transmisión de diversas patologías, transformándose en una amenaza sanitaria para toda la sociedad. También –según cierta discutible perspectiva– en un problema moral, al asociar la pobreza a vicios y malos hábitos tales como el alcohol, la prostitución, y la defensa de ideas anarquistas y revolucionarias.

Esto lleva a los higienistas a desplegar diversas acciones de control sanitario, con especial énfasis en madres y niños. Promovieron la acción del Estado en tres áreas: saneamiento ambiental, mejora de la situación habitacional y educación de las clases populares en cuanto a hábitos adecuados de higiene.

Las operaciones sanitarias se dirigían desde dos organismos dependientes del Estado: el Departamento Nacional de Higiene (D.N.H.), dependiente del Ministerio del Interior y la

Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, que dependía del Ministerio de Relaciones Internacionales y Culto. Las Asistencias públicas controlaban la higiene ambiental, emergencias y vacunaciones. A su vez, los hospitales públicos eran administrados por las Sociedades de Damas de Beneficencia.

En paralelo, la tarea desarrollada en el Poder Legislativo por figuras descolantes como Alfredo Palacios se orientaba a mejorar las condiciones generales de vida y de trabajo de la población, a partir de considerar que la miseria era la causa principal de enfermedades endémicas y mortalidad infantil. En esa línea podemos mencionar la Ley 5.291, promulgada el 14 de octubre de 1907, relativa al trabajo de Mujeres y Menores.

Cuando presentó su proyecto legislativo tendiente a proteger el trabajo de las mujeres y menores, que dio lugar a la sanción de la Ley 5291, en los fundamentos de aquel, el Dr. Palacios llegó a manifestar lo siguiente: ‘... he entrado en las fábricas en momentos en que las jóvenes se dedicaban a la labor y he podido observar todo el peligro que encierra, no ya para los niños solamente, como también, para el país, el trabajo de las mujeres’.

(Austerlic, 2012)

Por su parte, la Ley 9.143 de 1913 contra la *trata de personas y el rufianismo* es la primera en América contra la trata de blancas y la primera norma legal contra la prostitución infantil. En el ámbito de los derechos laborales se destacarán luego la Ley 11.933, (15/10/1934) relativa al régimen de protección de la maternidad para empleadas y obreras de empresas particulares, y legislación sobre descanso dominical, jornada máxima de 8 horas, accidentes de trabajo, Ley de Sillas, etc.

En tanto, la *Ley Ricchieri* (11/12/1901) –que establecía el servicio militar obligatorio– no solo tuvo importantes consecuencias en el orden político y social sino también en el sanitario. A partir de 1904 los jóvenes de 20 años, en gran parte hijos de inmigrantes, debían cumplir con un período de entrenamiento militar, previa revisión médica que establecía su aptitud. Accedían también a documentación identificatoria y muchos se alfabetizaron gracias a las escuelas instaladas en los cuarteles.

Esta Ley (N° 4.301) lleva el nombre de quien la promovió, Pablo Ricchieri, Ministro de Guerra durante el segundo mandato presidencial de Julio A. Roca.

Según un documento elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, en el desarrollo del *higienismo* podemos identificar tres etapas:

1870-1880. En esta década el tema son las epidemias, su estudio y las formas de control. El ideario del grupo es fundamentalmente liberal y secularizador. Su norte es el “progreso”. En 1883 se crea la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires a cargo del Dr. Ramos Mejía.

1890-1900. Durante este lapso la atención se centra en las enfermedades infectocontagiosas y las condiciones de vida de los sectores pobres. Se suman al movimiento sectores del socialismo y del catolicismo social.

1900. Desde 1900 en adelante el problema se individualiza en las enfermedades de transmisión sexual y el higienismo avanza en propuestas sociales de carácter preventivo. (Ministerio de Salud de la Nación [MSAL], 2012: 131)

Dos figuras sobresalientes de este período son el psiquiatra Domingo Cabred y el doctor Emilio Coni. Cabred creó la Colonia Open Door, primer establecimiento de puertas abiertas para el tratamiento de enfermos mentales. Coni, por su parte, creó la Asistencia Pública capitalina. La Liga Argentina de Lucha contra la Tuberculosis y promovió la fundación del Patronato de la Infancia asociando los esfuerzos del Estado y de la sociedad civil. Propiciaba la conducción técnica de los hospitales financiados por el Estado, en ese momento administrados –como ya se dijo– por Sociedades de Beneficencia.

Siendo una de las unidades de análisis de la presente Tesis, otro hecho destacable es el traspaso del Hospital de Buenos Aires, luego denominado Hospital de Clínicas, a la Facultad de Ciencias Médicas, por decreto del 4 de junio de 1884. Comenzó a construirse en 1877 y fue inaugurado en 1881. Tal como expresaba Fermín García Marcos en su artículo *Las ruinas del viejo Hospital de Clínicas*, publicado en *La Nación* del 24/03/1977:

Las autoridades de la provincia de Buenos Aires durante la gobernación de Carlos Tejedor, ante la realidad del antihigiénico Hospital de Hombres y por instancia de la Academia de Medicina, deciden emprender las obras de un nuevo hospital constituido por pabellones aislados, separados por jardines, en la manzana de las calles Córdoba, Junín, Paraguay y Andes. Estando casi terminada la construcción para albergar 250 camas, estalla el conflicto

de 1880 por la federalización de Buenos Aires, y los días 18, 19 y 20 de junio se convierte en cuartel de rifleros, comenzándose a usar de hecho como hospital de concentración de Puente Alsina, Corrales y Barracas. La provincia, vencida por las tropas de la Nación, entrega a la Facultad de Medicina los locales, y el Gobierno Nacional, el 31 de agosto de 1880 ratifica esa decisión; por último, el Dr. Eduardo Wilde, académico, profesor de medicina y en ese entonces Ministro de Instrucción Pública de Roca, hace entrega oficial en acto público del Hospital de Clínicas a la Facultad el 21 de agosto de 1883. (Citado en Pégola y Sanguinetti, 1998: 43)

A modo de cierre, en cada uno de los períodos que se analizarán en este punto (Encuadre histórico-político-institucional) hemos decidido reproducir (sintetizadas) las cronologías elaboradas por Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch (2004) que dan cuenta de las distintas acciones llevadas a cabo en el ámbito de la sanidad. La creación de organismos en el área, cuyos alcances se articulaban con la misión de otros ya existentes, la formulación de planes de saneamiento, las publicaciones específicas, la organización de Congresos médicos, y otras iniciativas, son todas manifestaciones del curso que fue adoptando a través de los años la construcción, tanto real como simbólica, del concepto de salud pública.

Instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 334-335)

- 1883** Creación de la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires.
- 1887** Creación de la Oficina de Estadística Municipal de Buenos Aires.
- 1891** Creación de la Oficina Demográfica del *Departamento Nacional de Higiene*.
Publicación de los Anales del D. N. de H., que se transforman en Anales de Higiene y Medicina Legal al incluir la publicación periódica de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública.
Creación de la Sociedad Médica Argentina.
- 1892** Creación del Patronato de la Infancia. Integración del mismo en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires.
La Escuela de Enfermería creada por Cecilia Grierson se integra en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública.
- 1896** Se formula y en buena medida se ejecuta el Plan de Saneamiento de

Mendoza.

- 1897** Se formula el Plan de Saneamiento de Corrientes.
- 1899** Iniciación de los Congresos Científicos y los Congresos Médicos Latinoamericanos.
- 1901** Creación de la Liga Argentina de Lucha contra la Tuberculosis.
- 1902** Restitución del Consejo de Higiene como dependencia clave del D. N. de H.
Reunión de una Conferencia Sanitaria para evaluar la endemia palúdica.
- 1904** Se reúne en Buenos Aires el 2º Congreso Médico Latinoamericano en el cual se analiza la profilaxis de la fiebre amarilla. Se reúne la IV Convención Sanitaria Internacional.
- 1906** Creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales como dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.
El D. N. de H. convoca a una Conferencia Sanitaria para evaluar la endemia leprosa.
Brote de viruela en la Capital: se programa una campaña masiva de vacunación.
- 1907** Conflictos con la Dirección de Ferrocarriles por negar acceso a inspectores sanitarios.
Conflicto con el Departamento Nacional del Trabajo por la legislación sobre higiene del trabajo de mujeres y niños.
- 1910** Se aprueba la propuesta para construir Hospitales Antipalúdicos en Rosario, Salta y Jujuy.
- 1912** Se reorganiza el D. N. de H. Campaña antipalúdica en varias provincias.
Carlos Chagas visita Buenos Aires.
- 1913** El presidente Sáenz Peña aprueba el Reglamento Interno del D. N. de H. preparado por el Dr. Penna.

1916 / 1930

○ CONTEXTO NACIONAL

Hipólito Yrigoyen, como ya se dijo, es el primer presidente argentino elegido a partir de las garantías electorales emanadas de la Ley Sáenz Peña.

Esto representaba un cambio sustancial en la vida institucional de la Nación, gobernada durante tantos años por una poderosa minoría, que ejercía a través del PAN prácticas políticas fraudulentas y monopólicas, y se alineaba con los intereses de las potencias y los capitales extranjeros, a expensas de las grandes mayorías del país.

El radicalismo que llegaba al gobierno de la mano de Yrigoyen representaba, por el contrario, valores éticos y democráticos, el respeto a la Constitución, a las leyes y a los principios del federalismo. Su primera presidencia se extenderá desde 1916 a 1922.

Yrigoyen enfrentó una férrea oposición, tanto desde el Poder Legislativo donde ambas Cámaras estaban dominadas por los partidos conservadores, como desde muchos gobiernos provinciales, también en manos de la mencionada orientación política. Esta distribución del poder llevó a la promulgación de numerosos decretos y a la utilización del recurso de intervención federal para algunas provincias. (Sabsay, 2001:227)

Estas prácticas no fueron bien vistas por la sociedad, y comenzaron a generarse además algunas discrepancias dentro de su propio partido.

Dos episodios marcarán a fuego la presidencia de Yrigoyen: (Sáenz Quesada, 2001:461-464)

- La denominada “Semana Trágica” (enero de 1919) en la cual se desata el conflicto entre grupos nacionalistas y sectores obreros anarquistas, a partir de la toma de los Talleres Vasena por parte de estos últimos, en el marco de reclamos laborales. El gobierno se alineó con la posición de los trabajadores, pero la intransigencia de los sectores enfrentados desató una creciente ola de violencia.
- La llamada “Patagonia Trágica”, cruenta represión comandada por su enviado a la Patagonia, el Tte. Cnel. Héctor Benigno Varela, que culminó con el fusilamiento de decenas de obreros que luchaban contra la explotación patronal, en los años ’20.

Para hacer una sintetizada caracterización de este gobierno, podemos mencionar como puntos sobresalientes:

1. La defensa de los sectores obreros a través de la promulgación de normas tales como la Ley de Organización Gremial y la Ley de Contratos Colectivos de Trabajo. También se impulsó la adhesión de la Argentina a las Convenciones Internacionales del Trabajo, la jornada de 8 horas, el descanso dominical, entre otras medidas. Las clases populares y

medias se transforman en actores sociales con peso propio. Así los funcionarios designados eran hijos de obreros, maestros de provincia, médicos de barrio, empleados.

2. En cuanto a la política económica, el gobierno impulsaba un modelo nacionalista, donde se revalorizaba el rol del Estado. Varias son las medidas adoptadas que apoyan esta afirmación, siendo una de las más emblemáticas la creación de YPF (Yacimientos Petrolíferos Fiscales). En el mismo sentido se inscribe el impulso a las leyes de arrendamientos rurales que equilibraban la desigual relación entre pequeños arrendatarios y grandes propietarios.
3. Otro cambio de rumbo sustancial se verificó en el ámbito de la política exterior, con una postura inéditamente soberana, basada también en el principio de libre autodeterminación de los pueblos. Durante la Primera Guerra Mundial, Yrigoyen no acató la presión de Estados Unidos en cuanto a declararle la guerra a Alemania ni apoyó su exclusión de la Sociedad de las Naciones. Bregó por la realización de una conferencia de países latinoamericanos y rechazó la invasión norteamericana a la República Dominicana.
4. En cuanto a la educación, sin duda el apoyo a la Reforma Universitaria de 1918 fue uno de los hechos más sobresalientes. Se nacionalizaron además las Universidades del Litoral (1919) y Tucumán (1921).

Las elecciones de abril de 1922 consagran ganadora a la fórmula de la Unión Cívica Radical conformada por Marcelo T. de Alvear y Elpidio González, con una importante diferencia de votos: 460.000 contra 370.000 sumadas las tres listas opositoras (demoprogresistas, socialistas y conservadores). (Sáenz Quesada, 2001: 477)

Alvear, que ejercerá su mandato hasta 1928, provenía de la clase alta. Lo que sin duda marcará y diferenciará sus políticas con respecto a las aplicadas por su antecesor. No obstante, el período... “tuvo connotaciones propias: fue una etapa próspera y tranquila, después de muchos años de tensiones y violencias políticas”. (Sabsay, 2001: 235)

Así, las divergencias mencionadas no solo produjeron el enfrentamiento entre Yrigoyen y Alvear sino que también impactaron en el partido al que ambos pertenecían, provocando una escisión entre sus afiliados y simpatizantes.

Para las elecciones de abril de 1928 cada sector presentaría sus propios candidatos. Los radicales anti-personalistas (contrarios a Yrigoyen y organizados en la Unión Cívica Radical Antipersonalista) irían con la fórmula Leopoldo Melo - Vicente Gallo; por su parte, los radicales yrigoyenistas (de la Unión Cívica Radical) con Hipólito Yrigoyen- Francisco Beiró, que resultó ampliamente vencedora. Pero Beiró fallece antes de asumir y es reemplazado por Enrique Martínez.

En 1929, al año de iniciar Yrigoyen su segundo mandato, el mundo se ve convulsionado por la Gran Depresión. Sus consecuencias también afectarían al país y al gobierno, dado el colapso de los mercados internacionales a los cuales Argentina abastecía de materias primas a partir del modelo agroexportador instalado por la Generación del '80. Para A. Brailovsky:

Fue en ese momento que Yrigoyen, contra la opinión de todos los economistas, decidió cerrar la Caja de Conversión; es decir, guardarse el oro sin dárselo a nadie, ni permitir que continuara la evasión especulativa. Se armó un escándalo nacional y muchos sectores protestaron indignados [...] E Yrigoyen, que no sabía nada de economía, que no había leído a sutiles tratadistas del patrón oro y del librecambio, sentía intuitivamente que los especuladores se llevaban el oro sin dar nada a cambio y que era necesario detener esa fuga de cualquier modo. Fue por eso que tomó una medida de política económica moderna, que poco más tarde tomarían también las grandes potencias, y cuyos fundamentos teóricos se edificarían bastante tiempo después. (Brailovsky, 1982: 85)

Aproximándonos a 1930 finaliza, entonces, la etapa de la economía primaria exportadora y cesa – para Aldo Ferrer (1970) – “el papel hegemónico del sector agropecuario de la región pampeana como actividad promotora del desarrollo del conjunto de la economía nacional” (Citado en Mignone, 1975: 159).

El malestar de los sectores afectados, en especial los relacionados con la ganadería y su comercialización, entre otros, encontró su cauce alentando a facciones conservadoras y nacionalistas y a ciertos grupos militares adversos al gobierno.

A lo largo de sus dos mandatos, la actitud del líder radical con respecto a los militares fue ambigua y conflictiva. Así, por ejemplo, les concedía aumentos salariales pero reducía las inversiones e intervenía en los ascensos y destinos de los oficiales. La animosidad militar, que ya consideraba la alternativa del derrocamiento presidencial, se manifestaba a través de

distintas posiciones: quienes abogaban por una representación corporativa, a partir de una drástica intervención en el escenario institucional, como el Gral. José Félix Uriburu; o aquellos, como Agustín P. Justo, que veían en el golpe la posibilidad posterior de un inmediato retorno al orden conservador, que había sido representado –como ya vimos– por la Generación del '80.

Así, Yrigoyen afrontaba un turbulento frente interno. El radicalismo se debatía en un marco de divisiones y enfrentamientos entre facciones. Las medidas con las que el Poder Ejecutivo daba respuesta a estos acontecimientos fueron muy criticadas por la oposición. Y la espiral de violencia política iba en aumento: se intervinieron las disidentes provincias de Mendoza y San Juan y son asesinados dos opositores, el senador mendocino Carlos W. Lencinas y el abogado sanjuanino Manuel Ignacio Castellano. A su vez Yrigoyen sufre un atentado camino a la Casa de Gobierno. Arreciaban las críticas de la prensa y desde diversos sectores políticos, estudiantiles y militares.

No es de extrañar entonces que en las siguientes elecciones parlamentarias el partido gobernante fuera derrotado tanto en la Capital como a nivel nacional.

El clima político se fue enrareciendo cada vez más, hasta desembocar en el infausto golpe de Estado encabezado por el Gral. José Félix Uriburu, el 6 de septiembre de 1930.

Para Romero:

El triunfo de la revolución cerró el período de la república radical, sin que Yrigoyen pudiera comprender las causas de la versatilidad de su pueblo, que no mucho antes lo había aclamado hasta la histeria y lo abandonaba ahora en manos de sus enemigos de la oligarquía. Su vieja casa de la calle Brasil –que los opositores llamaban ‘la cueva del peludo’– fue saqueada, con olvido de la indiscutible dignidad personal de un hombre cuya única culpa había sido llegar al poder cuando el país era ya incomprensible para él. (Romero, 1995: 118)

○ UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

La historia de las Universidades nacionales está atravesada por el movimiento reformista de 1918, que convulsionó sus cimientos desde múltiples facetas. Por eso nos parece importante hacer una puesta en común de las propias voces institucionales relatando los acontecimientos, junto a otras fuentes.

En el ámbito universitario, el gobierno de Hipólito Yrigoyen apoyó en 1918 un movimiento de reforma, iniciado en Córdoba, que pronto tendría un profundo impacto en toda América Latina. Incluso varios de los manifiestos del Mayo Francés, en 1968, recordaban las jornadas cordobesas de principios de siglo. Cuando el líder radical accedió al gobierno, la universidad era un ámbito casi exclusivo de los jóvenes pertenecientes a las clases dirigentes. Pero la creciente clase media comenzaba a pujar por el ascenso social y por el acceso al ejercicio de profesiones liberales [...] A su vez, el líder radical sostuvo la autonomía de la Universidad frente al Estado. (El Historiador, n.d.1)

Enfrentándose a las autoridades de la Universidad de Córdoba, en junio de 1918 los estudiantes iniciaron un movimiento renovador que aspiraba a la democratización de la enseñanza, cuestionaba el régimen disciplinario imperante y bregaba por la participación estudiantil en la elección de autoridades. Los estatutos que garantizaban el proceso de reordenamiento institucional asumieron características diversas en las Universidades de Buenos Aires y La Plata. Y luego también en las del Litoral y Tucumán, a partir de su nacionalización. En lo que respecta a la UBA, si bien hubo desacuerdos, diferencias y resistencias, contó con un vasto consenso entre su cuerpo de profesores y directivos.

Las reivindicaciones reformistas bregaban por la renovación de las estructuras y objetivos de las universidades, la implementación de nuevas metodologías de estudio y enseñanza, el razonamiento científico frente al dogmatismo, la libre expresión del pensamiento, el compromiso con la realidad social y la participación del claustro estudiantil en el gobierno universitario.

Las bases programáticas que estableció la Reforma fueron:

- Cogobierno estudiantil
- Autonomía universitaria
- Docencia libre
- Libertad de cátedra
- Concursos con jurados con participación estudiantil
- Investigación como función de la universidad
- Extensión universitaria y compromiso con la sociedad (Universidad Nacional de Córdoba [UNC], n.d.)

También se volvió a instalar el debate acerca de la preeminencia del perfil profesionalista y la postergada inclusión de ciencias y humanidades. Esta demanda derivó en la creación de prestigiosos institutos de investigación. Entre ellos, el Instituto de Investigaciones Históricas, de Literatura Argentina, de Filología Hispánica y el Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina, reorganizado por Bernardo Houssay en 1921.

Sin embargo, a pesar de esta creciente valorización de la investigación científica, las profesiones liberales conservarían su liderazgo, sustentado en los privilegios sociales y económicos derivados de su ejercicio.

Las innovaciones que introdujo la Reforma en el ámbito de la docencia habilitaron el acceso de nuevos profesores y la creación de la llamada carrera académica, dando paso también a las generaciones recientes de graduados, de los cuales muchos provenían de familias de inmigrantes. Sin embargo, como los estudios universitarios seguían siendo arancelados, aún no podrían acceder a ellos las mayorías. La Reforma tampoco instauró el ingreso directo. En ese sentido, es interesante prestar atención a cómo narra la propia Universidad de Buenos Aires un episodio de 1918 que dará cuenta de la poderosa influencia ejercida por otros sectores en la escena universitaria.

En diciembre de 1918, el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina recibió una nota de una agrupación de bachilleres que aspiraban a ingresar sin examen a la Facultad y que contaban, aparentemente, con el apoyo del Poder Ejecutivo. La asociación que integraban por entonces el Círculo Médico Argentino y el Centro de Estudiantes de Medicina defendió con firmeza el mantenimiento del examen agregando una dura declaración respaldando la autonomía universitaria y el derecho de la Facultad a establecer su propio sistema de ingreso. Aunque posteriormente los estudiantes de Medicina se opondrían a otras reglamentaciones de ingreso particularmente restrictivas, el episodio mostraba otra dimensión significativa de la Reforma a la que los historiadores han prestado escasa atención: el peso significativo que las corporaciones profesionales, en particular las que agrupaban a médicos y abogados, comenzaron a ejercer desde entonces en la vida universitaria. (UBA, n.d.3)

El programa de la Reforma incluía además una activa política de extensión, que asumiría los rasgos e intereses de las regiones en las cuales estaban situadas las casas de estudio. Así, en Buenos Aires, las acciones se orientaron hacia la difusión de novedades científicas y actividades de orden artístico y literario.

El ideario de la reforma se proyectó en América Latina. A mediados de 1920, Gabriel del Mazo, presidente de la Federación Universitaria Argentina, firmó un convenio con su par de la Federación de Estudiantes del Perú. Allí se comprometieron a intensificar el intercambio intelectual, a solidarizarse con la reforma de la enseñanza, a luchar por el sostenimiento de universidades populares, a propagar el ideal de americanismo y a realizar periódicamente congresos internacionales estudiantiles. (Universidad Nacional de la Plata [UNLP], (2014)

A ésta se sumaron acciones similares en Chile, México y otros países del continente.

Poco después del golpe militar del Gral. Uriburu, en septiembre de 1930, la Universidad es intervenida.

○ **SALUD PÚBLICA**

En los años que median entre 1916 y 1930 la diferenciación entre la protección de la salud colectiva y la asistencia médica perdía paulatinamente la nitidez de sus límites: la prevención de la difusión de afecciones crónicas como la tuberculosis y la lepra, así como la protección de la salud materno-infantil, requerían la combinación de ambos tipos de actividad. Pero en la institucionalidad nacional vigente, la sanidad dependía del ministerio del Interior, a través del Departamento Nacional de Higiene, en tanto la asistencia estaba a cargo del ministerio de Relaciones Exteriores, a través de la Sociedad de Beneficencia y de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales y de algunas autoridades locales. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 375)

Durante el primer mandato de Hipólito Yrigoyen, el Departamento Nacional de Higiene fue presidido brevemente por Gregorio Aráoz Alfaro, quien volvió a ocupar el cargo en la presidencia de Alvear, en coincidencia con la Primera Conferencia Sanitaria Nacional. En ella

abogó por la integración de la sanidad nacional y la coordinación o fusión de la sanidad y la asistencia. Siendo discípulo de Emilio Coni, iniciador de la propuesta, bregó por la creación de un Instituto Superior de Higiene y Medicina Pública, iniciativa que no prosperó. Fue un duro crítico de las decisiones del poder político que, según su parecer, lejos de poner la dirección del Departamento en manos idóneas, procedía según conveniencias políticas y electorales.

Alrededor de esos años comienzan a crearse, tanto en Buenos Aires como en el interior del país, asociaciones médicas con fines diversos, desde la defensa de la ética, la legitimidad de la actividad sindical profesional, hasta el desarrollo de actividades médico-científicas.

En 1916 se organiza el Primer Congreso Nacional de Médicos, en el cual se defendió la “necesaria unificación de los servicios de Higiene Pública.” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 384).

El 21 de septiembre de 1917, Augusto Bunge presenta ante la Cámara de Diputados de la Nación el *Proyecto de Código de Seguro Nacional*. Bunge, quien había ocupado el cargo de Jefe de la sección de Higiene Industrial y Social del Departamento Nacional de Higiene era el autor de un pormenorizado estudio sobre instituciones de seguro voluntario, mutualidades y pseudo-mutualidades (emprendimientos fundados y dirigidos por médicos empresas médicas o por agrupaciones políticas o religiosas) en la ciudad de Buenos Aires.

En 1920, Juan J. Capurro, quien se desempeñara como director del DNH, asume como diputado nacional, presentando un proyecto de Ley (que no prosperaría) para la creación de un Departamento de Salud Pública de la Nación. Según consta en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* de 1920, se esperaba:

que unifique la acción defensiva de la salud pública, hoy dispersa y a cargo de múltiples autoridades sin medios y elementos suficientes (...) Es para cumplir esta exigencia pública y esta aspiración, y con el propósito de subsanar estas deficiencias, que el proyecto que presento tiene, en mi concepto, toda la amplitud para poner término a este estado de cosas, dándole unidad de acción, de legislación y autonomía administrativa-económica. (Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 386)

La autonomía que Capurro reclamaba para el Departamento de Salud Pública se fundamentaba, en especial, en la necesidad de agilizar la toma de decisiones y resoluciones en

situaciones apremiantes. Citamos como ejemplo la epidemia gripal que había castigado al país a partir de octubre de 1918.

Entre otras competencias, este Departamento de Salud Pública debía instalar estaciones sanitarias y de desinfección en la Capital, en las provincias y en los territorios nacionales, puertos y fronteras; inspeccionar y vigilar la higiene de los ferrocarriles y otros medios de comunicación terrestre; acordar con los gobiernos provinciales la unificación de la legislación sanitaria y acciones referidas a institutos, asilos y hospitales nacionales, desde la creación hasta la administración. A su vez, pasarían a formar parte del Departamento aquellos hospitales, asilos y servicios sanitarios de Capital y territorios nacionales destinados a enfermedades contagiosas y quedarían bajo la órbita de su superintendencia los establecimientos de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y todas las instituciones destinadas a la salud pública y a la previsión social que recibieran subsidios nacionales.

En esta reconstrucción histórica del concepto de salud pública, es necesario retomar las circunstancias que caracterizaron las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, entre las cuales se mencionaron las grandes corrientes inmigratorias que arribaron al país y las consecuencias sanitarias derivadas de las condiciones de hacinamiento e insalubridad en las cuales vivían.

Fue así que Yrigoyen planteó ante el Congreso la necesidad de dar solución a esta problemática a través de la construcción de viviendas para la clase obrera (1920) y de un proyecto que le facilitaba su adquisición (1922). Así queda expuesto en los fragmentos de sus discursos que reproducimos a continuación:

Mensaje al Congreso, 30 de septiembre de 1920

Los altos alquileres no sólo exigen de las clases trabajadoras verdaderos sacrificios pecuniarios, sino que le imponen, en muchos casos como única solución, vivir en habitaciones antihigiénicas e insalubres, hacinados, con graves perjuicios para su salud, cuando no con otros mayores de orden moral, que nacen en la promiscuidad del inquilinato.

Mensaje al Congreso, 17 de agosto de 1922

Subsiste una situación de inferioridad notoria en las condiciones de habitación, impuestas a los trabajadores por el desarrollo creciente de las ciudades en toda la República, en forma

que el conventillo antihigiénico y en general foco de enfermedades, sigue siendo la única habitación a su alcance dentro de los recursos de su reducido presupuesto. (El Historiador, n.d.3)

La Ley 9.677 de 1915 –llamada "Ley Cafferatta" en homenaje a su inspirador, el diputado Juan F. Cafferatta– creó la Comisión Nacional de Casas Baratas (CNCB). El barrio que también lleva su nombre comenzó a construirse en 1918 y fue habilitado en 1921 durante la primera presidencia de Yrigoyen.

Por su parte, las ideas políticas y sociales que portaban los inmigrantes, también jugaron un rol decisivo en el tema que nos ocupa, la salud pública:

Es importante detenerse para señalar, en este período, el extraordinario desarrollo alcanzado por las entidades mutuales, surgidas a partir de las oleadas inmigratorias iniciadas en la segunda mitad del siglo XIX. Estaban agrupadas según su nacionalidad de origen [...] por ideología o religión, o también a través de empresas lucrativas de asistencia médica. Estas entidades, esencialmente inspiradas por las costumbres predominantes en los países europeos, constituyeron el precedente institucional de las Obras Sociales y de las entidades de medicina prepaga, con y sin fines de lucro. (Arce, 2010:64)

También S. Belmartino se refiere a las mutuales, en estos términos:

La mutualidad merece alguna consideración particular en tanto modalidad de financiamiento. En primer lugar porque expresa una forma organizativa *sui generis* que revela las primeras preocupaciones por el financiamiento de la atención médica para los sectores de menores recursos bajo formas de autogestión. La multiplicidad de orígenes y de formas organizativas expresa inquietudes de muy diferente índole y revela un mosaico de identidades y propósitos en el que es posible reconocer las raíces de la fragmentación y heterogeneidad que caracterizará más tarde a las obras sociales. (Belmartino, 2005: 32)

Para Marcelo T. de Alvear, quien ocupara la presidencia de la Nación entre 1922 y 1928, la sanidad pública fue una de sus principales preocupaciones, en palabras de Gregorio Aráoz Alfaro. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004:395).

Abogó por la creación de un Ministerio de Higiene y Trabajo; éste dotaría de autonomía y recursos a la atención y administración de la salud, necesidad que ya había sido planteada en el Congreso Nacional de Medicina de 1916. Pero la iniciativa fue desestimada por el Poder Legislativo.

En 1923, a instancias del Departamento Nacional de Higiene, dirigido por el Dr. Teófilo Lecour se propone realizar una Conferencia Sanitaria Nacional. Sus objetivos eran intercambiar ideas y acordar acciones con los presidentes de los Consejos de Higiene provinciales y delegados de otras entidades sanitarias del país. También se aspiraba a organizar la información sanitaria en un sistema, analizar la legislación vigente y proponer una nueva ley o Código Sanitario de alcance nacional. Para la fecha en que se realizó la Conferencia, Aráoz Alfaro estaba nuevamente a cargo del DNH, en reemplazo del Dr. Lecour.

En su discurso de apertura, expuso la apreciación compartida en cuanto a:

la necesidad imperiosa de establecer un régimen uniforme de gobierno sanitario con una dirección central que oriente y coordine las actividades de todos los organismos federados, sin desmedro de su funcionamiento autonómico y de sus facultades privativas. (Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 399)

En el ámbito internacional, en este período se desarrollaron además las Conferencias Sanitarias Panamericanas. “Simultáneamente con la aparición de nuevos foros, se perfilaban también nuevos actores que opinaban y discutían los temas de organización, sobre todo, en lo que se refería a la atención médica” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 409).

Instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 411)

1916 Primer Congreso Nacional de Médicos.

1917 Bunge presenta en el Congreso su anteproyecto de Seguro Social.

1918 Epidemia de gripe de alta mortalidad.

1921 Capurro presenta un anteproyecto de Departamento de Salud Pública de la Nación cuyas autoridades serían nombradas y cesadas con acuerdo del Senado.

1923 Se realiza la 1ª Conferencia Sanitaria Nacional, centrada en la organización sanitaria.

1926 El DNH convoca la Primera Conferencia Nacional de Higiene de la Leche.

Se sanciona la ley Aberastury de profilaxis de la lepra.

Salvador Mazza funda la Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte.

1928 Mazza crea la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) con sede inicial en Jujuy.

P. Escudero crea el Servicio de Nutrición en el Hospital Rawson, que se convertirá en 1930 en el Instituto Municipal de Nutrición.

1930 / 1943

○ CONTEXTO NACIONAL

Con el Golpe Militar del 6 de septiembre de 1930, comandado por el Gral. Uriburu, no solo es derrocado un presidente elegido democráticamente (Hipólito Yrigoyen) –interrumpiéndose una sucesión de gobiernos constitucionales de más de setenta años, iniciada a partir de la caída de Rosas– sino que comienza un período oscuro de la historia nacional, conocido como la Década Infame, que se extenderá hasta 1943.

Durante su transcurso las FFAA ejercieron un rol preponderante bajo una aparente salida electoral que inició un ciclo de gobiernos de marcado sello conservador y prácticas fraudulentas y corruptas. La presidencia de la Nación fue ejercida por José F. Uriburu, Agustín P. Justo, Roberto Ortiz y Ramón Castillo.

Cuatro días después del Golpe, el 10 de septiembre, la Corte Suprema reconoce a Uriburu como presidente de facto. Esta Acordada –de alto contenido político y decisivo impacto en la estructura legal y constitucional de la Nación– dio origen a la doctrina que legitimaría en lo

sucesivo los futuros golpes de Estado. Todos ellos, como también en este caso, fueron posibles gracias a la complicidad civil.

Así, por ejemplo, al frente del Ministerio de Economía se designó a José S. Pérez, quien respondería a los intereses de los grandes terratenientes y de los sectores más conservadores.

En tanto, en el orden sindical se funda en 1930 la Confederación General del Trabajo (CGT), como entidad gremial unitaria y plural, surgida de un acuerdo entre socialistas, anarquistas e independientes. Sin embargo, este intento por trascender la fragmentación de los distintos movimientos obreros tendría una vida breve. Cinco años después, en 1935, retornarían las diferencias y divisiones.

En 1932 Uriburu es sucedido por Agustín P. Justo (ex Ministro de Guerra de Alvear) quien gobernará hasta 1938. La vicepresidencia fue ocupada por Julio Argentino Roca (hijo).

El partido radical, principal opositor, estaba dividido en dos corrientes: los *yrigoyenistas* y quienes conducían el partido, los *alvearistas o antipersonalistas*.

A partir de la crisis de la Bolsa, la economía mundial –y por ende, los mercados internacionales– inician un proceso de profundo replanteo que incluye la adopción de medidas proteccionistas. Inglaterra, uno de los principales destinos de los productos argentinos, adhiere al proteccionismo económico para sus colonias como así lo expresa en la *Conferencia Económica Imperial*, llevada a cabo en Ottawa.

En 1933, Argentina –que aspiraba a un tratamiento especial, como si formara parte del Imperio Británico– firma el pacto Roca-Runciman, mediante el cual cede el sector ferroviario, entre otras concesiones, en vistas a sostener la comercialización de sus productos ganaderos.

Es interesante la lectura que Félix Luna hace al respecto:

...fue también propia de la época una expresión lapidaria que tuvo prolongada vigencia en esos años y los siguientes: ‘vendepatrias’. Las ardorosas tribunas de los jóvenes radicales y los jóvenes nacionalistas abundaban en esa palabra contra la oligarquía gobernante. Naturalmente, los conservadores de los años 30 no admitirían jamás semejante epíteto: su mundo, sus intereses, su estilo de vida estaba tan consustanciado con el país que habían formado y manejado como una estancia, que consideraban sinceramente que lo que era bueno para ellos tenía que serlo, necesariamente, para la Nación. (Luna, 1974: 15)

Este modelo de impronta neocolonial exigía una determinada intervención en el desarrollo de los procesos económicos, que así describe José L. Romero:

Hasta entonces, a través de gobiernos conservadores y radicales, la economía había estado librada a la iniciativa privada, estimulada por las organizaciones crediticias; pero a partir del gobierno de Justo, el Estado adoptó una actitud decididamente intervencionista. Se creó el Instituto Movilizador, para favorecer a los grandes productores [...], se estableció el Control de Cambios [...]; y coronando el sistema, se creó el Banco Central, agente financiero del gobierno y regulador de todo el sistema bancario, en cuyo directorio tenía nutrida representación la banca privada. (Romero, 1995: 122)

Ante la crisis del esquema exclusivamente agro-exportador, se abre la posibilidad de iniciar un acotado desarrollo industrial. Buenos Aires se constituyó en el vértice de este proceso, que derivó también en movimientos migratorios del campo a las ciudades, y del interior a la capital. Continúa Romero:

Así se constituyó poco a poco un cinturón industrial que rodeaba a la Capital y a algunas otras ciudades en las que predominaban provincianos desarraigados que vivían en condiciones precarias, pero que preferían tal situación a la que habían abandonado en sus lugares de origen. (Romero, 1995: 123)

Este fenómeno promovió un marcado desequilibrio entre Buenos Aires y el interior que, como bien recuerda este autor, dio título a un agudo análisis de Ezequiel Martínez Estrada: *La Cabeza de Goliat*.

En el orden político, la proscripción, el fraude y la represión impidieron de manera sistemática el acceso al poder de la Unión Cívica Radical. En respuesta a este deteriorado contexto político-institucional, comienzan a surgir grupos como F.O.R.J.A (Fuerza de Orientación Radical de la Juventud Argentina, en 1935), de tendencia nacionalista e yrigoyenista. A su vez, el Partido Socialista y el Partido Demócrata Progresista, cuyo conducción ejercía Lisandro de la Torre, serán quienes denunciarán ante el Congreso la corrupción imperante y sus violentas secuelas como lo fue el asesinato del senador Enzo Bordabehere.

Sin embargo, la política exterior fue considerada como favorable a la paz. (Sáenz Quesada, 2001:509)

Así es como una figura destacada de este período es el canciller Carlos Saavedra Lamas, quien en 1936 obtiene el Premio Nobel de la Paz por su intervención a favor del cese de hostilidades en la denominada *Guerra del Chaco*, contienda que enfrentó a las hermanas naciones de Paraguay y Bolivia entre 1932 y 1935.

Otro de sus grandes logros está vinculado al *Pacto antibélico* que se convirtió en un instrumento jurídico internacional. En él se condena el uso de la fuerza para la solución de los asuntos territoriales y se aboga por el no reconocimiento de los territorios obtenidos mediante la ocupación o conquista armada.

En 1933, Saavedra Lamas logró que la Argentina ratificara el Pacto de la Sociedad de las Naciones, luego de defender su aprobación en el Congreso.

En diciembre de 1936 presidió en Buenos Aires la *Conferencia Interamericana de Consolidación de la Paz*, organizada a instancias del presidente de los Estados Unidos, Franklin D. Roosevelt. (Sáenz Quesada, 2001:508)

A Justo lo sucederá Roberto Ortiz, quien gobernará entre 1938 y 1942.

Éste provenía de las filas del radicalismo antipersonalista, habiendo sido incluso ministro de Marcelo T. de Alvear.

En diciembre de 1938 se reúne en Lima la *Conferencia Panamericana*, cuyo objetivo era definir el curso de la política internacional ante la creciente posibilidad de un conflicto armado entre Alemania y los países aliados. El canciller argentino, José María Cantilo, expone la postura del país: *solidaridad americana y política propia*.

Cuando por fin se desata la Segunda Guerra Mundial, Argentina se declara neutral en el marco del Congreso de Panamá. Sin embargo, el escenario político y económico nacional sufre el impacto del cambiante contexto internacional, con el creciente protagonismo de Estados Unidos en los mercados latinoamericanos, a expensas de Inglaterra. Lo mismo sucede en el plano de las alianzas ideológicas, habiendo grupos que simpatizaban abiertamente con el nazismo o con los aliados.

Por razones de salud, Ortiz será reemplazado en 1942 por su vicepresidente, Ramón Castillo. Éste ejercerá brevemente la presidencia, hasta ser derrocado en 1943.

En la Conferencia de Río de Janeiro, en 1942, el país mantiene aún su postura neutral ante el conflicto de naciones europeas, aunque se acuerda la ruptura de relaciones a partir de las circunstancias particulares de cada país. De todos modos, la Argentina proveía de carne a las fuerzas aliadas.

Durante el mandato de Castillo se funda la Flota Mercante del Estado, la Dirección de Fabricaciones Militares y otras iniciativas vinculadas a la industria de la defensa. Con respecto al campo, se adoptan medidas impositivas que favorecen los intereses de los grandes propietarios.

En 1942 se organiza el GOU, Grupo de Oficiales Unidos, una logia militar de tendencia nacionalista, en cuyas filas milita el entonces Cnel. Juan Domingo Perón. Abogan por el desarrollo nacional y la defensa de una postura marcadamente soberana.

Ramón Castillo renuncia a la presidencia luego del golpe de Estado del 4 de junio de 1943 comandado por el Gral. Arturo Rawson. Con este episodio culmina la llamada *Década Infame*.

○ UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

En sintonía con la impronta antidemocrática del golpe de Uriburu, la Universidad fue prontamente intervenida.

Fue designado interventor Benito Nazar Anchorena, quien sostuvo una política conflictiva y beligerante, no solo con el estudiantado sino también con el cuerpo docente. En especial, con aquellos que se identificaban con el derrocado radicalismo o el Partido Comunista. Medicina y Derecho fueron las Facultades más castigadas por esta política represiva y persecutoria.

La Universidad fue normalizando sus actividades –incluyendo la reincorporación de los cesanteados y expulsados– a partir de la finalización del gobierno provisional del Gral. Uriburu.

Recuperaron su plena vigencia los estatutos de la Reforma y la conducción institucional quedó otra vez en manos de quienes la habían ejercido en la década del '20. Así, ocuparían sucesivamente el Rectorado Mariano Castex, Ángel Gallardo, Vicente Gallo y Carlos Saavedra Lamas.

Sin embargo, como sucedió y sucede en todos los órdenes de una sociedad, la realidad interna de la Universidad –en especial, el movimiento estudiantil, con sus rivalidades y controversias– no podía quedar al margen de los dramáticos acontecimientos que se desarrollaban a nivel internacional, en especial la Guerra Civil española y la Segunda Guerra Mundial.

También el modelo de Universidad imperante comienza a ser puesto en duda, en especial a través de los argumentos críticos de quienes habían sido dirigentes de la Reforma y ahora ocupaban cargos institucionales. Uno de los aspectos más controvertidos era la preeminencia de la antigüedad en el ejercicio del cargo por sobre los méritos científicos, en la conformación de una carrera académica. También se disentía con la metodología empleada en la confección de las ternas para la designación de profesores titulares. Se cuestionaba el accionar de delegados estudiantiles, profesores suplentes y candidatos al cargo, cuyas decisiones estaban bajo la sospecha de ser el resultado de acuerdos y favores, ajenos al mérito y la excelencia académica.

Por su parte, los sectores más conservadores y antirreformistas redoblaron sus críticas a la intervención estudiantil en el gobierno de la Universidad.

Al analizar la Reforma hemos planteado que uno de sus postulados más importantes se vinculaba con la política de extensión, cuyas actividades se fueron desactivando durante la década del '30 por diversas causas, entre ellas, el conflictivo escenario político nacional y las prácticas adversas con respecto a la Universidad de grupos conservadores. A pesar de lo cual, podríamos decir que el ámbito universitario aún mantenía un perfil autónomo en relación al devenir político.

○ **SALUD PÚBLICA**

En el orden de la Salud Pública, aún no prevalecía el concepto de Estado como planificador y regulador de los servicios. Algunas de las leyes sancionadas durante este período fueron impulsadas por legisladores socialistas. Por ejemplo la Ley de Protección a la Maternidad (1934) y la Ley de la Silla (1935).

Durante este período se llevaron a cabo dos importantes encuentros vinculados a la salud:

La Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social y la IX Conferencia Sanitaria Panamericana.

A instancias del Gral. Uriburu, Gregorio Aráoz Alfaro asume la dirección del Departamento Nacional de Higiene. También quedó a su cargo la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, luego de haber planteado él mismo la necesidad de que ambas dependencias establecieran un accionar coordinado. Más tarde debió reconocer que no estaban dadas las condiciones para plantear iniciativas de envergadura. A partir de su renuncia, asume Tiburcio Padilla.

En 1933, durante el gobierno de Agustín Justo se convocó la *Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social*, desde el Ministerio de Relaciones Exteriores, cartera que ocupaba, como ya se mencionó, Carlos Saavedra Lamas y de la cual formaba parte la Subsecretaría de Beneficencia y Culto. Ésta se encargaba de supervisar los establecimientos asistenciales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital e instituciones provinciales análogas. También, y a partir de una iniciativa de Domingo Cabred, una de sus dependencias era la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales.

De esta Conferencia surge un proyecto de Ley de Asistencia y Previsión Social donde se definen normas y procedimientos reunidos en un código que se extendía también a cuestiones sanitarias. El concepto de asistencia social incluía al de asistencia médica.

El escenario fragmentado de las reparticiones de salud era cada vez más cuestionado por las dificultades que presentaban su gestión y gobernabilidad.

Así queda plasmado en la tercera conclusión de las *Actas y Conclusiones* de la Conferencia (1934:115) cuando sus participantes expresan:

[...] conceptuamos difícil llevar a cabo un plan perfecto de coordinación de servicios técnicos en la asistencia de enfermos generales, si no se resuelve previamente un asunto fundamental, que es centralizar en una sola autoridad todas las cuestiones referentes a la salud pública. (Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 423)

El proyecto de ley que elaboró a posteriori el Ministerio de Relaciones Exteriores consideraba al ordenamiento y la coordinación de la acción pública y privada en este campo como una atribución del gobierno nacional. Se definía la actividad del Estado como subsidiaria, aunque desde una perspectiva amplia que consagraba el derecho a la asistencia para todos los habitantes de la Nación. La interacción con las instituciones privadas estaría a cargo del

Ministerio, aceptando la intervención de una unidad de comando estatal en la atención de tuberculosos y alienados.

Si bien este proyecto, al igual que uno similar (vinculado al Departamento Nacional de Higiene) presentado tiempo después por el diputado Gregorio Martínez, finalmente se malograron, cada vez se instalaba con más fuerza la necesidad de unificar la gestión de la salud pública y la elaboración de un código sanitario.

A su vez, a fines de 1934 se llevó a cabo la *IX Conferencia Sanitaria Panamericana*, cuya comisión organizadora presidía Gregorio Aráoz Alfaro, figurando el Dr. Bernardo Houssay entre los delegados nacionales. La Conferencia contó con representantes de la Oficina Internacional de Higiene Pública, de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones y de la Oficina Sanitaria Panamericana. En ella se retomaría el tema de la creación de ministerios de Salud Pública, debatiéndose las posibilidades y consecuencias de aunar los servicios de asistencia y sanidad. La posición argentina al respecto fue presentada por Aráoz Alfaro, avalando la vinculación de ambos servicios en razón de la problemática que presentaba en el país su gestión bajo distintas dependencias e instituciones. En sus propias palabras:

[...] es menester que haya sobre todas ellas, y con mayor razón sobre todos los servicios públicos, un contralor superior de parte de una autoridad sanitaria. Es por eso que creo firmemente, en principio, que los servicios de higiene, sanidad y asistencia deben estar bajo una sola autoridad. Ese régimen me parece recomendable y necesario. (Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 427)

Finalmente, de la Conferencia emana la recomendación de unificar los servicios de asistencia social y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad.

También esta problemática llega al Poder Legislativo. Así, en 1936 y a instancias del Dr. Gregorio Martínez, se designó en el Parlamento una comisión de cinco miembros cuya misión era redactar un proyecto de Código Sanitario.

Durante la presidencia de Agustín Justo, en 1932, había sido nombrado al frente del Departamento Nacional de Higiene el Dr. Miguel Sussini, cargo con el cual participó en la *XI Conferencia Sanitaria* llevada a cabo en 1934. Al describir el ejercicio correspondiente a 1935, Sussini expuso en la Memoria del Departamento un detalle de las acciones cumplidas, de las

pendientes y de las que no pudieron llevarse a cabo. Su lectura nos da un panorama general de la situación. Así, entre las acciones realizadas se destacaban los programas de lucha antipalúdica y antipestosa. Por su parte, no se había podido encaminar la lucha antileprosa.

Como pendientes se mencionaban la protección de la infancia, la cuestión de las enfermedades venéreas, un control más adecuado del ejercicio de la medicina, entre otras. En 1938 el Departamento se ocupó de elaborar un documento en el cual se reunía toda la legislación sanitaria. Pero este documento se emplearía recién en 1946 para la preparación del proyecto de Código Sanitario. (Veronelli y Veronelli Corrach, 2004:431)

En 1936 el Dr. Rodolfo Vaccarezza presentó un proyecto de ley para la creación de un *Organismo Nacional de Profilaxis y Asistencia de las Enfermedades Sociales* con el aval del Departamento Nacional de Higiene, basándose también en la multiplicidad de organizaciones sanitarias existentes y sus consecuencias negativas tanto en el ámbito de las acciones como en la planificación, atribución y buen uso de partidas presupuestarias.

Las enfermedades llamadas sociales (venéreas, tuberculosis, paludismo, viruela, rabia, etc.) reclamaban un plan sanitario de alcance nacional. Para lo cual proponía Estaciones Sanitarias que:

[...] tendrían como primer objetivo el reconocimiento médico periódico de todos los habitantes, con cuyos resultados confeccionarían un Padrón de Salud de la Población, además de otorgar los certificados de salud y las Libretas Sanitarias. Allí se haría la clasificación clínica de los sujetos, distribuyendo y destinando, con una copia de su historia clínica, aquellos que requiriesen atención. Cuando los servicios de asistencia de la zona fueran insuficientes o la atención pudiera efectuarse en forma ambulatoria, la Estación podría brindar asistencia médica. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 433)

Este proyecto definía la población comprendida, lugares de asentamiento, aportes que estarían a cargo del Estado además de otras fuentes impositivas de ingreso de recursos, presentaba una perspectiva de regionalización y jerarquización de servicios, e integraba la prevención y la atención médica. Sin embargo, nunca prosperó.

Cuando en 1939, Gregorio Aráoz Alfaro pronuncia en la Academia de Ciencias Morales su conferencia "*Política demográfica. Natalidad y Mortalidad*", en ella aboga por la creación de

un Departamento del Niño, que según sus propias palabras debería encomendarse al organismo rector de la sanidad pública y la asistencia social:

Crear ese Ministerio o esa gran Dirección general, que comprenda todas las funciones de sanidad pública y de asistencia médica y social, bajo una cabeza técnica y autónoma, con amplios recursos y facultades, tal como lo reclamamos en el último Congreso Nacional de Medicina de Córdoba—ampliando las bases de un proyecto de ley del diputado Gregorio Martínez, fundado, a su vez, en muchos trabajos anteriores— sería prestar el servicio más grande al país, asegurando la defensa eficaz de la vida y la salud de todos sus habitantes.

(Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 437)

El Departamento continuó a cargo del Dr. Sussini durante la primera parte de la presidencia de Ortiz.

Luego fue nombrado en su reemplazo el Dr. Juan Jacobo Spangenberg. Éste presentó ante el Ministerio del Interior, en 1940, la propuesta de crear una *Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social*, organismo autónomo que actuaría como *suprema autoridad sanitaria de la Nación*.

También el Poder Legislativo desarrollaba iniciativas en este sentido. Así, en 1942, el senador Alfredo Palacios presentó su proyecto de creación de una *Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social*. El Senado, desde su Comisión de Higiene y Asistencia Social, consultó a la Federación Médica de la República y ésta se pronunció a favor de crear un organismo autónomo y apolítico.

Ese mismo año, Río de Janeiro fue sede de la *XI Conferencia Sanitaria Panamericana*. Uno de los delegados argentinos fue el Dr. Rodolfo Vaccarezza, autor del frustrado proyecto vinculado a la atención de enfermedades sociales.

Otro hecho a destacar de este período es la creación en 1941, en la provincia de Santa Fe, del primer ministerio de salud argentino, con la denominación de Ministerio de Salud Pública y Trabajo.

Instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 445-446)

1930 Uriburu designa a Aróz Alfaro presidente del Departamento Nacional de Higiene y de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Dos meses después Aróz Alfaro renuncia y queda nuevamente a cargo el Secretario Tiburcio Padilla.

1932 Se designa presidente del DNH a Miguel Sussini.

1933 Desde el Ministerio de Relaciones Exteriores, Carlos Saavedra Lamas convoca la *Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social*. Con base en las *Conclusiones*, presenta un anteproyecto de Ley de Asistencia y Previsión Social que no prospera.

1934 Se reúne en Buenos Aires la *IX Conferencia Sanitaria Panamericana*, donde se discute sobre la organización sanitaria de los países federales.

Se reúne en Córdoba el *Primer Congreso Médico Gremial*.

1936 Sussini destaca los logros en las campañas antipalúdica y antipestosa; reconoce el fracaso de la campaña antileprosa por negativa de las provincias a permitir la construcción de leprosarios.

1938 Renuncia Sussini. Lo reemplaza Juan Jacobo Spangenberg, que también preside la C. A. A. y H. R.

1940 Spangenberg presenta un proyecto de creación de una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

1941 En la provincia de Santa Fe se crea un Ministerio de Salud Pública y Trabajo.

1942 El senador Alfredo Palacios presenta un anteproyecto de creación de una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social

1943 / 1955

○ CONTEXTO NACIONAL

1943 / 1946

El golpe de Estado del 4 de junio de 1943, encabezado por los generales Arturo Rawson y Pedro Pablo Ramírez, derroca al presidente Ramón Castillo. Asume Rawson, pero no llega a jurar como Presidente del Gobierno Provisional y es reemplazado de inmediato por Ramírez. Este episodio, conocido como la Revolución del 43, fue apoyado por el GOU (Grupo de

Oficiales Unidos) y otros sectores militares. Como ya se dijo, Juan Domingo Perón integraba aquel grupo de jóvenes oficiales.

Entre los distintos sectores participantes hubo luego enfrentamientos y disputas, en vistas a definir cuál de ellos conduciría el proceso iniciado.

En 1944 el presidente Ramírez debe renunciar a causa de las controversias generadas por la decisión de romper relaciones diplomáticas con los países del Eje, casi finalizando ya la Segunda Guerra Mundial. Lo reemplaza el Gral. Edelmiro Farrell.

Perón ocupa el Departamento Nacional del Trabajo, que más tarde pasará a denominarse Secretaría de Trabajo y Previsión, con el rango de Secretaría de Estado. Desde allí comienza a implementar su estrategia de acercamiento a los trabajadores y a las grandes mayorías, mediante políticas distributivas y reformas en la legislación laboral cuyos beneficios tenían a estos sectores como principales destinatarios. Así, por ejemplo: las negociaciones colectivas, la sanción del Estatuto del Peón de Campo, la creación de los tribunales de trabajo, mejoras salariales, derechos jubilatorios, aguinaldo, el reconocimiento de las asociaciones profesionales, que mejoró el posicionamiento jurídico del sindicalismo, entre otras.

Paralelamente fue creciendo una aguerrida oposición de la cual participaban civiles, políticos y militares, que fuerzan la renuncia de Perón en octubre de 1945 y lo detienen en Martín García. Pero el 17 de octubre una multitudinaria movilización de obreros provenientes del cordón industrial del Gran Buenos Aires, sindicalistas y gente del pueblo congregada espontáneamente marchó hacia la Plaza de Mayo exigiendo que Perón sea liberado y restituido en su cargo.

En la historia nacional, este es un hecho fundante pues en sus posteriores análisis y apreciaciones quedaron en evidencia las posiciones, a veces irreconciliables, que asumieron diferentes actores sociales.

Para graficarlo, haremos una puesta en común de comentarios pertenecientes a distintas personalidades y agrupaciones, recogidos por el historiador Norberto Galasso:

Arturo Jauretche:

El 17 de octubre, más que representar la victoria de una clase, es la presencia del nuevo país con su vanguardia más combatiente y que más pronto tomó contacto con la realidad propia [...] Lo viejo no comprendía al país nuevo, tampoco se dio cuenta que ya no podía representar la dirección del país y mientras discutía sus rivalidades, el nuevo actor tomó posesión del escenario. (Citado en Galasso, 2005:339-340)

Ernesto Sábato:

Cuando en la época de nuestra famosa Unión Democrática, tantos intelectuales de izquierda marchábamos al lado de conservadores como Santamarina y señoras de la sociedad deberíamos haber sospechado que algo estaba funcionando mal. (Citado en Galasso, 2005: 289)

Declaración de la Unión Cívica Radical (25/10/45):

El 17 de octubre fue preparado por la Policía Federal y la Oficina de Trabajo y Previsión, convertida en una gran máquina de propaganda de tipo fascista, con ramificaciones en todo el país [...] Fue una reproducción exacta de las primeras manifestaciones populares del fascismo y del falangismo. (Citado en Galasso, 2005: 341)

Emilio Hardoy:

Los ciudadanos que desfilaron triunfalmente, yo entre ellos, poco tiempo antes por las calles de Buenos Aires, jamás imaginaron que la muchedumbre, imponente e informe, amenazadora y primitiva, iba a invadir la Plaza de Mayo al grito de guerra de ¡Perón! [...] Como en todos los pueblos de Occidente, en nuestro territorio había dos países en aquel mes de octubre de 1945: el país elegante y simpático, con sus intelectuales y su sociedad distinguida sustentada en su clientela romana y el país de la corte de los milagros que mostró entonces toda su rabia y toda su fuerza. (Citado en Galasso, 2005: 341-342)

Declaración del Partido Comunista (21/10/45)

El malón peronista, con protección oficial y asesoramiento policial que azotó al país ha provocado rápidamente, por su gravedad, la exteriorización del repudio popular de todos los sectores de la República en millares de protestas. Hoy la Nación en su conjunto tiene

clara conciencia del peligro que entraña el peronismo y de la urgencia de ponerle fin. (Citado en Galasso, 2005: 342- 343)

Raúl Scalabrini Ortiz:

Eran los hombres que están solos y esperan, que iniciaban sus tareas de reivindicación. El espíritu de la tierra estaba presente como nunca creí verlo. (Citado en Galasso, 2005: 333)

Por su parte. Félix Luna, en su texto *El 45* describe estos acontecimientos a partir de comparar dos escenarios ciudadanos: la Plaza de Mayo, donde confluyeron las masas peronistas, y la Plaza San Martín, en la cual se convocaron sectores opositores. Por eso consideramos importante reproducir esta cita:

Cada uno luchaba por su propia libertad. Lo que ocurría era que la libertad tenía significado diferente para cada bando. Para los antiperonistas su libertad era el derecho a hablar, escribir y leer lo que se les antojara, saberse exentos de estados de sitio, de atropellos policiales y abusos. Para algunos antiperonistas la libertad era algo menos respetable: seguir siendo patrones indiscutidos en la estancia o en la empresa o continuar manejando el país como lo habían hecho siempre. Para los peronistas, en cambio, la libertad era emanciparse del miedo a perder el trabajo, mirar de igual a igual al capataz, sentirse amparado por su delegado sindical, no sentir a cada rato el ladrido de la miseria; la libertad era la posibilidad de asumir esa nueva dignidad que les permitía elegir un empleo u otro sin sentirse acorralado por la desocupación. (Luna, 1973: 319)

Este era el contexto dilemático en el cual fueron convocadas las elecciones presidenciales. Perón contaba con el apoyo de los sindicatos y trabajadores en general, sectores radicales yrigoyenistas y del grupo FORJA, y otros desprendimientos progresistas de partidos tradiciones como el Conservador, además de ciertos círculos militares.

Por su parte, la oposición se aglutinó en un frente electoral, la Unión Democrática, integrado por la UCR, los partidos Socialista, Demócrata Progresista y Comunista. (Bisso, 2001: 181) En las elecciones del 24 de febrero de 1946, con el 52% de los votos triunfa la fórmula Juan Perón-Hortensio Quijano (radical de la disidente Unión Cívica Radical Junta Renovadora) sobre la constituida por José P. Tamborini-Enrique Mosca, de la Unión Democrática, obteniendo casi

los dos tercios de la Cámara de Diputados, la mayoría de las bancas del Senado y casi todas las gobernaciones provinciales.

Según J.L. Romero, a Perón:

Lo respaldaba desembozadamente el aparato gubernamental y lo apoyaban fuertes sectores del ejército y de la Iglesia, así como también algunos grupos industriales que esperaban una fuerte protección del Estado para sus actividades. Pero también lo apoyaba una masa popular muy numerosa cuya fisonomía, a causa de su novedad, no acertaban a descubrir los observadores. La formaban, en primer lugar, los nuevos sectores urbanos y, luego, las generaciones nuevas de las clases populares de todo el país, que habían crecido en el más absoluto escepticismo político a causa de la permanente falsificación de la democracia que había caracterizado a la república conservadora. (Romero, 1995: 131)

Así comienza el primer mandato de Perón que se extenderá hasta 1952.

1946/1952: Primer Gobierno

Cuando Perón asume en 1946, la escena mundial planteaba nuevos desafíos y reposicionamientos que impactarían en el contexto político y económico nacional: finalizada la Segunda Guerra Mundial, el mundo asistiría a la conformación de dos nuevos polos de poder, dos nuevos imperios: la Unión Soviética y los Estados Unidos.

Con la creación de la Secretaría Técnica, dependiente de la Presidencia, se retoman los objetivos del Consejo Nacional de Posguerra creado por Perón en 1944 para planificar las futuras acciones del gobierno en el marco de este nuevo entramado de fuerzas, nacionales e internacionales. Junto con las funciones del antiguo Consejo se le transfiere y adjudica personal, bienes y presupuesto.

Con tal conjunción de recursos, la Secretaría se abocó a diseñar un plan estratégico de Gobierno para el período 1947-1951, conocido como **el Primer Plan Quinquenal** cuyo espíritu alentaba el desarrollo industrial como vía para la transformación de la estructura económica del país, estimulaba el mercado interno, planteaba la redistribución de la renta (los trabajadores llegaron a compartir el 50% de la renta nacional), proponía una importante

planificación de obras atendiendo sectores tales como educación, vivienda y salud y una política de estatización de recursos estratégicos.

El plan era de tal envergadura que abarcaba tres grandes sectores o áreas de resolución. Ellas fueron:

- 1) La Gobernación del Estado, incluyendo en esta: I Política – II Salud Pública –III Educación – IV Cultura – V Justicia y VI Exterior
- 2) La Defensa Nacional a través del: I Ejército – II Marina – III Aeronáutica
- 3) La Economía, incluyéndose: I Población – II Obra Social – III Energía – IV Trabajos Públicos y Transporte – V Producción – VI Comercio Exterior – VII Finanzas. (Maffeis, 2012)

Estas son algunas de las acciones emprendidas en el cumplimiento de tales objetivos:

- Creación del Instituto Argentino de Promoción del Intercambio (IAPI) que dependía del Banco Central y centralizaba todo el comercio exterior y la transferencia de los recursos a los productores.
- Nacionalización de los servicios públicos: Gas, Electricidad, Transportes urbanos, Ferrocarriles, Teléfonos, Servicios Sanitarios.
- Creación y/o ampliación de las flotas: mercante de ultramar, fluvial y de aeronavegación nacional.
- Construcción de: edificios de escuelas primarias y secundarias, nacionales, comerciales, industriales, técnicas y agronómicas. Viviendas, hospitales, caminos, diques, usinas termoeléctricas y hoteles nacionales de turismo.
- Plan maestro de salud pública.
- Se crea la Universidad Obrera Nacional (UON) que luego se transformaría en la actual Universidad Tecnológica Argentina.
- Provisión de agua y desagües cloacales.
- Forestación. Promoción y comercialización.
- Incremento de la exploración y explotación carbonífera.
- Creación de parques nacionales.
- Fomento e investigación agropecuaria y adjudicación de tierras con fines agrícolas y pastoriles.

- Creación de la Dirección Nacional de Asistencia Social, con atención particular a las madres y a la niñez.
- Leyes para la reorganización de la Justicia Federal.
- Desarrollo y modernización de las Fuerzas Armadas.

En el campo de la gestión económica, otras herramientas estratégicas fueron la creación del Consejo Coordinador de Investigaciones, Estadísticas y Censos, del Instituto Mixto Argentino de Reaseguros (I.M.A.R), del Instituto Nacional del Reaseguro (I.N.D.E.R) y del Consejo Federal de Coordinación. También se reformaron las cartas orgánicas de los Bancos Central, Nación, Hipotecario y de Crédito Industrial.

Según Brailovsky:

tanto la nacionalización de los depósitos bancarios como la del comercio exterior no se enmarcaron en un proyecto de tipo socialista [...] Ambos sistemas eran perfectamente compatibles con el capital privado, e inclusive se apoyaban en él, tanto por la existencia de bancos como por la de exportadores privados, en uno y otro caso. (Brailovsky, 1982: 24)

En cuanto a la situación política interna el peronismo logró construir una amplia base de apoyo y adhesión entre los sectores populares, pero también supo enfrentarse duramente con sus adversarios. La crítica más recurrente hace referencia a la actitud asumida ante la oposición política (que en algunos casos incluyó no solo la persecución sino también el encarcelamiento de sus dirigentes), la concentración de los medios de comunicación en manos del Estado, la remoción de profesores universitarios disidentes, entre otras polémicas medidas.

En la historia de este primer peronismo, llena de luces y sombras, aparece la figura de Eva Perón.

Cuando Perón asume la presidencia, Eva decide consagrar su propio accionar en beneficio de tres de los sectores más postergados: los humildes, los trabajadores y las mujeres.

Aprovecha su viaje a la Europa de post-guerra en apoyo a las víctimas para interiorizarse en cuestiones de acción social.

En 1947 comienza a bregar por la obtención del sufragio femenino. Realiza una intensa campaña a través de la radio y la prensa, contando con la decisiva participación de mujeres

organizadas. El 23 de septiembre es promulgada la Ley 13.010 que reconoce los derechos políticos femeninos.

En 1948 se construye la institución que pasará a la historia como Fundación Evita. A través de ella, Eva Perón desarrollará un programa social de vasto alcance, que incluirá desde la creación de Hogares Escuelas, Hogares de Ancianos, Hogares de Tránsito, las Ciudades Infantil y Estudiantil, la Escuela de Enfermeras, el Tren Sanitario, la organización de los Campeonatos Infantiles y Estudiantiles, la construcción de viviendas obreras, edificios escolares, colonias de vacaciones y centros sanitarios y policlínicos. También implementará acciones de ayuda social directa.

Como impulsora de la participación de las mujeres en política, en 1949 lleva a cabo la Primera Asamblea Nacional del movimiento peronista femenino, dando origen al Partido Peronista Femenino.

Escribe su autobiografía *La Razón de mi vida*. Su lectura obligatoria en las escuelas fue una de las controvertidas decisiones que generó un amplio rechazo en el arco opositor.

Cuando en 1949 se reformó la Constitución Nacional –a partir de una Asamblea Constituyente– se incorporaron muchas de las conquistas logradas, entre ellas la igualdad jurídica de hombres y mujeres y los derechos de los trabajadores. Pero también se habilitó la pretendida reelección presidencial de Perón.

Una difícil situación internacional, con mercados cerrados, el fuerte boicot norteamericano contra nuestro país y dos malas cosechas consecutivas obligaron a Perón a replantear su política económica. En 1949, promediando su primera presidencia, Perón convocó a elecciones para una Asamblea Constituyente. El amplio triunfo peronista permitía incluir en el texto de la constitución la posibilidad de la reelección del presidente y los derechos del trabajador. Se establecieron también los derechos del Estado sobre las fuentes de energía y el fomento de la intervención estatal en la economía. Esta reforma, junto con la Ley de Voto Femenino, sancionada gracias al impulso de Evita, llevarían en 1951 a Perón a un amplio triunfo electoral y a un segundo período de gobierno. (Pigna, n.d.1)

Finalmente, en las elecciones del 11 de noviembre de 1951 la fórmula Perón - Quijano se consagra triunfadora con el 62,49% de los votos, con la decisiva participación del voto femenino.

El 4 de junio de 1952, Evita –ya en la etapa terminal de su enfermedad– acompaña a Perón en los actos de asunción de su nuevo mandato, siendo ésta su última aparición en público. Muere el 26 de Julio.

Porque esa mujer [...] que dejaba de ser una realidad para comenzar a tomar forma de mito, fue una mujer controvertida: amada por unos, que la percibían casi como una santa, y odiada hasta el delirio por quienes se habían sentido afectados por su accionar y la consideraban ambiciosa y sin escrúpulos. Adorada, odiada, nunca ignorada. (Museo Evita, 2014)

1952/1955: Segundo Gobierno

Al asumir Perón este segundo mandato, junto con Jazmín Hortensio Quijano como compañero de fórmula, las circunstancias nacionales e internacionales son muy distintas a las de su primera presidencia. (Sabsay, 2001:310)

La situación económica del país comienza a mostrar signos de deterioro, entre ellos la inflación, que obligan a replantear algunas de las decisiones adoptadas en el marco del Primer Plan Quinquenal. De tal forma que el Segundo Plan propone volver a instrumentar medidas ortodoxas tales como: ajustes en los salarios, en los programas de políticas sociales y otros gastos públicos, así como la incorporación de capitales extranjeros en la economía nacional. La Ley de Inversiones Extranjeras habilitaría la participación de capitales privados en rubros estratégicos, por ejemplo, el energético. El Plan se orientaba, además, al estímulo de la producción agropecuaria y el desarrollo de la industria pesada.

Algunas medidas fueron muy criticadas por la oposición; otras, al contradecir los postulados iniciales del peronismo, fueron desaprobadas por sus propios partidarios.

En estos años, Perón comienza a postular su visión geopolítica en vistas al próximo siglo e incluye en su doctrina las perspectivas de *continentalismo, universalismo e integración latinoamericana*. En ese marco firma acuerdos económicos con Ecuador, Chile, Paraguay, Nicaragua, Bolivia y Brasil. A esta última nación y a Chile les propone implementar una unión subregional denominada ABC.

Pero el descontento en el frente interno iba en aumento. El gobierno, desprestigiado por la acción persistente de los grupos económicos aliados con gran parte de los medios de comunicación, toma decisiones, algunas muy arbitrarias, que conspirarán en su contra. Entre ellas: la detención de dirigentes opositores, el control y la censura sobre el periodismo y la expropiación del Diario La Prensa.

Los enfrentamientos derivan en una creciente violencia. En 1953, en el transcurso de un acto de la CGT en Plaza de Mayo, un atentado opositor deja un saldo de 5 muertos. Por su parte, grupos partidarios del gobierno incendian la sede del Jockey Club, y de los Partidos Socialista y Radical.

En 1954 se sumaría el enfrentamiento con la Iglesia Católica, al propiciar ésta la creación de un Partido Demócrata Cristiano, hecho que Perón siente como una afrenta pues consideraba que su partido reunía tales principios democráticos y cristianos. Planteado el conflicto, éste escalaría con la sanción del divorcio vincular y la derogación de la enseñanza religiosa obligatoria en las escuelas públicas. En mayo de 1955 legisladores oficialistas impulsan la convocatoria a una nueva Asamblea Constituyente, entre cuyas reformas se postulaba la separación de Iglesia y Estado. El enfrentamiento exhibiría toda su dimensión el 11 de junio de 1955, durante la celebración del Corpus Christi en Plaza de Mayo, que dejó de ser un acto religioso para convertirse en una masiva marcha opositora.

Ya era evidente la gestación de un golpe cívico militar cuando al mediodía del 16 de junio de 1955, sectores rebeldes de las FFAA bombardean la Plaza Mayo, con un luctuoso saldo de víctimas civiles. En respuesta, simpatizantes del oficialismo incendian la Curia y los templos de San Ignacio, Santo Domingo y San Francisco. Tal escalada ya no tenía retorno a pesar de ciertas medidas conciliatorias implementadas por el gobierno, como fue la de cederle la radio a los partidos políticos para que expresaran y divulgaran sus propuestas e ideas.

Finalmente en septiembre de 1955 se produce el derrocamiento de Perón, cuando éste ordena no responder a los grupos militares sublevados para evitar un enfrentamiento cuyas más trágicas consecuencias recaerían sobre la población civil.

Perón se refugia en la Embajada de Paraguay; luego inicia su exilio que acabará en España.

De inmediato se implementa la proscripción política del peronismo (que se extenderá por 18 años), de sus dirigentes y simpatizantes, quienes sufrieron –como antes sus opositores– persecución, tortura y exilio.

Como todos los hechos que marcaron este convulsionado período de la historia argentina, el golpe del '55 –encabezado por el Gral. Eduardo Lonardi y autodenominado Revolución Libertadora– fue y es divergentemente caracterizado, según diferentes actores políticos y sociales, aliados con una u otra perspectiva.

○ **UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

A partir de la Revolución del 43, la relación del poder político con la Universidad fue compleja y difícil.

La UBA fue intervenida y comienza una paulatina intromisión de orden religioso en el escenario de la educación pública. Así, la enseñanza religiosa debió ser incorporada en las escuelas primarias y en los colegios universitarios. Se debatió el principio de libertad de cátedra y otros postulados de la Reforma, además de ser cesanteados docentes y expulsados alumnos por razones políticas.

Estas medidas fueron tan criticadas y resistidas en el ámbito universitario, que el gobierno debió replantear su accionar: los docentes apartados fueron reincorporados y comenzó a normalizarse el funcionamiento de la Universidad, nuevamente bajo el control de los sectores reformistas.

Esta conflictiva relación continuará con la ascensión de Perón al poder, cuando la comunidad universitaria se encolumna con la oposición, apoyando a la Unión Democrática. Así, en abril del '46, la UBA y demás Universidades nacionales nuevamente serán intervenidas, bajo la premisa de asegurar la neutralidad política y reformar el sistema universitario.

Es posible que esos momentos iniciales de enfrentamiento entre parte de los sectores medios, en especial los universitarios, con el coronel Perón haya marcado el comienzo de una larga relación traumática que mientras duró la década de gobierno peronista se presentó como irreconciliable[...] Mientras estudiantes y profesores, en general hijos de una cultura laica, liberal y democrática, demandaban libertad de expresión y otras reivindicaciones por el estilo, el peronismo veía una universidad europeizada con pocos vínculos con el país real, en especial con el que había comenzado a transformar económica y socialmente. (UNC, 2012)

La Universidad ve perder paulatinamente su autonomía con respecto al poder político, cuando éste comienza a intervenir en la remoción de profesores considerados opositores, hasta llegar a la sanción del Ley 13.031; ésta autorizaba al Poder Ejecutivo a elegir al Rector y circunscribió la participación de los estudiantes en los consejos directivos.

Por su parte, para Félix Luna:

Perón nunca pudo vencer del todo al estudiantado universitario: cesanteó o facilitó la renuncia de los antiguos profesores (vinculados en general al conservadorismo), halagó a los estudiantes estableciendo la gratuidad de la enseñanza, trató de contraponer una entidad estudiantil oficial privilegiada a la combativa Federación Universitaria Argentina: sin embargo, durante toda la época de Perón las universidades siguieron albergando una oposición más o menos barullera. (Luna, 1974: 45)

Al establecerse la gratuidad de los estudios –consagrada el 22 de noviembre de 1949 por el Decreto 29.337, que eliminó todos los aranceles vigentes– y suprimirse (aunque por breve tiempo) el examen de ingreso, la matriculación universitaria se amplió considerablemente. También se implementó un sistema de becas que posibilitó el ingreso de un sector social de menores recursos, abriéndose también la inscripción a estudiantes provenientes de otros países del continente. La contracara negativa de este masivo aumento de la población estudiantil –que pasó de aproximadamente 12.000 estudiantes en 1935, a más de 70.000 en 1955– fue el agravamiento de los ya considerables problemas edilicios y presupuestarios.

Por otro lado, se intentó durante estos años avanzar en la modificación del perfil de las universidades, en particular de la UBA. Se introdujo el sistema de dedicación exclusiva a la enseñanza y se creó, en el ámbito de la casa de altos estudios porteña, un Consejo de Investigaciones Científicas y Publicaciones. A estas medidas se sumaron otras de menor impacto, pero que también estaban orientadas a fortalecer el perfil científico, como la institución de premios anuales a la investigación y una beca anual de perfeccionamiento para egresados. (UBA, n.d.4)

Se crearon las Facultades de Odontología (1946), Arquitectura (1948), y en 1952 la de Ciencias Exactas fue dividida en Ciencias Exactas, Físicas y Naturales e Ingeniería.

En otro orden, se crearía la Universidad Obrera Nacional que luego se convertiría en la Universidad Tecnológica Nacional.

Como se dijo al inicio, en el marco de la relación del peronismo con la Universidad, si bien se atravesaron etapas más o menos sosegadas, parece haber existido siempre un estado latente de tirantez y conflicto.

○ SALUD PÚBLICA

1943 /1946

Ya en plena gestión del gobierno de facto surgido en junio de 1943, el 21 de octubre de ese mismo año, por Decreto 12.311 y sobre la base del antiguo Departamento Nacional de Higiene se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior, con el propósito –tan asiduamente reclamado– de unificar y centralizar la administración de los servicios de salud.

En 1944 la Secretaría de Trabajo y Previsión promueve la constitución de una Comisión para el estudio de la socialización de la medicina en el país.

En agosto de 1944 se sancionó el decreto 21.901 por el cual se modificaba el artículo 1º del decreto 12.311, estableciendo que “en lo sucesivo corresponderá al despacho del Ministerio del Interior todo lo relativo a hospitales, sanidad e higiene, y a la Secretaría de Trabajo y Previsión lo referente a beneficencia, hogares y asistencia social. Se suprimían, en la denominación de la Dirección de Salud Pública, las palabras “y Asistencia Social”, y se mantenían en ella los organismos que le fueran previamente asignados, con excepción del “Registro Nacional de Asistencia Social”. Además la Dirección ejercería la fiscalización (teórica) de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires y de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal en lo referente a hospitales, sanidad e higiene, debiendo la Secretaría de Trabajo y Previsión ejercer la misma función en lo relativo a beneficencia, hogares y asistencia social. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 461)

En octubre de 1944 se crea el Instituto Nacional de Previsión Social, en el ámbito de la Secretaría de Trabajo y Previsión; y, en noviembre, la Comisión de Servicio Social por Decreto N° 30.655, siendo el N° 30.656 donde se establecía que en ella se estructurarían los servicios de medicina preventiva y curativa y se cumpliría con la obligatoriedad del examen periódico.

También en noviembre de 1944 se promulgó por decreto el estatuto de la Dirección Nacional de Salud Pública, dividiéndola en cuatro grandes departamentos: Asistencia Médica y Medicina Preventiva; Higiene y Profilaxis General; Medicina Fiscal y Administración. En ese mismo decreto se promovía la realización, a instancias de la Dirección, de congresos a los cuales se invitaría a las autoridades sanitarias provinciales.

El Primer Congreso se llevó a cabo entre el 23 y el 30 de septiembre de 1945, con el siguiente temario:

- 1.-Plan Nacional de Sanidad
- 2.- Medicina Preventiva
- 3.- Higiene rural
- 4.- Coordinación sanitaria
- 5.- Ayuda Federal.

En su declaración final se recomienda al Poder Ejecutivo la transformación:

de la actual Dirección Nacional de Salud Pública en Secretaría de Estado de Salud Pública, con el fin de ampliar los instrumentos de su actuación para facilitar el cumplimiento del vasto y necesario plan de labor que la informa. (Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 469)

Para Belmartino:

Aun en la coyuntura de los años 1943-45, y a pesar de la decidida intervención que se propone desde el aparato estatal, todavía no hay una formulación de los principios de universalidad de cobertura e integralidad de las prestaciones, que formarán parte del cuerpo doctrinario de la seguridad social médica a partir de la afirmación de los estados de bienestar. (Belmartino, 2005: 99)

En mayo de 1946, ya habiendo ganado Perón las elecciones, el saliente presidente Farrell sanciona el Decreto 14.807, creando la Secretaría de Salud Pública, con rango de secretaría de Estado. Y pocos días después nombra como su titular, con rango de ministro, al Dr. Ramón Carrillo.

Instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 476)

1943 Se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

El Cnel. Perón asume la presidencia del Departamento Nacional del Trabajo que el mes siguiente se transforma en Secretaría de Trabajo y Previsión.

1944 En la Secretaría de Trabajo y Previsión se establece una Comisión para el estudio de la socialización de la medicina y el estatuto profesional del médico.

Se transforma por decreto la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en Dirección Nacional de Salud Pública.

En la Secretaría de Trabajo y Previsión se crea el Instituto Nacional de Previsión Social y al mes, la Comisión de Servicios Sociales.

La Dirección Nacional de Salud Pública (D.N.S.P.) establece cuatro delegaciones regionales.

1945 Se realiza el Primer Congreso Nacional de Salud Pública, que recomienda transformar la D. N. S. P. en Secretaría de Salud Pública.

1946 Se crea la Secretaría de Salud Pública y se designa Secretario con rango de ministro a Ramón Carrillo.

1946 / 1955

El Dr. Ramón Carrillo fue un hombre polifacético, de brillante formación, investigador y autor de numerosas obras de carácter científico, entre otros diversos temas. Cursó sus estudios de posgrado en Europa; realizó su perfeccionamiento en neurocirugía en hospitales franceses,

holandeses y alemanes. A partir de esta vinculación con el medio universitario europeo mantuvo una intensa correspondencia con sus mayores referentes académicos.

A los 27 años fue designado al frente del Laboratorio de Neuropatología del Instituto de Clínica Quirúrgica y a los 31 ganó el Premio Nacional de Ciencias. Dos años después se hizo cargo del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central. Y a los 35 años, asumió la titularidad de la cátedra de Neurocirugía de la Universidad de Buenos Aires.

A su vez, Carrillo era un hombre profundamente comprometido con su tiempo, iniciando su participación política en la agrupación yrigoyenista FORJA. A su sólida formación se le añadiría su sensibilidad social y humana, características que conformaron e impulsaron su importantísima labor como sanitarista. Las frases que transcribimos a continuación dan cuenta de su concepción acerca de los orígenes sociales de las enfermedades:

Debemos pensar que el enfermo es un hombre que es también un padre de familia, un individuo que trabaja y que sufre; y que todas esas circunstancias influyen, a veces, mucho más que una determinada cantidad de glucosa en la sangre. Así humanizaremos la medicina. (Citado en MSAL, 2012: 191)

Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas. (Citado en MSAL, 2012: 193)

Esta perspectiva está inscripta en el marco de los objetivos que se propuso atender desde la Secretaría de Salud:

1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad.
2. No puede haber política sanitaria sin política social.
3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.

En 1949 es creado el Ministerio de Salud Pública de la Nación y Carrillo asume su titularidad. También ese año edita *Política Sanitaria Argentina*, donde distingue tres áreas de acción:

La medicina asistencial, destinada a la reparación y rehabilitación de las enfermedades; la medicina sanitaria, orientada a la profilaxis inmunológica y al cuidado del medio ambiente

y la medicina social, enfocada a desarrollar los factores que promueven la salud (trabajo digno, educación, alimentación, vivienda, esparcimiento). (Arce, 2001:27)

Para llevar adelante su programa de manera integral, dividió al país en zonas con el objetivo de hacer más eficiente la estructura sanitaria, atendiendo en cada una su problemática específica, con autonomía en la ejecución de sus políticas, pero bajo la supervisión del Ministerio.

En forma simultánea, elaboró un proyecto de más de cuatro mil páginas –el Plan Analítico de Salud Pública–, en el que previó hasta el más mínimo de los detalles: el funcionamiento hospitalario en su totalidad, las competencias del cuerpo médico, las tareas a cumplir por cada uno de los empleados en todas las áreas (mantenimiento, intendencia, lavandería, ropería, administrativa, contable, compras y personal). También se ocupó de la arquitectura, promoviendo la construcción de centros de salud espaciosos, luminosos y funcionales. Y para no dejar cabo suelto, alentó la creación de una cátedra de arquitectura hospitalaria en la universidad, así como la organización de cursos de instrumentación quirúrgica, enfermería, administración hospitalaria, hemoterapia, radiología, anestesiología, alimentación y muchos otros. (MSAL, 2012: 195)

Estos eran los Objetivos por los cuales debía velar el Plan Analítico de Salud Pública:

- 1) Preservación, conservación y restitución de la salud de la población.
- 2) Problemas de higiene.
- 3) Profilaxis y tratamiento de las enfermedades.
- 4) Defensa sanitaria de las fronteras y puertos terrestres, marítimos, fluviales, lacustres y aéreos, y la cooperación sanitaria internacional.
- 5) Medicina preventiva.
- 6) Fiscalización sanitaria y bromatológica de los alimentos.
- 7) Protección médica integral de la madre y el niño.
- 8) Higiene y medicina infantil.
- 9) Higiene y medicina del trabajo.
- 10) Prestación médica de los seguros de accidentes, maternidad, enfermedad y vejez que correspondan a su jurisdicción.
- 11) Readaptación y reeducación de enfermos e inválidos.

- 12) Higiene de la vivienda urbana.
- 13) Higiene y medicina en el deporte.
- 14) Aspectos higiénico-sanitarios del suministro de agua potable y distribución de las redes cloacales.
- 15) Reglamentación y fiscalización del ejercicio de las actividades vinculadas a la salud pública y de las profesiones médicas, sus ramas familiares y farmacias.
- 16) Fiscalización de lo atinente a productos medicinales, biológicos, alcaloides, estupefacientes, dietéticos, insecticidas y de tocador; drogas, aguas minerales, yerbas medicinales, y material e instrumental de aplicación médica.
- 17) Creación y dirección de establecimientos para fines de salud pública y fiscalización de los privados.
- 18) Intervención y fiscalización en la distribución de subsidios a las entidades públicas o privadas que desarrollen actividades de higiene, medicina preventiva o asistencial.
- 19) Inspección y fiscalización técnica del funcionamiento de los institutos, sanatorios y demás entidades de carácter sanitario.
- 20) Demología (estudio de las enfermedades) sanitaria de la Nación.
- 21) Educación higiénico-sanitaria de la población.
- 22) Fiscalización de la aplicación de los conocimientos de las ciencias médicas. (MSAL, 2012: 196)

Otro gran logro de su gestión fue haber impulsado el Proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social y de creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social. También se comenzó a diseñar el Plan Sanitario 1952-1958.

El lugar primordial que ocuparon la salud pública y la medicina social en este período de la historia argentina se puede sintetizar en esta enumeración de realizaciones:

- El presupuesto de salud se incrementó 10 veces.
- Se redujo la mortalidad infantil de 90 por mil a 56 por mil, se erradicaron el paludismo, el tifus y la brucelosis, prácticamente desaparecieron las enfermedades venéreas y disminuyó la mortalidad a causa de la tuberculosis.
- Se duplicó el número de camas en los hospitales públicos.
- Se creó la primera fábrica nacional de medicamentos: EMESTA.
- Se apoyó a los laboratorios nacionales por medio de incentivos económicos.

- La esperanza de vida en la Argentina pasó de 61,7 a 66,5 años.

- A través de la Fundación Eva Perón y de los Torneos Infantiles Evita, miles de niños y jóvenes accedieron a chequeos médicos completos.

-También la Fundación implementó el llamado Tren Sanitario, que recorrió el país brindando atención gratuita y proveyendo vacunas y medicamentos, además de instruir a la población en materia de higiene y cuidados preventivos. Contaba con 12 vagones, altamente equipados, y un equipo médico de 46 profesionales.

-A lo largo de todo el país se construyeron Policlínicos, Hospitales, institutos de especialización, centros materno-infantiles, laboratorios e instituciones de diagnóstico, hogares-escuela, centros sanitarios y se llevaron adelante campañas de prevención y control de las endemias.

Para Carrillo “La medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida” (Citado en MSAL, 2012: 204).

En 1951 Carrillo publica *Teoría del Hospital*, donde:

[..] se alternan juicios de gran sensatez sobre prejuicios o comportamientos que, en el planeamiento, la construcción o la operación de los hospitales, distorsionaban su funcionamiento o su eficiencia, con una serie de nociones más imaginativas que acertadas. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 526)

Desde su perspectiva, Neri aporta la siguiente reflexión:

La orientación del gobierno peronista en punto a salud no difiere, en sus características, de la que imprimiera a otros campos de la actividad social: real extensión de beneficios a importantes sectores de población tradicionalmente postergada; carencia de un programa coherente que garantizara estabilidad a los cambios; tendencia a una redistribución enmarcada en el facilismo, con despreocupación por los rebotes que tarde o temprano habrían de provocar la improvisación con que se implementaban tales políticas. (Neri, 1983: 100)

En 1954, Carrillo abandona la función pública por razones de salud. El golpe de Estado que derroca a Perón en 1955 lo encuentra en Estados Unidos, donde había viajado para dictar conferencias y realizar tratamientos médicos. Luego se instala en Brasil y finalmente muere, en 1956.

Siendo, como ya se dijo, el mayor sanitarista argentino, nos parece pertinente cerrar este período con un pensamiento que expone con claridad la insoslayable interrelación que Carrillo advierte entre lo social y la salud en todas sus dimensiones, desde una lectura integradora:

Las tareas de los higienistas no rendirán frutos si previamente no se consolidan las leyes obreras destinadas a dignificar la tarea en las fábricas y oficinas, a mejorar sueldos y salarios, a ampliar los beneficios de las jubilaciones y pensiones que amparen a la familia, si no se protege y subsidia a la maternidad, se planifica la vivienda higiénica al alcance de todos y se organiza la economía nacional con sentido biológico, en una palabra hasta que el nivel de vida del pueblo le permita llegar sin esfuerzo a las fuentes de la cultura y de la higiene, es decir a los auténticos sostenes de la salud física, espiritual y social. (Citado en MSAL, 2012: 203)

Instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 533-534)

1946 Perón asume la presidencia y confirma a Carrillo como Secretario de Salud Pública.

Un decreto deroga otro anterior de 1944 y otorga a Salud Pública la exclusividad en acciones de medicina preventiva y curativa.

1946 Creación de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública y de la Escuela de Enfermería.

1947 El presupuesto de la D.N.S.P. en 1945 había sido de 55.6 millones de pesos y la planta de personal de 7.800 cargos; en 1946 se trabaja con prórrogas del anterior con algunas adiciones; en 1947 el presupuesto es de 157.8 millones de pesos y la planta de personal supera los 22.000 cargos. Se amplía la lucha antipalúdica.

1949 El presupuesto alcanza a 240 millones y los cargos superan los 24.000. Se inicia la lucha contra el *Aedes Aegypti*.

1950 Se transfieren a la Secretaría de Trabajo y Previsión la ex Sociedad de Beneficencia (sin los hospitales) y 6.000 cargos.

La morbilidad palúdica se ha reducido en un 90%. Se disuelve la Dirección de Lucha antipalúdica para crear la Dirección de Sanidad del Norte.

1951 Creación del Servicio Nacional de Lucha contra la enfermedad de Chagas.

1954 El ministro solicita a la OPS cooperación para perfeccionar la integración de los servicios de Salud Pública.

Se reintegra a Salud Pública la Dirección Nacional de Asistencia Social y el Ministerio pasa a llamarse de Asistencia Social y Salud Pública.

Carrillo renuncia y es reemplazado por Raúl Bevacqua.

1955 / 1983

○ **CONTEXTO NACIONAL**

1955 / 1958

La Revolución Libertadora contó con el apoyo de la mayoría de los partidos políticos nacionales.

A dos meses de asumir, el Gral. Eduardo Lonardi es sucedido en la presidencia por el Gral. Pedro Eugenio Aramburu, dando cuenta de las divisiones internas y las disputas por el poder que se jugaban en el seno del grupo golpista. Según Romero:

Desde entonces, las figuras de tradición liberal –conservadores y radicales, abogados y empresarios– predominaron en la administración y fijaron la posición del gobierno, que fue definida explícitamente como una prolongación de la ‘líneas de Mayo y Caseros’. La fórmula significaba un retorno al liberalismo; pero aplicada a la situación del momento. Expresó la adopción de una actitud conservadora, especialmente en materia económica y social. (Romero, 1995: 140)

El cambio de rumbo comenzó claramente con las nuevas políticas instrumentadas en el Ministerio de Economía, a partir de un análisis de la situación económica que le fue confiado a Raúl Prebisch y que éste desarrollaría a través de dos documentos: *Moneda sana o inflación incontenible* y *Plan de restablecimiento económico*, en el cual proponía abrirse a la inversión privada extranjera, acrecentar las exportaciones y contraer empréstitos. En 1956 el país se incorporaba a los organismos financieros internacionales.

Para A. Brailovsky, el rasgo distintivo es el pasaje de una economía cuyo centro era el Estado, hacia el sector privado. Así: “Se abandona el papel dinámico asignado al Estado durante el período precedente y se le reserva una tarea de complemento o seguimiento de la actividad privada” (Brailovsky, 1982:133).

Se deroga la Constitución de 1949, sancionada durante el gobierno de Perón, reasumiendo su vigencia la que fuera sancionada en 1853.

En general, las acciones emprendidas se orientaron hacia la rectificación y/o abolición de todo vestigio del gobierno derrocado. Así, el 5 de marzo de 1956 se emite el Decreto Ley 4.161 mediante el cual, entre otras medidas similares, se prohíbe en todo el territorio nacional la utilización de imágenes, símbolos, artículos, obras de arte, fotografías, retratos, marchas, banderas y escudos partidarios, se prohíben la mención a Perón y expresiones tales como “justicialismo”, “tercera posición”; se proscribió al Partido Peronista y los restos de Evita fueron retirados de la CGT y trasladados en secreto con destino desconocido.

Según Galasso, el Decreto Ley 4.161:

Es un decreto ley, probablemente único en la historia mundial, en tanto intenta borrar de la historia y la política a personas, organizaciones, instituciones, nombres, emblemas, músicas, escudos, etc. relacionados con más de una década de vida nacional. (Galasso, 2005: 805)

Diverso es el análisis de Félix Luna:

La mejor contribución del gobierno de Aramburu al proceso nacional fue el libre debate que posibilitó sobre la realidad argentina [...] La Revolución Libertadora [...] estaba comprometida con la libertad de expresión, cuya vulneración durante la década anterior había sido una de las motivaciones más legítimas de la resistencia antiperonista. (Luna, 1974:111)

En 1958 hubo un llamado a elecciones, enmarcadas en condiciones antidemocráticas ya que fueron controladas por las FFAA, con la proscripción absoluta del peronismo.

Fue elegido presidente el Dr. Arturo Frondizi, acompañado por Alejandro Gómez, representando a la UCRI, de la Unión Cívica Radical, con el apoyo del Partido Justicialista.

1958 / 1962

Además de su activa militancia, Arturo Frondizi ocupó parte de la escena nacional con la publicación, en 1954, de su libro *Petróleo y Política* en el cual denunciaba el proceder de las empresas petroleras radicadas en el país, abordaba los contratos petroleros firmados por Perón y hacía una encendida defensa del rol estratégico de YPF.

Para Luna:

Pocos gobernantes argentinos llegaron al poder en condiciones tan difíciles como las que existían cuando Frondizi asumió la presidencia [...] Entre 1948 y 1958 la producción nacional por habitante había descendido un 6%; había disminuido el capital disponible por hombre ocupado; la superficie cultivada no aumentó significativamente [...] En 1958 la deuda externa superaba los 1.000 millones de dólares y las reservas de oro y divisas no alcanzaban a 180 millones de igual moneda. (Luna, 1974: 121)

Como se dijo en los párrafos anteriores, su acceso a la presidencia se debió, en parte, al importante caudal de votos aportado por el peronismo, a partir del pacto que su colaborador Rogelio Frigerio gestionó en Caracas con Juan D. Perón. Así, algunas de las primeras acciones de gobierno se definirían en el marco de este acuerdo, con el compromiso de instrumentar políticas afines al justicialismo, como fueron por ejemplo la Ley de Amnistía a favor de los presos políticos peronistas y la Ley de Asociaciones Profesionales. Se derogó además la Ley de Residencia.

Como era de esperar, estas medidas encendieron el recelo de los sectores que en su momento se habían aliado para derrocar al peronismo: la Iglesia, las FFAA y ciertos grupos económicos.

En 1958 se entabla la polémica entre enseñanza libre y laica, planteada como “el debate educativo” (Sáenz Quesada, 2001:593).

La primera, avalada por la Iglesia, permitía a las Universidades privadas –muchas católicas– otorgar títulos que habilitaban para el ejercicio de la profesión, dividiendo el campo de los establecimientos de estudios superiores en dos: privados o estatales, confesionales o laicos.

Por su parte la Federación Universitaria Argentina (FUA) que nucleaba al movimiento estudiantil, abogaba por la enseñanza laica, y la defendió a través de importantes manifestaciones a las que se sumaron sindicatos, opositores, estudiantes secundarios y otros actores sociales.

Frondizi respaldó la postura de la Iglesia pagando altos costos políticos entre sus propias filas, incluyendo la renuncia de Alejandro Gómez a la vicepresidencia. Lo mismo sucederá con los acuerdos de extracción que pacta con empresas petroleras transnacionales, en perjuicio de YPF, en franca contradicción con los postulados expuestos en su libro, ya mencionado, *Petróleo y Política* (Sabsay, 2001:327).

En materia económica, Frondizi planteaba un modelo desarrollista, basado en el impulso a las industrias básicas –siderurgia, petróleo, maquinarias– cuyo fortalecimiento también impactaría positivamente en la modernización y tecnificación del agro. Muy poco duró este proyecto, que sucumbió ante la presión de los grupos de poder que desalentaban el incipiente desarrollo de la industria nacional y apoyaban la apertura de importaciones. Tal era su influencia y hegemonía que con el consenso de los sectores militares, lograron instalar en el Ministerio de Economía a uno de sus más conspicuos defensores, Álvaro Alsogaray, en reemplazo de Rogelio Frigerio.

A la vez que se recomponía el sector agropecuario, se devaluaba el peso argentino y se limitaban los aumentos salariales. Estas medidas provocaron efectos negativos sobre los salarios reales y la disminución de la demanda global. El cambio radical de orientación económica del gobierno tuvo su respuesta en las urnas. En las elecciones legislativas del 27 de marzo de 1960, el "voto en blanco" peronista representó el 25% de los sufragios mientras que la UCRI, el partido de Frondizi, alcanzó solo el 20%. Esto evidenció la ruptura de la alianza con el peronismo y abrió un período de gran agitación social, paros, planes de lucha y ocupaciones de fábricas. El gobierno de Frondizi respondió aplicando el Plan Conintes, Conmoción Interna del Estado. (Pigna, n.d.2)

Frondizi fue uno de los presidentes argentinos cuyo accionar se vio permanentemente jaqueado por el poder militar, incluyendo asonadas, intentos de golpes de Estado y la imposición de figuras afines en la conformación de su propio gabinete.

No es de extrañar entonces que su política exterior, que pretendió basarse en los principios de no intervención y autodeterminación de los pueblos, le valiera nuevas presiones por parte de los sectores militares y civiles más conservadores, como quedó demostrado cuando se opuso a la expulsión de Cuba de la OEA y se reunió con Ernesto “Che” Guevara, en su carácter de representante del gobierno cubano, recientemente conformado a partir del triunfo de la Revolución, en 1959. Además, como recuerda Romero:

El lanzamiento del programa de la Alianza para el Progreso por el presidente Kennedy—mirado con desconfianza por buena parte de los sectores tradicionales de ambas Américas—encontró en Frondizi un entusiasta partidario. (Romero, 1995: 144)

Pero el presidente argentino no pudo sostener su independencia de criterio, y por fin aceptó, entre otras cosas, romper relaciones diplomáticas con Cuba.

Así las cosas, la situación interna del país presentaba un cuadro de tensiones y conflictos crecientes en varios frentes, desde el estudiantado hasta los sindicatos, como así también entre los círculos) conservadores quienes no ocultaron su malestar cuando Frondizi decidió levantar la proscripción política del peronismo, representado por la Unión Popular.

En ese clima fueron convocadas las elecciones de 1962 para renovación de diputados y gobernadores, que gana el peronismo por abrumadora mayoría. Las FFAA exigen la anulación de las elecciones, demanda que Frondizi no acepta. Así, el 29 de marzo de 1962 un golpe de Estado destituye al presidente. Éste se niega a renunciar y es encarcelado en la isla Martín García. Para Luna:

Había intentado hacer potable el ‘hecho maldito’ del peronismo, a través del reconocimiento de su poder sindical y del fracasado reconocimiento de su poder político; había complementado el valor de la Justicia Social con la idea del Desarrollo Nacional; dejaba los fundamentos de una industria de base que debía hacer menos vulnerable la industria liviana favorecida en la etapa anterior; dejaba los lineamientos de una política exterior independiente, imaginativa y ajustada a los intereses permanentes del país. Para cuatro escasos años de un gobierno en continuo jaque, no eran logros desdeñables. (Luna, 1974: 143)

Destituido Frondizi asumió un civil, el radical José María Guido, presidente de la Cámara de Senadores.

Este episodio estuvo rodeado de confusas circunstancias dado que el Gral. Raúl Poggi, comandante del golpe de Estado, había previsto para sí asumir ese cargo, en el marco de las disputas internas del sector militar. Pero el juez de la Corte Suprema Julio Oyhanarte se anticipa y toma juramento a Guido, primero en la línea sucesoria en casos de acefalia, habida cuenta de la ya mencionada renuncia del vicepresidente Alejandro Gómez, compañero de fórmula del depuesto Frondizi.

El diferendo se solventó cuando el grupo militar golpista le exigió a Guido, como requisito para reconocerlo presidente, que accediera por escrito a todas sus condiciones. Guido acepta y comienza una gestión signada por esta especie de co-gobierno donde el presidente es un civil pero quienes realmente detentan el poder son los militares. Estas son algunas de las acciones que Guido aceptó ejecutar: declarar nulas las recientes elecciones ganadas por el peronismo, clausurar el Congreso, intervenir las provincias y conformar un equipo económico, cuya conducción es delegada en Federico Pinedo. Éste promueve un brusco giro en la dirección económica seguida hasta entonces, que le valió un repudio generalizado y le costó el cargo, a dos semanas de haber asumido. Es reemplazado por Alsogaray.

El estado deliberativo en las Fuerzas Armadas se rompe en septiembre de 1962 y se produce un enfrentamiento armado entre el sector "azul" y el "colorado". Los primeros proclaman la vuelta al profesionalismo, son legalistas y apoyan al Presidente, sostienen la vigencia de la Constitución y una salida electoral. Los "colorados" dominan la secretaría de Guerra y apelan a la fuerza sin llamado a elecciones. Se imponen los "azules" y el general Juan Carlos Onganía es designado Comandante en Jefe del Ejército; en abril de 1963 la interna militar se reanuda y en los nuevos combates se producen algunas bajas. Es una etapa difícil para el ciudadano común que se convierte en testigo silencioso de los acontecimientos. (Presidencia de la Nación, n.d.)

Se hacía evidente que “iba in crescendo el proceso de disolución de la autoridad” (Luna, 1974: 151).

En 1963 hay un nuevo llamado a elecciones en las que gana la fórmula de la Unión Cívica Radical del Pueblo conformada por Arturo Illia y Carlos Perette, con una magra cosecha de votos (25%) ya que el peronismo –que continuaba proscripto– optó por votar mayoritariamente en blanco (18%).

1963 / 1966

Illia asume en octubre de 1963 con esta debilidad de origen que, sin embargo, no le impidió en un inicio respetar ciertas premisas anticipadas en la campaña, tales como “nacionalismo económico, intervención estatal y protección a los consumidores” (Romero, 1995: 146), y promover, en consecuencia, medidas cuya orientación era francamente inversa a la de las políticas instrumentadas en los últimos tiempos, bajo la presión de los sectores dominantes.

Así:

Resulta importante destacar de su gestión: el impulso de la Ley de Medicamentos, la Ley de Salario Mínimo, Vital y Móvil, la anulación de los Contratos Petroleros, la anulación de los Gastos Reservados, la defensa de la Soberanía de Malvinas ante la ONU, y la instauración de un 25% de presupuesto de Recursos y Gastos para la Educación. (Arrondo, n.d.)

Sin embargo, como veremos, la mayoría de estas acciones declamadas no fueron más allá de su valor simbólico, no tuvieron el alcance esperado o, incluso, los resultados fueron adversos a su espíritu.

El concepto de la Ley 16.463 de Medicamentos (también conocida como Ley Oñativia) era verdaderamente transformador. A ella se sumaba la Ley de Abastecimiento de Drogas y Productos utilizados en Medicina Humana (Sabsay, 2001:353).

Entre otras resoluciones se fijaba una política de control sanitario sobre la producción, comercialización e importación de las empresas farmacéuticas y laboratorios multinacionales. Se contemplaban recetas según genérico, límites a los gastos de publicidad y a los pagos en conceptos de regalías al exterior.

Esta misma postura ante un segmento económico tan poderoso como el de los laboratorios fue la que sostuvo Illia frente a las empresas petroleras, al anular los contratos firmados por

Frondezi, tal como había anticipado durante la campaña electoral y reafirmado en su primer mensaje como presidente:

En materia de política petrolera cumpliremos lo prometido reiteradamente: los contratos que fueron suscriptos a espaldas de la ley y los intereses económicos del país serán anulados. Yacimientos Petrolíferos Fiscales será –de acuerdo con la tradición argentina– la entidad rectora de nuestro desarrollo energético. (Citado en Furundarena, 2007: 184)

Sin embargo esta decisión, celebrada por sus partidarios como un modo ejemplar de honrar los compromisos de campaña, tiene para Félix Luna una lectura diversa:

Cuando Illia arribó a la responsabilidad presidencial, se encontró frente a una dura disyuntiva: cumplir con lo proclamado en las tribunas partidarias y frustrar una política que había traído ventajas indiscutibles; o rectificar sus compromisos electorales y mantener la continuidad de un régimen cuyos beneficios quedarían tácitamente reconocidos [...] Decidió anular los contratos por decreto [...] Esta fidelidad de la UCR del Pueblo a sus posiciones anteriores costó al país entre 120 y 200 millones de dólares en concepto de indemnización a las compañías extranjeras afectadas y un vertiginoso descenso en la producción de petróleo. (Luna, 1974: 173)

Por su parte, La Ley 16.454 de Abastecimiento ambicionaba constituirse en instrumento legal para la defensa de la canasta familiar, pero fracasó “al pretender imponer una regulación policial a los precios” (Luna, 1974: 175).

A su vez, la Ley 16.459 referida al salario mínimo, vital y móvil (promovida por Alfredo Palacios, entre otros legisladores) estipulaba la conformación del Consejo del Salario donde estarían representados los tres sectores, gobierno, empresarios y sindicatos. “Esta Ley también fracasó porque el gobierno, buscando recortar poder a la CGT, fomentó divisiones que a la postre resultaron perjudiciales” (Furundarena, 2007: 192).

En esa misma línea, hay coincidencias en que la reglamentación de la Ley 14.455 de Asociaciones Profesionales potenció la conflictiva relación entre el gobierno y los sectores sindicales mayoritarios. Para Romero: “el gobierno procuró hostilizarlos, sobre todo mediante la reglamentación de la Ley de Asociaciones Profesionales y el estímulo a los grupos sindicales

minoritarios” (Romero, 1995: 147). Para Félix Luna, la Ley “tendía a atomizar al movimiento obrero, restando bases económicas a sus organizaciones” (Luna, 1974: 175).

En el orden político, si bien el Gral. Perón continuó proscrito, se eliminaron las restricciones a su partido. Esta decisión habilitó en las elecciones legislativas de 1965 un importante triunfo del peronismo sobre la propia Unión Cívica Radical.

Esta conjunción de hechos y decisiones políticas y económicas creó un escenario cada vez más generalizado y hostil hacia el gobierno por parte de los sectores tradicionalmente dominantes, civiles y militares, a los cuales se sumaron fracciones de la oposición peronista –en especial del sindicalismo representado por el dirigente Augusto Vandor– y del propio partido radical. Por su parte, la prensa comenzó una tarea de constante desgaste.

Según el análisis de Romero:

Carente de una sólida mayoría electoral y con pocos apoyos entre los restantes factores de poder, el gobierno encabezado por el Dr. Illia apenas pudo ofrecer un elenco honorable y una conducción mesurada, suficiente seguramente para un período normal, pero incapaz de elaborar una alternativa imaginativa y sólida para la casi crónica crisis política. (Romero, 1995:146)

Perspectiva que, en parte, coincide con la de Félix Luna, quien define al elenco presidencial, –constituido exclusivamente por miembros del partido triunfante– como “mediocridades honradas” (Luna, 1974: 171). Según este autor: “La tónica dominante de la UCR del Pueblo y el temperamento personal de Illia cerrado hacia sus amigos, fueron llevando a su gobierno hacia una estrechez ideológica y operativa que tenía que terminar tal como terminó” (Luna, 1974: 172).

En junio de 1966, un golpe de Estado derroca al gobierno constitucional y un militar, el Tte. Gral. Juan Carlos Onganía, asume la presidencia de la Nación.

1966/ 1973

Con este golpe de Estado comienza lo que sus propios ejecutores denominaron Revolución Argentina.

La interrupción de los procesos democráticos a manos de las FFAA fue una constante en la América Latina de estas décadas. EEUU apoyaba estos regímenes autoritarios a los que consideraba aliados en su lucha contra el comunismo, en plena Guerra Fría con la URSS. Así queda testimoniado en esta cita:

El 7 de agosto de 1964, el general Onganía pronuncia en la Academia Militar de West Point, Estados Unidos, durante la Quinta Conferencia de Ejércitos Americanos, un discurso que preanuncia la Doctrina de la Seguridad Nacional, según la cual el enemigo estaba ahora fronteras adentro. Los opositores eran calificados genéricamente como comunistas, en contra del sistema de vida “occidental y cristiano”. Dijo en aquella ocasión: *"El deber de obediencia al gobierno surgido de la soberanía popular habrá dejado de tener vigencia absoluta si se produce al amparo de ideologías exóticas, un desborde de autoridad que signifique la conculcación de los principios básicos del sistema republicano de gobierno, o un violento trastrocamiento en el equilibrio e independencia de poderes. En emergencias de esta índole, las instituciones armadas, al servicio de la Constitución no podrán ciertamente mantenerse impasibles, so color de una ciega sumisión al poder establecido, que las convertirían en instrumentos de una autoridad no legítima"*. (Pigna, n.d.3)

La aplicación de la Doctrina de Seguridad Nacional trajo consecuencias nefastas para el país, en todos los órdenes. Basta con citar la vergonzante *Noche de los Bastones Largos*. El gobierno, recelando del ámbito intelectual y universitario, protagonista de un constante debate de ideas, toma la antidemocrática medida de suprimir sus derechos de autonomía y cogobierno. Cuando la comunidad educativa reacciona ante el avasallamiento, en la noche del 28 de julio de 1966 la Guardia de Infantería irrumpe armada en varias Facultades, reprimiendo con violencia la protesta. El costo trágico para el país fue la renuncia y el éxodo de docentes, investigadores y científicos.

La orientación de la economía, una creciente y extendida censura, el malestar de los trabajadores, entre otras razones, fueron instalando en el orden político y social un descontento cada vez más evidente que, por la propia dinámica de sus disputas internas, también crecía en el seno mismo de las FFAA.

Por su parte, como respuesta al autoritarismo de los gobiernos de facto, a nivel nacional y continental iban conformándose movimientos de insurrección cada vez más combativos, integrados por obreros y estudiantes. En nuestro país, esa lucha deriva en dos jornadas masivas

de protesta, conocidas como el *Rosariazo* y el *Cordobazo*, el 21 y el 29 de mayo de 1969, respectivamente. Onganía decide enviar tropas del Ejército a Córdoba para sofocar la revuelta, en cuyo transcurso hubo víctimas fatales, decenas de heridos y numerosas detenciones de activistas y dirigentes sindicales clasistas. Para Luna:

Los hechos de Rosario y el *cordobazo* (como se lo llamó en recuerdo del “bogotazo” colombiano de 1948) tenían significaciones que dejaban al desnudo todas las carencias del régimen de Onganía. En primer lugar, las del plan de Krieger Vasena, que había irritado a todos los sectores y convertido a la pacífica clase media argentina en campo propicio para la subversión. (Luna, 1974: 203)

Ante la magnitud creciente de la protesta social, un sector importante de las Fuerzas Armadas encabezado por Alejandro A. Lanusse decide tomar cartas en el asunto.

Así, en junio de 1970, “en momentos en que el asesinato, poco claro por entonces, del ex presidente Aramburu agregaba un nuevo elemento de dramaticidad” (Romero, 1995:150), Onganía es reemplazado por el Gral. Roberto Marcelo Levingston. Su designación fue sorpresiva. Radicado en EEUU, se desempeñaba como agregado militar en Washington. De todos modos, su permanencia en el cargo fue muy breve. En marzo de 1971 lo reemplazaría el propio Lanusse, quien asumiría en un contexto político incierto y desfavorable.

La violencia guerrillera crecía, el descontento popular también, Perón sumaba día a día más adictos y la continuidad del gobierno militar se tornaba difícil de sostener. Lanusse evaluó que el principio de solución a los múltiples conflictos pasaba por terminar con la proscripción del peronismo y decretar una apertura política que permitiera una transición hacia la democracia. En este contexto nombró en el ministerio del Interior a Arturo Mor Roig (de reconocida militancia radical), propuso un Gran Acuerdo Nacional (GAN) entre los argentinos y anunció la convocatoria a elecciones nacionales sin proscripciones para el 11 de marzo de 1973. En realidad, el GAN representaba el intento de encontrar la mejor salida para las FF.AA. y la secreta y ambiciosa expectativa de convertirse en el candidato acordado por las principales fuerzas políticas. Sin embargo, no se había evaluado correctamente la fuerza del peronismo, que resultaría vencedor en las elecciones de 1973 y abriría el camino para el regreso del general Perón al país y al gobierno. (El Historiador, n.d.3)

Romero describe la confluencia de sectores diversos y opuestos que se produjo alrededor de la figura de Perón: el peronismo histórico y *verticalista*, los activistas de distintas tendencias,

incluyendo la extrema derecha y la extrema izquierda, quienes lo imaginaban como el movilizador de posibles transformaciones. Y agrega:

Otros, en cambio, veían en la figura de Perón la última posibilidad de un orden legítimo, que cerrara la crisis política en que se debatía el país desde 1955. Finalmente, grupos de empresarios nacionales y extranjeros e inclusive de dirigentes rurales, eran captados por el lenguaje de un político de masas que, en los largos años del exilio, parecía haberse transformado en un verdadero estadista. (Romero, 1995: 151)

En las elecciones presidenciales del 11 de marzo de 1973 triunfa con el 49 % de los votos quien fuera desde 1971 el delegado personal de Juan Perón, el Dr. Héctor J. Cámpora. Éste y su vicepresidente, Vicente Solano Lima (del Partido Conservador Popular) integraban el Frente Justicialista para la Liberación (Fre.Ju.Li).

Para Aldo Ferrer (1973):

La ilegitimidad del proceso político en los últimos 18 años (se refiere a la etapa 1955-1973) repercutió en la conducción económica del país. Gobernaron minorías para las minorías y los breves períodos en que se intentaron cambios de rumbo fueron interrumpidos por la restauración de las políticas liberales. (Citado en Brailovsky, 1982: 136)

1973 / 1976

El 25 de mayo de 1973 se inicia la presidencia de Cámpora, con una multitudinaria movilización en Plaza de Mayo. En el brevísimo lapso de su mandato, que culminará con su renuncia en julio de ese mismo año, Cámpora tomará algunas medidas con las cuales se ganará el apoyo de algunos sectores, especialmente de los más combativos, así como el rechazo de otros, incluso dentro del mismo movimiento peronista. Entre ellas, la liberación de los presos políticos, la reanudación de las relaciones diplomáticas con Cuba y la propuesta de consolidar un pacto social, emanada del Ministerio de Economía, entre la Confederación General del Trabajo, el gobierno y el empresariado nacional.

La puja por el poder entre las fracciones progresistas, algunas más radicalizadas que otras, y las de la derecha más intransigente (cada cual pretendiendo hacer prevalecer su proyecto de

gobierno y de país) quedaría expuesta en la propia conformación de su gabinete donde, en un equilibrio sumamente inestable que no tardaría en colapsar, convivían nombres como los de Jorge Taiana y José López Rega (Sáenz Quesada, 2001:644-645).

La cara más trágica de este enfrentamiento se produjo el 20 de junio, cuando el regreso de Perón al país –que originó una movilización espontánea de más de dos millones de personas, mayormente familias con niños– acabaría siendo copado por grupos armados.

En este entramado de presiones cruzadas se llega al 13 de julio, fecha en que Cámpora renuncia para habilitar un nuevo llamado a elecciones, esta vez con la fórmula Juan D. Perón- María E.M. de Perón (Isabelita) su esposa. El binomio arrasa en las elecciones con el 62% de los votos.

El conflicto interno del peronismo se desplegó con toda su fuerza. Frente a quienes proclamaban la bandera de la patria socialista, otro sector levantaba la de la 'patria peronista' [...] El enfrentamiento culminó el 1 de mayo de 1974, cuando en el tradicional acto peronista de la Plaza de Mayo, el veterano líder los denostó (se refiere a los sectores juveniles más combativos) y aquellos respondieron abandonando la Plaza y, simbólicamente, el movimiento. (Romero, 1995: 155)

Pocos meses después, el 1 de julio de 1974 muere Perón y asume su viuda.

La violencia ya estaba instalada en la sociedad argentina. El accionar de grupos paramilitares como la Triple A, y de las organizaciones armadas peronistas y de izquierda (Montoneros y ERP, entre otros) cobraba víctimas a diario.

A su vez, en el horizonte económico también se avecinaba un capítulo de resultados catastróficos, el *Rodrigazo*, denominación que hace referencia a Celestino Rodrigo, quien era titular de la cartera económica en junio de 1975. Rodrigo implementó un paquete de medidas extremas: devaluación del peso en relación al dólar comercial, subas en rubros esenciales como combustibles, transporte y servicios, aumento de salarios, entre otras. Como consecuencia se desató un proceso inflacionario, las mejoras salariales se esfumaban en el descontrolado aumento del costo de vida y comenzaron a escasear productos básicos. La reacción de los trabajadores organizados no se hizo esperar: se promovieron huelgas, la ocupación de fábricas y movilizaciones masivas.

Isabel Perón carecía del liderazgo y de las condiciones políticas necesarias como para encauzar esta situación cada vez más dramática. Pero también es cierto que de parte de los demás actores

sociales (partidos políticos, Iglesia, sindicatos, organizaciones de la comunidad, sectores empresariales, medios de comunicación, etc.) no hubo firmes pronunciamientos en defensa del sistema democrático. Por el contrario, se insistía en la necesidad de *poner orden*.

Para Galasso:

Los viejos políticos salen al ruedo como si quisieran evitar el golpe. Balbín habla el 16 de marzo y poco después, el 19 de marzo, diserta Oscar Alende, pero ambos solo ofrecen frases retóricas sin ninguna propuesta concreta para superar la crisis. [...] En los periódicos y en los corrillos se juzga que el golpe es inminente. (Galasso, 2011: 503)

Así las cosas, éste se produjo el 24 de marzo de 1976, iniciándose una de las épocas más infaustas de la historia argentina.

1976 / 1983

La Junta Militar que asume el gobierno del autodenominado Proceso de Reorganización Nacional estaba integrada por Jorge Rafael Videla (Ejército, quien además es designado presidente de facto), Eduardo Emilio Massera (Armada) y Orlando Ramón Agosti (Fuerza Aérea). Hasta 1983, año de la recuperación democrática, se sucedieron tres Juntas, compuestas también por un miembro de cada Fuerza:

- Roberto Viola (Ejército) / Armando Lambruschini (Armada) / Omar Graffigna (Fuerza Aérea): 1980/1981. Presidente de facto: Roberto Viola
- Leopoldo Fortunato Galtieri (Ejército) / Jorge I. Anaya (Armada) / Basilio Lami Dozo (Fuerza Aérea): 1981/1982. Presidente de facto: Leopoldo Galtieri
- Cristino Nicolaidis (Ejército) / Rubén Franco (Armada) / Augusto Hughes (Fuerza Aérea): 1982/1983. Presidente de facto: Reynaldo Bignone.

En las horas previas y posteriores al golpe de Estado, los principales diarios nacionales comentaban la situación nacional con expresiones que oscilaban entre la sobriedad y la ponderación, de lo que dan cuenta algunos titulares tales como: “Es inminente el final. Todo

está dicho” (*La Razón*), “Total normalidad” (*Clarín*), “Personalidad y trayectoria del nuevo mandatario” (*La Nación*). (Infobae, 2009)

El 24 de marzo la Junta Militar da a conocer sus documentos instrumentales, rubricados por los tres comandantes (Videla, Massera, Agosti). Ellos son: *Proclama*, *Acta para el Proceso de Reorganización Nacional*, *Acta fijando el Propósito y los Objetivos básicos del Proceso de Reorganización Nacional* y el *Estatuto para el Proceso de Reorganización Nacional*.

En la *Proclama*, se lee:

Las Fuerzas Armadas desarrollarán en la etapa que hoy se inicia una acción regida por pautas perfectamente determinadas, por medio del orden, del trabajo, de la observancia plena de los principios éticos y morales de la justicia, de la organización integral del hombre, del respeto a sus derechos y dignidad. (Citado en Furundarena, 2007: 277)

Pero la declamada restauración del orden y la paz social derivó en la instauración de un Estado de terror, sin garantías jurídicas de ninguna naturaleza, y un modelo económico neoliberal que sumió al país en un profundo proceso de desindustrialización, haciendo crecer el endeudamiento público a niveles insospechados.

La política económica (cuyo primer ejecutor fue Alfredo Martínez de Hoz, ministro entre 1976 y 1980) es descripta por el ex Director de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe-CEPAL, Bernardo Kosacoff, en estos términos:

Durante su gestión hubo varias etapas, pero su política consistió básicamente en una apertura del mercado externo, tanto para el ingreso de capitales como para el movimiento comercial. Se basaba en el enfoque monetarista del balance de pagos y por eso siempre se miraba el saldo de la balanza comercial [...] Las políticas tuvieron un impacto fuerte sobre el tejido de las pequeñas y medianas empresas y el cambio estructural estuvo asociado a que la industria dejó de ser el motor del crecimiento de la economía [...] La gran herencia fue el crecimiento del endeudamiento externo. El elemento más negativo fue que la entrada de capitales en lugar de usarse para una reforma estructural se utilizó como "plata dulce", tanto para el sector privado como para el público. (Kosacoff, 2013)

Es interesante cotejar esta lectura con la perspectiva expuesta en el sitio oficial de la familia Martínez de Hoz (Martínez de Hoz, 2013) donde, por el contrario, se valoran positivamente como apoyos a la gestión algunos de los comentarios publicados en periódicos nacionales, cuyos titulares se reproducen a continuación:

- Confianza en la banca mundial por el plan económico (*Cronista Comercial*, 05/05/1976).
- Kissinger anunció que su gobierno apoyará las gestiones financieras que inicia Martínez de Hoz (*Clarín*, 12/06/1976).
- Apoyó nuestro plan económico el ex Secretario del Tesoro de EEUU (*La Opinión*, 19/03/1979).
- Elogian en EEUU el Programa Económico (*Cronista Comercial*, 06/05/1980).
- Abogó Martínez de Hoz por la privatización (*Clarín*, 25/06/1980).

Por su parte, para Romero:

En momentos en que el aumento internacional del precio del petróleo creaba una masa de capitales a la busca de ganancias rápidas, la apertura financiera permitió que se volcaran al país, alimentaran la especulación y crearan la base de una deuda externa que desde entonces se convirtió en el más fuerte condicionante de la economía local. (Romero, 1995: 158)

Dos hechos de características bélicas iban a sumar su trágica impronta a este período: la disputa por el Canal de Beagle, sostenida con Chile (gobernado por Augusto Pinochet) en 1978, que finalmente se resolvió cuando las acciones militares ya parecían inminentes. Y, por fin, la Guerra de Malvinas en 1982, cuando ocupaba la presidencia de facto el Gral. Galtieri. Si bien la causa explícita (la recuperación de las Islas) era y es considerada justa, el contexto general de esta resolución fue notablemente discutible. La ilegitimidad del gobierno que toma la decisión, la evidente desigualdad de fuerzas con respecto a Gran Bretaña, la escasa o nula preparación de nuestros soldados, en su mayoría conscriptos, enviados a pelear en las condiciones más adversas, el fraude organizado alrededor del llamado Fondo Patriótico, y la impericia y defección de quienes tenían la responsabilidad de conducir las acciones, transformaron esta aventura militar en uno de los hechos más luctuosos de nuestra historia y precipitó el fin de la dictadura.

En una entrevista que le realizara Felipe Pigna, Tulio Halperín Donghi señalaría:

Es necesario recordar que el gobierno del "Proceso" fue recibido primero con auténtico -no diría entusiasmo- pero auténtico alivio y aceptación. Cuando la gente descubrió que el alivio y la aceptación estaban fuera de lugar, descubrió también que en esa situación de terror no podía manifestar ningún cambio de sentimientos. Sólo cuando los dirigentes del "Proceso" demostraron de nuevo que habían fracasado en todo, que habían dejado la economía en estado ruinoso, que habían impuesto un tipo de terror absurdo, aun en el lenguaje de la época, cuando se decía que la sociedad estaba enferma y que necesitaba un cirujano; en lugar de un cirujano había encontrado a un grupo de carniceros chambones. Y por último fracasaron en lo que se suponía que era su especialidad, que era la guerra. (Pigna, n.d.4)

El deterioro del poder militar se escenificaba en varios frentes, tanto a nivel nacional –con crecientes protestas y movilizaciones– como en el orden internacional, a partir de la aciaga aventura bélica y la difusión de las violaciones sistemáticas a los derechos humanos.

En ese contexto es que se decide llamar a elecciones. Las mismas se llevan a cabo el 30 de octubre de 1983. El Dr. Raúl Alfonsín, candidato por la UCR, gana con el 52% de los votos.

○ **UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

La ya descrita conflictiva relación del peronismo con la Universidad se puso de manifiesto nuevamente en la favorable recepción que tuvo el gobierno surgido del golpe militar de 1955.

En su discurso inicial, el presidente provisional Gral. Eduardo Lonardi se refiere a la cuestión universitaria en estos términos:

La autonomía universitaria debe ser lo más amplia posible, y cada universidad conformará su propia fisonomía espiritual, sin injerencia del poder central. La libertad de cátedra es sagrada, dentro de los principios esenciales que definen el orden nacional. (Citado en Furundarena, 2007: 103)

El apoyo tuvo sus recompensas y consecuencias: el estudiantado logró intervenir en la elección de autoridades, fueron desplazados aquellos miembros del plantel docente y administrativo que hubieran simpatizado con el peronismo y se sancionó el Decreto 6403 que restablecía la autonomía universitaria, disponía la designación de docentes por concurso y el gobierno de

diplomados, estudiantes y profesores. También aceptaba la creación de Universidades libres desde la esfera privada, resolución que fue muy resistida.

Se afianzó la apreciación de la Universidad como espacio de producción de conocimiento científico, se establecieron becas para jóvenes investigadores, se fundó el Conicet. Se creó la editorial EUDEBA y se iniciaron las obras de la Ciudad Universitaria para dar solución a la creciente población estudiantil. Pero también hay que destacar que, como siempre sucede, las transformaciones no fueron sostenidas ni alcanzaron equitativamente a toda la esfera universitaria.

Surgen discrepancias en las organizaciones estudiantiles, las cuestiones políticas vuelven a ejercer una marcada influencia en el entorno institucional en el marco de un también convulsionado contexto nacional, donde se gestará una de las páginas más negras de la historia del país y de la Universidad: la Noche de los Bastones Largos. En el punto **Contexto Nacional: 1966/1973** ya han sido relatadas las causas y consecuencias de esta infausta jornada.

La intervención y los episodios de violencia generaron una ola de renuncias en varias de las facultades. Más de 1300 docentes abandonaron sus cargos. Los que dejaron la casa de estudio pertenecían, en su mayoría, a sus grupos más dinámicos y calificados. La mitad de ellos, aproximadamente, desempeñaba sus tareas en las Facultades de Ciencias Exactas y Filosofía y Letras. Alrededor de trescientos docentes optaron por el exilio y se incorporaron a institutos y universidades del exterior. De este modo, terminó la experiencia renovadora iniciada en 1955. (UBA, n.d.5)

Este no fue el único intento de Onganía por intervenir, reprimir y despolitizar la vida universitaria, incluso con la sanción de una nueva ley en 1967. Sin embargo, serían precisamente las Universidades y su estudiantado, en especial en la UBA, la UNC (Córdoba) y la del Nordeste quienes protagonizarían una sostenida resistencia al gobierno de facto. Esta resistencia, este crecimiento de la militancia política activa en diversos frentes de la sociedad fueron desgastando al poder militar, que a su ilegitimidad de origen le sumaba sus errores y la pérdida creciente de credibilidad y bases de apoyo, creando las condiciones necesarias para una apertura democrática.

Así llegamos a las elecciones de marzo de 1973, que gana la fórmula Cámpora-Solano Lima. Las Universidades son intervenidas. Rodolfo Puiggrós asume el Rectorado de la UBA. Comienza a instalarse un modelo opuesto al que trataron de imponer los gobiernos militares.

Se suprimieron las restricciones al ingreso y se intentó impulsar un cambio profundo en las estructuras curriculares y en la organización del cuerpo docente. Durante los primeros meses de 1973 fueron expulsados los docentes más abiertamente identificados con la dictadura y, en una polémica disposición, también aquellos que, además de ejercer la docencia en la Universidad, trabajaban como empleados de empresas multinacionales. La Universidad fue rebautizada entonces bajo la denominación de la ‘Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires. (UBA, n.d.6)

En este marco, varias Facultades implementaron además programas de acción concreta tales como construcción de viviendas, en Arquitectura. Este avance de los sectores más militantes, este perfil combativo que iba adquiriendo la Universidad, anclado en una realidad en la cual se agudizaba el enfrentamiento ideológico, tuvo su contrapartida cuando los sectores de derecha fueron recuperando poder y posiciones, como fue el caso de la designación de Alberto Ottalagano como interventor de la UBA en reemplazo de Puiggrós, quien emigra a México. En Educación, el ministro Taiana fue reemplazado por Oscar Ivanissevich. En tales circunstancias las Universidades permanecieron cerradas, produciéndose hechos luctuosos como el caso de tres estudiantes de la Facultad de Psicología que fueron secuestrados, y sus cuerpos sin vida encontrados en las proximidades de Villa Lugano (Sabsay, 2001:381).

Previsiblemente, la dictadura que se instala a partir del derrocamiento de Isabel Perón no hace más que llevar esta política represiva a su máxima expresión mediante la injerencia directa de las FFAA en los asuntos universitarios a través del Ministerio de Educación.

Con el paulatino desgaste y debilitamiento del gobierno militar fue restaurándose la actividad de las organizaciones estudiantiles y, con ella, la oposición a las políticas implementadas.

○ SALUD PÚBLICA

1955/ 1958

El gobierno de facto de la autodenominada Revolución Libertadora designó Ministro al Dr. Argibay Molina, médico de la sanidad perteneciente a las FFAA, que ocupó la cartera muy

poco tiempo. En su reemplazo asume el Dr. Francisco Martínez, y el Dr. Francisco Elizalde como Subsecretario. Éste retomó la gestión iniciada por Carrillo en vistas a contar con el asesoramiento de expertos internacionales en la materia, presentando la solicitud ante el representante zonal de la OPS/OMS, conformándose una comisión de notables.

A ellos (se refieren a los asesores internacionales) se les preguntó por las características de un ministerio nacional de salubridad de un país latinoamericano, y respondieron, con verdad, que era demasiado grande, que había crecido demasiado aprisa, que había acumulado mucho poder político frente a los organismos provinciales, pero que había modificado poco la situación sanitaria. [...] Pero no se dijo, acaso ni se pensó y, en cambio, se aconsejó y se decidió demoler, transferir, destruir la acumulación de poder cristalizada en la estructura, como si fuese intrínsecamente perversa, para restaurar en la salud pública un federalismo que ni practicaba en ese momento el gobierno militar, ni comprendían bien los expertos internacionales; un federalismo que había sido muy cuestionado en asuntos sanitarios y que a lo largo de un siglo había hecho muy difícil la acción sanitaria uniforme y la redistribución de recursos sanitarios en el amplio territorio de la República. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 546)

Esta cita nos permite situarnos en ese contexto dilemático, muy propio de nuestra historia, donde las obras iniciadas por un gobierno no solo no tienen continuidad en el siguiente sino que son detenidas, y en extremo, destruidas y/o desarticuladas por motivos ajenos –la mayoría de las veces– a su valor objetivo.

La multiplicidad de acciones desarrolladas durante el período peronista tuvo su contrapartida negativa en el crecimiento desmedido de un aparato burocrático que, como tal, era costoso, lento e ineficaz. Este panorama debían enfrentar las nuevas autoridades:

En la década anterior se había edificado un imperio sanitario con preponderancia hospitalaria y altamente centralizado; también se había superado, en la práctica, el conflicto jurisdiccional. Se pretendía ahora demoler ese imperio levantando la bandera de la

recuperación del federalismo, que reavivaba el conflicto jurisdiccional. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 537-538)

A mediados de 1956 se llevó a cabo en Córdoba una reunión de Ministros Provinciales de Salud Pública, los que reclamaron para sus respectivas jurisdicciones la dirección de la salud y la asistencia social por considerar que, en su mayoría, aquellas contaban con la capacidad técnica necesaria.

A su vez, en diferentes países del mundo se estaban diseñando y poniendo en práctica inéditas experiencias vinculadas a la salud pública y a la seguridad social. En nuestro país, recién a finales del gobierno de Aramburu se creó la *Comisión para el Estudio del Seguro Nacional de Salud*.

También con respecto al sistema hospitalario el gobierno solicitó el asesoramiento de expertos. Ellos fueron el Dr. Odair Pedroso, profesor de Administración Hospitalaria en San Pablo, y Hugo Enríquez Fröden, médico chileno especialista en la materia.

En 1956 Pedroso presentó su *Estudio de los Servicios de Salud Pública de la Argentina*, un informe muy crítico sobre la cuestión hospitalaria en su conjunto, desde sus localizaciones hasta sus sistemas administrativos. También señalaba lo que a su criterio representaban distorsiones en la apreciación de los objetivos y funciones de los servicios sanitarios, y que impactaban en su organización. Además, destacaba negativamente el predominio de la medicina curativa en la casi totalidad de los servicios ya sean nacionales, provinciales o municipales y la ausencia de una acción coordinada entre ministerios y agencias nacionales. Otro aspecto cuestionado fue la formación y capacitación de recursos humanos.

En febrero de 1957, mediante el Decreto 1375 se autorizaba al Ministerio a acordar con los gobiernos provinciales y municipales la transferencia de establecimientos asistenciales, con excepción de aquellos que estuvieran afectados a campañas sanitarias masivas.

A su vez, el informe presentado en 1958 por Hugo Enríquez Frödden –*Programa de Atención Médica en un Plan de Salud Pública*– coincidía con el anterior en sus advertencias generales: la necesidad de una política sanitaria orientada hacia la atención integral de la salud, la situación hospitalaria, etc.

Otra de las sugerencias a la que se le dio curso fue aquella que proponía la instauración de un “área de demostración” del *Plan Nacional de Salud Pública*, para lo cual fue seleccionada la

Provincia del Chaco, luego reemplazada por San Juan. El llamado *Plan Chaco* quiso ser el prototipo de un modelo de gestión en el cual las provincias se transformaban en las unidades del sistema de salud pública “para suprimir la agobiante y costosa centralización” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004:567-568).

En el marco de las acciones desarrolladas durante este período también podemos mencionar la creación por Decreto 2245 (febrero de 1956) de la Comisión Nacional del Seguro Nacional de Enfermedad, que dependía de Salud Pública y Trabajo y Previsión. Esta Comisión fue la que propuso crear el Instituto Nacional de Seguridad Social.

A su vez, el 20 de febrero de 1957, el Decreto Ley 2452 daba origen al Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), en la provincia de Buenos Aires.

El Subsecretario de Asistencia Social de la Provincia de Buenos Aires, Sergio Provenzano, proponía la creación de:

una organización estatal que asegurase a todos el acceso a los beneficios de la medicina privada, asegurándoles la libre elección del médico [...] El Servicio de Salud que propiciaba sería un ente autárquico de derecho público y tendría carácter nacional para asegurar la unidad normativa, pero la ejecución se delegaría a Servicios provinciales. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 552)

Por su parte, así se reseñaron institucionalmente los orígenes de IOMA:

En su artículo 27, la norma (Decreto-Ley 2452) disponía que "la Suprema Corte de Justicia, la Honorable Legislatura y las Municipalidades podrían adherirse al régimen creado, y en tal circunstancia el personal de sus dependencias tendría los mismos derechos y obligaciones que los estipulados para los integrantes de la Administración General". A partir del 12 de marzo de 1957, según lo dispuso el Decreto-Ley, "todas las instituciones de obras médico-asistenciales oficiales existentes pasan a depender del IOMA, que se haría cargo de sus activos y pasivos" [...] Se consideraron afiliados directos y obligatorios a "todo el personal en actividad dependiente de cualquier organismo de la Administración General de la Provincia, los jubilados y pensionados de dicha Administración. (Instituto de Obra Médico Asistencial [IOMA], 2013)

A modo de reflexión, para poder graficar qué sucede cuando una nueva gestión, por lo general, centra prioritariamente su accionar en desarticular lo instituido por la anterior, más que en

proponer cambios prontamente viables, tomaremos la palabra de otro protagonista de la época, el Dr. Alberto Mondet, presidente de la Comisión Asesora del Ministerio de Salud cuando éste era conducido por el Dr. Francisco Martínez, y activo participante del proceso de descentralización del sistema nacional de salud. Al respecto, dice:

En ese entonces había provincias relativamente capacitadas para aceptar la responsabilidad, otras lo consiguieron con el tiempo, y otras están igual que hace cincuenta años. Sabíamos que el cambio era imprescindible pero fracasó el cómo porque se le dio demasiado peso a provincias que no estaban preparadas y porque los mismos funcionarios que impulsábamos la transformación no éramos técnicos en la materia [...] El tiempo dio la razón a sus observaciones (se refiere a Odair Pedroso) pero faltó capacitación previa a la puesta en marcha de los cambios. Hay que evaluar además las resistencias que siempre generan las transformaciones. (Veronelli y Testa, 2002: 95)

Instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 568)

1955: Se presenta ante la OPS una solicitud de cooperación para reorientar los servicios de salud.

1956: La epidemia de poliomielitis pone en evidencia la falta de preparación de los servicios de salud para afrontarla.

En este período se destaca la iniciativa del Dr. Florencio Escardó, quien promovió en Casa Cuna la internación conjunta de los niños afectados con sus madres.

Se crea la Comisión Nacional del Seguro de Enfermedad que propone en el siguiente año la creación de un Instituto Nacional de Seguridad Social.

1957: A partir del Decreto 1.375 se inicia, a través de la firma de convenios con las provincias, el proceso de las transferencias. Se difunde el informe del experto en Administración de Hospitales Dr. Odair Pedroso y poco después el “Informe de los Consultores Internacionales”.

1956 y 1957: se verifica un aumento de los casos de paludismo respecto de los registrados en 1955.

1958: Se presenta el Informe “Plan de Atención Médica” del experto chileno Dr. Hugo Enríquez Frödden.

1958/ 1966

Con la asunción de Arturo Frondizi, se inicia un nuevo pero breve período democrático.

El Dr. Héctor Virgilio Noblía es designado Ministro de Asistencia Social y Salud Pública.

Éste tomó muy en cuenta las apreciaciones de los expertos internacionales, así como también se abocó a conocer la situación real del país en materia de salud, a través del diálogo con las autoridades provinciales.

Entre las preocupaciones de Noblía se destacaba la expansión de la atención de la salud a todos los rincones del territorio nacional, para lo cual anticipaba la creación de un sistema que promoviera el interés de los médicos de ejercer su profesión en el interior del país. También manifestó su compromiso con la atención de tres grandes males: poliomiélitis, paludismo, chagas. Para ello contó con el apoyo del Instituto Nacional de Microbiología, organismo que insistía en la necesidad de formar investigadores. Noblía expresó su empeño, además, en arbitrar los medios para dotar a la Nación de un Código Sanitario.

Noblía apoyó vigorosamente la capacitación de recursos humanos, uno de los aspectos en el que pusieron mayor énfasis los Consultores Internacionales. Después de expresar su acuerdo con la descentralización, Noblía agregaba: ‘...De ahí a transferir esos hospitales a provincias empobrecidas, que ni cuentan con los medios para mantenerlos, hay una diferencia’. (Veronelli y Testa, 2002: 87)

Para el ministro se hizo evidente que en muchas jurisdicciones no se alcanzaban los estándares estructurales necesarios, ni se contaba con los recursos económicos y humanos para asumir la gestión de los servicios que se pretendían transferir.

En septiembre de 1958, la ley 14.475 dispuso el reintegro a la Nación de los servicios transferidos; los artículos 8° y 9° establecían nuevos lineamientos, para que futuras legislaciones hicieran posible la futura creciente intervención de las provincias y los municipios en la asistencia médica de sus jurisdicciones. En 1961 se resolvió, a través del decreto 8.569 del 22 de septiembre, reiniciar el proceso de transferencias, pero limitándose

primero a establecer gestiones y formar grupos de estudio; Noblía afirmaba así su acuerdo con transferir los servicios, pero también su decisión de que antes había que formar los recursos humanos capaces de hacerse cargo de los servicios descentralizados. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 584)

En noviembre de 1958 la UBA se comprometió a gestionar la creación de una Escuela de Salud Pública en el marco de la Facultad de Medicina, iniciativa que –tal como se planteaba– se demoraría en su implementación. Así, en 1959 Noblía decidió crear una Escuela en el ámbito del Ministerio, dedicada a la formación en distintas especialidades médicas, administración hospitalaria, etc.

Tal era la importancia adjudicada a la formación de recursos humanos que se decidió la intervención de la autoridad sanitaria en su planificación, propuesta que ya se había desarrollado siendo ministro Ramón Carrillo. La OPS apoyó estas iniciativas, a las cuales se sumó la implementación de actividades educativas de promoción sanitaria de la población; se retomó además la visión de la Salud tomando en cuenta sus condicionantes sociales y económicos.

Un hecho destacado que modificó la formación médica fue una resolución por la cual se creó el sistema de algunas residencias médicas hospitalarias (como instancia de formación laboral y perfeccionamiento científico). Si bien ya existían, quedaron formalizadas a partir de ese momento. (MSAL, 2012: 227)

En cuanto a la cuestión hospitalaria, esta es la concepción que alentaba el ministro:

A su construcción moderna y su equipamiento lógico para prestar un óptimo servicio de diagnóstico y curar, hay que ampliarle el radio de acción, ligando a la técnica de administración hospitalaria la medicina preventiva: debe ser una institución que cree y fomente salud y (la) repare (cuando es necesario). (Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 591)

En 1962, en el seno de las FFAA ya se estaba gestando una nueva interrupción del orden constitucional. Renuncia el ministro Noblía y es reemplazado por Tiburcio Padilla quien había

ejercido funciones directivas en el Departamento Nacional de Higiene, en diversas oportunidades. El presidente Frondizi es derrocado y asume interinamente José María Guido, gracias a la intervención de un ministro de la Corte Suprema, como ya se relató en la exposición de los hechos históricos del período (**Contexto Nacional: 1962/1963**).

La Escuela de Salud Pública del Ministerio implementada por Noblía fue disuelta y el Curso de Formación en Salud Pública que en ella se impartía se integró en la Escuela de Salud Pública de la UBA.

Ese mismo año fue designado Secretario de Salud Pública de Buenos Aires el Dr. Alfredo Mondet.

A su repartición fue transferido el Hospital de Niños, operación que iba a verificarse con todos los establecimientos de la jurisdicción, integrándolos en un *sistema hospitalario*.

En octubre de 1963 asume interinamente la cartera Horacio Rodríguez Castells, en reemplazo del fallecido Tiburcio Padilla.

En esa breve gestión se dictaron dos decretos que tendrían resonancias posteriores: en septiembre, atendiendo a una de las recomendaciones más urgentes del Informe de Consultores [...] se creó el Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud (decreto 7.485 de septiembre de 1963) y casi en el final del interinato, el 8 de octubre, se dictó el decreto-ley 8.924, promovido por presiones políticas y sindicales, por el cual se otorgaba al Consejo Nacional de Asistencia Social el carácter de ente descentralizado, con personalidad jurídica e individualidad presupuestaria. La Asistencia Social parecía sentirse a disgusto y no querer echar raíces en el ámbito de Salud Pública. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 596)

El presidente surgido de las elecciones de 1963, Arturo Illia, designó como ministro al médico, docente e investigador Arturo Oñativia, quien al provenir del interior del país tenía plena conciencia de la relación existente entre las condiciones de pobreza y la salud de la población, entendiendo que las políticas sanitarias debían articularse con planes de desarrollo social y económico. Por eso se refiere en estos términos a la política de descentralización:

El comienzo de la política de transferencias, iniciado en 1957, que pretendió entregar el manejo de los hospitales nacionales a las provincias y municipalidades, trajo como consecuencia un estado de incertidumbre, de anarquía y de caos en los servicios

asistenciales nacionales, con el resultado final de un desmantelamiento en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos técnicos y mantenimiento presupuestario. [...] Mientras no se resuelva una efectiva política de descentralización que posibilite el desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el auge de las autonomías económicas regionales, no se les permitirá, entre otras cosas, absorber los presupuestos que les demanda la medicina asistencial. Mientras tanto Salud Pública de la Nación debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales. (Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 601)

Durante su gestión se creó la Oficina Coordinadora de las Delegaciones Sanitarias Federales, se realizó el Catastro Nacional de Recursos y Servicios en Salud y se reorganizó la Dirección de Estadísticas y Economía Sanitaria. Se inició un plan tendiente a proveer agua potable a las zonas rurales. Se solicitó al Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) que se estableciera en Buenos Aires un Centro Internacional orientado a capacitar en investigación y práctica de la Administración Médica, acordándose el apoyo de la Universidad de Columbia. Con respecto a la promovida autarquía del Consejo Nacional de Asistencia, se solicitó al Congreso la derogación del decreto que la viabilizaba y en 1965 se nombró Interventor al Dr. Sergio Provenzano, quien en su carácter de representante de la Confederación Médica Argentina también había participado en la elaboración del Anteproyecto del Código de Seguridad Social presentado en el IV Congreso Nacional de Seguridad Social, realizado en mayo de 1966.

Tanto Oñativia como Nosiglia (se refiere al Subsecretario Plácido Nosiglia) creían que los establecimientos hospitalarios públicos (con nuevas modalidades de gestión y de financiamiento participativas que debían explorarse y ensayarse), debían ponerse al servicio de la población incorporada paulatinamente al sistema de seguridad social, el cual debería, finalmente, adquirir cobertura universal. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 612)

Durante su gestión se impulsó el proyecto de reforma del sistema hospitalario nacional, que proponía la autarquía administrativo-financiera de estos efectores, la extensión de su horario de atención y de la oferta de servicios a afiliados de obras sociales y particulares pudientes. (MSAL, 2012: 227)

Finalmente, una de las acciones más significativas llevadas a cabo por Arturo Oñativia se refiere a la Ley 16.462, norma ya mencionada que lleva su nombre y con la cual se buscó establecer una política de precios y de control en la producción, importación y comercialización de medicamentos, la prescripción por genérico, y pautaba topes para gastos en publicidad.

La Ley (16.462 y 16.463) de medicamentos, promovida por Oñativia, otorgó a los fármacos el carácter de bien social, al servicio de la salud pública y de la sociedad [...] La presión de los laboratorios extranjeros para impedir que esta normativa se sancionara y luego reglamentara fue permanente, a tal punto que organismos financieros advirtieron al mismo presidente que su vigencia ponía en peligro la renegociación de la deuda y el otorgamiento de nuevos créditos para el país. (MSAL, 2012: 228)

Esta Ley, que contrariaba los intereses de los laboratorios, pudo haber sido uno de los factores que precipitó en junio de 1966 el derrocamiento del Dr. Illia.

Instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 618)

1958 Arturo Frondizi asume la presidencia y designa a Héctor Virgilio Noblía Ministro de Asistencia Social y Salud Pública. Se reorganiza y refuerza el Servicio Nacional de Lucha contra la enfermedad de Chagas. Se reintegran al Ministerio la mayor parte de los servicios transferidos.

1959 Crea la Escuela de Salud Pública como dependencia ministerial.

1961 Se realizan estudios para reiniciar las transferencias.

1962 Noblía renuncia y asume Tiburcio Padilla. Días después Frondizi es derrocado y lo reemplaza José María Guido.

1963 Reunión de Ministros Provinciales. Se transfiere el Hospital de Niños a la Municipalidad de Buenos Aires.

Fallece el ministro Padilla. Asume interinamente Rodríguez Castells.

Se decreta la autarquía del Consejo Nacional de Asistencia Social.

El 12 de octubre asume la presidencia Arturo Illia y designa a Arturo Oñativia al frente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

Se publica el Estudio sobre gasto familiar en medicina de OEA- /BID/CEPAL: Medicamentos representa el 62%.

1964 Se impulsan estudios para la reestructuración ministerial. Iniciación del Catastro Nacional de Servicios y Recursos.

Se deroga la autarquía del C. N. de A. S. Congelamiento del precio de los medicamentos.

1965 Se designa a Sergio Provenzano Interventor del Consejo Nacional de Asistencia Social.

Se presenta el anteproyecto de “Servicios de Atención Médica para la comunidad”.

Se sancionan las leyes de Medicamentos. El número de especialidades registradas se reduce de 33.000 a 17.000.

1966 Se publica “Política Sanitaria Nacional”. Illia es derrocado.

1966 / 1973

Depuesto Illia, comienza lo que sus propios gestores militares denominaron *Revolución Argentina*.

El gobierno que asume crea una nueva dependencia, el Ministerio de Bienestar Social, del cual pasó a depender Salud Pública en calidad de Secretaría. En el marco de esta reubicación jerárquica, si bien conservaba su propio presupuesto, el vínculo con el Ejecutivo se canalizaba a través del Ministerio. Dentro de éste también se creó la Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad.

Asumen la conducción de Salud Pública, primero, el Dr. Ezequiel Dago Holmberg (junto a Alberto Mondet como Subsecretario) y luego Horacio Rodríguez Castells.

En este período se introducen nuevos modelos de gestión de hospitales y se promueve la Ley 18.610 de Obras Sociales.

Si la “Revolución Libertadora” destruyó la centralización institucional de Carrillo (con todos sus errores), sin siquiera pensar en corregirla, la “Revolución Argentina” sancionó el seguro social obligatorio, en su variante “profesional”, dividiéndolo en múltiples y disímiles organizaciones que cristalizaban privilegios adquiridos y creaban nuevos: la Argentina incorporaba el instrumento utilizado por muchos países avanzados con tradición liberal para configurar el Estado de Bienestar, pero lo hacía sobre el modelo corporativo que preferían algunos grupos castrenses y algunos políticos de extracción católica. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 625)

Se delegó en los sindicatos la administración de los recursos provenientes de las contribuciones de empleados y empleadores. Las provincias mantendrían su condición de unidades sanitarias de los servicios del sector público, en tanto las obras sociales abarcarían las esferas nacionales, regionales, provinciales y municipales. En 1967, el Decreto 2.318 creó la Comisión Coordinadora de Obras Sociales Sindicales. En ella se hallaban representadas las Secretarías de Trabajo, de Salud Pública, de Promoción y Asistencia de la Comunidad. Ese mismo año, a partir de la información que la Coordinadora brindó, mediante la Ley 17.230 se implementó la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales en el Ministerio de Bienestar Social. La presidiría el Dr. Mondet en su carácter de Subsecretario de Salud Pública. Su misión era determinar el rol de las obras sociales estatales y paraestatales en el marco establecido por el Plan Nacional de Desarrollo. Se reimpulsó, además, la transferencia de los hospitales, que seguían siendo administrados por el Estado nacional, a las jurisdicciones provinciales y municipales.

En palabras del Dr. Holmberg:

La OPS ayudó a evaluar los hospitales sujetos al cambio de jurisdicción para determinar su condición física y operativa. A partir de la información recolectada por los asesores, se definió un programa de recuperación de los hospitales en mal estado, dentro del alcance del presupuesto, por lo cual fue necesario un estudio de la relación costo-beneficio. (Veronelli y Testa, 2002: 106)

También en la versión del ex funcionario, la capacitación del personal fue uno de los objetivos más importantes. Puede destacarse la creación del Comité Nacional de Residencias Médicas

(CONAREME). Y las acciones dirigidas a modificar el sistema de salud, entre ellas la sanción de leyes:

Entre las de mayor importancia señala la que universalizó la cobertura de las obras sociales para el personal dependiente del área sindical y del área nacional, y la de hospitales de la comunidad (que había sido impulsado como proyecto por Arturo Oñativia) que modificaba la estructura y administración de esas instituciones [...] Estos hospitales tenían autonomía administrativa y financiera (podían manejar sus propios presupuestos), podían establecer su régimen de personal (dentro del cuadro normativo general) y firmar sus propios convenios. El director tomaba decisiones a partir del asesoramiento de un consejo en el que participaban miembros de la comunidad. Con este proyecto se buscaba iniciar un proceso de cambio. (Veronelli y Testa, 2002: 107)

Pero si bien llegó a implementarse en algunas comunidades del interior del país, la propuesta no prosperó en el tiempo.

En cuanto a la capacitación de recursos humanos, la Secretaría apoyó además la tarea llevada a cabo por la Escuela de Salud Pública, transformándose la situación sanitaria en un tema de debate y reflexión. Esta dinámica proyectó su importancia hacia las provincias y hacia la propia Facultad de Medicina, donde comenzaron a organizarse cursos de capacitación para el estudiantado, con carácter obligatorio.

Mención aparte merece la experiencia desarrollada en Jujuy, en 1966, por el célebre médico salubrista Carlos Alberto Alvarado, al ser designado Ministro de Salud Pública provincial. Alvarado, presuponiendo acertadamente que su gestión iba a ser breve, puso todo su empeño en desarrollar transformaciones viables en el corto plazo pero con efectos de larga proyección. Su primera acción fue reunir a los médicos salubristas provinciales. Con ellos diseñó un programa de auxiliares de salud, en el cual se les daba participación activa a los miembros de la comunidad que quisieran sumarse. Así describe el Dr. Holmberg esta iniciativa:

Los visitantes médicos recorrían casa por casa. Eran entrenados cada quince días en aspectos muy sencillos. Tenían que averiguar cómo eran las casas que visitaban, si tenían agua y letrina, cuántas personas vivían allí, si había niños y mujeres embarazadas, cómo era la alimentación de las familias [...] Ese agente sanitario, que pertenecía a la misma comunidad que evaluaba, debía elevar un informe sobre cada una de las casas y, a partir de la información recogida, debía

iniciar una labor docente: enseñar a cocinar, a construir letrinas turcas, a disponer de la basura, etc. Incluso él fumigaba contra el Chagas. (Veronelli y Testa, 2002: 108)

El plan de Alvarado se anticipó una década a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que en 1978 se destacó en la Conferencia de Alma Ata (a la que nos referiremos oportunamente) como uno de los principales pilares de los sistemas sanitarios. Sin embargo ésta, como tantas otras iniciativas, se vio alcanzada por la regla general de ser olvidada o desarticulada por las nuevas gestiones, a pesar de haber demostrado sus bondades y beneficios.

En 1969 Se creó la Secretaría de Seguridad Social.

La mencionada Ley 18.610, sancionada en 1970, estableció la obligatoriedad de los aportes a una obra social de los empleados y de las contribuciones patronales para todos los trabajadores en relación de dependencia.

Es interesante comparar las apreciaciones de distintos autores e investigadores sobre la significación, alcance e importancia de las Obras Sociales y de esta Ley. Así:

Para Perrone y Teixidó:

El sistema de salud argentino se conformó en el transcurso de nuestra historia sobre la base de la expansión temprana de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, la ayuda mutua entre comunidades de inmigrantes, la incorporación de servicios de salud por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales. (Perrone y Teixidó, 2007:1)

Por su parte, Aldo Neri, quien fuera Ministro de Salud y Bienestar Social durante el gobierno de Raúl Alfonsín, definió:

La obra social es una modalidad criolla de la seguridad social contemporánea, bastante primitiva en su estructura pero totalmente asimilable al histórico mutualismo de origen gremial, fundada en el agrupamiento colectivo de la gente en base al oficio que desempeña, con el objetivo de satisfacer necesidades sociales dentro de una doctrina de solidaridad de grupo. (Neri, 1983: 102)

Para Arce:

A partir de 1955 se inició una tendencia histórica a la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud, dando lugar a un modelo organizativo que subsiste hasta el momento actual. Ya sea por la delegación progresiva de competencias desde el Estado nacional hacia los estados provinciales o por el crecimiento de entidades no estatales, que pasaron a controlar distintos segmentos de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios, se afianzó en adelante una modalidad pluralista, de la oferta y demanda de servicios [...] Una vez desmantelado el aparato estatal nacional, que predominó en la década peronista, se procuró volcar el eje del financiamiento hacia las Obras Sociales. (Arce, 2010: 219).

A su vez, en una entrevista realizada y publicada por el *Diario Hoy* (La Plata 03/12/2005), el Dr. Floreal Ferrara –médico especialista en medicina social, Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires en dos oportunidades: Gobernación Bidegain (1973) y Gobernación Cafiero (1987)– vertía los siguientes comentarios con respecto a la Ley 18.610:

[...] la Ley 18610, dictada por el gobierno de facto de Juan Carlos Onganía, que para algunos contribuyó al ordenamiento del sistema de Obras Sociales. [...] lo que permitió la ley fue poner en manos de los médicos el poder de la lapicera, por lo que cada consulta o examen o acto se debe pagar. (Ferrara, 2005)

Siendo ya presidente Alejandro Lanusse, y Ministro de Bienestar Social Francisco Manrique, se decretó el ordenamiento del texto de la Ley. En 1971 se promulgó la Ley 18.980, que la modificaba en numerosos aspectos y acabó reemplazándola conociéndose como *18.610, texto ordenado de 1971*.

También se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), organismo descentralizado del mismo Ministerio, que pasó luego a jurisdicción del Ministerio de Trabajo.

La Ley 19.032, por su parte, dio origen al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, agrupando a los mayores en el Programa de Atención Médica Integral (PAMI).

Por su parte, la Ley 19.337 incidía en la descentralización administrativa de los hospitales que dependían del Ministerio y los autorizaba a firmar convenios con las Obras Sociales.

En 1972, la Secretaría de Salud Pública se convirtió en Subsecretaría.

Instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 644)

1966 Creación del Ministerio de Bienestar Social a cargo de R. Petracca.

En la Secretaría de Salud Pública se designa a Ezequiel Holmberg y como Subsecretario a Alberto Mondet.

1967 Creación por decreto de la Comisión Coordinadora de Obras Sociales. La Ley 17.230 establece la Comisión Nacional de Obras Sociales, presidida por el Subsecretario de Salud Pública.

Se sanciona la Ley 17.102 de Servicios de Atención Médica de la Comunidad y la 17.189 que devuelve la regulación de precios de medicamentos a la Secretaría de Industria y Comercio y su fijación a los productores.

1968 Se continúa el proceso de transferencias (incluye actividades de los programas de lucha contra la enfermedad de Chagas y la lepra)

1970 Las Leyes 18.233, 18.611 y 18.691 retrotraen, congelan y regulan desde Salud Pública los precios de los medicamentos.

La Ley 18.610 generaliza el seguro obligatorio y obliga a crear obras sociales para los sectores que no las poseen. Sus recursos serán administrados por sus sindicatos.

Francisco Manrique se hace cargo del Ministerio de Bienestar Social.

1971 El Instituto Nacional de Obras Sociales se transfiere al Ministerio de Trabajo. Se dicta la Ley 19.032 que crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

1972 La Secretaría es convertida en Subsecretaría del Ministerio de Bienestar Social.

Cuando Lanusse abandonó, en 1973, la presidencia “de facto”, estaban ya presentes todas las instituciones que conforman la estructura sanitaria institucional. Esa estructura consistía en una sanidad fragmentada (en la cual la cooperación provincial debía obtenerse en cada momento o situación a través de negociaciones o acuerdos), así como en un “sistema de atención médica” en el cual se superponían, con límites confusos, la asistencia prestada por instituciones públicas (en general diseñadas para los más pobres) y un seguro obligatorio recién generalizado, construido sobre el fragmentado modelo “profesional” previo y que sumaba a la fragmentación corporativa anterior una fragmentación por edad (o por status laboral), al separarse a los trabajadores activos de los pasivos. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 649)

En 1973 jura como presidente de la Nación el Dr. Héctor J. Cámpora. En Salud Pública (que readquirió el rango de Secretaría a partir de la Ley de Ministerios 20.524, de julio de 1973) es designado el Dr. Domingo Liotta y en el Ministerio de Bienestar Social, José López Rega.

Ambos fueron confirmados en sus respectivos cargos al asumir Perón en octubre de ese mismo año.

En la provincia de Buenos Aires, fue designado Ministro de Salud, el Dr. Floreal Ferrara, discípulo y defensor de la obra y el pensamiento sanitario de Ramón Carrillo.

Ferrara fue uno de los precursores de la medicina estatal preventiva, se especializó en medicina social, investigando y enseñando el vínculo entre salud y desarrollo económico y social. En esta breve gestión, su objetivo sanitario se centró en el afianzamiento del hospital público. Volveremos a abordar su trayectoria cuando asuma nuevamente el cargo de ministro provincial en 1987, durante la gobernación de Antonio Cafiero, e implemente el programa de Atención Ambulatoria Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS).

Liotta afirmaba la necesidad de sumar recursos y servicios en un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) considerado como una responsabilidad del Estado nacional. Para diseñarlo y pensar sus alcances, conformó un grupo de trabajo:

Elegí a Canitrot del radicalismo, al Dr. Aldo Neri, quien después fuera Ministro del Dr. Alfonsín, a Abraham Sonis, Decano de la Universidad Maimónides, quien trabajaba para la Organización Mundial de la Salud y como sanitarista al Dr. Prieto. Un grupo heterogéneo tanto desde el punto de vista político como religioso. Entre todos redactamos la Ley N° 20.748 del Sistema Nacional de Salud y de la Carrera Médica y de Enfermería. (Citado en MSAL, 2012: 253)

El Consejo Nacional de Salud, creado ese mismo año, le aportaría diversas perspectivas, a partir de su también heterogénea configuración, ya que lo integraban: los Subsecretarios de Salud Pública y de Seguridad Social, representantes del Ministerio de Educación, de la Municipalidad de Buenos Aires, de la Confederación General del Trabajo, de la Confederación General Económica, de la Confederación Médica y de cada una de las regiones del país.

Para muchos especialistas, entre ellos, Aldo Neri, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) buscó unificar el sector público de salud, integrándolo con el de la seguridad social.

El modelo inicial implicaba la incorporación progresiva del sector público asistencial de todas las jurisdicciones al Sistema, junto con las obras sociales estatales y paraestatales; promovía una conducción central a través de un consejo de múltiple representatividad (gobiernos nacional y provinciales, trabajadores, empresarios, profesionales de la salud, universidades); instituía una elevada descentralización operativa, a través de estructuras similares a la nacional para cada provincia, con administración autárquica (aunque sujeta a la planificación nacional); fijaba la gratuidad del servicio para el usuario en el momento de su utilización; abría la posibilidad de incorporación o convenio voluntario con las obras sociales sindicales; diversificaba las fuentes de su financiación al incorporar los pagos de la seguridad social; y, cosa muy significativa, adoptaba predominantemente el régimen de trabajo profesional a dedicación exclusiva. (Neri, 1983: 114)

El proyecto se vio modificado en numerosas oportunidades a partir de las objeciones que iban planteando los sectores que se consideraban afectados. Entre sus adversarios, el Dr. Liotta destacaba la influencia del Ministro de Bienestar Social José López Rega, y sus planteos, contrarios a todo pensamiento científico. También se opusieron sectores de la dirigencia

sindical y la Asociación de Médicos Municipales, entre otros gremios médicos. La Asociación:

... fijó su postura en el Consejo Federal de la Federación Médica de la Capital Federal (FEMECA). La asociación señalaba que no estaban dadas las condiciones para aplicar la dedicación exclusiva, argumentando que si la gran mayoría de los médicos se desempeñaba cuarenta y cinco horas en los hospitales, se produciría una marcada disminución de la atención privada. Eso traería como consecuencia un incremento de la concurrencia a los hospitales públicos que no estaban en condiciones de enfrentar. Otros argumentos eran que no se había establecido el monto de la remuneración para los trabajadores de la salud; que no fijaba el destino de los profesionales que no optaran por el sistema; que desconocía otras carreras médicas existentes y no permitía al profesional que ingresara al sistema ningún otro tipo de actividad, remunerada o no. Finalmente, señalaban que la participación obligatoria de los hospitales nacionales y los municipales de la Ciudad de Buenos Aires, en contraposición con la participación voluntaria de los del resto del país —como planteaba el proyecto— era una decisión arbitraria y discriminatoria. (MSAL, 2012: 255)

Para la aprobación, el Secretario buscó el apoyo de la bancada radical a través del principal referente político de la oposición, el Dr. Ricardo Balbín. Pero si bien el proyecto finalmente se convirtió en Ley (20.748) en 1974, nunca se implementó y finalmente se derogó en 1978.

En cuanto a la formación de recursos humanos:

En la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina, la gestión de Andrés Santas como decano había permitido, durante los años de Onganía, que la docencia se extendiera a la formación de pregrado. Hasta entonces se había limitado a las actividades de posgrado, realizadas en Buenos Aires o en el interior, o al acompañamiento de nuevas instituciones, como la Escuela que se inauguró en la Universidad Nacional de Córdoba. En el programa de los estudios médicos se introdujeron dos cursos que se dictaban en el primero y el quinto año, con contenidos seleccionados de salud pública. El cuerpo de los docentes regulares de la Facultad nunca se interesó por el asunto y los cursos del quinto año, que deberían haber mostrado los beneficios de definidas y concretas prácticas preventivas y del valor del médico como educador y modificador de comportamientos, perdieron impulso rápidamente. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 661)

La Escuela se quedó paulatinamente sin sus bases de apoyo, las autoridades de la Facultad de Medicina y de la Secretaría de Salud.

En 1976, a partir del golpe militar, se decretó su intervención así como también la de las Obras Sociales (eliminándose la obligatoriedad de afiliación).

En 1978 el Ministerio de Salud reanudó la transferencia de casi todos los hospitales que quedaban en su órbita, excepto los de algunas jurisdicciones. El discurso de las autoridades sanitarias de la dictadura ponía énfasis en aparentes principios modernizadores, como “la jerarquización de la red sanitaria” o el “desarrollo de redes y de sistemas locales”, lo que no pasó de las palabras y quedó desmentido por los hechos. Pero la dura realidad fue que se golpeó a los hospitales públicos afectando cada vez más sus prestaciones. (MSAL, 2012: 257)

Desde esta perspectiva, las Obras Sociales sufrieron los embates de políticas adversas y, en muchos casos, contradictorias. Fue sancionada la Ley 22.269 que apuntaba a centralizar en el Estado la conducción de las Obras Sociales, apartándolas de la esfera sindical. Sin embargo, esta Ley nunca fue reglamentada.

[...] durante la dictadura militar del período '76-'83, donde se promulga por parte del Poder Ejecutivo Nacional la ley 22.269, que regula las obras sociales en reemplazo de la 18.610. Es en esta etapa donde los binomios militar-corporaciones y en especial empresarios-empresas, con fuerte perfil transnacional, comienzan a tener mayor incidencia en las políticas del Estado autoritario-dictatorial. La norma fortalece los mecanismos de control pero se destaca en su articulado la posibilidad de la libre elección de los beneficiarios de la obra social con el consecuente traspaso de los aportes y contribuciones a la O.S. elegida. De esta manera se pretendía dar comienzo a la desestructuración de la demanda cautiva que al entender de los analistas de mercado del régimen era generada por la obligación de orientar los aportes hacia la O.S. que correspondía por rama de actividad y lugar de trabajo. (Leone, n.d.)

Como comentario final a este capítulo de la historia de la salud pública nacional, haremos también una referencia a la inscripción de la salud pública en el contexto mundial.

En 1978 la OMS y UNICEF promueven un encuentro internacional bajo el lema *Salud para todos*. La reunión se llevó a cabo en Alma Ata, ciudad de la República de Kazajstán y participaron de ella 134 países y 67 organizaciones no gubernamentales. En su Declaración final se consagraba a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y se definía a la atención primaria (APS) como la estrategia para asegurar y verificar su plena observancia.

En esencia, esta estrategia concibe integralmente los problemas de salud de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Dicha perspectiva propone además una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que deben contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral. (MSAL, 2012: 259)

Si bien la Argentina adhirió a esta Declaración, su implementación a través de acciones concretas se vio coartada por las ideologías sustentadas por las dictaduras que regían a nuestro país y a otras naciones de la región.

En ese marco, la implementación de la APS estuvo centrada más en el intento de disminuir el gasto sanitario público que en el logro de una mayor cobertura y equidad. Más aún, en un escenario de clara represión de las demandas sociales de la ciudadanía, la APS estuvo lejos de propiciar la participación comunitaria y la intersectorialidad en salud, pilares básicos de esta estrategia. (MSAL, 2012: 260)

Instituciones sanitarias

1973: Creación del Consejo Nacional de Salud por Decreto Nro. 253

Salud Pública readquiere el rango de Secretaría a partir de la Ley de Ministerios 20.524

1974: Se sancionan las Leyes 20.748 y 20.749 referidas al *Sistema Nacional de Salud* y a la *Carrera Médica y de Enfermería*, respectivamente. En 1978 son derogadas por el gobierno militar.

1976: Se disuelve el Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM)

1978: La OMS y UNICEF organizan un encuentro internacional bajo el lema *Salud para todos*, en Alma Ata, República de Kazajstán. Se promueve como estrategia la Atención Primaria de la Salud (APS)

El Ministerio de Salud reanuda la transferencia de casi todos los hospitales que quedaban en su órbita, excepto los de algunas jurisdicciones.

1980: Se promulga la Ley 22.269 de Obras Sociales. Al asumir el Dr. Alfonsín en 1983 aún no se había reglamentado

1982: se registra en el país el primer caso de SIDA

1983/2000

○ **CONTEXTO NACIONAL**

1983/ 1990

La Argentina pudo comprobar hasta qué punto el quebrantamiento de los derechos del pueblo a elegir sus gobernantes implicó siempre entrega de porciones de soberanía al extranjero, desocupación, miseria, inmoralidad, decadencia, improvisación, falta de libertades públicas, violencia y desorden.

Mucha gente no sabe qué significa vivir bajo el imperio de la Constitución y la ley, pero ya todos saben qué significa vivir fuera del marco de la Constitución y la ley. (Alfonsín, 1983).

Estas palabras pronunciadas por el electo presidente Raúl Alfonsín ante la Asamblea Legislativa resumen claramente el panorama nacional post-dictadura con el que debió lidiar la naciente democracia.

Para Romero:

La ilusión por la restauración democrática ocultó entonces la magnitud de los problemas que el nuevo gobierno heredaba así como las limitaciones de su poder, pues no solo subsistían en pie los grandes sectores corporativos que tradicionalmente habían limitado la acción del poder político, sino que el partido gobernante no había logrado la mayoría en el Senado, desde donde se bloquearon muchas de sus iniciativas. (Romero, 1995:162)

Uno de los problemas más complejos era, sin duda, el de implementar un marco adecuado de justicia para resolver las dolorosas consecuencias del Proceso y sus múltiples violaciones a los derechos humanos.

Entre las principales acciones desarrolladas en este campo se encuentran: la sanción de los decretos de enjuiciamiento de la dirigencia de las organizaciones guerrilleras y de los miembros de las tres Juntas que gobernaron sucesivamente al país desde el derrocamiento de Isabel Perón (24 de marzo de 1976) hasta la asunción de Alfonsín (10 de diciembre de 1983); los proyectos de reforma de la justicia militar; y la creación de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP), que debía relevar y registrar casos y pruebas en los cuales se basaría el juicio a los comandantes y que fueron reunidos en el emblemático informe *NUNCA MÁS*. Esta Comisión se transformó en un ejemplo, no solo por la misión que se le asignó sino también por la valía y el prestigio de quienes la integraban. Su presidente, Ernesto Sábato, le entregó el informe al Dr. Alfonsín en septiembre de 1984.

En el Prólogo se expresaba:

Nuestra Comisión no fue instituida para juzgar, pues para eso están los jueces institucionales, sino para indagar la suerte de los desaparecidos en el curso de estos años aciagos de la vida nacional. Pero, después de haber recibido varios miles de declaraciones y testimonios, de haber verificado o determinado la existencia de cientos de lugares clandestinos de detención y de acumular más de cincuenta mil páginas documentales,

tenemos la certidumbre de que la dictadura militar produjo la más grande tragedia de nuestra historia, y la más salvaje. [...] Con la técnica de la desaparición y sus consecuencias, todos los principios éticos que las grandes religiones y las más elevadas filosofías erigieron a lo largo de milenios de sufrimiento y calamidades fueron pisoteados y bárbaramente desconocidos. (Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas [CONADEP], 1984)

El juicio se llevó a cabo entre abril y agosto de 1985, con Luis Moreno Ocampo y Julio César Strassera como fiscales. Éste último pronunció el alegato del cual transcribimos un párrafo por su valor histórico:

Enseñar a leer, dar catequesis, pedir la instauración del boleto escolar o atender un dispensario, podían ser acciones peligrosas. Todo acto de solidaridad era sospechado de subversivo. [...] Señores jueces: quiero renunciar expresamente a toda pretensión de originalidad para cerrar esta requisitoria. Quiero utilizar una frase que no me pertenece, porque pertenece ya a todo el pueblo argentino. Señores jueces: Nunca más. (Strassera, 1985)

Por fin, el 9 de diciembre se dictó la sentencia que condenaba a prisión, en distintos grados, a los máximos responsables de la dictadura. Pero lejos estaba todavía de instalarse en el conjunto de las FFAA el convencimiento de que sus acciones debían subordinarse, por imperio de la ley, al poder civil emanado del gobierno elegido democráticamente. En ese clima de tensión se va gestando el levantamiento “carapintada” de Semana Santa de 1987, una de cuyas figuras fue el entonces Teniente Cnel. Aldo Rico. El hecho fue extensamente repudiado por la ciudadanía, como lo fueron también otros dos planteamientos militares sucedidos al año siguiente. Por su parte, en enero de 1989 un reducido grupo de ex miembros de la organización guerrillera Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP) toma la inusitada decisión de copar el Regimiento de La Tablada, que culmina trágicamente. En esta compleja coyuntura de presiones cruzadas, Alfonsín negocia las leyes de Obediencia Debida y Punto Final. Así narra las circunstancias de esa decisión en un reportaje publicado en el periódico *Página 12*, en su edición del 30/08/2006:

“Dicté esas leyes con dolor—dijo—. La primera obligación de un presidente encargado de la transición en aquel momento era lograr la consolidación de la democracia”. Y aseguró que eran “necesarias para sacarle de la cabeza la espada de Damocles a cada militar que estaba en actividad”. “Los jefes del Estado Mayor —dijo— eran defensores de las instituciones del

Estado, pero me hacían conocer la situación en que se encontraban las fuerzas que comandaban, presionándome de alguna manera para obtener la amnistía” pese a lo cual negó haber sido extorsionado por el Ejército. (Alfonsín, 2006)

Por su parte, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) ¹hace otra lectura:

La ley 23.492 (Punto Final) y la ley 23.521 (Obediencia Debida) establecen la impunidad (extinción de la acción penal y no punibilidad) de los delitos cometidos en el marco de la represión sistemática. Estas normas se oponen a principios jurídicos reconocidos universalmente y trastocan gravemente al sistema de valores en el que se apoya nuestro sistema jurídico [...] La ley de Punto Final estaba dirigida a concluir con las investigaciones por los crímenes ocurridos durante el terrorismo de estado y a lograr la impunidad de quienes no fueron citados en el plazo que el texto legal estipulaba (60 días). La ley de Obediencia Debida, por su lado, impuso a los jueces que investigaban los hechos cometidos en el marco de la represión ilegal, una realidad según la cual los imputados habían actuado bajo coerción, en virtud de órdenes superiores de las que no tuvieron posibilidad de inspección, oposición ni resistencia en cuanto a su oportunidad ni legitimidad. Esa realidad se estableció más allá de las pruebas producidas o las que pudieran producirse en el futuro. (CELS, 2005).

En otros planos, durante la gestión radical se implementó el Plan Alimentario Nacional (PAN), se sancionaron las leyes de patria potestad compartida y divorcio vincular. Esta última disgustó a la Iglesia tanto como la convocatoria al llamado Congreso Pedagógico. Se pretendió sin éxito impulsar el traslado de la Capital Federal a Viedma, se firmaron con el gobierno de Brasil—representado por su presidente José Sarney— los acuerdos previos que convergerían luego en la conformación del Mercosur, se firmó con Chile un Tratado de Paz y Amistad, y se bregó por la unificación del posicionamiento de los países deudores para afrontar el tratamiento de sus respectivas deudas externas, a través del Grupo Contadora.

Sin embargo, estas alentadoras medidas tuvieron su contracara en el plano económico, donde también se hizo sentir la adversa herencia del Proceso: la deuda externa había crecido de manera exponencial y el aparato productivo estaba prácticamente desmantelado. En tal contexto no es un dato menor la áspera relación que Alfonsín mantuvo con los sectores

¹ <http://www.cels.org.ar>. En su **Presentación**, se define en estos términos: “El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es una organización no gubernamental que trabaja desde 1979 en la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático en Argentina”.

sindicales desde el inicio de su gestión. Podemos citar como ejemplo la denuncia de un supuesto pacto militar-sindical y la fallida Ley de democratización sindical. A su vez, las problemáticas sociales no resueltas se tradujeron en un escalamiento del conflicto entre gobierno y sindicatos, los cuales respondieron con más de diez huelgas generales, convocadas por la Confederación General del Trabajo (CGT).

Claramente, el presidente Alfonsín quería llevar un programa de raigambre socialdemócrata pero, como adelantáramos, en un contexto claramente desfavorable. La dictadura militar, con sólo siete años en el poder, había endeudado al país de una manera inconcebible y la resolución de esa deuda requirió un esfuerzo personal tremendo al ministro de Economía, a tal extremo que Grinspun más que en ministro de Economía se convirtió en ministro de la deuda externa. El modelo de acumulación basado sobre la renta financiera instalado por Martínez de Hoz, se había apropiado de los resortes de la economía, con el apoyo claro de los organismos financieros internacionales, escenario común en América Latina. Recordemos los infructuosos esfuerzos del gobierno argentino para constituir un Club de Deudores que confrontara con el poderoso Club de Acreedores, que sí existía. Lucha desigual, con un final previsto. (Gak, 2009: 2)

En 1985, ya era otro el ministro de Economía. Juan Vital Sourrouille implementó el *Plan Austral* con el fin de afrontar esta *economía de guerra*, en palabras del propio gobierno. Se crea el *Austral*, nuevo signo monetario que reemplazaría al *Peso Argentino* a razón de \$a 1.000 por *Austral*. Pero el éxito del Plan en su lucha contra la inflación duró muy poco. Así, en 1988 la tasa de inflación alcanzó guarismos superiores al 300%, anticipando el proceso hiperinflacionario que se desataría al año siguiente, con graves implicancias sociales, políticas y económicas. Se propone un nuevo –y fallido– plan económico denominado *Primavera*. Crece el descontento y la situación general gana en conflictividad con los saqueos a supermercados. Estas circunstancias mellaron la autoridad de Alfonsín y precipitaron su renuncia y salida anticipada. Asume entonces Carlos Saúl Menen, candidato peronista que en las elecciones presidenciales del 14 de mayo de 1989 –junto a Eduardo Duhalde como compañero de fórmula– había enfrentado y derrotado por una marcada diferencia a la propuesta radical conformada por Eduardo Angeloz y Juan Manuel Casella. (Sabsay, 2001:413)

Con la asunción de Carlos Menen se inicia en el país una década signada por políticas de orientación neoliberal, en adhesión al llamado *Consenso de Washington*. Éste fue el documento de referencia resultante de un encuentro llevado a cabo en 1989, entre economistas, académicos y miembros del FMI (Fondo Monetario Internacional), del BIRF (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, grupo integrante del Banco Mundial) y funcionarios del Departamento del Tesoro del gobierno de los Estados Unidos. Así, como bien señala Arce, las políticas no surgieron “durante un foro de la comunidad internacional, en el que se debatieran las necesidades y alternativas esperables en el desenvolvimiento mundial hacia el siglo XXI” (Arce, 2010: 259). Estas fueron las líneas de acción formuladas:

- 1.- Establecer una disciplina fiscal
- 2.- Re-direccionar el gasto público destinado a subsidios, hacia una mayor inversión en educación, salud e infraestructura
- 3.- Realizar una reforma tributaria
- 4.- Establecer tasas de interés positivas (en términos reales) en relación al mercado
- 5.- Alcanzar tipos de cambio competitivos
- 6.- Desarrollar políticas comerciales liberales
- 7.- Viabilizar la inversión extranjera
- 8.- Privatizar las empresas estatales
- 9.- Desregular
- 10.- Garantizar la seguridad jurídica de los derechos de propiedad

A partir de este decálogo y alineadas con las recomendaciones de los organismos internacionales, en nuestro país se impusieron entre otras medidas: la desregularización de la economía, La Ley de Convertibilidad, el aumento del IVA y el Impuesto a las Ganancias, la apertura a los mercados internacionales favoreciendo la masiva importación de productos extranjeros, la Ley de Reforma del Estado que habilitaba la privatización de las empresas estatales. Así fueron vendidas, disueltas o concesionadas empresas como ENtel, Aerolíneas Argentinas, Vialidad Nacional, La Casa de la Moneda, Agua y Energía Eléctrica, la Caja

Nacional de Ahorro y Seguro, y las estratégicas YPF, Gas del Estado y Líneas Marítimas Argentinas, entre otras.

En palabras del propio Carlos Menen:

La era del pésimo Estado administrador se acabó. Las cosas han llegado a puntos fronterizos en los que la responsabilidad es mayor que en el pasado. Pasada la década de los 70 asistimos a un desprestigio de todo lo “oficial”. La teoría del Estado fue puesta en entredicho. (Menen, 1999: 239)

Este conjunto de políticas, por cierto, no produjo el mentado *derrame* con el cual se prometía una más justa distribución de la riqueza. Así, para Romero:

La estabilización, que fue el logro más importante, implicó sin embargo la caída del salario y de la ocupación de los trabajadores. La reducción del déficit fiscal supuso el abandono de la inversión pública e inclusive el descuido de servicios esenciales como la salud y la educación. El Estado dirigista y benefactor, en cuya construcción el general Perón había tenido un papel fundamental, fue sistemáticamente desmantelado, se eliminaron los instrumentos de regulación económica y se modificó drásticamente la legislación laboral y social. (Romero, 1995: 166)

Repasemos los hechos (Sáenz Quesada, 2001: 696-710). Al comenzar la gestión el nuevo gobierno, se decide abordar la compleja situación económica por medio de un plan conocido como *BB*, designándose ministro a un alto ejecutivo de la multinacional Bunge & Born, Miguel Ángel Roig. Éste anunció algunas de las medidas que pensaba implementar y llegó a presentar ante el Congreso la Ley de Emergencia Económica, pero falleció cinco días después de asumir la cartera. Es sucedido por Néstor Rapanelli, también integrante del staff directivo de Bunge & Born. Un rebrote inflacionario marcó el fin de su breve gestión, en diciembre de 1989. A Rapanelli le sucede Antonio Erman González quien anuncia en ese mismo mes el *Plan Bonex*. Éste consistió en un canje compulsivo de plazos fijos por bonos externos, denominados *Bonex 89*, cuyo vencimiento operaríá luego de 10 años.

Erman González renuncia en 1991 y asume la cartera Domingo Cavallo.

Cavallo fue el artífice de un plan que derivó en una creciente concentración económica en los sectores financieros, de servicios y agro-exportador, en detrimento de la producción industrial y los asalariados. Fue el gestor de la Ley de Convertibilidad (23.928) que imponía una relación cambiaria fija entre la moneda nacional y el dólar estadounidense. La relativa estabilidad que impuso esta Ley alentó a vastos sectores de la población –especialmente a las clases medias– a endeudarse en dólares ya sea para adquirir bienes, realizar viajes al exterior y/o solventar su creciente –y muchas veces indiscriminado– nivel de consumo.

También durante la gestión Cavallo se impulsó la Ley 24.241 que desdobló el sistema de jubilaciones y pensiones en un componente público (de reparto) y otro privado (de capitalización). Era un sistema de ahorro individual de aportes e inversión de los fondos en el mercado de capitales por parte de las Administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones (AFJP). En los hechos significó una privatización parcial de los servicios sociales.

Para 1996 la relación entre el presidente Menen y su ministro de Economía se había deteriorado, al punto de producir el alejamiento de Cavallo de la cartera que ocupaba desde 1991.

Lo sucede el vicepresidente del Banco Central, Roque Fernández.

Éste presenta un paquete de medidas para reducir el déficit fiscal (aumentos en el precio de las naftas y el gasoil, la extensión del IVA a nuevos rubros y productos y la elevación de la edad jubilatoria para las mujeres) muchas de las cuales no prosperaron. Continuó además con la política de privatizaciones.

En otro orden de cosas, Menen distanció a la Argentina del Movimiento de Países no Alineados, al fomentar un ferviente alineamiento automático con los EEUU. Según su versión:

La alianza con los Estados Unidos no debía llamar la atención: resultaba un desagregado natural, una consecuencia lógica de la situación interna e internacional del país.[...] aumentó la credibilidad internacional de la Argentina, disminuyó un poco más el llamado ‘riesgo país’ para el acceso a nuevos mercados y capitales, y mejoró la posición relativa de la Argentina frente a Gran Bretaña después de una guerra indeseada por ambos países.[...] El objetivo final en América es el Área de Libre Comercio, un puente que –según lo definió mi incomparable amigo George Bush– unirá Alaska con Ushuaia. (Menen, 1999: 293)

Menen indultó a los militares juzgados por su participación en la dictadura y tras el asesinato del conscripto Omar Carrasco decretó la suspensión del Servicio Militar Obligatorio. Durante su mandato el país fue escenario de tres hechos trágicos, cuya confusa trama de causas y responsabilidades aún no han sido claramente develada: los atentados a la Embajada de Israel y a la AMIA, y la explosión de la Fábrica Militar de Río Tercero.

Otra resolución polémica fue la promulgación de la Ley 23.774 (abril de 1990) que ampliaba el número de integrantes de la Corte Suprema de 5 a 9 miembros, maniobra que generó la fuerte sospecha de que su fin último era lograr el aval para las decisiones más controvertidas del Ejecutivo.

Buscando una reelección que la Constitución Nacional le impedía, Menen instaló el debate acerca de llamar a una Convención constituyente. Raúl Alfonsín apoyó la iniciativa, poniendo sus propias condiciones. Esta negociación entre los máximos exponentes de los dos partidos mayoritarios se conoció con el nombre de *Pacto de Olivos*. El acuerdo se firmó el 14 de noviembre de 1993. En 1994 la Convención aprobó la reforma constitucional y Menen pudo presentarse y ser reelegido en las presidenciales de 1995. Su principal opositor, José Octavio Bordón, encabezaba la lista de una coalición política denominada FREPASO.

Pero agotadas ya las “ventajas” iniciales del plan económico instaurado durante el primer período, en este segundo mandato de Menen se hicieron cada vez más evidentes sus verdaderas consecuencias: los privilegios gozados por los grupos financieros más especulativos impactaron en la esfera industrial y productiva, afectando principalmente a las clases trabajadoras y de menores recursos: aumentaron los índices de pobreza, desempleo y trabajo no registrado, se precarizaron las condiciones laborales al modificarse y/o abolirse derechos sociales y laborales vigentes desde hacía décadas, los sectores públicos de la educación y la salud, en especial, se vieron afectados por el avance privado. A su vez, la deuda externa verificó un crecimiento de miles de millones de dólares. La recesión afectaría al país por largos años.

Tanto Menen como miembros de sus gabinetes y colaboradores cercanos, incluso de su entorno personal y familiar, y muchos de sus aliados políticos y económicos se vieron sospechados y/o involucrados en resonantes casos de corrupción.

Entre ellos, como recuerda Furundarena (2007: 349) el referido a las coimas en el contrato celebrado entre el Banco Nación e IBM y el escándalo de la venta de armas al exterior que se revela a partir de la trágica explosión de la Fábrica Militar de Río Tercero, antes mencionada.

En tanto, el arco político opositor se consolidaba en un frente integrado por partidos de raigambre popular como la Unión Cívica Radical y el ya mencionado FREPASO, en el cual convergían el Frente Grande, los partidos Intransigente, Socialista Popular, Socialista Democrático y Demócrata Cristiano. Así se constituyó la Alianza (Alianza para el Trabajo, la Justicia y la Educación).

En 1998 Menen pretendió postularse por tercera vez, pero la Corte Suprema desestimó los argumentos con los que forzaba una interpretación de la misma reforma que le había habilitado el segundo mandato.

El Justicialismo se presentó con la fórmula encabezada por Eduardo Duhalde. La Alianza, por su parte, llevó como candidatos a Fernando De la Rúa y Carlos “Chacho” Álvarez, quienes se consagraron ganadores en las elecciones del 24 de octubre de 1999.

○ **UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

Durante el gobierno de Alfonsín se inicia un proceso de normalización de las instituciones de educación superior, conducido por rectores y consejos superiores designados a tal efecto. Se implementaron diversas acciones orientadas hacia ese objetivo. Entre ellas, la recuperada vigencia de los estatutos que habían sido desestimados por el gobierno de facto de la Revolución Argentina, en 1966. Se reincorporó a los docentes cesanteados, víctimas de persecución política, y se comenzaron a organizar los concursos para ocupar cargos. En 1986 la Asamblea Universitaria, con representación de estudiantes, graduados y profesores, eligió a Oscar Shuberoff como Rector, quien continuó en tales funciones hasta 2002.

Poco a poco se fue instalando en la Universidad una política de apertura que comenzó por eliminar las restricciones al ingreso, suprimiendo aranceles y, en muchos casos, el examen de ingreso. En la UBA se estableció a partir de 1985 el Ciclo Básico Común (CBC), que se plantea como objetivos “brindar una formación básica integral e interdisciplinaria, desarrollar el pensamiento crítico, consolidar metodologías de aprendizaje y contribuir a una formación ética, cívica y democrática” (UBA, n.d.7).

La consecuencia directa de estas disposiciones se reflejó en un marcado crecimiento de la matriculación. Se reorganizaron los planes de estudio de todas las carreras a partir de implementarse el CBC, se avanzó en el proceso de descentralización y regionalización de la Universidad con la construcción de nuevas sedes, se lanzó el innovador Programa UBA XXI de

educación a distancia, se amplió la oferta de carreras, se fundó la Facultad de Ciencias Sociales, se creó el Centro Universitario Devoto y el Programa UBA XXII, habilitando el acceso de la población carcelaria a los estudios superiores y se inauguró el Centro Cultural Ricardo Rojas, formando parte de la Secretaría de Extensión Universitaria.

También se replanteó la importancia de la actividad científica, creándose en 1986 el Programa UBACyT, con el fin de otorgar subsidios y becas para proyectos de investigación y formación de recursos humanos especializados.

Se creó la Dirección de Convenios y Transferencia de Tecnología y la empresa UBATEC S.A., emprendimiento conjunto de la UBA, la Unión Industrial (UIA), la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la Confederación General de la Industria. “Fundada en 1991, refleja la concepción del ‘Triángulo de Sábato’² donde la universidad, el gobierno y la empresa privada interactúan para promover el desarrollo social y económico”. Siendo su misión: “Fortalecer las actividades productivas y comerciales de las empresas, actuando como vehículo entre la comunidad científica y el sector privado. Promover y apoyar actividades académicas y científicas como fuente de recursos para la transferencia de innovación”. (UBATEC SA., n.d.)

En parte debidas a la creciente matriculación, surgieron nuevas demandas presupuestarias tales como afrontar la necesaria incorporación de personal docente y no docente, cuestiones edilicias y de equipamiento, etc. Éstas derivaron en una crisis económica, a fines de los 80, que se visibilizó especialmente en la esfera laboral (disminución de los salarios de docentes y empleados) a través de huelgas, algunas muy prolongadas.

La UBA atravesaría otros cambios al asumir la presidencia Carlos Menen. Además de la creación de nuevas Universidades públicas y privadas, se sancionó la discutida Ley 24.521 de Educación Superior, que introducía innovaciones polémicas en cuestiones sensibles tales como los sistemas de ingreso y arancelamiento. También se daba curso a la creación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), para que actuara en tales esferas. La UBA advirtió la posible intromisión del Poder Ejecutivo que esta Ley habilitaba y realizó con éxito presentaciones judiciales reclamando la inconstitucionalidad de aquellas disposiciones que a su juicio atentaban contra su autonomía y el principio de gratuidad de la enseñanza pública. Como era de esperar, los ajustes impuestos por el modelo neoliberal

² Jorge Sábato es uno de los fundadores del Pensamiento Latinoamericano sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad. Su *Triángulo* hace referencia a un modelo de política científico-tecnológica en el cual es necesaria la intervención de tres actores: el Estado, la infraestructura científico-tecnológica y el sector productivo.

también alcanzaron a la Universidad, con iguales consecuencias tanto en el recorte de presupuestos asignados como en las protestas y rechazos generalizados que suscitaron estas medidas, que ejemplifican las acciones desarrolladas a mediados de 1999 y principios de 2001.

○ SALUD PÚBLICA

Con la llegada de Alfonsín al gobierno, asume la cartera de Salud y Acción Social Aldo Neri, médico sanitarista.

El gobierno buscó implementar un Sistema Único de Seguridad Social y un Seguro Nacional de Salud, comandados desde el Ministerio de Trabajo y desde Salud Pública, respectivamente.

Siendo áspera y compleja la relación de Alfonsín con la dirigencia sindical, no es de extrañar entonces la cerrada oposición que tuvo el proyecto oficial de apartar al sindicalismo de la conducción de las Obras Sociales y su financiación.

El proyecto de Seguro Nacional de Salud fue una iniciativa del Dr. Aldo Neri [...] cuyo propósito era superar la histórica fragmentación institucional del sector salud y ordenar el sistema en su conjunto para garantizar la igualdad de las personas en el acceso a los servicios sanitarios, concibiendo este acceso como un derecho ciudadano en lugar de estar vinculado con la condición laboral. (MSAL, 2012: 265)

En diciembre de 1988 se aprobaron las Leyes 23.660 de Obras Sociales, y 23.661 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Para Belmartino y Bloch (1994):

La división del primitivo proyecto en dos ordenamientos, uno dirigido a regularizar el sistema de obras sociales sin modificar en lo sustancial la estructura sancionada por la ley 18.610, y otro destinado a la regulación general del sistema y la ampliación de la cobertura a indigentes y autónomos, es producto de un compromiso que terminará por restar toda eficacia política al proyecto de Seguro. (Citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 665-666)

Estos cambios fueron muy resistidos no solo por el sindicalismo sino también por los proveedores de bienes y servicios, cuyos intereses eran funcionales al sistema vigente. Resistencias que, entre otras consecuencias, finalmente precipitaron la renuncia del ministro Neri.

Otras acciones destacables fueron las políticas implementadas para garantizar el acceso a los medicamentos de los sectores más vulnerables, y regular y controlar los precios de los fármacos. También se creó el Fondo de Asistencia en Medicamentos.

Por su parte, la Escuela de Salud Pública no tuvo ni el apoyo económico ni el reconocimiento esperado de parte de la Facultad de Medicina y el Ministerio, y fue fusionada con la Cátedra de Higiene.

Los indicadores de mortalidad materno-infantil no registraron bajas sensibles (en cantidad/velocidad) como era de esperarse en el marco de un gobierno democrático.

Y fue dramático el crecimiento de la tasa de mortalidad a causa del Sida, cuyo primer caso databa de 1982, por el mal (o inexistente) manejo por parte de las autoridades.

Mención aparte merece la experiencia desarrollada en estos años por el Dr. Floreal Ferrara, cuando ocupó la cartera de Salud provincial durante la gobernación de Antonio Cafiero. Ferrara hizo un profundo replanteo del proyecto sanitario basándolo en el concepto de Atención Primaria de la Salud.

Esta innovación dio origen a los ATAMDOS, programa puesto en marcha a partir de la Resolución N° 000304 (02/02/1988) del ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, constituido por equipos multidisciplinarios de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud, integrados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, bioquímicos, odontólogos y administrativos, con dedicación exclusiva. Por lo cual, además de recibir capacitación y actualización médica permanente, eran muy bien remunerados, percibiendo honorarios similares a los que cobraba Ferrara como ministro.

Cada equipo debía atender las necesidades de un número determinado de familias (300) quienes a su vez asumían un rol protagónico y participativo: nombraban el Consejo de Administración, eran responsables del presupuesto del equipo y discutían en asamblea las problemáticas vinculadas a la salud.

El proyecto integraba al hospital de la zona pero la derivación se reservaba para los casos que requerían ser atendidos con una mayor sofisticación de recursos. La experiencia fue breve (4

meses, desde fines de 1987 a abril de 1988). Sin embargo alcanzaron a instalarse 150 equipos, algunos de los cuales llegaron a realizar más de cien consultas diarias.

Ferrara era un hombre de fuertes convicciones políticas, manifestadas en su lectura de la realidad sanitaria y las respuestas que concebía para abordarla.

Según su perspectiva, el modo de extender la cobertura médica a toda la población era a través de estos dispositivos de atención ambulatoria, reservando la instancia del hospital para los casos de mediana y alta complejidad. Con respecto a los medicamentos, apoyó su producción –a partir de principios activos básicos– en las farmacias de los hospitales.

En palabras del propio Ferrara:

El sistema promueve como estrategia fundamental la participación popular en planificación, conducción, ejecución y evaluación de las acciones político-sociales necesarias, para el cumplimiento de las misiones que exige la descolonización esperada en los terrenos que correspondan. Se establecen como **Objetivos generales** del programa el mejoramiento del nivel de salud de la población; la extensión de la cobertura de atención de la salud; el accionar descentralizado y autónomo y la participación popular como componente intrínseco de la práctica político, sanitaria y social a que obliga toda postulación de ruptura con un régimen de salud dependiente e ineficaz. Los **Objetivos específicos** se refieren a la Sistematización y normatización de las tareas de prevención primaria, secundaria y terciaria, en el primer nivel de la atención de la salud; a la ejecución y evaluación racional de las acciones exigidas para ese nivel de prestaciones de salud; al establecimiento de un adecuado sistema de interrelaciones con los otros niveles de mayor complejidad, logrando una plena integración funcional y operativa sistémica. (Ferrara, 1995: 111)

A pesar de su eficacia, la experiencia de los ATAMDOS, como ya se dijo, fue breve. Como fue breve –y resistida– la gestión de Ferrara al frente de la cartera provincial.

Ya asumido Menen, el Ministerio de Salud experimentó varios cambios de titularidad así como reformas y reestructuraciones.

Dos males aquejaron al país: la epidemia de cólera y el pasmoso aumento registrado en los casos de SIDA, enfermedad que aún no encontraba un adecuado tratamiento en las campañas

de educación sanitaria. Como tampoco dio los resultados esperados la campaña de vacunación antisarampionosa.

Por decreto 1269/92 se establecieron las llamadas *Políticas Sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social*. Las cuatro instrucciones disponían:

- 1) Lograr la plena vigencia del Derecho a la Salud hasta alcanzar la meta de Salud Para Todos, partiendo de criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad.
- 2) Mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica.
- 3) Disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, a través de acciones de promoción y protección de la salud, encauzadas principalmente hacia la población en situación de riesgo.
- 4) Redefinir y orientar el rol del Sector Salud del Estado, consolidando los procesos de federalización y descentralización.

En el marco de estas Políticas, en 1992 fue creado el PNGC, *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica* por Resolución Ministerial N° 432, que entre otros objetivos se proponía: la categorización con criterio de riesgo, la habilitación según categoría de los establecimientos de salud y la acreditación de los mismos, la elaboración de normas de organización y funcionamiento y también de manuales de procedimiento, el establecimiento de mecanismos de fiscalización a fin de evaluar el cumplimiento de sus normas, la certificación de los integrantes de los equipos de salud, estándares de producción y rendimiento de los Servicios, así como acciones de asesoramiento y cooperación técnica, etc.

La Resolución 855/93 y el Decreto 1424/97 extendieron la obligatoriedad de la observación de las normas del Programa.

En 1992 se crea por Decreto 1.490 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), como organismo descentralizado, con autarquía económica y financiera y alcance jurisdiccional en todo el territorio nacional. Se le asigna la misión de garantizar la calidad de medicamentos, alimentos, cosméticos, productos médicos y de uso doméstico, reactivos de diagnóstico y suplementos dietarios.

En este marco, la ANMAT tiene como objetivo principal: "...garantizar que los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos a disposición de la población, posean eficacia (cumplimiento

del objetivo terapéutico, nutricional o diagnóstico) seguridad (alto coeficiente beneficio/riesgo) y calidad (respondan a las necesidades y expectativas de la ciudadanía”. (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica [ANMAT], n.d.)

Por su parte, el Decreto 578/93 (posteriormente derogado por el Decreto 939/2000 de Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada) crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), a fin de definir el rol del Hospital Público, teniendo en cuenta sus funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación.

El HPA actuaría como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción, con las facultades, entre otras, de realizar convenios, cobrar los servicios que brindara, disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los propios recursos generados, elaborar su reglamento interno y conformar comisiones y/o comités técnicos asesores.

Estas reestructuraciones en la esfera de la atención de la salud alcanzaron también a las Obras Sociales. Así, basándose en las ya mencionadas Leyes 23.660 de Obras Sociales y 23.661 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud:

El Decreto N° 9 de 1993, decidió liberar la afiliación a la obra social correspondiente y evitar condiciones de “cautividad” de las contrataciones, impuestas por las asociaciones de prestadores. Esta norma se amplió en 1996 con el Decreto N° 1141 que estableció la opción de cambio entre las obras sociales sindicales, que en 1997 fue limitada a una vez por año. (MSAL, 2012: 250)

Además, por Decreto 492/95 del Ministerio de Salud y Acción Social, se aprobó a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria el *Programa Médico Obligatorio* (PMO), que especificaba un listado de prestaciones médico-asistenciales que obligatoriamente debían brindar las obras sociales nacionales.

Desde una lectura crítica, Veronelli y Veronelli Correch nos aportan dos perspectivas:

La formulación de políticas de salud [...] la creación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica (ANMAT) (Decreto 1490/92), el Programa Nacional de garantía de calidad de la atención médica (R.M. 432/92; 149/93;

798, 855 y 857/93), la incorporación del derecho a la libre elección de obra social (Decreto 9/93; Ley 23.661 y otros) y la formulación del Programa Médico Obligatorio (PMO) (R.M. 247/96) en el régimen de seguridad social, así como los programas y proyectos de reforma sectorial, de atención primaria de la salud, materno-infantiles, de reconversión de obras sociales, etc., cada uno de ellos títulos razonables, convivían con prácticas que muchas veces desacreditaban y desvalorizaban las palabras. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 669)

La descentralización de la administración de los hospitales a través de la denominada “autogestión” [...] era un reclamo legítimo y compartido por muchos, por lo que el instrumento legal que lo hizo posible fue bien recibido. Pero la adscripción al sistema no fue siempre voluntaria [...] además, muchas veces fue utilizada como pretexto para reducir la financiación pública, y otras indujo a los conductores de algunos establecimientos públicos a priorizar a aquellos pacientes que traían “recursos” al establecimiento. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 670-671)

En 1996, por Decreto 1.615 se decide la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL, creada por Ley Nro. 23.661), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS, creado por Ley Nro. 18.610) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS, creada por Ley Nro. 23.660). Como resultado de tal fusión queda constituida la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), como organismo de regulación y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud y las obras sociales nacionales y cuya estructura organizativa, misiones y objetivos fueron definidos mediante el Decreto 1.576/98.

Según el análisis propuesto por Arce, iniciándose la década del '90 todos los países se abocaron a rediseñar sus sistemas de salud, a partir de la reformulación del rol del Estado y las políticas sociales. Así:

Para posibilitar la estabilidad financiera de cada sistema, se introdujeron nuevos criterios que interpretaban a la Seguridad Social como un sistema **asegurador**, analizándolos con una lógica de **distribución del riesgo de enfermar y de viabilidad actuarial** de los modelos aseguradores. La introducción de reformas pro-competitivas en los países latinoamericanos, alentadas por los organismos internacionales –especialmente FMI, BID y

BIRF– resignaban anteriores paradigmas como el de **cobertura universal e ilimitada**, inspirados en una visión **asistencialista** propia del predominio del Estado de Bienestar. (Arce 2010: 267)

Sin embargo, Arce adopta una actitud equidistante entre las posiciones que señalan al Consenso de Washington como usina ideológica de estas reformas neoliberales, y aquellas que las consideran fruto del colapso del modelo basado en el Estado de Bienestar y de las nuevas reglas de competitividad impuestas por la globalización. Para este autor, ambas visiones forman parte de la trama que propició las transformaciones que, en sus propias palabras, apuntaron a:

- 1.- Contención de los costos de la atención médica, racionalizando el gasto en salud a favor de las prestaciones más costo-efectivas y garantizando paquetes básicos de beneficios.
 - 2.- Estímulos a la competencia entre los actores, mediante nuevas modalidades de gestión de riesgos (managed care), que permitan restringir el gasto y normatizar los criterios de diagnóstico y tratamiento por cada patología.
 - 3.- Desdoblamiento de los componentes de cada sistema entre las funciones de prestación de servicios y las de financiación o aseguramiento, fortaleciendo la posición de ambas con el fin de optimizar las condiciones de contratación.
 - 4.- Diversificación de modelos organizativos con participación competitiva de redes asistenciales públicas y privadas; asimismo combinación de fuentes de financiamiento provenientes de contribuciones salariales, de impuestos generales y gastos de bolsillo.
- (Arce 2010: 287)

Ahora bien, para definir un sistema de salud debe partirse, precisamente, de la concepción de salud sustentada, ya sea considerada como derecho social o como bien privado individual. A esta última perspectiva respondía el espíritu de las reformas de los años 90, que reservaban para el Estado la obligación de dirigir sus acciones exclusivamente hacia los sectores más pobres, habilitando la participación del sector privado y privatizando diversas esferas de la prestación y aseguramiento de la salud.

En opinión de Belmartino (2005: 222) “los impulsores de la reforma de la atención médica no tenían en perspectiva una transformación con orientación universalista”.

Y agrega:

La reforma de los años noventa pretendió reemplazar un sistema ordenado según la lógica de actores sociales en pugna por la apropiación de los recursos disponibles en un sistema politizado, por otro regido según la neutralidad de un mercado de oferta y demanda de cobertura, libremente vinculado al de oferta y demanda de servicios de atención. (Belmartino, 2005: 236)

A la par que se pregonaba la libertad de los usuarios en cuanto a elegir su obra social y se encomiaba el sistema privado de medicina prepaga, el sistema fue permeable a la participación e intervención de grupos y/o empresas cuyo objetivo era, principalmente, la ganancia económica.

Con lo cual, lejos estuvo de mejorarse la calidad sanitaria y de extenderse la cobertura de salud. Por su parte, la recesión económica que afectaba a los sectores productivos condenó a la exclusión a grandes franjas poblacionales, privándolas de derechos básicos y elementales como la salud.

Instituciones sanitarias

1988: Se aprobaron las Leyes 23.660 de Obras Sociales, y 23.661 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Se implementa en la provincia de Buenos Aires el plan ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud) promovido por su ministro de Salud, el Dr. Ferrara, que estaría en vigencia solo cuatro meses.

1992: Por Decreto 1.269 se establecieron las llamadas *Políticas Sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social*.

Por Resolución Ministerial N° 432 fue creado el *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica* (PNGC)

Por Decreto 1.490 se crea la *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica* (ANMAT)

Comienza una epidemia de cólera que extenderá sus alcances hasta 1997.

1993: Por medio del Decreto 9 se decide liberar la afiliación a la obra social correspondiente.

Por Decreto 578 se crea el *Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión* (HPA)

1995: por Decreto 492 del Ministerio de Salud y Acción Social, se aprobó a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria el *Programa Médico Obligatorio* (PMO)

1996: por Decreto 1.615 se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), para constituir la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

A través del Decreto 1.141 se amplió lo dispuesto en el Decreto 9 (de 1993) que estableció la opción de cambio entre las obras sociales sindicales. En 1997 se limitó a una vez por año.

5.2. Relevamiento de las Unidades de Análisis

5.2.1. Hospital de Clínicas “José de San Martín”

5.2.1.1. Relevamiento histórico³

Para comprender integralmente la génesis del Hospital de Clínicas debemos repasar fugazmente cómo era su ámbito geográfico (la ciudad de Buenos Aires) a fines del siglo XIX y su cultura particular, que amalgamaba los valores autóctonos (criollos) con los trasvasados de la Europa de entonces.

Nuestra cultura –inicialmente española, desde la Conquista– se impregna durante el siglo XIX de las influencias inglesa y francesa. Así, los países centrales determinan una ligazón fundacional con nuestros artistas y científicos que buscan en ellos inspiración y ejemplo.

El país exhibe una práctica constante de hábitos y aspiraciones, ideales y sentimientos, que funden razas y credos resignificándolos con su propia impronta.

Así la influencia europea está siempre omnipresente y la historia de la Argentina y sus instituciones se debate en esa dualidad problemática, mientras se avanza en la formulación de una Nación.

³ El desarrollo de este punto se basa en el estudio presentado en 5.1.1, información verbal obtenida del propio Hospital y la obra de Pérgola y Sanguinetti (1998)

En la Generación del '80 convergieron –como ya se ha explicado en la caracterización de ese período histórico– las aspiraciones del liberalismo y el positivismo, constituyendo una visión de la sociedad y de la educación que las clases altas supieron conservar hasta bien entrado el siglo XX. Y que ayudó a forjar las polifacéticas capacidades y talentos de nuestros intelectuales, científicos y artistas.

Al finalizar el siglo XIX, una tremenda conmoción social y cultural transforma al país, a partir del arribo de miles de inmigrantes que llegaron a estas tierras en busca de nuevas y mejores oportunidades, portando sus credos, sus usos y costumbres, sus creencias políticas, saberes y prácticas, los cuales se fusionaron con los de la población local, en un proceso que podemos caracterizar a grandes rasgos, como poco conflictivo.

Esta ola inmigratoria fundacional también se refleja en los apellidos de las primeras generaciones de practicantes del Hospital de Clínicas (1891), de los cuales un importante número completó sus estudios en las Escuelas de Berlín, Londres, Viena o París. En esta última, muchos se perfeccionaron en modernas técnicas de cirugía y transfusiones de sangre.

La vida y la formación de estos eminentes médicos nos permiten claramente conocer y comprender las ideas fundamentales que iluminaron las primeras décadas de aquel Hospital de Clínicas, situado en las manzanas de las calles Córdoba, Andes (Uriburu), Junín y Paraguay.

Debemos decir también que, sin duda, el importante nivel intelectual y académico de esta generación médica de los '80, se acompañaba de un no menor grado de individualismo.

Es así que el prestigio profesional y hasta el presupuesto de cada Sala de Hospital, Pabellón ó Cátedra, dependía de la jerarquía –y a veces de los recursos económicos personales– del Jefe o Director.

De esta manera llegaron a superponerse especialidades o servicios dentro del mismo hospital estableciéndose relaciones no siempre muy cordiales.

Así, por ejemplo, las posibilidades de crecimiento e innovaciones tanto edilicias como instrumentales dependían generalmente del ilustre Jefe-mecenas.

Esta característica, omnipresente en los albores del siglo XX, todavía es identificable en ciertas esferas del Hospital de Clínicas.

El enlace entre la cultura médica europea y la argentina entre el siglo XIX y la primera mitad del XX, dejó sus huellas.

La naturaleza intrínseca de los hombres de ciencia, abocados a la búsqueda permanente del conocimiento y la verdad, les exigía no solo una gran destreza en su especialidad sino también una amplia gama de saberes que los hicieran más hábiles y sensatos. Por eso muchas de las personalidades que “fundaron” nuestros Hospitales Universitarios fueron, además de médicos, investigadores, escritores y/o cultores de otras disciplinas intelectuales o artísticas.

La nueva Argentina que va conformándose a fines del siglo XIX con la llegada de sucesivas oleadas inmigratorias procedentes de una Europa expoliada por guerras y hambrunas, se refleja en el crecimiento de una Ciudad de Buenos Aires tan desmesurado como anárquico.

A partir de 1853, la Facultad de Medicina se instaló en el Hospital General de Hombres de la Ciudad en pleno Barrio de San Telmo. Allí se formaron varias generaciones de médicos bajo la tutela del insigne Dr. Eduardo Wilde.

Después de la terrible epidemia de fiebre amarilla, el éxodo masivo de la población hacia el norte de la ciudad es acompañado por la creación del Hospital de Clínicas en el predio delimitado por las calles Córdoba, Junín, Paraguay y Andes (Uriburu).

Conformado por cuatro pabellones aislados y dos Salas de Cirugía, su capacidad era de 250 camas. Todos los edificios estaban rodeados por extensos jardines y constituía, para su época, un modelo de arquitectura hospitalaria.

Su estructura era una imagen perfeccionada de los Hospitales y Lazaretos europeos contemporáneos.

Concluida su construcción en el año 1879, el conflicto de 1880 por la Federalización de Buenos Aires lo convierte en lugar de concentración de los heridos en combate. Una vez finalizada la contienda el 31 de Agosto de 1880 se entregan sus instalaciones a la Facultad de Medicina.

Pero recién el 21 de Agosto de 1883, el ministro de Instrucción Pública del gobierno de Julio A. Roca, Dr. Eduardo Wilde –académico y profesor de Medicina– hace entrega a la Facultad de Medicina del Hospital de Clínicas para su dirección y administración, en un acto público.

Desde ese momento –y hasta su traslado al nuevo edificio de la manzana contigua (1972)– el ahora denominado “Hospital de Clínicas José de San Martín” se constituyó en la meta de excelencia para los estudiantes más destacados de la carrera de Medicina y en el refugio asistencial para las clases menos pudientes de la ciudad y del interior, para las cuales siempre tuvo sus puertas abiertas.

A él concurren desde su inauguración los inmigrantes recién llegados al país así como pacientes del interior derivados por médicos egresados de la Facultad de Medicina quienes conservaban la admiración y el respeto por quienes habían sido sus maestros en el Hospital.

Los pacientes pertenecientes a los estratos sociales más pobres debían demostrar su imposibilidad de abonar la atención recibida. A su vez los enfermos –a cambio de ser atendidos por los más renombrados profesores de su tiempo– aceptaban prestarse para las prácticas de enseñanza clínica de los estudiantes.

En el año 1902 se instituye un sistema de pacientes pensionistas, estableciéndose un arancel mínimo por día de internación para contribuir al mantenimiento del Hospital.

Durante las primeras décadas del siglo XX, los gastos de mantenimiento se incrementaron a la par de sus continuas ampliaciones. Su presupuesto –incluido en el de la Nación– es votado anualmente en el Congreso.

Partidas destinadas a reparaciones edilicias y/o construcción de nuevos pabellones son incluidas en sucesivos Presupuestos Anuales de Ingresos y Gastos. En algunas oportunidades dichas partidas se adjudicaron directamente por decretos del Poder Ejecutivo. Ya en el año 1930 se registran llamados a Licitación Pública para la provisión de abastecimientos del Hospital.

Sin embargo, pesar de todos los esfuerzos, los recursos siempre parecen insuficientes. En repetidas ocasiones la prensa de la época pone de manifiesto la brecha entre la creciente capacidad de atención del Hospital de Clínicas y su Presupuesto, muchas veces prorrogado sin aumentos, año tras año, por el Congreso Nacional.

Estas dificultades de mantenimiento obligaron a sus autoridades en el año 1928 a reducir la hospitalización de pacientes en 146 camas, para poder atender adecuadamente al resto.

Poniéndose así en evidencia una constante histórica: la escasez de recursos para un servicio asistencial de excelencia.

En 1948 la Dirección dispone abolir el arancel hospitalario, que si bien mínimo constituía un impedimento para numerosas familias. Así se perfila el nuevo concepto que es que el solo hecho de la presencia de los pacientes en un Hospital-Escuela paga con creces los costos de su atención.

Este criterio significó otro inconveniente para el mantenimiento del Hospital y se obstaculizaron algunas prestaciones tales como dietas y medicamentos, que debieron ser afrontadas por los familiares de los pacientes.

Diversas alternativas fueron aplicadas por sucesivas administraciones. El surgimiento de las Obras Sociales y el PAMI –con el correspondiente arancelamiento de las distintas prestaciones– dieron algún respiro a la ardua tarea de administrarlo.

En la década de 1950 una gran empalizada rodea la manzana de las calles Córdoba, Azcuénaga, Paraguay y Uruburu. Allí se echarían las bases del nuevo Hospital de Clínicas.

La primera vez que se menciona al Nuevo Hospital de Clínicas José de San Martín es en el marco de la Ley 6.026 de 1908, iniciativa vigorosamente alentada por el Dr. Eliseo Cantón. De vida efímera, esta Ley fue derogada al poco tiempo de su aprobación por el Congreso de la Nación.

En 1922 el mismo anteproyecto es reimpulsado en el Congreso por el Dr. José Arce, en ese momento Rector de la Universidad de Buenos Aires.

Esta nueva Ley (N° 11.333) fue sancionada el 18 de Agosto de 1926. Sin embargo, permanentes disputas y cuestionamientos al alto costo del proyecto y de las expropiaciones proyectadas, dilataron los comienzos de las obras.

La infatigable tarea del Dr. José Arce, ahora desde el Decanato de la Facultad de Medicina, tiene su recompensa cuando el presidente Agustín P. Justo lo designa por decreto del 2 de octubre de 1936, presidente de la Comisión encargada de las obras. Fueron sus miembros los

doctores: Mariano Castex, Alberto Peralta Ramos, Nicanor Palacios Costa, Eduardo L. Lanari, Ernesto V. Merlo y Francisco C. Arrillaga.

La Comisión se encargó de diversos trabajos. Durante los años '40 –y con aportes surgidos de un impuesto a los billetes de la Lotería Nacional– se construyeron los monumentales edificios de la manzana situada entre las calles Paraguay, Uruburu, Charcas y Junín, ocupados por las Facultades de Medicina, Farmacia y Bioquímica y Odontología. En la misma época y en el solar contiguo también se erigen, en el mismo estilo arquitectónico, los Institutos de Anatomía Patológica, Neurología, Neurocirugía y Maternidad.

Con respecto al Hospital de Clínicas, las obras se iniciaron el 3 de Marzo de 1939. Diez años más tarde, una tapia de madera cercaba la manzana de las calles Córdoba, Azcuénaga, Paraguay y Uruburu y a través de ella se podía observar todavía el gigantesco pozo fundacional del edificio.

Debieron transcurrir muchos años de historia argentina para que el nuevo Hospital quedara listo. Su construcción, no podía ser de otra manera, reflejó los avatares del país en los cambiantes '50 y '60.

A fines de la década de 1950, progresiva y lentamente va apareciendo el edificio que una vez terminado impondrá su impactante silueta por sobre las contiguas instalaciones de las Facultades.

Sobre un terreno de 21.000 m² (2 manzanas) se erigieron 135.000 m² de superficie cubierta, distribuidos en 3 subsuelos y 15 plantas. Su estilo, en la línea de los monoblocks, hoy está absolutamente superado. Al momento de su proyecto se copió, una vez más, el modelo de construcción hospitalaria de la época, vigente en los países desarrollados.

Por fin, entre los años 1965 y 1972 comenzaron a inaugurarse sus distintos servicios e instalaciones, y los antiguos y venerados pabellones del Viejo Hospital se fueron despoblando.

Para el año 1969 el 75 % de la obra se había concluido y su costo total se calculaba en 2.078 millones de pesos. Cifra gigantesca comparada con el costo de los edificios de las Facultades Médicas anteriormente construidas.

A pesar de los recursos aportados por la Ley 11.333, el Estado debió desembolsar otros 750 millones de pesos, afectados a rentas generales, para la conclusión de la obra.

Al momento de su inauguración (1972), la capacidad de atención del nuevo hospital se estimó, en 1.000 camas de internación junto a la posibilidad de atender a 1.500 pacientes diarios por Consultorios Externos.

Transcurridas cuatro décadas de su apertura, su capacidad de internación es de aproximadamente 390 camas y los Consultorios Externos atienden diariamente más del doble de lo proyectado.

El 7 de Febrero de 1975 comenzaron las obras de demolición de algunos pabellones del viejo Hospital. Inicialmente se había dispuesto preservar determinadas construcciones que se destacaban por su inapreciable valor histórico. Entre ellas, la antigua Capilla, el Quirófano Central, la Chimenea de la que había sido la cocina del Regimiento de Patricios en 1850, la primitiva Facultad de Medicina.

Luego de varios años de trabajos interrumpidos, y a veces abandonados, por fin el 9 de Julio de 1980 se inauguró lo que actualmente se conoce como Plaza Dr. Bernardo Houssay. El único y solitario elemento arquitectónico conservado fue la Capilla. Gran cantidad de obras escultóricas y árboles centenarios no tuvieron el mismo destino.

Una crisis dramática se ha desarrollado durante las últimas décadas en el Hospital de Clínicas. La falta de un presupuesto genuino determinó una constante escasez de medios e insumos que ocasionaron un deterioro progresivo del edificio, de su equipamiento y de la situación laboral de su personal, con remuneraciones muy bajas para sus esfuerzos y niveles de capacitación.

Esta situación afecta tanto a los pacientes que concurren al Hospital como a los médicos, paramédicos y auxiliares que se enfrentan con dificultades crecientes para el adecuado desempeño de sus tareas.

Graves problemas afectan, hoy en día, gran parte de sus dieciocho plantas: sótanos inundados, ascensores colapsados, deterioro de las instalaciones sanitarias con múltiples filtraciones, redes eléctricas en permanente reparación, cielorrasos rotos y múltiples situaciones de contaminación inadmisibles para cualquier establecimiento asistencial.

Este progresivo deterioro del Hospital de Clínicas obligó a que en los '90 se desarrollaran diversas propuestas y proyectos para su renovación y modernización.

Luego de varios intentos fallidos, en el año 2008 se dio intervención a la UNOPS (United Nations Office for Project Services) para la gestión de un Proyecto Integral de Obras de Arquitectura General, Instalaciones Eléctricas y Sanitarias, Instalación de Aire Acondicionado y Revisión Estructural de Hormigón Armado.

Realizado el correspondiente Concurso de Firmas y al momento de evaluar proyectos y adjudicar los trabajos, la UBA decidió postergar las decisiones. En 2010 se llevó a cabo una actualización del proyecto apuntando a una “puesta en valor integral” del Hospital y estimándose que las obras comenzarían a principios del año 2012.

El Plan consiste en:

- Integrar una Red Prestacional de Servicios de Salud con los otros cuatro Centros Asistenciales de la UBA.
- Implementar una organización basada en la descentralización hospitalaria.
- Buscar fuentes de financiación extras.
- Banco de Sangre centralizado en la UBA.
- Trabajos de extensión externa del Hospital en todos los asentamientos de la Ciudad de Buenos Aires (Plan Remediar y Médicos en las Villas).
- Construcción en el Hospital de habitaciones flexibles para internación individual.
- Centralización de los Quirófanos en un bloque único.
- Consultorios externos centralizados en Planta Baja y Entrepiso.
- Área de TeleMedicina con Centro de Conferencias y Docencia, y vinculación con Hospitales de otros países.
- Centro Obstétrico para embarazos de alto riesgo y neonatal.
- Área de Internación para Investigación Clínica.
- Concentración de la Actividad Docente.
- Reorganización física y funcional de todo el edificio.
- Redefinición de la circulación horizontal y vertical.

La falta de una financiación adecuada a la magnitud de las obras y el hecho de que el edificio se encuentra al borde del colapso en muchos aspectos han demorado la iniciación de este Plan. Graves problemas de instalaciones sanitarias, eléctricas y de calefacción deben priorizarse a la refuncionalización total del Hospital.

Otro aspecto a considerar, y que en parte justifica la dilatación en la toma de decisiones, es que los criterios de diseño hospitalario de hoy difieren enormemente de los utilizados hace sesenta años en la construcción del Clínicas. Actualmente se construyen hospitales horizontales, de tres o cuatro plantas solamente, con servicios bajo nivel y ámbitos flexibles e intercambiables y equipados con aparatología de última generación.

Este nuevo paradigma de organización hospitalaria (modular) exige edificios que permitan modificaciones continuas e impredecibles sin deteriorar la calidad de las actividades que en ellos se desarrollan.

Actualmente, de las 1000 camas de internación previstas, hay disponibles solo 387. El Hospital funciona como Institución Docente a cargo de la formación de miles de alumnos. Además de los Cursos de Grado (Medicina y conexas) alberga múltiples Post-Grados, Residencias, Concurrencias, Becas, Carreras de Especialista, Fellows y Maestrías en las más diversas ramas del “arte de curar”.

Además de incluir a las Cátedras oficiales de la Facultad de Medicina, también el Hospital es Sede de las Carreras de Nutrición, Obstetricia, Fonoaudiología, Kinesiología, Enfermería Universitaria, Instrumentación Quirúrgica, Podología, Radiología y Hemoterapia de la UBA.

Recibe anualmente unos 200 becarios extranjeros provenientes de todo el mundo, que trabajan en sus diferentes Servicios.

A partir del año 1990 sus actividades se han incrementado sensiblemente tanto las consultas externas como las internaciones quirúrgicas.

Sin embargo su personal de planta (Profesionales, Técnicos y Auxiliares) no se ha ampliado en la misma proporción.

Como es fácil observar, los requerimientos de atención sanitaria en los Hospitales Públicos (en nuestro caso, los de la UBA) aumentaron exponencialmente en las últimas décadas y esto no ha sido acompañado por una expansión correspondiente de los Servicios de Atención.

Se llega así a la situación actual en la que el Hospital de Clínicas, albergando a muchísimos profesionales de enorme prestigio y contando con personal técnico y de enfermería de excelencia, se encuentra muy lejos de cumplir con los ideales de la Generación del '80 que le dio vida.

5.2.1.2. Relevamiento de situación actual

Se presenta a continuación la información representativa del Hospital a partir de diferentes cuadros, elaborados a tal efecto a partir de las encuestas realizadas para cada uno de los modelos de “Financiamiento y administración”, “Atención “y “Académico”.

Cuadro 1: Ingresos presupuestados y ejecutados - 2012

La ejecución total supera lo presupuestado siendo responsable por ello el comportamiento del rubro Obras Sociales.

Concepto	Presupuesto Anual	Ejecución Acumulada
Fondos Tesoro Nacional (Transferencias Rectorado)	57.020.000,00	50.150.000,00
Fondos Tesoro Nacional (Fuente 16)	5.440.000,00	5.440.000,00
Fondos Tesoro Nacional (Partidas Especiales)	-	-
Cajas	8.400.000,00	9.965.000,00
Obras Sociales	5.300.000,00	19.680.000,00
PAMI	26.000.000,00	25.462.000,00
Otros	300.000,00	400.000,00
Total	102.460.000,00	111.097.000,00

Cuadro 2: Gastos variables 2012 distribuidos por rubros y conceptos (F12)

Dentro de los gastos variables, se observa sobre ejecución en el rubro Anestesiastas. No obstante, se verifica que se han sub ejecutado diversas partidas, entre ellas: droguería, alimentos y oxígeno central. Esto puede deberse a la sobre presupuestación de otra partidas, por ejemplo, Lavandería.

Concepto	Presupuesto Anual	Ejecución Acumulada
TOTAL (Gtos. Ctes, De Capital y Deuda)	69.904.150,39	54.464.726,32
GASTOS CORRIENTES	65.931.613,84	53.009.100,02
Gastos Variables	47.250.000,00	32.591.323,37
Medicamentos	3.000.000,00	2.391.600,89
Descartable	4.000.000,00	1.997.357,14
Droguería y reactivos	6.000.000,00	1.469.209,69
Prótesis e implantes	-----	-----
Instrumental	-----	-----
Insumos de Diagnóstico por Imágenes	100.000,00	-----
Alimentos	6.000.000,00	2.189.837,90
Alimentos parenterales	2.000.000,00	420.100,50
Oxigeno central	4.000.000,00	2.007.701,26
Oxigeno en tubos	-----	-----
Anestesiastas	12.000.000,00	15.585.285,30
Convenio Farmacia y Bioquímica	-----	-----
Mantenimiento de equipos médicos	800.000,00	761.850,67
Mantenimiento de equipos no médicos	500.000,00	1.908.102,79
Alquiler de equipos quirófono	900.000,00	1.631.663,43
Alquiler de equipos varios	1.000.000,00	-----
Blanco	500.000,00	8.225,00
Prestadores	-----	-----
Ambulancias	-----	-----
Tratamiento de Residuos patológicos	3.000.000,00	1.278.913,16
Tratamiento de Residuos comunes	-----	-----
Tratamiento de Residuos peligrosos	1.000.000,00	-----
Lavandería	1.500.000,00	183.254,91
Esterilización	-----	-----
Operación de planta	550.000,00	-----
Varios	400.000,00	758.220,73

Cuadro 3: Gastos variables 2012 distribuidos por rubros y conceptos (F11)

También en este caso se observa el total de gastos variables sub ejecutados. En particular el rubro Anestesiistas no ha sido ejecutado. Podría verse como sobre presupuestado o bien como una inapropiada distribución entre F11 y F12.

Concepto	Presupuesto Anual	Ejecución Acumulada
TOTAL (Gtos. Ctes, De Capital y Deuda)	56.992.640,00	47.069.715,09
GASTOS CORRIENTES	54.097.640,00	46.542.231,09
Gastos Variables	43.497.640,00	30.826.752,95
Medicamentos	18.000.000,00	14.110.520,48
Descartable	15.000.000,00	12.721.751,90
Droguería y reactivos	3.400.000,00	354.345,34
Prótesis e implantes	-----	-----
Instrumental	-----	-----
Insumos de Diagnóstico por Imágenes	250.000,00	0.00
Alimentos	500.000,00	757.619,80
Alimentos parenterales	250.000,00	-----
Oxígeno central	1.000.000,00	-----
Oxígeno en tubos	-----	-----
Anestesiistas	2.000.000,00	-----
Convenio Farmacia y Bioquímica	-----	-----
Mantenimiento de equipos medicos	50.000,00	1.454.015,33
Mantenimiento de equipos no médicos	350.000,00	-----
Alquiler de equipos quirófano	50.000,00	31.004,00
Alquiler de equipos varios	47.180,00	41.107,60
Blanco	27.460,00	163.988,50
Prestadores	-----	-----
Ambulancias	-----	-----
Tratamiento de Residuos patológicos	2.000.000,00	1.192.400,00
Tratamiento de Residuos comunes	-----	-----
Tratamiento de Residuos peligrosos	250.000,00	-----
Lavandería	250.000,00	-----
Esterilización	-----	-----
Operación de planta	23.000,00	-----
Varios	50.000,00	-----

Cuadro 4: Gastos variables 2012 distribuidos por rubros y conceptos (F11 + F12)

Finalmente puede apreciarse que el rubro Anestesiastas se encuentra sobre ejecutado, lo cual obedece al tratamiento dado al rubro en F12. No obstante, y como ya se indicó, la ejecución es menor a lo presupuestado.

Concepto	Presupuesto Anual	Ejecución Acumulada
TOTAL (Gtos. Ctes, De Capital y Deuda)	144.942.170,33	115,048,757.40
GASTOS CORRIENTES	136.900.051,06	112,929,511.10
Gastos Variables	103.338.437,2	73.778.997.5
Medicamentos	23.500.000	18.643666.53
Descartable	22.000.000	21.339.741.42
Droguería y reactivos	10.200.000	2.823.124.69
Prótesis e implantes	0	0
Instrumental	0	0
Insumos de Diagnóstico por Imágenes	350.000	0
Alimentos	6.700.000	2.947.665.88
Alimentos parenterales	2.250.000	420.100.5
Oxígeno central	5.500.000	2.007.701.26
Oxígeno en tubos	0	0
Anestesiastas	14.000.000	15.585.285.3
Convenio Farmacia y Bioquímica	0	0
Mantenimiento de equipos medicos	930.000	2.565.633.55
Mantenimiento de equipos no médicos	930.000	2.091.931.43
Alquiler de equipos quirófano	1.730.797.22	1.662.667.43
Alquiler de equipos varios	1.097.180	41.107.6
Blanco	827.460	237.583.11
Prestadores	0	0
Ambulancias	0	0
Tratamiento de Residuos patológicos	6.000.000	2.471.313.16
Tratamiento de Residuos comunes	0	0
Tratamiento de Residuos peligrosos	1.750.000	0
Lavandería	1.950.000	183.254.91
Esterilización	0	0
Operación de planta	673.000	0
Varios	2.950.000	758.220.73

Cuadro 5: Gastos fijos 2012 distribuidos por rubros y conceptos (F12)

Los gastos fijos de Administración se encuentran sobre ejecutados. En general, el total de gastos fijos se encuentra sobre ejecutado. Esto es válido tanto para el cuadro 5, como para el 6 y el 7.

CONCEPTO	Presupuesto Anual	Ejecución Acumulada
Gastos Fijos	18.681.613,84	14.417.776,65
<i>Gastos Operativos</i>	9.200.000,00	3.640.481,00
Limpieza + FUMI	5.000.000,00	2.476.833,28
Jardín Maternal	-----	-----
Seguridad	2.000.000,00	681.812,00
Agua potable	400.000,00	253.621,00
Elementos Seguridad	300.000,00	79.812,00
Alimentos del Personal	-----	-----
Mantenimiento de equipos médicos	600.000,00	-----
Mantenimiento de equipos no médicos	400.000,00	11.696,61
Mantenimiento de instalaciones y obra civil	300.000,00	136.706,11
Fluidos	200.000,00	-----

<i>Gastos de la Administración</i>	9.481.613,84	10.777.295,65
Haberes	-----	-----
Productividad	-----	-----
Locación de Servicios	6.000.000,00	6.812.254,51
Locación de Obra	2.631.613,84	1.744.968,78
Becas	-----	-----
Librería e informática	250.000,00	792.753,50
Otros gastos	100.000,00	-----
Cajas Chicas	500.000,00	1.427.318,86

Cuadro 6: Gastos fijos 2012 distribuidos por rubros y conceptos (F11)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL	EJECUCIÓN ACUMULADA
Gastos Fijos	10.600.000,00	15.715.478,14
<i>Gastos Operativos</i>	10.100.000,00	15.110.724,15
Limpieza + FUMI	7.500.000,00	14.518.398,69
Jardín Maternal	-----	-----
Seguridad	2.500.000,00	-----
Agua potable	-----	-----
Elementos Seguridad	-----	-----
Alimentos del Personal	-----	-----
Mantenimiento de equipos medicos	25.000,00	273.044,45
Mantenimiento de equipos no médicos	25.000,00	63.842,91
Mantenimiento de instalaciones y obra civil	50.000,00	255.438,10
Fluidos	-----	-----
Otros gastos	-----	-----
<i>Gastos de la Administración</i>	500.000,00	604.753,99
Haberes	-----	-----
Productividad	-----	-----
Locación de Servicios	-----	-----
Locación de Obra	-----	-----
Becas	-----	-----
Librería e informática	500.000,00	604.753,99
Otros gastos	-----	-----
Cajas Chicas	-----	-----

Cuadro 7: Gastos fijos 2012 distribuidos por rubros y conceptos (F11+F12)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL	EJECUCIÓN ACUMULADA
Gastos Fijos	33.561.614	33.150.514
Gastos Operativos	22.980.000	21.768.464
Limpieza + FUMI	14.000.000	16.995.232
Jardín Maternal	-	-----
Seguridad	6.000.000	3.495.812
Agua potable	600.000	253.621
Elementos Seguridad	500.000	79.812
Alimentos del Personal	-	-----
Mantenimiento de equipos médicos	675.000	273.044
Mantenimiento de equipos no médicos	475.000	75.540
Mantenimiento de instalaciones y obra civil	500.000	595.403
Fluidos	230.000	-----
Gastos de la Administración	10.581.614	11.382.050
Haberes	-----	-----
Productividad	-----	-----
Locación de Servicios	6.250.000	6.812.255
Locación de Obra	2.881.614	1.744.969
Becas	-----	-----
Librería e informática	850.000	1.397.507
Otros gastos	100.000	-----
Cajas Chicas	500.000	1.427.319

Cuadro 8: Gastos de Capital (F11+F12)

En gastos de Capital solo se ha ejecutado el 25% siendo, el más significativo Equipamiento de diagnóstico y tratamiento, con una ejecución del 40%.

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL	EJECUCIÓN ACUMULADA
GASTOS DE CAPITAL	8.042.119	2.119.246
Instalaciones Centrales	800.000	70.720
Aparatología de procesamiento	-----	-----
Instalaciones Periféricas	500.000	-----
Equipamiento de Diagnóstico y tratamiento	5.000.000	2.010.570
Equipamiento Informático	1.269.583	-----
Mueblería	472.537	37.956

Cuadro 9: Valores correspondientes a la actividad del modelo de atención 2003 al 2012

Las consultas externas han disminuido (334.101) en relación al promedio de los últimos 10 años (361868), del mismo modo el total de defunciones (445) vs. (633) y el promedio de días de estada (4,8) vs, (7,8). El promedio de camas disponibles se ha mantenido constante (387,5) vs. (391,4), lo mismo que el giro cama (26,9) vs. (26,6).

Por último se ha visto incrementado el número de partos (512) vs. (396).

DISCRIMINACION	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consultas Externas	383.663	429.652	451.099	398.268	277.763	329.715	327.999	349.361	337.060	334.101
Consultas de la División Urgencias (1)	30.678	31.965	35.743	30.042	18.413	22.863	24.032	26.495	25.294	25.905
Total de Egresos	10.491	11.422	12.210	11.433	8.772	9.660	9.660	9.710	10.296	10.431
Total de Defunciones (2)	846	836	795	774	516	599	515	499	501	445
Tasa de Mortalidad Hospitalaria	8.1	7.3	6.5	6.8	5.9	6.2	5.3	5.1	4.9	4.3
Promedio Días de Estada	7.9	8.0	8.0	7.9	7.5	7.4	8.0	7.8	7.1	4.8
Promedio Camas Disponibles	393.1	404.2	403.8	401.1	406.0	386.5	371.2	380.8	379.7	387.5
Giro Camas	26.7	28.3	30.2	28.5	21.6	25.0	26.0	25.5	27.1	26.9
Internación Ambulatoria (3)	3.622	4.238	6.058	6.338	3.363	5.520	3.922	3.993	4.778	4.625
Intervenciones Quirúrgicas (4)	7.892	8.485	7.772	8.777	6.055	7.690	5.588	7.231	7.906	8.122
Total de Partos	307	379	381	381	337	360	374	470	458	512

(1) Incluidas en el total de Consultas Externas

(2) Incluidas en el total de Egresos

(3) Incluye Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias

(4) Incluye Intervenciones Ambulatorias y de Urgencia

Cuadro 10: Consultas por tipo y Departamento - 2012

El Departamento de Medicina es quien realiza la mayor cantidad de consultas (35% del total), superando holgadamente el promedio entre las diferentes especialidades (119.878) vs. (41.763). Más del 70% de las consultas cuentan con algún tipo de cobertura.

DEPTO. / ESPECIALIDAD	PAMI CAPIT.	PAMI F. C.	DOSUBA	IOMA	OSECAC	PARTIC. 100 %	PARTIC. (- 100 %)	SERVIC. SOCIAL	OTRAS O. S.	R. S. C.	LEY 12331 23798	PROM. SALUD	INTERN.	TOTAL
DEPTO. DE MEDICINA	34.240	94	4.073	1.028	1.197	48.615	791	2.516	5.779	18.266	2.125	1.073	81	119.878
DEPTO. DE SALUD MENTAL	121	-	2.514	186	675	9.843	1.144	3.962	1.975	1.480	-	-	1.059	22.959
DEPTO. DE CIRUGIA	12.905	124	2.587	368	790	57.850	496	2.718	3.630	16.643	-	718	139	98.968
DEPTO. TOCGINECOLOGIA	3.016	7	385	162	298	11.831	107	1.124	1.183	4.258	241	-	6	22.618
DEPTO. DE PEDIATRIA	49	-	1.282	23	273	9.825	21	5.999	1.644	1.828	203	-	663	21.810
PROGRAMAS	2.362	19	568	127	155	9.778	96	611	1.025	4.000	2.808	-	201	21.750
DIVISION URGENCIAS	6.343	106	1.385	369	434	9.245	14	580	2.303	5.121	-	-	5	25.905
MEDICINA NUCLEAR	8	-	-	2	1	188	-	-	14	-	-	-	-	213
TOTALES	59.044	350	12.794	2.265	3.823	157.175	2.669	17.510	17.553	51.596	5.377	1.791	2.154	334.101
%	17.7	0.1	3.8	0.7	1.1	47.0	0.8	5.2	5.3	15.4	1.6	0.5	0.6	100.0

REFERENCIAS: Ley 12331 y 23798: Incluye profilaxis de las enfermedades venéreas y SIDA. RSC: Atención pacientes sin cobertura.

Cuadro 11: Residentes 2011 a 2013

Se observa que en las especialidades médicas el número de aspirantes ha disminuido con respecto al año anterior, excepto en Anestesiología.

ESPECIALIDAD	ASPIRANTES	VACANT.	ASPIRANTES	VACANT.	ASPIRANTES
	2011	2012	2012	2013	2013
CLÍNICA MÉDICA	287	16	334	16	308
PEDIATRÍA	375	5	493	5	436
CIRUGÍA GENERAL	185	4	232	4	224
TOCOGINECOLOGÍA	167	6	190	6	177
ANESTESIOLOGÍA	214	2	191	2	230
ENFER. ADULTOS	1	2	7	2	7
ENFER. PEDIÁTRICA	1	2	3	2	4

Cuadro 12: Residencias 1er nivel 2013

Las entrevistas reales presentan un número significativamente menor que las solicitadas. Esto ocurre en todas las especialidades. Las entrevistas realizadas representan un 10,92% del total de inscriptos.

RESIDENCIAS DE PRIMER NIVEL 2013

ESPECIALIDAD	INSCRIPTOS	ENTREVISTAS SOLICITADAS	ENTREVISTAS REALES
ANESTESIOLOGÍA	230	30	13
CIRUGÍA GENERAL	224	85	15
CLÍNICA MÉDICA	308	160	51
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	111	60	11
NEUROCIROLOGÍA	46	8	1
PATOLOGÍA	28	20	4
PEDIATRÍA	436	250	40
TOCOGINECOLOGÍA	177	100	14
OFTALMOLOGÍA	136	10	7
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	118	50	2
SALUD MENTAL	117	100	18
CLÍNICA ONCOLÓGICA	25		11
FONOAUDIOLOGÍA	26	20	5
KINESIOLOGÍA	56	39	14
OBSTÉTRICAS	34	34	5
NUTRICIONISTAS	70	25	14
ENFERMERÍA ADULTOS	7	7	4
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	4	4	2
FARMACIA	17	20	6
TOTALES	2170	1022	237

5.2.1.3. Relevamiento crítico UBA (UBA, 2008)

Se reproduce a continuación el Informe de Situación UBA en su parte pertinente.

El Hospital de Clínicas tiene una historia rica en logros médicos, personajes ilustres dentro de la historia médica del país y una tradición en la formación y capacitación de recurso humano en el pre y postgrado. Lamentablemente, la actual situación de crisis no les permite continuar con este legado, ni cumplir con su misión de docencia, asistencia de enfermos e investigación médica.

La falta de un presupuesto genuino que cubra las necesidades hace que se continúe en crisis y se profundice la misma.

Asimismo se encuentra restringida en su posibilidad de gestión, dado que muchos ítems de licitaciones quedan desiertos o con precios más altos que los del mercado, por la falta de interés de los proveedores, dada la deuda que el hospital tiene.

Por todo lo expuesto, se está en condiciones de esbozar algunas de las debilidades actuales que el Hospital de Clínicas posee, a saber:

- Dependencia preponderante del presupuesto de la Universidad de Buenos Aires.
- Falta de acceso al crédito financiero, para hacer frente a requerimientos inmediatos de recursos.
- Sub-aprovechamiento de la Gestión Hospitalaria Descentralizada por la calidad de las Obras Sociales con que se trabaja en este hospital universitario.
- El no funcionamiento del Hospital al 100% de su capacidad, ya que las camas se encuentran ocupadas entre un 50% y un 0% por una cuestión de falta de recursos, generándose así una pérdida importante por capacidad ociosa.
- Personal Profesional altamente capacitado que no opera en términos de eficiencia de Servicios de Salud actuales (relación costo – beneficio) por falta de recursos; aunque sí lo hacen en términos de eficacia pues alcanzan satisfactoriamente metas científicas – médicas.
- Personal Profesional, Técnico, de Enfermería y Administrativo mal remunerado, con elevados niveles de stress laboral, que se termina trasladando a los pacientes que hacen uso de los servicios prestados por el Nosocomio.
- Recursos Humanos con formación desactualizada en Administración, escasos profesionales en Ciencias Económicas en el área.
- Sistemas administrativos y de compras burocráticos y poco eficientes, que no permite aplicar herramientas de Gestión y Control de los recursos.

- Sistemas de Procesamiento de Datos con desarrollos no sistémicos, no integrados; con tecnología desactualizada. (UBA, 2008: 7-8)

5.2.2. Instituto de Investigaciones Médicas “Dr. Alfredo Lanari”

5.2.2.1. Relevamiento histórico Universidad de Buenos Aires (UBA) (n.d.8) (n.d.9)⁴

El Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina fue creado en 1957 como unidad clínico-quirúrgica, con los objetivos de desarrollar la docencia y la investigación científica, así como asistir a pacientes provenientes de todo el territorio nacional. También se dispuso que se implementara en él una extensión de la III Cátedra de Medicina, cuyo ejercicio tenía el carácter de dedicación exclusiva. El Dr. Lanari ganó el respectivo concurso, siendo el primer profesor de tiempo completo de la Facultad de Medicina. Mantuvo su cargo de director hasta 1976.

El Instituto inicia sus actividades en uno de los momentos más fecundos del escenario universitario y científico nacional, durante la gestión del Dr. Risieri Frondizi al frente del rectorado de la UBA. Así lo testimonian, entre otras acciones, la creación de la Editorial de la Universidad de Buenos Aires (EUDEBA) y la refundación del CONICET.

En lo referente a nuestra unidad de análisis:

Su objetivo principal fue constituirse en un Centro de Referencia en Trasplantes de Órganos, Enfermedades hematológicas, Inmunológicas, Reumatológicas y Neuromusculares al más alto nivel, con calidad internacional [...] se convirtió en un hospital de alta complejidad con pacientes de todo el país. Se inició un adecuado y exigente programa de residencias médicas.

En el Instituto funcionó el primer riñón artificial del país en un hospital público en abril de 1958, y en junio de 1957 se realizó el primer trasplante renal, casi simultáneamente con Estados Unidos.

⁴ Ha constituido una significativa contribución para el desarrollo de este punto el aporte realizado por las autoridades del Instituto.

El Instituto fue el primer hospital en contar con Laboratorios de Investigación, con una biblioteca que funcionaba en horario completo y fue también el primer hospital con casi un 100% de autopsias. (UBA, n.d.8)

Las residencias en clínica médica, con dedicación plena, era una modalidad aún inexistente en el país. Las exigencias que supuso, tanto en tiempo consagrado como en actualización y formación profesional continua, atrajeron a muchos estudiantes y médicos recién graduados.

Lanari y sus colaboradores (algunos integrantes del CONICET) constituyeron un sólido equipo para la asistencia y la formación de residentes, entre los cuales había becarios de Latinoamérica y médicos de otras instituciones del país. Las residencias comenzaron a incorporar diversas especialidades, como anatomía patológica y radiología.

Lanari se ocupaba personal y diariamente de observar el desarrollo de estas tareas; había ateneos anátomo-clínicos semanales, simposios a los cuales se invitaba a referentes académicos de primer nivel y se participaba en las reuniones de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Producto de este grado de excelencia son algunos trabajos de investigación que fueron –y aún son– relevantes en la literatura médica.

Desde una perspectiva que pretendía ampliar el horizonte de conocimientos, y por tanto, la formación humanística de sus alumnos, eran también habituales las conferencias sobre literatura, arte, historia y temas vinculados a la naturaleza, a cargo de prestigiosos especialistas. Esta vocación de pluralidad también la implementó Lanari al crear en el Instituto la Experiencia Pedagógica Curricular, conocida como *La Escuelita*, donde alrededor de 300 alumnos cursaron, durante 10 años, los tres primeros años de la carrera de Medicina. Así, en sus clases, Lanari abría el espectro de preguntas hacia temas diversos, lo que consolidó y distinguió la formación de los futuros médicos.

El interés que despertó el estudio de una enfermedad (el lupus eritematoso sistémico) derivó en la formación de un grupo de médicos y bioquímicos, dedicados a desarrollar investigaciones y técnicas para el abordaje de este tipo de enfermedades. Así se constituyó un equipo de especialistas en inmunología clínica, convirtiendo al Instituto en un centro de referencia de diagnóstico y tratamiento, y afirmando –como uno de sus mayores logros– el haber comenzado la moderna investigación clínica en la Argentina.

Cuando se jubiló como profesor, Lanari dejó también el cargo de director. Pero continuó trabajando en el Instituto como investigador hasta su fallecimiento, en 1985.

A partir del golpe militar de 1976, el Instituto perdió médicos, investigadores y alumnos. Lanari buscó defender –infructuosamente– a sus colaboradores cesanteados ante las autoridades de facto de la Facultad de Medicina. En 1978 también se desactivó la Experiencia Pedagógica Curricular.

Lamentablemente, el Instituto padeció las consecuencias de la falta de inversión, debiendo contar exclusivamente con los recursos provistos por la Universidad. Esto obligó a transformarlo en un organismo de autogestión, Desde entonces contaría con administración autónoma e integraría la red de hospitales de la UBA. En ese marco, sostiene convenios con distintas obras sociales, siendo el PAMI su mayor proveedor de pacientes e ingresos. Gran parte de los fondos remitidos por la UBA se destinan a cubrir la casi totalidad de los salarios del personal profesional y de apoyo. El resto de los salarios y gastos operativos se cubren con recursos propios.

Ya cerca del retorno a la Democracia, volvieron a efectuarse concursos, a partir de los cuales es elegido profesor de la III Cátedra y director del Instituto el Dr. Aquiles J. Roncoroni, quien fuera discípulo del Dr. Lanari.

Las administraciones debieron implementar diversas estrategias para sostener y ampliar la red de servicios, mejorar las instalaciones, adquirir equipos sofisticados, todo lo cual derivaría en un incremento de sus ingresos. Se contó entonces con fondos aportados por la Fundación Alfredo Lanari y con subsidios otorgados por sus proyectos a los investigadores de la Universidad de Buenos Aires y del CONICET.

En 1999 el profesor Dr. Samuel Finkielman sucedió a Roncoroni en la dirección del Instituto y la III Cátedra. Y al llegar la jubilación de aquel, el Rector de la Universidad puso a cargo del Instituto al Dr. Daniel Tomasone. Permaneció en el cargo hasta julio de 2010, fecha a partir de la cual asume la dirección el Dr. Eduardo de Vito, actual titular de la III Cátedra de Medicina.

Durante los últimos años se ha registrado un aumento del número de investigadores, becarios, personal de apoyo a la investigación y técnicos, en relación directa con proyectos de la UBA, así como en la Unidad Ejecutora IDIM-CONICET. Como consecuencia, se registra una producción científica de magnitud.

Hasta la fecha el Instituto tiene más de cien mil historias clínicas abiertas. Cuenta con 65 camas para internación, 7 para terapia intensiva y atiende un consultorio externo con más de 4.000 consultas por mes, aproximadamente. También son significativos los guarismos de pacientes dializados y trasplantes renales realizados.

Su personal está constituido por agentes de la UBA, e incluye profesionales, personal de enfermería, técnicos, administrativos y de mantenimiento y maestranza, y los de la ya mencionada Unidad IDIM-CONICET.

Actualmente

cuenta con servicios de clínica médica, cirugía general, unidad de terapia intensiva, de guardia externa, de diálisis, de trasplante renal, servicio de anatomía patológica, hemoterapia y todas las especialidades clínicas y varias quirúrgicas.

Se desarrollan allí también actividades docentes de medicina interna, neurología y salud mental, tisiopneumología, entre otras especialidades. Cuenta a su vez con un sistema de residencias en medicina interna, nefrología, bioquímica y anatomía patológica. (UBA, n.d.9)

Además funcionan en su sede la Revista Medicina (fundada en 1939), la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (creada en 1960) y la Fundación Alfredo Lanari (1991).

5.2.2.2. Relevamiento de la situación actual

Se presenta a continuación la información representativa del Instituto a partir de diferentes cuadros, elaborados a tal efecto a partir de las encuestas realizadas para cada uno de los modelos de “Financiamiento y administración”, “Atención “y “Académico”, entendiéndose que parte de los datos recabados pueden ser mejor visualizados mediante su síntesis en el formulario respectivo que se presenta luego del cuadro 19.

Cuadro 13: Gastos por fuente de financiamiento,

La relación entre el comprometido y el devengado es del 90% para el año 2012 en F12. No obstante, hay una mejora que puede advertirse en el año 2013, siendo ésta del 94%.

Fuente de Financiamiento 12

	Gastos en Personal		Bienes de Consumo		Servicios no Personales	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Crédito	1.181.425,45	1.297.172,00	10.299.899,08	9.118.330,08	5.578.376,60	8.213.099,75
Preventivo	1.181.425,45	1.259.672,00	10.126.992,17	8.933.916,32	4.545.112,38	7.983.406,24
Compromiso	1.181.425,45	1.259.672,00	8.958.148,08	8.266.423,13	4.475.198,38	7.576.147,24
Devengado	1.181.425,45	1.259.672,00	7.481.784,04	7.326.704,82	4.441.640,81	7.534.237,76
Pagado	1.165.211,45	1.249.673,00	6.221.726,54	6.504.405,50	4.274.581,28	7.156.765,07

	Bienes de Uso		Transferencias		Totales	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Crédito	535.332,38	444.862,63	44.716,67	55.543,30	17.639.750,18	19.129.007,76
Preventivo	535.332,38	433.335,63	35.516,67	46.343,30	16.424.379,05	18.656.673,49
Compromiso	143.487,01	433.335,63	35.516,67	46.343,30	14.793.775,59	17.581.921,30
Devengado	143.487,01	433.335,63	35.516,67	46.343,30	13.283.853,98	16.600.293,51
Pagado	143.487,01	433.335,63	31.780,00	44.743,30	11.836.786,28	15.388.922,50

Fuente de Financiamiento 11

	Gastos en Personal		Bienes de Consumo		Servicios no Personales	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Crédito	62.007.747	71.887.987	420.722,00	1.232.478,83	692.398,00	108.321,17
Preventivo	62.007.747	71.887.987	411.854,37	1.202.276,69	480.033,75	150.597,77
Compromiso	62.007.747	71.887.987	388.254,37	1.202.276,69	34.095,75	102.797,77
Devengado	62.007.747	71.887.987	334.781,94	881.182,28	34.095,75	70.562,77
Pagado	62.007.747	71.887.987	226.177,88	778.919,65	26.188,50	69.167,77
	Bienes de Uso		Transferencias		Totales	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Crédito	694.080,00	830.000,00			63.814.947,00	74.058.787,00
Preventivo	694.080,00	716.588,27			63.593.715,12	73.957.449,73
Compromiso	131.364,00	671.663,27			62.561.461,12	73.864.724,73
Devengado	66.964,00	500.273,70			62.443.588,69	73.340.005,75
Pagado	66.964,00	496.723,70			62.327.077,38	73.232.798,12

Fuente de Financiamiento 16

	Gastos en Personal		Bienes de Consumo		Servicios no Personales	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Crédito			101.570,90	513.807,77	534.072,90	366.130,92
Preventivo			100.447,02	512.175,25	473.208,04	362.653,12
Compromiso			99.656,27	508.305,25	401.913,54	339.844,62
Devengado			69.310,87	503.892,24	383.993,54	337.232,62
Pagado			64.810,87	503.101,49	324.566,54	325.902,62
	Bienes de Uso		Transferencias		Totales	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Crédito	325.129,08	926.887,08			960.772,88	1.806.825,77
Preventivo	325.129,08	926.887,08			898.784,14	1.801.715,45
Compromiso	289.303,00	926.887,08			790.872,81	1.775.036,95
Devengado	18.358,00	586.251,00			471.662,41	1.427.375,86
Pagado	18.358,00	586.251,00			407.735,41	1.415.255,11

□ (No hay Información)

Cuadro 14: Comparación entre monto facturado y monto cobrado

La cápita PAMI es significativamente importante, tanto en lo facturado como en lo cobrado.

MONTO FACTURADO VS. MONTO COBRADO

FACTURADO 2013

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Obras Sociales	315.453,00	251.759,49	347.419,14	634.319,42	547.618,21	574.565,16
PAMI Cápita	1.424.624,50	1.497.012,02	1.439.140,92	1.366.369,95	1.383.848,74	1.855.543,30
PAMI Extra	1.440	156.189,57	36.772,40	279.699,07	215.669,63	492.609,28
Total Obras Sociales	1.741.517,50	1.904.961,08	1.823.332,46	2.280.388,44	2.147.136,58	2.922.717,74
Pacientes Particulares	17.483,32	2.400,00	19.233,80	91.272,40	21.457,20	12.007,54
TOTAL General	1.759.000,82	1.907.361,08	1.842.566,26	2.371.660,84	2.168.593,78	2.934.725,28

FACTURADO 2013

	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Obras Sociales	412.534,15	602.483,83	401.149,16	706.822,36	647.752,05	603.549,30
PAMI Cápita	1.473.945,09	1.468.821,70	1.481.781,49	1.432.426,06	1.725.683,09	1.806.745,30
PAMI Extra	427.156,76	567.349,82	459.145,62	239.201,67	568.982,60	605.975,60
Total Obras Sociales	2.313.636,00	2.638.655,35	2.342.076,27	2.378.450	2.942.417,74	3.016.270,20
Pacientes Particulares	13.081,25	12.543,60	18.827,90	5.030,00	10.982,80	9.856,90
TOTAL General	2.326.717,25	2.651.198,95	2.360.904,17	2.383.480,09	2.953.400,54	3.026.127,10

TOTAL FACTURADO: 28.785.316,16

COBRADO 2013

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Obras Sociales	420.029,41	210.808,96	543.206,50	327.353,07	426.251,63	363.035,74
PAMI Cápita	1.199.361,40	1.660.918,79	1.199.805,79	1.121.797,37	1.077.702,38	1.504.466,90
PAMI Extra	16.862,86	20.470,29	12.057,03	785.071,49	1.700,40	17.959,82
Total Obras Sociales	1.636.253,67	1.892.198,04	1.755.069,32	2.234.221,93	1.505.654,41	1.885.462,46
Pacientes Particulares	18.987,32	500,00	19.550,00	94.872,40	1.100,00	12.449,09
TOTAL General	1.655.240,99	1.892.698,04	1.774.619,32	2.329.094,33	1.506.754,41	1.897.911,55

COBRADO 2013

	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Obras Sociales	477.452,56	570.137,21	446.062,35	391.842,95	376.983,20	506.233,71
PAMI Cápita	1.334.680,29	1.391.521,86	1.410.260,95	1.407.681,49	1.421.246,80	1.501.228,06
PAMI Extra	101.323,48	313.773,20	33.805,32	20.324,34	452,786,03	352.843,73
Total Obras Sociales	1.913.456,33	2.275.432,27	1.890.128,62	1.819.848,78	1.798.230,00	2.360.305,50
Pacientes Particulares	5.500,00	1.984,00	21.311,90	7.012,00	11.256,8	9.562,45
TOTAL General	1.918.956,33	2.277.416,27	1.911.440,52	1.826.860,78	1.809.486,80	2.369.867,95

TOTAL COBRADO: 23.170.347.29

Cuadro 15: Porcentaje de ocupación sobre total de camas y por sector

El rango más amplio de ocupación lo presentan Trasplante 0,3% y 47.3% y Terapia Intensiva 99,5% y 49,5% en cada uno de los extremos, correspondiéndole, asimismo, el menor porcentaje de ocupación (25,98%) a Trasplante. La mayor ocupación corresponde a Clínica médica (79,88%).

Porcentaje de ocupación sobre total de camas y por sector

		TOTAL	Clínica Médica	Guardia	Terapia Intensiva	Transplante
2012	Julio	77,2%	100,0%	36,9%	79,5%	0,3%
	Agosto	76,6%	97,4%	36,0%	85,7%	16,0%
	Septiembre	65,9%	82,0%	37,5%	60,4%	0,3%
	Octubre	85,6%	94,9%	66,5%	99,5%	39,7%
	Noviembre	60,2%	79,3%	31,2%	49,5%	21,1%
	Diciembre	72,6%	80,5%	41,6%	76,0%	29,0%
2013	Enero	66,3%	77,4%	48,0%	67,2%	20,4%
	Febrero	56,2%	57,0%	54,8%	74,4%	12,9%
	Marzo	52,1%	55,9%	41,6%	56,2%	40,8%
	Abril	71,7%	76,6%	58,7%	80,9%	43,3%
	Mayo	85,0%	91,5%	72,5%	86,1%	47,3%
	Junio	63,8%	65,4%	57,0%	77,0%	33,3%
	Julio	73,3%	80,5%	45,8%	88,4%	33,3%
PROMEDIO		69,73%	79,88%	48,32%	75,45%	25,98%

Cuadro 16: Promedio días de estada. General y por sector.

El rango más amplio se verifica en Clínica médica, el menor en Terapia intensiva.

Promedio días de estada. General y por sector

		GENERAL	Clínica Médica	Guardia	Terapia Intensiva	Transplante
2012	Julio	3.6	6.6	2.2	3.4	7.7
	Agosto	4.1	8.4	2.5	5.1	
	Septiembre	4.4	7.8	2.1	9.4	7.3
	Octubre	7.6	18.0	3.0	6.6	10.2
	Noviembre	3.8	8.1	2.4	6.7	3.7
	Diciembre	3.8	7.2	1.8	5.8	9.0
2013	Enero	4.4	7.9	2.3	7.1	5.7
	Febrero	5.9	8.5	2.1	7.0	6.0
	Marzo	3.9	7.9	1.8	4.0	3.8
	Abril	4.9	5.5	10.3	5.4	12.3
	Mayo	4.2	7.2	3.8	2.9	9.2
	Junio	5.0	9.0	2.0	7.0	1.0
	Julio		7.6	2.3	4.8	
PROMEDIO		4.63	8.43	2.97	5.78	6.90

Cuadro 17: Capacidad instalada y capacidad operativa

Se observa que la capacidad operativa es del 77% de la capacidad instalada.

CAPACIDAD INSTALADA

		Camas de Dotación				
		Clínica Médica	Guardia	Terapia Intensiva	Transplante	TOTAL
2012	Julio	44	10	7	3	64
	Agosto	46	11	7	3	67
	Septiembre	46	11	7	3	67
	Octubre	46	11	7	3	67
	Noviembre	46	11	7	3	67
	Diciembre	46	11	7	3	67
2013	Enero	46	11	7	3	67
	Febrero	46	11	7	3	67
	Marzo	46	11	7	3	67
	Abril	46	11	7	3	67
	Mayo	45	10	7	3	65
	Junio	45	10	7	3	65
	Julio	45	10	7	3	65

CAPACIDAD OPERATIVA

		Camas Disponibles				
		Clínica Médica	Guardia	Terapia Intensiva	Transplante	TOTAL
2012	Julio	25	11	7	3	46
	Agosto	27	11	7	3	48
	Septiembre	27	11	7	3	48
	Octubre	27	11	7	3	48
	Noviembre	27	11	7	3	48
	Diciembre	28	11	7	3	49
2013	Enero	30	11	7	3	51
	Febrero	32	11	7	3	53
	Marzo	32	11	7	3	53
	Abril	33	11	7	3	54
	Mayo	35	10	7	3	55
	Junio	40	10	7	3	60
	Julio	40	10	7	3	60

Cuadro 18: Internaciones – Defunciones

El promedio de internaciones es de 152 (1982/13). El menor valor observado (131) representa en 14% de disminución sobre el promedio. En tanto que el mayor valor observado representa un incremento del 24%.

INTERNACIONES - DEFUNCIONES

		Egresos	Defunciones
2012	Julio	148	6
	Agosto	165	15
	Septiembre	139	15
	Octubre	157	8
	Noviembre	136	9
	Diciembre	160	15
2013	Enero	189	9
	Febrero	132	12
	Marzo	154	12
	Abril	171	11
	Mayo	147	8
	Junio	153	13
	Julio	131	15
	Total Anual	1982	148

Cuadro 19: Consultas

El promedio de consultas es de 3.932. El menor valor (2.798) observado representa una disminución de 28,84% del promedio y el mayor (4.681) un 19% más.

		Atenciones
2 0 1 2	Julio	3672
	Agosto	4088
	Septiembre	3749
	Octubre	4421
	Noviembre	3780
	Diciembre	3818
2 0 1 3	Enero	3721
	Febrero	2798
	Marzo	3557
	Abril	4492
	Mayo	4681
	Junio	4070
	Julio	4279
	Total Anual	51126

A. Encuesta “Modelo de Financiamiento y Administración” – Datos

Período: Mensual y Acumulado anual

- Estructura de Financiamiento:
 - Financiamiento Fuente 11 – monto:
 - Año 2012: \$ **63.814.947,00**
 - Año 2013: \$ **74.058.787,00**
 - Financiamiento Fuente 12 – monto:
 - Año 2012: \$ **17.639.750,00**
 - Año 2013: \$ **19.129.007,00**

- Presupuesto 2012/2013 vs Ejecución Presupuestaria en idéntico período. (Ver en planilla comparativa por fuente)

- Cantidad de convenios con Obras Sociales Nacionales: **5**
- Cantidad de convenios con Institutos Nacionales: **2**
- Cantidad de convenios con Entes Privados: **2**

- Monto facturado 2013: \$ **28.685.736,16**
- Monto cobrado 2013: \$ **23.170.347,29**

- Cantidad promedio de días de cobranza efectiva: **60 días**

- Plan Anual de Compras, desvíos Adjuntar Plan Anual de Compras y Montos de compras realizadas. No pudo ser obtenido

- Monto y porcentaje de compras por vía de emergencia: **22%**
- Monto y porcentaje de compras por fondo rotatorio: **11,02%**
- Monto y porcentaje de compras por caja chica: **3,56%**

- Porcentaje de ausentismo global: **68%** (sobre 522 agentes, 357 registraron **inasistencias**)
- Monto de recursos destinados al pago de complementos por ausentismo: **\$102.800 promedio mensual 2013.**

B. Encuesta “Modelo de Atención” – Datos

Período: Mensual y Acumulado anual

- Internación:
 - Ocupación total y sectorial
 - Promedio mensual Enero 2013 **66,3%**. Junio 2013 **73,3%**
 - Promedio Anual: **69,73%**

 - Perfil epidemiológico de la atención
 - Enumere las patologías prevalentes o las especialidades a las que corresponden:

Cardiología (Insuficiencia Cardíaca, etc) Traumatismos (fractura de cadera), Enfermedades Oncológicas, Neumonías/ EPOC, Infecciones Urinarias, Diabetes. Cuidados Paliativos

- Promedio de días de estada general y por sector
General 4,63. Clínica médica 8,43. Guardia 2,97. Terapia intensiva 5,78
Trasplante 6,90

- Capacidad operativa total: 60 camas
- Capacidad instalada: 67 camas

- Cantidad derivaciones y estudios de diagnóstico y tratamiento especificando la causa.

Rechazo		
CAUSA	Total	%
CAMA NO DISPONIBLE SALA	22	5%
CAMA NO DISPONIBLE UTI	72	18%
FALTA DE PRACTICA	169	42%
PACIENTE NO TRASLADABLE	48	12%
PRACTICA NO DISPONIBLE	96	24%
Total general	407	100%

- Cantidad de egresos: **1.982** (considerando 13 meses)
- Cantidad de defunciones: **148** (considerando 13 meses)

- Atención Ambulatoria:

- Perfil epidemiológico de la población atendida: **Insuficiencia cardíaca, Patologías oncológicas, Neumonías/ EPOC, Infecciones urinarias. Enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio**
- Tiempo promedio de espera para acceder a una consulta programada: **20 días**
- Tiempo promedio de espera para acceder a una consulta no programada: **1 hora 30 minutos**
- Tiempo promedio de espera para acceder a estudios de diagnósticos: **22 días**

- Cantidad de derivaciones – estudios de diagnóstico y tratamiento especificando la causa. **Se indica en “Internaciones”**
- Cantidad de atenciones no programadas: **40 consultas por semana**
- Cantidad anual de atenciones de Urgencia/ Emergencia: **9.252**
- Cantidad anual de pacientes atendidos: **51.126**

C. Encuesta “Modelo Académico” – Datos

- Modelo Académico

- Docencia:
 - Cantidad de Profesores Nombrados (UDH y Residencia): **DOS** para ambas unidades. (Titular de Medicina Interna y Adjunto de Dermatología)
 -
 - Cantidad de Profesionales que participan de la docencia: **28**
- Investigación: Período considerado: Último año calendario
 - Cantidad de Profesores Nombrados afectados a tareas de investigación: **5**
 - Cantidad de publicaciones en Revistas Nacionales por especialidad: **20**
 - Cantidad de publicaciones en Revistas Extranjeras por especialidad: **5**

5.2.2.3. Relevamiento crítico UBA (UBA, 2008)

Se reproduce a continuación el Informe de Situación UBA en su parte pertinente.

- Reconocimiento público insuficiente, respecto de su ubicación geográfica dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Dependencia preponderante del presupuesto de UBA.
- Falta de acceso al crédito financiero, necesario para cubrir insuficiencias de caja imprevistas.
- Sub-aprovechamiento de la Gestión Hospitalaria Descentralizada por la calidad de las Obras Sociales con que trabaja.
- No funcionamiento, durante las 24 horas, de una estructura mínimamente adecuada en la faz médica – asistencial – administrativa del IDIM, ocasionando dificultades operativas en diversas áreas, como por ejemplo en cirugía, trasplantes renales y diálisis.
- Nivel Directivo más identificado con un sistema de Administración Pública y Estatal, propia de décadas pasadas, donde las políticas de Gestión y Administración Hospitalaria eran responsabilidad de los niveles ministeriales del Gobierno Nacional o Municipal, que con el actual sistema, en el cual Gestión y Administración Hospitalaria se encuentran descentralizados a nivel de Unidad Hospitalaria.
- Personal Profesional que no opera funcionalmente en términos de eficiencia de Servicios de Salud actuales (relación costo – beneficio) por verse desprovistos de los materiales específicos; aunque sí lo hacen en términos de eficacia, ya que alcanzan satisfactoriamente metas científicas – médicas.
- Personal Profesional, Técnico, de Enfermería y Administrativo mal remunerado, con segundos trabajos y elevados niveles de stress, que indirectamente afectan a los pacientes atendidos por aquellos.
- Escasos recursos humanos, con baja formación en enfermería profesional; y en lo relacionado con los empleados administrativos, desactualizados en su capacitación.
- En lo relativo a Sistemas: el de Administración estratégica y operativa se encuentra poco desarrollado; el del proceso de Compras es burocrático y poco eficiente y el sistema administrativo y de comunicaciones telefónicas es deficiente en lo que a funciones internas se refiere.
- Sistema de Procesamiento de Datos con desarrollo no sistémico, no integrado; con tecnología no actualizada en muchos casos.

- Personal de mantenimiento, cultural y funcionalmente identificado con un Sistema de Administración Pública y Estatal anticuado, que no se condice con las necesidades del IDIM (rapidez, eficiencia, eficacia).
- Edificio y Mobiliario poco adecuado a las exigencias actuales de la demanda hospitalaria y legal del sector. (UBA, 2008: 10-11)

5.3 Evaluación y Diagnóstico

5.3.1 Evaluación y Diagnóstico. Contexto Nacional y Universidad

La historia argentina debe ser una de las más contradictorias que puedan analizarse. Plagada de marchas y contramarchas, con movimientos pendulares; oscilantes entre el exceso y el defecto, la acción y la omisión.

Como toda Nación que nace a partir de un proceso de lucha para alcanzar su independencia, resulta heredera directa de la clase militar. De hecho, sus principales próceres son militares. Aún aquellos que han tendido una destacada acción en el ámbito civil – institucional, tal es el caso de los Generales Julio Argentino Roca y Juan Domingo Perón.

Este aspecto y las fuertes antinomias (Federales/Unitarios, Buenos Aires/Interior, Peronistas/Antiperonistas) representativas de diferentes épocas, han resultado decisivas en el transcurso de la construcción de nuestro país.

La UBA ha sido testigo privilegiado de estos devenires y no ha estado – como no podía ser de otra manera – exenta de sus consecuencias.

Los HUs –como cara visible de la Universidad y de la Ciencia– fueron castigados por esa historia que en varios de sus pasajes pareció atentar abiertamente contra sus mismos protagonistas.

Esta pertenencia ha sido – en todo caso – una desventaja adicional, comparada con la situación de otros Hospitales (Nacionales, Provinciales o Municipales), ya que además de los directos

embates recibidos los sufrieron también a través de la Universidad, blanco – casi siempre favorito – de esta auto persecución, dentro de sus propios límites.

En el año 1943 el Dr. Houssay abandonó su puesto en la Universidad (y poco después lo hizo el Dr. Leloir, en solidaridad) por discrepancias con el gobierno de facto recién asumido.

En el año 1962 luego de la caída del gobierno del Dr. Frondizi el Dr. César Milstein fue despedido de su puesto en el Instituto Malbrán (había ganado un cargo por concurso en 1958 y ya se había doctorado en Cambridge).

Era una época en que los gobiernos civiles no solo eran efímeros sino también fuertemente condicionados por diferentes sectores.

Muchos de los allegados de Milstein quisieron convencerlo para que reviera su posición.

Pero éste, decepcionado, manifestó: “No, esto volverá a pasar” (Milstein, n.d.)

Finalmente acepta el ofrecimiento del Dr. Fred Sanger (Premio Nobel de Química 1958 y 1980) y parte a desarrollar su actividad fuera de nuestro país.

La obtención del Premio Nobel de Medicina en 1984 no hace más que confirmar lo que ya resultaba evidente: la ciencia era víctima principal de la propia historia.

Resulta doloroso tener que destacar que 3 de los 5 argentinos galardonados con esta distinción –tal vez, la más reconocida científica y popularmente– debieron interrumpir sus estudios e investigaciones, o continuarlos fuera del país.

Numerosos episodios podrían citarse como ejemplo para explicar los períodos de retroceso y decadencia de nuestros Hospitales.

Basta con volver a mencionar *La noche de los bastones largos*, que no solo no representa un episodio aislado sino también toda una etapa donde la Universidad (y lo que ella significa) debió transitar su vida institucional en medio de la más absoluta penumbra.

El Dr. Milstein tuvo razón: volvió a pasar.

No obstante, más allá de estos difíciles avatares, la Universidad de Buenos Aires ha sabido consolidar su prestigio académico. En ella se han formado generaciones de excelentes profesionales de diversas disciplinas, reconocidos a nivel nacional e internacional. Vale la pena volver a mencionar que contemporáneamente a la fundación del Instituto Lanari, se inicia la construcción de la Ciudad Universitaria, la creación de la Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA) y la adquisición de la primera computadora para un centro universitario

5.3.2 Evaluación y Diagnóstico. Contexto Nacional y Salud Pública

Los acontecimientos descriptos han tenido, desde ya, marcada influencia en el ámbito de la Salud Pública y en particular de los HUs dada su dependencia con la UBA.

Claramente se aprecia la sucesión de proyectos erráticos que oscilan entre la creación de secretarías, departamentos o direcciones y el ascenso o descenso de la jerarquía de una unidad según quién era el responsable de turno. Lo que cobraba mayor dramatismo cuando el cambio de gobierno traía aparejado dejar sin efecto todo lo realizado hasta el momento (con independencia de la utilidad que pudiera tener) reemplazándolo por nuevas orientaciones que, a la larga, correrían la misma suerte.

Por ejemplo: en el año 1921 se presenta un anteproyecto de creación del Departamento de Salud Pública. En el año 1942 se vuelve a presentar otro anteproyecto, pero esta vez de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Con 21 años de diferencia se realiza una presentación similar, cambiando el nombre y la jerarquía del ente. Finalmente se termina creando en 1943.

En el año 1923 se lleva a cabo la Primera Conferencia Sanitaria Nacional. En 1933 se lleva a cabo la “también” Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, y si bien esta vez da como resultado un anteproyecto de ley de Asistencia y Previsión, el mismo no llega a prosperar.

El seguimiento de la historia político-institucional muestra, con absoluta claridad, la sucesión de este tipo de desajustes.

Las políticas públicas vinculadas con el mundo universitario y con la Salud dan marco de referencia a las decisiones y definiciones estratégicas que se adopten en relación a los Hospitales.

El Decreto 939/2000 (que deroga al 573/1993), Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada se constituye en un elemento que determina su financiamiento. La decisión sobre la asignación presupuestaria se ve condicionada por esta realidad.

Los Hospitales pasan a financiarse –por lo menos en parte– con lo que le facturen y cobren a terceros pagadores/financiadores.

Según su artículo 11:

EL HOSPITAL PÚBLICO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA continuará recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregarán los recursos generados a partir de la puesta en marcha del presente Régimen (MSAL, n.d.2).

Sin desmerecer la buena intención que pudo haber tenido la promulgación de este régimen, debe advertirse que se genera un “híbrido” en donde se cobra gestionando por los servicios prestados, pero se debe atender en forma universal a todo quien lo requiera por el carácter público del Hospital. Esto es, “privado” para cobrar y “público” para atender.

La convivencia de ambos status, no podría ser más desventajosa. Y la insistencia en profundizar esta realidad obedece –sencillamente– a la necesidad de obtener financiamiento y de ninguna manera a la creencia sobre las bondades del sistema.

De otra forma el Hospital pasa a depender para su funcionamiento de este régimen, lo cual debe ser tenido especialmente en cuenta a la hora de tomar decisiones.

5.3.3. Evaluación y diagnóstico Clínicas-Lanari: simetrías

El Hospital de Clínicas, con su historia iniciada en el siglo XIX, presenta características acordes con su magnitud: superposición de especialidades o servicios, producto del

individualismo de la generación médica de comienzos del siglo XX, aunque justo es destacar que muchos maestros y profesores pugnaron por dejar de lado rivalidades, atendiendo a la superación de la Institución.

El Instituto Lanari se presenta –tal vez por su juventud– asociado a los nombres que trabajaron por su engrandecimiento.

Pero ambos muestran dificultades comunes y reiteradas. Por ejemplo, la falta de presupuesto. Del mismo modo los problemas edilicios, no obstante lo cual se puede verificar un aumento significativo del presupuesto del plan de obras luego de muchos años de haber estado relegado. La ineficiencia, cuando no carencia de sistemas administrativos, tanto para información como para la toma de decisiones, de control y estadísticos. La escasa o nula política de personal.

La propia Universidad reconoce estos problemas cuando describe la situación actual de cada una de estas unidades en el informe que completa la investigación sobre las mismas en el capítulo correspondiente.

En general, las aéreas universitarias de Docencia e Investigación presentan indefiniciones en lo que hace a requerimientos y objetivos, no así en el área Asistencial, que se apoya en algún marco de regulación y definiciones más concretas. Esto debe entenderse como falta de desarrollo de gestión institucional en las aéreas de Docencia e Investigación.

En cuanto al financiamiento, puede advertirse que las dificultades de pago que enfrentan los terceros pagadores/financiadores, el crecimiento de la población sin cobertura y la preferencia por centros privados de aquellos que sí la tienen, provoca serios inconvenientes presupuestarios.

No obstante, algunos autores sostienen, como se ha visto, que el hecho de contar con más y mejores recursos no necesariamente se ve acompañado de una mejora en la productividad y en sus estándares. Se explica esta situación por la existencia de gerenciamientos ineficaces e ineficientes.

El simple recurso de aumentar ingresos para mejorar los servicios y las actividades de Docencia e Investigación supondría –a priori– una utilización apropiada del presupuesto, contar con las herramientas de gestión y aplicarlas cuando y como corresponde por parte de personal idóneo, mantener el sistema estable y homogéneo y trabajar sobre procesos apoyados en circuitos, control de gestión y análisis de los desvíos.

Si bien los recursos resultan ser escasos, no es menos cierto que dicha carencia convive con procesos descoordinados y en ocasiones inexistentes y una ineficiente relación costo-beneficio.

Del mismo modo, se advierte que el funcionamiento en red no resulta apropiado. No se utiliza el concepto de “unidad de menor complejidad” como entrada al de “mayor complejidad”. Se atienden todos los niveles, sin integración –en muchos de los casos– con el resto del sistema.

La problemática de los procesos relacionados con el modelo de financiamiento y administración puede resumirse en la **baja formalización y racionalidad** del mismo.

De este modo:

- Los tiempos de facturación y gestión de cobranzas superan los 60 días de la fecha de emisión de la factura.
- El tiempo transcurrido entre el alta de un paciente internado y la emisión de la correspondiente factura supera en ambos casos los 30 días.
- En una de las unidades bajo análisis el porcentaje de compras por fuera del plan anual de compras supera el 50%, lo que implica una incorrecta estimación de las necesidades, con los mayores costos que esta situación conlleva.

Encontramos a los Hospitales Universitarios en una posición de clara debilidad en lo que hace a la eficiencia de sus procesos, situación con consecuencias más profundas en el contexto inflacionario en el que se desempeñan.

No solo es necesario formalizar los procesos críticos (Registro de prestaciones médicas, facturación y cobranza), sino hacer de ellos una herramienta útil para medir en línea el desempeño de los mismos a través del diseño de un conjunto básico de indicadores y la definición de valores de referencia. Sin perjuicio de ello, se verifican actividades vinculadas a la implementación de sistemas integrados de software con principio de ejecución.

En materia de Docencia e Investigación se verificaron diferentes problemáticas, no necesariamente concurrentes en la misma unidad de análisis.

- Son escasos los docentes con nombramiento a cargo de la Unidad de Docencia hospitalaria en el ámbito de la formación de grado y en el régimen de residencia de las diferentes especialidades. En el caso del Lanari, hay 12 residentes que son financiados por el propio Instituto, lo cual tiende a desalentar la apertura de nuevas residencias.
- La actividad de investigación, reflejada en el número de publicaciones en revistas científicas tanto nacionales como extranjeras, es baja o no guarda relación con la actividad asistencial.
- Resulta baja la tasa de profesionales que cuentan con formación doctoral.

De este modo las diferentes unidades académicas hospitalarias se encuentran en una situación en la cual no se produce la retroalimentación positiva deseada entre la asistencia, la docencia y la investigación.

El análisis de la causa raíz de la realidad planteada indica una insuficiente dedicación horaria por parte de la planta profesional.

El crecimiento en complejidad, cantidad y diversidad de las prestaciones no fue acompañado por el crecimiento de la planta profesional, dando lugar a modos alternativos de inclusión, tal como lo son los contratos de locación de servicios.

5.3.4. Evaluación y diagnóstico - Hospital de Clínicas: modelo de financiamiento y administración. Presupuesto

El presupuesto del Hospital de Clínicas que fue analizado, corresponde al año 2012 y se presenta con indicación de lo ejecutado en relación al crédito asignado.

A continuación puede verse una síntesis del material completo para su mejor comprensión:

	CRÉDITO		EJECUTADO
F11	56.992.640	10 %	47.069.715
Inc. 1	<u>417.703.652</u>	74 %	
	474.696.292	(84 %)	
F12	69.904.150	12 %	54.464.726
F16	<u>18.045.379</u>	3 %	<u>13.514.316</u>
Sin Inc. 1	144.942.170		115.048.757
Con Inc. 1	562.645.822	100 %	

La principal fuente de financiamiento es F 11 (Recursos del Tesoro) que representa un 84 % del total del crédito, y dentro de esta partida el 74 % corresponde a agentes de planta sin considerar lo que pueda gastarse en personal contratado o tercerizado.

El porcentaje es similar al que se maneja en Hospitales Públicos, debiendo agregarse además– en este caso– a las áreas de Docencia e Investigación.

El gasto en Bienes de Capital de F11 (\$2.895.000) representa un 5 % (sobre \$56.992.640), habiéndose ejecutado \$ 527.484, que representa un 82 % de subejecución.

Los recursos propios (F12) representan un 12 % del presupuesto total y 48 % sin considerar Inc.1, lo que indica que la mitad de los gastos de funcionamiento se financian con recursos propios. A su vez presenta un nivel de ejecución equivalente al 78 %.

F16 presenta un 72 % de ejecución aunque la utilización de esta cuenta debiera requerir una consideración especial.

5.3.5. Evaluación y diagnóstico - Instituto Lanari: modelo de financiamiento y administración. Presupuesto

El Instituto Lanari presenta la siguiente estructura de financiamiento, considerando en primer lugar el año 2012 y agregando, para una mejor visualización, el 2013:

	2012			
	CRÉDITO		COMPROMETIDO	
F 11	63.814.947	77,4 %	62.561.461	80.05%
F 12	17.639.750	21 %	14.793.775	18.93 %
F 16	960.772	1.1 %	790.872	1.01 %
	-----		-----	
	82.415.419	100 %	78.146.108	100 %

La principal fuente de financiamiento es F11 (Recursos del Tesoro) que representa un 77,40 % del total del crédito. Pero ese crédito (\$ 63.814.947) se compone sustancialmente de \$ 62.007.747 que es el gasto en personal. Por lo tanto, el 97,16 % de la principal fuente de financiamiento se utiliza para sueldos.

A su vez F12 resulta ser el que presenta mayor grado de ejecución, ya que el Comprometido (prácticamente similar al Pagado) representa un 85 % del crédito.

En F 12 se observa una mayor subejecución, mientras que F 16 –cuya inclusión en el presupuesto debiera ser estudiada– no resulta representativo a nivel del Presupuesto total.

	2013					
	CRÉDITO		COMPROMETIDO		PAGADO	
F 11	74.058.787	78%	73.957.449	79%	73.232.798	
F 12	19.129.007	20%	17.581.921	19%	15.388.922	
F 16	1.806.825	2%	1.801.715	2%	1.415.255	
	-----		-----		-----	
	94.994.619	100%	93.341.085	100%	90.036.975	

Con respecto al año 2013 las conclusiones son similares y la tendencia se mantiene, solo agregando que la ejecución de F 11 alcanza prácticamente el 100 %.

F11 es el 78% del total del crédito. Y de ese monto el 97% corresponde a gastos en personal. Por lo tanto el 75.66% del gasto corresponde a agentes de planta, sin considerar lo que pudiera gastarse en personal contratado o tercerizado.

Restado el gasto en personal, solo queda para F11 el 3%, del cual Bienes de Uso representa solo el 1.1%. Y para este inciso queda sin comprometer el 19%.

A lo exiguo del crédito debe agregarse su subejecución.

El crédito correspondiente a F12 representa el 20% del total del presupuesto. Ese monto contribuye –sin duda–al financiamiento de la unidad y se encuentra ejecutado en un 92%, lo que expresa un mayor nivel de eficiencia en la utilización de los recursos.

5.3.6. Evaluación y diagnóstico Clínicas-Lanari: esquema comparativo

La comparación entre las dos unidades de análisis, utilizando los ratios que se indican puede verse a continuación:

	CLÍNICAS	LANARI
F11 S/Ppto. total	$\frac{474.696.292}{562.645.822} = 84 \%$	$\frac{62.814.947}{82.415.419} = 76 \%$
F11 solo Inc1 S/Ppto. total	$\frac{417.703.652}{562.645.822} = 74 \%$	$\frac{62.007.747}{82.415.419} = 75 \%$
Inc 1 S/ total F11	$\frac{417.703.652}{474.696.292} = 88 \%$	$\frac{62.007.747}{62.814.947} = 99 \%$
F12 S/Ppto. total	$\frac{69.904.150}{562.645.822} = 12 \%$	$\frac{17.639.750}{82.415.419} = 21 \%$

F12 S/Ppto. total s/Inc 1	$\frac{69.904.150}{144.942.170} = 48 \%$	$\frac{17.639.750}{20.407.672} = 86 \%$
F12 Ejecutado VS Crédito	$\frac{54.464.726}{69.904.150} = 78 \%$	$\frac{14.793.775}{17.639.750} = 84 \%$
F11 sin Inc1 Ejecutado VS Crédito	$\frac{47.069.715}{56.992.640} = 82 \%$	$\frac{553.713}{1.807.200} = 31 \%$

En ambas unidades de análisis, el presupuesto para gastos en personal es el que lleva el mayor crédito, con porcentajes similares.

De los Recursos del Tesoro, la mayor parte se dedica al pago de sueldos (88 % Clínicas y 97 % Lanari)

En el caso del Lanari su principal fuente de financiamiento para funcionamiento son los recursos propios que representan el 86 % sobre el total sin Inciso 1.

A su vez tiene un bajo nivel de ejecución F11 por funcionamiento, solo el 31%.

5.3.7. Evaluación y diagnóstico del modelo de financiamiento y administración. Estructura y Procedimientos

Estructura

La estructura para el funcionamiento de una organización se constituye en el punto básico a partir del cual podrá desarrollar las acciones que permitan el cumplimiento de sus objetivos. Aun con manuales de organización que pretenden definir Responsabilidades y Acciones (Misiones y Funciones) para cada cargo, **la baja formalización que expresamos en el punto 5.3.3** provoca los inconvenientes que, naturalmente, pueden esperarse en casos de este tipo, a saber:

- No queda claro cuál es el nivel de dependencia intersectorial y mucho menos a nivel de las personas. No es de extrañar que se ignore quién es el “jefe” (nivel de dependencia), y a su vez el “jefe” tenga la misma duda pero respecto de quién o quiénes son sus subordinados,

ocurriendo además que pueda no identificarse al “jefe” según la estructura no formalizada y entender que la dependencia corresponde a otra “jefatura”.

- Las estructuras que no cuentan con aprobación del nivel correspondiente no hacen otra cosa que generar informalidad, esto es, una estructura “real” que se contrapone con la que debiera ser “formal”.
- No se logra la adhesión del personal.

Las modificaciones mejor intencionadas que intenten una mejora, correrán la misma suerte en tanto y en cuanto no se avance en el proceso de formalización.

Asimismo, el diseño de la estructura presenta fallas que atentan contra el adecuado cumplimiento a que se hizo referencia.

Por ejemplo: en el Clínicas se registran jefaturas con demasiados subordinados. Se entiende que para un adecuado desempeño no debiera haber más de 5 sectores subordinados en cada nivel de dependencia. Del mismo modo, se aprecia la ausencia de un área de Costos, falencia bastante difundida en el sector público de Salud.

En el Lanari se advierte que Auditoría Interna depende de Gestión de Sistemas de Información, que no parece tener una dependencia clara. Por otra parte, se entiende que aquel sector, por la función de control y verificación que lleva adelante, debe depender del máximo nivel de conducción.

También se observa que la estandarización permite aéreas de diverso tamaño. En principio, ello dependerá de la demanda y, en gran medida, de las presiones que éstas puedan ejercer hacia la Dirección. Estas presiones se pueden lograr por afinidad (misma especialización), por prestigio del jefe de servicio o por el impacto interno o externo que tenga este servicio.

Con respecto a un aspecto clave como la descentralización, se advierte que la misma, tanto horizontal como vertical, se orienta hacia el núcleo operativo. Es decir, los profesionales asistenciales son quienes toman las decisiones, a través de la prescripción de medicamentos, estudios y conductas a seguir como internación o tratamiento ambulatorio, lo cual no podría ser de otra manera. A nivel de staff de apoyo, las decisiones son centralizadas, tanto vertical como horizontalmente. La decisión se toma en el nivel estratégico y se ejecuta hacia abajo, cumpliendo con la normativa que regula y coordina la actividad.

A través de Mintzberg (1991) puede dejarse establecida la realidad actual de las unidades de análisis. Dicho autor plantea 4 factores situacionales a partir de los cuales genera una serie de hipótesis sobre los condicionantes de la estructura: edad y dimensión; sistema técnico; ambiente; relaciones de poder.

Se presentan, a continuación, alguna de ellas que se verifican o refutan en términos de lo observado.

1. Análisis del factor situacional "Edad y Dimensión" (Mintzberg, 1991: 121-122)

- *Cuánto más antigua la organización, más formalizado está su comportamiento.* Siendo la salud un caso único, donde cada paciente tiene sus particularidades, y tratándose de HUs, gran parte del núcleo operativo se renueva de manera constante por lo cual la formalización del comportamiento es prácticamente marginal, más allá de la antigüedad.
- *La estructura refleja la antigüedad de la fundación de la organización,* sostiene el autor: esta hipótesis se corrobora al comparar la etapa fundacional de los hospitales con la estructura por servicios, siendo la forma tradicional de organización de los hospitales.
- De acuerdo a Mintzberg, *cuanto más grande es la dimensión de la organización, más elaborada es su estructura:* las estructuras presentadas, con gran presencia de departamentos, divisiones, programas, comisiones, confirman esta hipótesis. Aunque dicha elaboración debe ser entendida más por la presencia de la diversidad de aéreas, antes que por su eficacia.
- Por último, el autor de cita sostiene que *cuanto mayor es la organización, más formalizado es su comportamiento:* la formalización del comportamiento, principalmente en las actividades de apoyo, se deben a su carácter de institución pública, y no al tamaño organizacional.

2. Análisis del factor situacional "Sistema técnico" (Mintzberg, 1991:123)

- *Cuando más regulado el sistema técnico, más formalizado el trabajo operativo y más burocrática la estructura del núcleo operativo:* La falta de protocolos hace que el sistema

técnico sea poco regulado, por lo tanto poco burocrático. De todos modos, en aquellos sectores donde sí existen más protocolos, la misma naturaleza del trabajo desburocratiza el núcleo operativo.

3. Análisis del factor situacional "Entorno" (Mintzberg, 1991:124-125)

- *Cuando más dinámico el ambiente, más orgánica la estructura:* La organización ha ido variando a lo largo del tiempo adaptándose a las demandas de la población, a los cambios tecnológicos y a los cambios políticos del país y la Universidad. Sin embargo, determinadas condiciones, en particular relacionadas con su naturaleza de organismo estatal, la vuelven poco orgánica, lenta para adaptarse a los cambios. Pese al ambiente complejo y dinámico.
- *Cuando más complejo el ambiente, más descentralizada la estructura:* Aun con un ambiente complejo la estructura es parcialmente descentralizada, tal como ya se mencionó.
- *La extrema hostilidad de su ambiente conduce a cualquier organización a centralizar su estructura temporalmente:* Resulta aplicable en, prácticamente, todos los casos. Aun así, hay situaciones en que no se verifica. Por ejemplo si la hostilidad estuviera vinculada a una puja salarial, ésta se trasladaría a la Universidad y quedaría fuera del ámbito del Hospital.

4. Análisis del factor situacional "Relaciones de poder"(Mintzberg, 1991:126)

- *Cuando mayor el control externo de la organización, más centralizada y formalizada su estructura:* En este caso, el control externo está fuertemente vinculado a cuestiones presupuestarias y de manejo de recursos. Esta hipótesis se cumple, observando una estructura centralizada en el área administrativa, precisamente, la que recibe el mencionado control.
- *Las necesidades de poder de los miembros tienden a generar estructuras que son excesivamente centralizadas:* Corresponde, en general, a todo tipo de organizaciones.

- *La moda favorece la estructura del momento, aunque a veces sea inadecuada:* Los cambios en la estructura no han seguido a la moda, sino que han sido resultado de diferentes cambios más vinculados a aspectos tecnológicos, políticos e institucionales.

Procedimientos

Con respecto a los procedimientos puede advertirse que existen diferentes “manuales” o “resoluciones” que intentan estandarizar el funcionamiento, lo cual vuelve a enfrentarse con inconvenientes tales como:

- Falta de uniformidad en el diseño.
- Falta de aprobación, aunque existan actos administrativos aislados que institucionalizan su vigencia.
- Dificultad en la asignación de las funciones tanto dentro del procedimiento como al propio personal involucrado.
- Posibilidad cierta de que se desarrollen acciones que no contemplen con exactitud lo que refieren manuales o resoluciones. No obstante, debe destacarse que hay un apropiado seguimiento de lo establecido; no dejando que las acciones respondan al libre albedrío.
- Las modificaciones presentan las dificultades propias de su falta de formalización. La principal herramienta de planeamiento y control es el presupuesto, medido en forma anual, pero no refleja metas de atención.

5.3.8. Evaluación y diagnóstico del modelo de atención.

Ambas unidades de análisis facturan por los servicios de asistencia prestados.

Como se vio en el ítem anterior, los ingresos que se generan por dicha actividad resultan ser significativos al considerar la forma en que se financia el funcionamiento.

El desempeño de ambas, más allá de sus particularidades, presenta algunas similitudes, según puede verse en los datos seleccionados de la producción de cada una que se muestran a continuación:

	CLÍNICAS	LANARI
Consultas	334.101	51.126
Urgencias	25.905	9.252
Egresos	10.431	1.982
Promedio días de estada	4,8	4,63
Giro cama	26,9	33

El gasto por Inciso 1 del Lanari representa el 14,84 % del Inciso 1 del Clínicas.

Por lo tanto, tomando como base la cifra anterior puede advertirse que si las consultas del Lanari representan el 15,30 % de las del Clínicas, existe similitud en este aspecto, siendo un poco más elevado los egresos que resultan ser el 19 % de los presentados por el Clínicas (1982/10431).

El promedio de días de estada también resulta ser similar, aunque el giro cama es ligeramente superior el del Lanari.

Debe destacarse, no obstante, que los índices no siempre contemplan análisis de productividad.

En efecto, si bien se asocia la internación con el recurso físico (cama) y se obtienen valores relacionados con Productividad (Producción/Recursos Humanos y Físicos), no ocurre lo mismo con la atención ambulatoria donde solo se trabaja con el producido. Su falta de relación con cantidad de personal en general o por especialidad, cantidad de horas, etc. priva a las unidades de un bagaje informativo imprescindible para la toma de decisiones.

Con respecto a la información relativa a intervenciones quirúrgicas, no se trabajan convenientemente separadas las ambulatorias de las que requieren internación, del mismo modo que no se distinguen las internaciones quirúrgicas de las clínicas.

Tampoco las internaciones tiene otra valoración de productividad que no sea la cama disponible y el cálculo del promedio de días de estadía y giro cama; ya que no se realizan otras asociaciones vinculadas a la utilización de recursos humanos o quirófanos disponibles, por ejemplo.

Las Mediciones se dan por cantidad de pacientes atendidos o cirugías realizadas, donde no se encuentra una fluctuación importante año a año, ya que la limitación principal en la atención es por cuestiones de oferta (cantidad de médicos, enfermeras, camas o consultorios) y no de demanda. Además estas categorías no reflejan ni la complejidad de la prestación ni la complejidad propia de cada paciente.

En este sentido puede observarse en el Clínicas, que para el año 2012, el promedio de días de estada es = 4.8 para 10.431 egresos. De esta forma se obtienen como total de días de estada 50.068 (10.431×4.8). Esta última cifra representa 4.172 días de estada por mes ($50068/12$) Esto equivale a decir que la cantidad de días de utilización promedio por cama es de 10.77 ($4172/387.5$).

Del mismo modo, si hay 11.625 días-cama disponible (387.5×30), la cantidad de días de utilización arroja una tasa de uso de 0.36 ($4172/11625$).

Dicha tasa de utilización representa un promedio de 139 camas utilizadas en un mes (387.5×0.36).

Podría llegarse a similares conclusiones en el Lanari para un promedio de días de estada de 4.63 y 1.851 egresos, solo que con una tasa de utilización más alta, cercana al 50%.

Como no hay información por sector se compensan las utilizations de cada uno de ellos.

El total de egresos y la cantidad de días por sector permitiría conocer la producción de cada uno de ellos, sin recurrir a promedios generales (días de estada, días-cama, camas).

5.3.9. Evaluación y diagnóstico del modelo académico

El área de Docencia e Investigación del Lanari está formada por médicos que realizan tareas de asistencia, docencia e investigación. Se ocupa de valorar idoneidad de aspirantes profesionales médicos, kinesiólogos y evalúa protocolos de investigación clínicos, epidemiológicos y farmacológicos.

Está conformada por las divisiones de Nefrología y Endocrinología experimental, junto con Nefrología clínica y Endocrinología y metabolismo.

Por su parte en el Clínicas se encuentran los departamentos de Docencia (Pregrado y Postgrado) e Investigación con dos sectores que si bien no aparecen específicamente incluidos en el organigrama, tienen una marcada influencia: Asesoría científica e Investigación farmacológica.

En relación al Pregrado se acompaña en el cuadro respectivo la información que corresponde por departamento y vacantes por especialidad, dentro de la Dirección Asociada de Atención Médica donde se llevan a cabo las residencias.

Las especialidades más demandadas son: clínica médica, pediatría, cirugía general, tocoginecología y anestesiología que son las que tienen una duración menor a 3 años y una mejor salida laboral.

Puede observarse menos interés en otros ámbitos como la cirugía plástica (reparadora), neonatología y terapia intensiva que implican recursos humanos críticos cuya falta en el sistema de salud produce déficits de camas.

Si el sector privado llegara a absorber las especialidades de menor demanda, estaría condenando al sector público a no disponer de ese recurso en el futuro, a lo que habría que agregar que los recursos utilizados para su educación y formación no quedarían en este sector.

Las principales especialidades presentan un marcado desajuste entre las vacantes disponibles y la cantidad de aspirantes, según puede verse para el año 2013

Por cada vacante existe el siguiente número de aspirantes:

Clínica médica 19,25

Pediatría	87,2
Cirugía general	56
Tocoginecología	29,5
Anestesiología	115

Si se considera las entrevistas solicitadas en relación a los inscriptos y más aun, si se toma en cuenta las realmente realizadas, la cantidad de éstas por vacantes disponibles arroja lo siguiente:

Clínica médica	3,19
Pediatría	8
Cirugía general	3,75
Tocoginecología	2,33
Anestesiología	6,5

Lo cual podría estar demostrando que el exceso de aspirantes en relación a las vacantes, deja de lado a un número significativo de aquellos y solo los mejor calificados acceden a la entrevista.

De cada 100 aspirantes, se lleva a cabo el siguiente número de entrevistas, siempre para el año 2013:

Clínica médica	16,56
Pediatría	9,17
Cirugía general	6,7
Tocoginecología	7,9
Anestesiología	5,65

El sector correspondiente a Asesoría Científica tiene como propósito el seguimiento y aprobación de las propuestas de tesis que los residentes deben presentar a los efectos de incorporarse al trabajo una vez obtenida la residencia.

Tiene la facultad de supervisar la metodología de investigación, asesorando y controlando a los profesionales que realizan los trabajos aprobados.

Esta forma de trabajo garantiza la existencia de tutoría metodológica y específica para la realización de la investigación de que se trate.

En este sentido, sería conveniente prever que los intereses particulares de los profesionales puedan estar subordinados a los intereses y necesidades de la comunidad, respecto de los trabajos de investigación, tratando de cubrir los posibles requerimientos existentes a nivel general.

En el sector Investigación farmacológica se desarrollan tareas que son parte del proceso que efectúa la ANMAT, cuando el sector privado se propone obtener determinadas aprobaciones.

Esta complementación con otros organismos y el sector privado implica la verificación del cumplimiento de determinados estándares para medicamentos similares en aquellos casos en que los originales han perdido el derecho de monopolio otorgado por la patente.

Estos procedimientos son onerosos para el sector privado y significaron un ingreso muy importante para el hospital que fueron perdiéndose a partir del 2004, por inconvenientes de los laboratorios para cumplimentar determinadas resoluciones.

Aspectos burocráticos y la inclusión de Universidades privadas y otras públicas que entraron en competencia con el hospital explican la disminución de los trabajos de investigación.

En la actualidad se ha modificado la normativa y el proceso de investigación está reanimándose, lo que comienza a percibirse como una mejora en los ingresos.

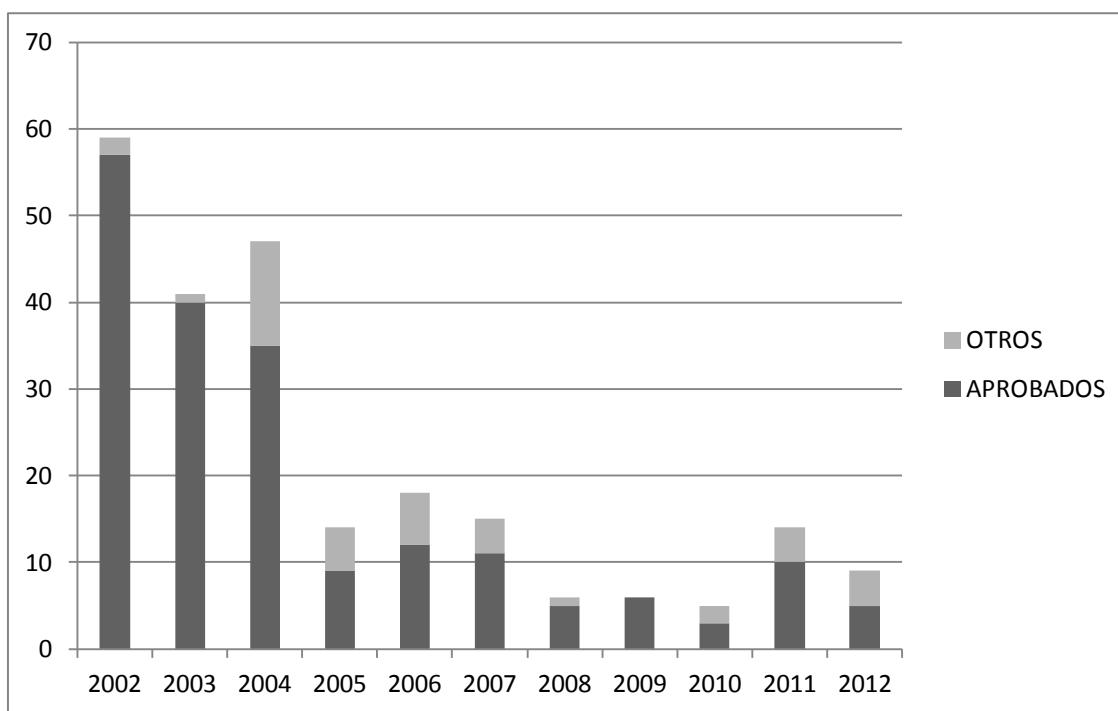
La actual existencia de investigadores prestigiosos podrá contribuir a una recomposición en este sentido.

Estas investigaciones no solo se llevan adelante en el sector mencionado sino que requieren un área asistencial cercana a los efectos del control de laboratorio e internación que se necesita para la realización de estas experiencias como así también del análisis previo de las personas que voluntariamente se someten a los procedimientos.

Estos protocolos presentan un generalizado reconocimiento por parte de la comunidad científica como así también de la ANMAT, lo que implica que los laboratorios nacionales (mayores usuarios de este sistema) se constituyen en permanentes y potenciales usuarios de tales servicios.

El gráfico que a continuación se incorpora señala la evolución en este proceso durante el período 2002-2012:

PROTOCOLOS EVALUADOS Y APROBADOS - AÑOS 2002-2012



6. Diseño: Bases para la construcción de un modelo de gestión sustentable

*Para todo problema humano hay siempre
una solución fácil, clara, plausible y equivocada.*

Henry-Louis Mencken (1880-1956)

El objetivo de proponer estas "Bases" es el de contar con el fundamento o soporte necesario que permita construir un modelo de gestión sustentable para el caso que nos ocupa: Hospitales Públicos Universitarios. Lo importante es que constituyen, en definitiva, un conjunto de principios rectores, a partir de los cuales se pueda iniciar una edificación firmemente asentada del modelo de gestión.

Se pretende que esos principios se conviertan en las primeras proposiciones a partir de las cuales se empiece a estudiar, primero, y a construir después. Son, entonces las ideas fundamentales que, a manera de base de sustentación, se presentan como imprescindibles para cualquier desarrollo posterior.

Hemos articulado estas Bases en cuatro **áreas de diagnóstico**, que tienen como objeto agrupar una serie de **variables** que, además, contienen los diferentes **ítems** vinculados a cada una de ellas.

Las variables titulan cada una de las "Bases" y conforman el aspecto central de este punto.

Los ítems conforman una orientación que permite una mejor y más adecuada explicación de dichas variables.

De esta forma el presente trabajo intenta brindar a los hospitales de la Universidad de Buenos Aires una herramienta para el diseño de un sistema de gestión integral homogéneo en las dimensiones que hacen a su misión: la docencia, la investigación y la prestación de servicios de salud. Así como la posibilidad de contar con un elemento de evaluación continua del modelo.

Como beneficio adicional –y a pesar de que la temática excede el alcance de este proyecto– la comprensión de los elementos determinantes de un modelo de gestión permitirá proyectar, en términos formales de operación, la constitución de una red hospitalaria. Este hecho posibilitaría además avanzar en términos de eficiencia de recursos de manera integral,

definiendo áreas de especialización, competencias, sistemas de derivación recíproca y sistemas de adquisición y utilización de recursos en términos de red.

A continuación se presentan cuatro cuadros y su correspondiente desarrollo:

1. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

1. Análisis y evaluación de políticas públicas

- a. Aspectos normativos
- b. Contenido de la normativa
- c. Incidencia de la normativa en la organización:
 - Aspectos favorables,
 - Aspectos desfavorables,
 - Aspectos neutros
- d. Aspectos necesarios no contemplados en la normativa
- e. Escenarios posible en cuanto a modificaciones:
 - En el corto,
 - En el mediano plazo,
 - En el largo plazo
- f. Normas posibles o modificaciones a proponer a las normas actuales.
- g. Expectativa de éxito en cuanto a las normas o modificaciones a proponer.

2. Política institucional (Definiciones estratégicas)

- a. Definición de aspectos estructurales:
 - Integración de una red,
 - Nodo central de una red,
 - Nodo de una red
- b. Nivel de atención:
 - Constitución de un centro de referencia,
 - Criterios de distribución de la oferta,
 - Mecanismos de referencia y contra referencia
- c. Conformación.

1.1. Análisis y evaluación de políticas públicas

Las políticas públicas son soluciones específicas referidas a cómo manejar los asuntos públicos. Estas políticas se desprenden de la agenda pública (Winchester, 2010: 7).

En sociedades democráticas, el desempeño del gobierno se relaciona directamente con su capacidad de obtener resultados que tienen valor público en términos sistémicos y para la sociedad. La Medición del éxito de cualquier programa individual o agencia (en nuestro caso, Hospitales Universitarios) dependerá, por lo tanto, de cuánto éste ha contribuido al logro para el gobierno y para la sociedad. Se trata de resultados colectivos, en red. Que fortalecen la credibilidad y legitimidad de los gobiernos que, a la vez, se refuerzan con resultados tales como mejorar el acceso al conocimiento y a la información, expandir la voz de la ciudadanía de gobierno, y otros beneficios de similares características (Winchester, 2010: 8).

En particular las funciones del Hospital en lo que a la asistencia se refiere (y también, aunque en menor medida, a docencia e investigación), se ven sin duda condicionadas por el marco de referencia que significan las políticas públicas.

El Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, el Programa Médico Obligatorio, el Sistema Nacional de Seguro de Salud y en general: leyes, decretos, resoluciones, etcétera, deben ser tenidos especialmente en cuenta antes de encarar planes o tomar decisiones.

Es este el primer punto a considerar. No puede ser soslayado, ni atendido si no es en primer lugar dentro de las variables a analizar.

De su correcta y apropiada apreciación se desprenderán el éxito o el fracaso de las medidas que se adopten.

Del mismo modo deben generarse los mecanismos que permitan una temprana detección de cualquier modificación en estos aspectos con el objeto de reiniciar el ciclo.

Las preguntas de rigor a formularse, indefectiblemente, y en orden de importancia son:

- a. ¿Qué dice la normativa?
- b. ¿Cuáles son sus aspectos favorables y cuáles no?
- c. ¿Qué aspectos necesarios para el proyecto no están contemplados?
- d. ¿Qué tan probable es que haya alguna modificación en el corto, mediano y/o largo plazo?
- e. ¿Es posible proponer normas nuevas o modificaciones a las actuales? ¿Qué grado de éxito puede tener la concreción de la propuesta?

1.2. Política institucional (Definiciones estratégicas)

- a. Definición de aspectos estructurales: integración de una red, nodo central de una red, nodo secundario de una red.
- b. Nivel de atención: constitución de un centro de referencia, criterios de distribución de la oferta/demanda, mecanismos de referencia y contra referencia.
- c. Conformación

El propósito de una estrategia organizacional es crear valor, lo cual requiere que toda la organización se involucre en su despliegue. Esto supone que la estrategia ha sido formalmente

declarada, que es conocida y visible para todos y que, además, se desarrolla en condiciones organizacionales que permiten que se deleve y surja de la práctica, en un ciclo permanente de aprendizaje. El valor de las organizaciones se relaciona, entre otras cosas, con los distintos tipos de beneficios que reportan a sus grupos de interés y con su sostenibilidad en el largo plazo. Para ello, la estrategia debe expresar la forma en que la organización aportará valor a sus grupos de interesados, considerando las tensiones que le imponen sus expectativas a veces en conflicto, el contexto legal y socio-político en que opera y su proyección económico-financiera de largo plazo (Vergara y Bisama, 2010: 52). Al respecto, la definición de aspectos estructurales, el nivel de atención y la misión de la organización se tornan aspectos fundamentales.

Por ejemplo: la mejora en la productividad de los niveles de mayor complejidad requiere de la existencia de centros de atención para diagnóstico y tratamiento, en especial en el nivel primario. Si se considerara al HU como unidad de tercer nivel de atención, las unidades de menor nivel de complejidad deben operar como contenedores y distribuidores de la demanda.

Asimismo, es necesario que un HU para dar cumplimiento a su razón de ser, desarrolle estrategias docentes asociadas a la asistencia y cuente con producción científica en las mismas condiciones, es decir, que produzca conocimiento a partir de la investigación aplicada y no de la investigación básica desvinculada de la actividad asistencial, tal como podemos observar en la actualidad en el marco del convenio UBA – CONICET.

Actualmente la red hospitalaria de la Universidad está conformada por dos hospitales polivalentes de alta complejidad y diferente capacidad, uno monovalente y otros centros de atención de menor complejidad.

Bien podría tomarse esta descripción como punto de partida, aunque también podría reformularse. Lo que no debiera hacerse es pasar por alto la definición precisa que exprese esa conformación.

2. FINANCIAMIENTO

1. Política de ingresos

- a. Origen de los recursos
- b. Presupuesto de ingresos
- c. Relación ingresos-presupuesto
- d. Obtención de recursos propios: convenios, relaciones contractuales .
- f. Definición de procesos de contratación, facturación y cobranzas

2. Política de egresos

- a. Aplicación de los recursos
- b. Presupuesto de egresos
- b. Relación egresos-presupuesto
- c. Monto a asignar a:
 - La atención,
 - La docencia,
 - La investigación

2.1. Política de ingresos

- a. Origen de los recursos
- b. Presupuesto de ingresos
- c. Relación ingresos-presupuesto
- d. Obtención de recursos propios: convenios, relaciones contractuales
- e. Definición de procesos de contratación, facturación y cobranzas

Históricamente, el esquema de financiamiento de los HUs ha sido exclusivamente público **con foco en la oferta de servicios**. Este modelo es idéntico al de cualquier hospital público de nuestro país.

En la actualidad, como se puede observar en los resultados obtenidos en la etapa de diagnóstico, el componente de financiamiento público se complementa con los recursos propios conseguidos, producto de la atención a beneficiarios de la seguridad social, ya sea que estos entes posean, o no, convenio con la Universidad.

Las unidades bajo análisis demostraron lograr recursos propios, producto de convenios de prestación de servicios con entes privados.

La incorporación de nuevas modalidades o criterios para la asignación presupuestaria no exime a los hospitales de la búsqueda de **diversificación de sus fuentes de ingresos**, a través de la provisión de servicios para un público amplio, cubiertos por diferentes esquemas de protección, que emplearán también diversos modelos de contratación y pago.

La *problemática del modelo de financiamiento y administración* puede resumirse en la **baja formalización y racionalidad** del mismo.

Retomando el diagnóstico realizado en las unidades bajo análisis, es posible afirmar:

- Tanto el Hospital de Clínicas como el Instituto Lanari están en condiciones de incrementar el monto de ingresos propios, contribuyendo de este modo al cambio de paradigma en la estructura de financiamiento de Hospitales Públicos Universitarios. Para ello es indispensable optimizar los procesos relacionados con flujos de fondos tanto desde la perspectiva de los ingresos: **contratación, facturación y cobranzas**; como desde la perspectiva de los egresos: **compras**.
- En el proceso de obtención de recursos propios, ambos hospitales poseen convenios con entes pertenecientes al sector privado o a la seguridad social, aunque el mayor porcentaje de la misma se concentra en un solo financiador, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. En menor escala se agencian recursos a través de convenios con Obras Sociales Nacionales y entes privados. En contextos macroeconómicos estables sería recomendable potenciar el grado de formalización de las relaciones contractuales con entes financiadores de distinta naturaleza; sin embargo, dado el contexto turbulento en el que se desarrolla la actividad de los hospitales, modalidades menos estructuradas como las cartas de intención seguidas de la prestación de servicios contra presupuesto aprobado por el área de auditoría del financiador, resultan de mayor flexibilidad para trasladar parte del incremento en los costos a los precios de las prestaciones pautadas.
- Y en especial, propender a la coincidencia entre lo presupuestado y lo realmente ingresado, no solo numéricamente sino desde el punto de vista conceptual; evitando el “balanceo” del presupuesto, mediante algún crédito contingente, una donación o ingreso extraordinario.

2.2. Política de egresos

- a. Aplicación de los recursos.
- b. Presupuesto de egresos.
- c. Relación egresos-presupuesto
- d. Monto a asignar a:
 - Atención
 - Docencia
 - Investigación

En muchos países se ha pasado del tradicional sistema de financiamiento de la oferta a nuevas formas de asignación de recursos en la búsqueda de mayor flexibilidad, así como a incentivar la productividad y la eficiencia. Estas modalidades tratan de pagar por lo que la institución hace, por los servicios que presta, en lugar de financiar al hospital para que esté disponible para atender. En el caso particular de nuestros hospitales se manifiesta como más probable la extensión del uso de compromisos o contratos de gestión, una modalidad más flexible que, en rigor, no implica financiar la demanda sino modificar el financiamiento de la oferta vinculando la asignación de recursos al cumplimiento de metas asistenciales y de gestión.

En relación a los egresos, es imprescindible la aplicación de técnicas para la estimación de necesidades en el proceso de compras. El mismo se encuentra formalizado por normas internas de la Universidad de Buenos Aires y aquellas comunes a la gestión de compras públicas a nivel nacional.

3. INFORMACIÓN Y CONTROL

1. Definición del sistema de información

- a. Análisis de situación FODA.
- b. Diagnóstico, objetivos y metas de los sistemas de información,
- c. Plan estratégico de información,
- d. Presupuesto Sistemas de Información
- e. Resultados
- f. Control y análisis de desvíos

2. Definición de políticas de control

- a. Control interno
- b. Coordinación (control posicional)
- c. Conexiones entre áreas
- d. Conexiones entre servicios
- e. Sistema cliente-proveedor.

3. Control presupuestario

- a. Mecanismos para establecer desvíos:
 - ingresos insuficientes,
 - gasto excesivo,
 - gasto improductivo,
 - deficiente relación costos-beneficios

3.1. Definición del sistema de información

- a. Análisis de situación FODA
- b. Diagnóstico, objetivos y metas de los sistemas de información
- c. Plan estratégico de información
- d. Presupuesto Sistemas de Información
- e. Resultados
- f. Control y análisis de desvíos

En cualquier Organización, el sistema de información constituye la piedra angular de su funcionamiento. La toma de decisiones solo resulta posible a partir de la existencia de información oportuna y confiable.

Los objetivos deben plantearse sin perder de vista la esencia misma del HU y su interacción permanente con el sistema de información.

Por lo tanto esos objetivos no pueden ser otros que:

- Asistencia
- Docencia
- Investigación

Sin embargo, a la hora de controlar y analizar la existencia de desvíos y poder formular el correspondiente análisis, el sistema de información debe contar indefectiblemente con indicadores de productividad; entendiendo por tal la relación entre la producción (consultas, intervenciones quirúrgicas, etc.) y los recursos humanos y materiales.

El simple análisis de la producción, sin considerar la productividad, no hará más que conducir a conclusiones parciales, cuando no equivocadas.

3.2. Definición de políticas de control

- a. Control interno
- b. Coordinación (control posicional)
- c. Conexiones entre áreas
- d. Conexiones entre servicios
- e. Sistema cliente-proveedor

En general, control interno es el conjunto de actividades, convenientemente integradas en un plan, que tienen como objetivo: salvaguardar los bienes de la Organización, asegurar la confiabilidad de los registros donde queden reflejadas las diferentes operaciones y promover la efectividad y eficiencia en el desarrollo de los procesos.

Sin embargo, uno de los principales problemas con que se enfrentan los HUs radica en la falta de conexión entre las áreas operativas (en general asistenciales) y las administrativas. Se entiende que en este sentido, las primeras son “proveedoras” de las segundas ya que para cumplir con sus funciones necesitan que les “provean” el insumo básico que consiste en la información desarrollada, presentada de acuerdo a los estandartes previstos. Cumplida su función por parte de esta última deja de ser “cliente” para convertirse en “proveedor”.

Este esquema puede verse facilitado si se desarrolla de manera apropiada la función de coordinación, que procura precisamente concertar medios y esfuerzos para una acción común. La necesidad de un sector para realizar su actividad está supeditada a la acción previa de otro sector.

Terraza Núñez (Terraza Núñez, Vargas Lorenzo, Vázquez Navarrete, 2006) plantea que la mejora de la coordinación asistencial constituye una prioridad para muchos sistemas de salud y, especialmente, para la atención de problemas de salud crónicos en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. Advierte sobre la sistematización que requiere la abundancia de

estrategias y mecanismos de coordinación, y analiza la coordinación asistencial y sus instrumentos, a partir de la teoría organizacional, en particular los postulados de Henry Mintzberg.

La autora clasifica los distintos mecanismos de coordinación según el proceso básico utilizado para la articulación de las actividades, programación o retroalimentación. La combinación óptima de mecanismos, sostiene, depende de 3 factores: grado de diferenciación de las actividades asistenciales, volumen y tipo de interdependencias y grado de incertidumbre.

Plantea que históricamente los servicios sanitarios confiaron la coordinación a la estandarización de las habilidades pero, más recientemente, se recurre a guías, mapas y planes. Aún así, plantea Terraza Núñez, su utilización resulta insuficiente para enfermedades crónicas en las que intervienen diversos profesionales con interdependencias recíprocas, variabilidad en la respuesta y un volumen elevado de información procesada. En este caso, sostiene, son más efectivos los mecanismos basados en la retroalimentación, como grupos de trabajo, profesionales de enlace y sistemas de información vertical.

3.3. Control presupuestario

a. Mecanismos para establecer desvíos: ingresos insuficientes, gasto excesivo, gasto improductivo, deficiente relación costos-beneficios.

Como ha quedado establecido, los inconvenientes financieros y presupuestarios no solo se deben a ingresos insuficientes; muy probablemente la ineficacia en el gerenciamiento desequilibra el presupuesto por un incremento de gastos y una distorsión en la relación costo-beneficio. Para ello es necesario implementar un sistema de análisis presupuestario que incluya el control de los desvíos.

Conveniente prueba de lo expresado resulta ser la subejecución presupuestaria en ambas unidades de análisis, lo que significa que individual o conjuntamente se verifica alguno de los siguientes supuestos:

- El presupuesto no ha sido correctamente confeccionado
- Los créditos están bien calculados pero ha habido fallas en la percepción de los recursos
- La aplicación y/o ejecución de los recursos ha sido ineficaz

En todo caso, la “variable” Control presupuestario adquiere una trascendente relevancia, fundamentalmente por su ausencia.

4. ESTRUCTURA, CULTURA, PROCESOS Y CIRCUITOS

1. Diseño de estructura orgánica

- a. Diseño de estructura “posible”
- b. Definición de áreas y niveles
- c. Gobierno corporativo

2. Diseño de procesos y circuitos administrativos

- a. Eficiencia
- b. Efectividad
- c. Diagramación de procesos
- d. Implementación de proceso
- e. Ejecución de procesos

3. Calidad

- a. Adecuación
- b. Accesibilidad
- c. Calidad científico-técnico
- d. Calidad experimentada o percibida

4. Recursos Humanos

- a. Cantidad de personal
- b. Calidad de funciones
- c. Funciones superpuestas
- d. Participación y círculos de calidad
- e. Capacitación
- f. Dedicaciones

5. Cultura organizacional

- a. Clima laboral.
- b. Liderazgo organizacional.
- c. Valores (ejemplo: calidad, seguridad del paciente)
- d. Bienestar Laboral

4.1. Diseño de estructura orgánica

- a. Diseño de estructura posible
- b. Definición de áreas y niveles
- c. Gobierno Corporativo

El comportamiento de la organización guarda relación directa con su diseño. Y éste es la gestión de la estructura, de tal forma que pueda llevar adelante las acciones que le permitan alcanzar sus objetivos.

Es fundamental diseñar una estructura “posible”. Esto es, que sea aplicable y apprehendida por los integrantes. Debe ser sencilla y flexible.

Caso contrario, la estructura “real” reemplazará a la “formal”.

Si el HU se caracteriza por abordar y desarrollar las esferas de Asistencia, Docencia e Investigación, así debe reflejarlo la estructura, colocando como cabeza de la institución a las tres áreas en el mismo nivel.

Del mismo modo debe existir una Dirección que sea la única y directa responsable del seguimiento de lo planificado y su grado de cumplimiento, así como de la elaboración de la información para el máximo nivel de la Organización.

Si bien vinculado a la estructura orgánica –pero con un horizonte más amplio porque se relaciona con la acción concreta de funcionamiento de esa estructura– aparece el concepto de “gobierno corporativo” (que para el caso, los autores lo refieren a servicios públicos de salud), y que se orienta a la manera de dirigir y controlar una organización, aclarando que si bien es una expresión que surge en el sector privado, ésta se utiliza cada vez más en el sector público bajo la noción de *public sector governance*. En especial, en Australia y Nueva Zelanda (Freire y Repullo, 2011: 2736).

En referencia al gobierno corporativo, entonces, éste se refiere a las estructuras de una organización, a los procedimientos que existen para lograr una gestión efectiva y eficiente, y a los mecanismos con los que se busca el cumplimiento de normas y objetivos y se previenen conductas contrarias a los mismos (Freire y Repullo, 2011: 2736).

El titular de la Australian National Audit Office define a la “gobernanza” como los procesos a través de los cuales se dirige, controla y ejerce la rendición de cuentas de una organización. Posteriormente, explican los autores, esta definición ha sido expandida para incluir también la cultura, la estrategia y las políticas de la organización, así como la forma en la que se relaciona con todos los actores implicados. (Edwards y Clough, 2005:2)

Los principios del buen gobierno corporativo son similares en el sector público y en el privado: rendición de cuentas (accountability), transparencia, integridad, respeto a las reglas, eficiencia, efectividad, calidad, respetar los derechos de terceros (afectados, implicados, etc.).

Es de especial interés práctico contemplar y, eventualmente, incorporar instrumentos (estructuras y procedimientos) del buen gobierno corporativo que contribuyan a alcanzar un desempeño óptimo de las organizaciones. Del conjunto de códigos existentes, tanto para el buen gobierno corporativo del sector privado como del público, se pueden extraer los elementos básicos que los autores presentan y aquí sintetizamos (Freire y Repullo, 2011: 2736-7):

- Existencia de un órgano colegiado de gobierno (Consejo), diferenciado de la Dirección ejecutiva (órgano gestor)
- Consejos cuyas características la experiencia ya ha demostrado que contribuyen a su efectividad:

- Compuesto por miembros sin poder ejecutivo en la organización e independientes, sin intereses personales en ella
 - Tamaño adecuado
 - Consejeros con competencias relevantes para la organización
 - Funcionamiento de un subcomité de auditoría y de otros subcomités formados por los consejeros según necesidades
- Dirección ejecutiva (o Dirección-Gerencia):
 - Seleccionada por procesos transparentes
 - Retribución con incentivos por desempeño
- Reglas de funcionamiento del Consejo y de la Dirección ejecutiva, así como de la relación entre ambos, que respondan a estándares de los códigos de buen gobierno y buena gestión.

4.2. Diseño de procesos y circuitos administrativos

Disponer los mecanismos que permitan establecer:

- a. Efectividad
- b. Eficiencia
- c. Diagramación de procesos
- d. Implementación de procesos
- e. Ejecución de procesos

Se conoce como “proceso” a toda sucesión de actividades que reconocen un principio y un fin, que se desarrolla en etapas sucesivas y que prevé arrojar un resultado a su finalización.

Independientemente del tipo de proceso, debe haber un circuito administrativo que lo defina, oriente y contenga.

Por tal motivo, deben especificarse los procesos y luego su continente, el circuito administrativo.

Tan perjudicial es la inexistencia de circuitos como la inversión de las tareas: intentar incorporar un proceso a un circuito previamente existente.

Por ejemplo: en el modelo de atención, un aspecto adicional de alto impacto consiste en diferenciar aquellos procesos críticos para su desempeño y en consecuencia no delegables, de otros accesorios o que actúan de soporte de dichos procesos. Es en estos últimos que se registra una tendencia a que tales procedimientos se realicen fuera del hospital, a menor costo, más rápidamente, sin tiempo de espera.

Sin embargo, las cuestiones vinculadas con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo médico para dar respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población de referencia, debieran constituir un aspecto de preocupación permanente en relación a esta variable.

Así, considerando que la Universidad de Buenos Aires cuenta con una red de hospitales, la búsqueda de mayor eficiencia y efectividad estará orientada al diseño de criterios para la determinación de los responsables de la provisión de servicios, evitando la duplicidad en la oferta.

Un ejemplo representativo del actual funcionamiento del modelo es la prestación de trasplantes renales. A fin de mantener la habilitación del INCUCAI para poder realizar estas prácticas, un prestador debe cumplir con un mínimo que garantice la pericia del equipo médico tanto clínico como quirúrgico y la agilidad en la respuesta frente a los operativos. Esta prestación fue históricamente realizada, en tiempos de requisitos menos exigentes, tanto por el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari como por el Hospital de Clínicas.

Al aumentar el mínimo de prestaciones y agregar nuevas exigencias para la realización de trasplantes, ambos hospitales incurrieron en incumplimientos, perdiendo la habilitación para la ejecución de dicha prestación. En la actualidad, solo uno de los hospitales logró un permiso transitorio para regularizar su situación. Este caso no hace más que reafirmar la necesidad de contar con criterios para hacer efectiva la división de trabajo y, en consecuencia, el funcionamiento de una red como tal.

4.3. Calidad

Esta variable, si bien ha sido agrupada junto con las que hacen foco en aspectos de funcionamiento, actúa de manera transversal en lo que al resto de las mismas se refiere.

De esta forma podrá observarse cómo el resto de las variables –ya aludidas o próximas a mencionarse– se ven condicionadas por definiciones vinculadas a Calidad.

Los atributos o componentes de la Calidad que aparecen más frecuentemente en la literatura especializada son: eficiencia, efectividad, calidad científico-técnica (competencia y desempeño profesional), accesibilidad y satisfacción o aceptabilidad del usuario.

Por la importancia que reviste el significado de algunos de los atributos, el conjunto de autores de cita (González Ramos *et al*, 2004:6), plantea como dimensiones de la calidad en el ámbito de la salud a la eficiencia, eficacia y efectividad (ya citados en nuestro punto anterior), destacando los siguientes ítems:

- a. Adecuación: es la relación entre la cantidad de servicios disponibles y la necesidad de ellos
- b. Accesibilidad: los servicios son utilizados por quienes lo necesitan
- c. Calidad científico-técnico: es el grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías más actuales
- d. Calidad experimentada o percibida: los servicios satisfacen las necesidades y las expectativas de los usuarios

En términos de aplicación práctica, a través de la Fundación Avedis Donabedian (Net y Suñol (2002:4) plantean que la evaluación y mejora de la calidad consiste en:

- Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta
- Compararla con la que estamos realizando
- Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas
- Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos
- Comprobar si estos cambios son eficaces

Asimismo, un modelo de Gestión de Calidad Total en el sector sanitario puede presentarse estructurado en base a criterios y sub criterios que exponemos a continuación (Arcelay *et al* 2000:187-188):

Liderazgo: definido en términos de cómo los directivos y mandos intermedios desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, activan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los

comportamientos adecuados, implicándose personalmente para conseguir que el sistema de gestión de la organización se despliegue, progrese e instale.

Estrategia: definida en términos de cómo implanta la organización su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

Recursos humanos: definidos en términos de cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Recursos y Alianzas: definidos en términos de cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Procesos: definidos en términos de cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su estrategia y para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

Resultados en los clientes: se refiere a qué logros está alcanzando la organización en relación con sus usuarios externos.

Resultados en las personas: vinculados con los logros que está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran.

Resultados en la sociedad: referidos a qué logros está alcanzando la organización en la sociedad, en el ámbito local, nacional e internacional (según resulte pertinente).

Este criterio mide el impacto de la organización en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con su misión ni con sus objetivos en el sistema sanitario: incidencia en empleo local, áreas medioambientales, actividades medioambientales, etc.

Resultados clave: referidos a qué logros está alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado.

En cuanto a los subcriterios expuestos, los autores proponen, por ejemplo, determinadas cuestiones vinculadas a la calidad tales como:

- De qué manera la organización planifica, gestiona la adecuación del personal a sus necesidades, y mejora la gestión de los recursos humanos.

- De qué manera se desarrolla y mantiene el conocimiento y capacidad de sus recursos humanos, practica la transferencia de autonomía, y potencia la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas.
- Existencia o no de una comunicación entre las personas y la organización, así como de un sistema de reconocimiento y atención a éstas.
- Gestión sistemática de los procesos, y diseño de éstos, basándose en las necesidades y expectativas de los usuarios.
- De qué manera se introducen las mejoras necesarias en los procesos a través de la creatividad y capacidad de innovación del personal, para que satisfagan a los beneficiarios y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.
- Cómo es la gestión y mejora de las relaciones con los usuarios.

4.4. Recursos Humanos.

- a. Cantidad de personal
- b. Calidad de funciones
- c. Funciones superpuestas
- d. Participación y círculos de calidad
- e. Capacitación
- f. Dedicaciones

La participación del personal y la posibilidad que se sienta parte de la Organización, puede materializarse de variadas formas.

Una de ella es la que se refiere a los Círculos de Calidad ⁵ y se entiende por ello a los procesos de mejora continua con la participación activa de los integrantes de la Organización.

La idea es que un grupo de personas se reúnan voluntaria y regularmente para identificar, analizar y resolver problemas de su área.

⁵ Es la denominación habitual de este tipo de agrupamiento/actividad. También conocidos como de “mejora continua” y otros apelativos

Idealmente los miembros de un Círculo, en particular, deben pertenecer a la misma área o bien llevar a cabo un trabajo similar de tal manera que los problemas que seleccionen sean familiares para todos.

El ser miembro de un Círculo debe ser estrictamente voluntario. Esta es la condición más importante. A nadie se le requiere que participe y a nadie se deja afuera.

Entre los objetivos a alcanzar deben mencionarse:

- Reducir errores y aumentar la calidad
- Fomentar un trabajo en equipo más efectivo
- Promover el compromiso de trabajo
- Aumentar la motivación
- Desarrollar la capacidad para resolver problemas
- Mejorar las comunicaciones
- Formar una actitud de “prevención de problemas”
- Incrementar y armonizar las relaciones interpersonales
- Promover el desarrollo personal y de liderazgo
- Desarrollar una mayor conciencia de seguridad

La identificación del problema proviene de cualquiera de las siguientes áreas:

- Miembros del Círculo
- Dirección
- Expertos técnicos

Típicamente se identifican varios problemas.

La selección del problema es una prerrogativa del Círculo.

El análisis del problema lo realiza el Círculo de Calidad con la ayuda, si es necesaria, de los expertos técnicos apropiados.

El Círculo hace su recomendación directamente a la Dirección.

Para el caso de la asistencia sanitaria, según se ha visto, ésta se dirige hacia una conjunción entre profesionales expertos y capacitados, trabajo en equipo y pacientes y usuarios mejor informados.

El “empoderamiento” a que se hizo referencia oportunamente se refiere a los equipos de trabajo, por ello la clásica jerarquización piramidal y el estilo autocrático gerencial se irán sustituyendo por un modelo de organización que contemple equipos autodirigidos, en el marco de un estilo consultivo y participativo.

Para dar cumplimiento a los objetivos fundamentales de los Hospitales Universitarios en materia del círculo virtuoso Asistencia – Docencia – Investigación, es necesario contar con un staff profesional con dedicación exclusiva. En la actualidad, la dedicación horaria máxima de la planta profesional es de 20 hs semanales, situación desde todo punto de vista insuficiente para el abordaje de los mencionados objetivos.

4.5. Cultura organizacional

La inclusión de esta variable guarda relación con la necesidad de tener presente la existencia de sus componentes conceptuales. Y la descripción de los mismos actúa como recordatorio, precisamente, de esa necesidad.

No constituye una “base” (entendida como variable dentro de este trabajo) desde el enfoque a partir del cual éstas fueron definidas, pero su incorporación resulta ineludible en virtud a la fuerte incidencia que tiene en toda Organización.

La cultura organizacional no puede ser resultado de una construcción individual. Antes bien, solo resulta ser el producto de las personas que la integran, sus acciones, el tiempo transcurrido, el contexto, etcétera.

Su incorporación en esta instancia no hace más que reconocer su trascendencia y la importancia de tenerla en cuenta a la hora de acometer cualquier proyecto organizacional.

Los ítems que aparecen como destacados, son los siguientes:

- a. Clima laboral
- b. Liderazgo
- c. Valores (ejemplo: calidad, seguridad del paciente)
- d. Bienestar Laboral

La cultura de la organización se experimenta a partir de su comportamiento como un todo. Esto se relaciona con la conducta que los individuos asumen en sus diferentes roles sociales o laborales dentro de la organización.

El cambio o transformación de una organización no se puede realizar sin algún tipo de impacto en los valores, actitudes y comportamientos de las personas que la componen. La cultura organizacional trata sobre todo eso, es decir, refleja el comportamiento de la organización.

Por su parte, puede concebirse como un conjunto de premisas básicas (presentadas por los mismos integrantes de un grupo dado al ir aprendiendo cómo deben enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna) cuya influencia ha resultado ser lo suficientemente significativa como para ser consideradas válidas y por tanto, ser transmitidas como la forma apropiada de percibir, pensar y sentir a la organización de la que se forma parte. (Schein, 2010:73)

Así, aparecen un conjunto de factores que representan elementos fundamentales de la cultura organizacional (Delcore, 2004:37):

- Estructura y procesos
- Apoyo, identidad y comunicación
- Valores: tolerancia al conflicto y tolerancia al riesgo
- Valoración del centro de trabajo
- Satisfacción
- Orientación al usuario
- Orientación al personal
- Orientación a los resultados y a las prestaciones

Para Delcore, una cultura organizacional efectiva es aquella que apoya las estrategias de la organización, y además se adapta al contexto competitivo, y por lo tanto le permite a la organización alcanzar la misión y los objetivos propuestos. De este modo, cita a Navarro Vargas; del siguiente modo:

a cultura organizacional adecuada es la que le permite a la organización lograr su misión, sus objetivos y metas, de tal manera que su teoría del negocio esté siempre sintonizada con el ambiente. Es decir, una cultura organizacional sana es aquella que sirve para alcanzar los objetivos personales y organizacionales, donde la motivación para el trabajo adecuado y eficiente surge de una profunda convicción en el sistema de valores forjados por todos los líderes y la comunidad organizacional.

El rol del dirigente es para Schein un elemento básico en el análisis de la cultura organizacional. El dirigente o líder es definido como un multiplicador de la cultura

organizacional. Esto significa: los distintos niveles directivos transmiten al resto de los estratos de la organización, diversas formas de gestión y administración. Esto marca el accionar de los recursos humanos en todos los estamentos lo cual define o determina el modo en que actúa la organización como un todo.

Y decididamente, el dirigente debe ser capaz de articular las sinergias (y/o incompatibilidades), de tal forma que pueda tratar y entender la realidad cultural con la que debe interactuar. (Schein, 2010:379).

7. Conclusiones

Se presentan a continuación las conclusiones que surgen –a nuestro juicio– de la lectura del trabajo, las cuales se exponen a partir de las diferentes expresiones ya formuladas a lo largo del mismo; agrupadas, ordenadas y sintetizadas de tal forma que sea posible –en un solo punto– alcanzar una visión panorámica y definitiva de lo actuado.

Planteamiento del problema

La educación y la salud son derechos inalienables, consagrados en la legislación moderna. Sin embargo, una multiplicidad de causas impide aún el acceso libre y gratuito de *gran parte de la población mundial* a los beneficios que ambos proporcionan. Con lo cual, las posibilidades de lograr estándares de calidad parece cada vez más inalcanzable. Esta situación también impacta negativamente en el conjunto, ya que la educación y la salud son pilares fundamentales para el desarrollo, proyección, avance y bienestar de toda sociedad.

Ambos derechos guardan directa vinculación con la esencia misma de la Universidad.

Dentro de ésta se encuadran los Hospitales Universitarios que (funcionando como entes públicos) brindan *atención a la población* de su zona de influencia. Pero además –y como integrantes de la comunidad universitaria– hacen *docencia e investigación*.

Así, de este tríptico formado por la conjunción de las diversas prácticas que definen a los Hospitales Universitarios y su articulación con los modos actuales de gestión, surgen las características del problema y sub problemas que observados y analizados en esta Tesis.

Ubicación conceptual

El tema que nos ocupa implica articular dos organizaciones complejas: el Hospital y la Universidad, que durante el siglo XX han redefinido sus principios y reorganizando sus estructuras y esquemas de administración y de la descripción formulada sobre el “hospital” y las características de la “universidad”, puede verse con bastante claridad el porqué de la existencia del “hospital universitario” que, por definición, debiera surgir del aporte y síntesis de los dos primeros.

Lo que convierte a una organización hospitalaria en Hospital Universitario es el vínculo y el compromiso con las funciones esenciales de la Universidad. Su misión institucional, su razón

de ser, poseería entonces tres aspectos recíprocamente vinculados: la *Asistencia*, la *Docencia* y la *Investigación*, así como también *la extensión a la comunidad*.

Marco teórico

Ha quedado establecido, a partir del estudio de diversos autores, que la función básica de los Hospitales Universitarios en los países de menor desarrollo es la *prestación de servicios de alta complejidad y tecnología*, aunque algunos también brinden servicios de atención primaria.

En el orden simbólico, los Hospitales Universitarios proyectan en la comunidad una imagen vinculada a la excelencia en la atención por su perfil de alta complejidad, sofisticación tecnológica y personal altamente capacitado.

Sin embargo, se plantea una paradoja al respecto: contar con más y mejores recursos, tanto humanos como físicos y de equipamiento, no siempre se traduce en estándares superiores de calidad en la atención. Lo cual también impacta de manera negativa en el entrenamiento profesional. Esta situación crítica es producto de gerenciamientos ineficientes, considerándose también la necesidad de auditar constantemente el funcionamiento de los Hospitales Universitarios.

En cuanto a las áreas de *docencia e investigación*, este análisis plantea que se ha restringido la capacidad de los Hospitales Universitarios para asumir y sostener procesos cada vez más complejos de investigación básica y aplicada a la salud, debido a la sofisticación del desarrollo científico y tecnológico y a las limitaciones de los presupuestos públicos, de los cuales dependen las Facultades de Medicina y/o Universidades bajo cuya administración se encuentran los Hospitales Universitarios. Con lo cual, se postula que muchas veces la planificación de sus actividades en el área de formación de profesionales tampoco guarda relación con la demanda y el mercado, ofreciendo cursos y cupos en profesiones de salud sin ninguna conexión con las necesidades reales.

Cuadro de situación

Hemos planteado como hipótesis que, en la actualidad, los hospitales universitarios de la UBA no cumplen acabadamente con los objetivos planteados por las normativas que los regulan.

La falta de un Modelo de Gestión diferente al de cualquier otro hospital cualquiera sea su naturaleza, considerando las características y la misión de los hospitales universitarios, concluirían en que no cuentan con una estructura y procesos administrativos que le permitan desarrollar sus funciones de manera eficaz, eficiente y con la mayor calidad.

Tanto la evaluación retrospectiva como la correspondiente a la situación actual corroboran lo antedicho.

Contexto Nacional y Universidad

Los Hospitales Universitarios como cara visible de la Universidad y de la Ciencia, han sido castigados por una historia que en varios de sus pasajes pareció atender en forma directa contra sus mismos protagonistas.

Esta pertenencia ha sido – en todo caso – una desventaja adicional, comparada con la situación de otros Hospitales (Nacionales, Provinciales o Municipales), ya que además de los directos embates recibidos los sufrieron también a través de la Universidad, blanco – casi siempre favorito – de esta auto persecución, dentro de sus propios límites.

Contexto Nacional y Salud Pública

Actualmente y dentro del régimen de Hospital Público de Gestión Descentralizada, los hospitales navegan en un “híbrido” en donde se cobra gestionando por los servicios prestados, pero se debe atender en forma universal a todo quien lo requiera por el carácter público del Hospital. Esto es, “privado” para cobrar y “público” para atender.

La convivencia de ambos status, no podría ser más desventajosa. Y la insistencia en profundizar esta realidad obedece – sencillamente – a la necesidad de obtener financiamiento y de ninguna manera a la creencia sobre las bondades del sistema.

Hospital de Clínicas: modelo de financiamiento y administración. Presupuesto

La principal fuente de financiamiento es F 11 (Recursos del Tesoro) que representa un 84 % del total del crédito y dentro de esta partida el 74 % corresponde a agentes de planta sin considerar lo que pueda gastarse en personal contratado o tercerizado.

El porcentaje es similar al que se maneja en Hospitales Públicos, debiendo agregarse además– en este caso– a las áreas de Docencia e Investigación.

El gasto en Bienes de Capital de F11 (\$2.895.000) representa un 5 % (sobre \$56.992.640), habiéndose ejecutado \$ 527.484, que representa un 82 % de subejecución.

Los recursos propios (F12) representan un 12 % del presupuesto total y 48 % sin considerar Inc.1, lo que indica que la mitad de los gastos de funcionamiento se financian con recursos propios. A su vez presenta un nivel de ejecución equivalente al 78 %.

Instituto Lanari: modelo de financiamiento y administración. Presupuesto

La principal fuente de financiamiento es F 11 (Recursos del Tesoro) (2012) que representa un 77,40 % del total del crédito. Pero ese crédito (\$ 63.814.947) se compone sustancialmente de \$ 62.007.747 que es el gasto en personal. Por lo tanto, el 97,16 % de la principal fuente de financiamiento se utiliza para sueldos.

A su vez resulta ser el que presenta mayor grado de ejecución, ya que el Comprometido (prácticamente similar al Pagado) representa un 85 % del crédito.

El crédito correspondiente a F12 (2013) representa el 20% del total del presupuesto. Ese monto contribuye –sin duda- al financiamiento de la unidad y se encuentra ejecutado en un 92%, lo que expresa un mayor nivel de eficiencia en la utilización de los recursos.

Clínicas-Lanari: esquema comparativo

En ambas unidades de análisis, el presupuesto para gastos en personal es el que lleva el mayor crédito, con porcentajes similares.

De los Recursos del Tesoro, la mayor parte se dedica al pago de sueldos (88 % Clínicas y 97 % Lanari)

En el caso del Lanari su principal fuente de financiamiento para funcionamiento son los recursos propios que representan el 86 % sobre el total sin Inciso 1.

A su vez tiene un bajo nivel de ejecución F11 por funcionamiento, solo el 31%.

Modelo de financiamiento y administración. Estructura y Procedimientos

No queda claro cuál es el nivel de dependencia intersectorial y mucho menos a nivel de las personas. No es de extrañar que se ignore quién es el “jefe” (nivel de dependencia) y a su vez el “jefe” tenga la misma duda pero respecto de quién o quiénes son sus subordinados, ocurriendo además que pueda no identificarse al “jefe” según la estructura no formalizada y entender que la dependencia corresponde a otra “jefatura”.

Las estructuras que no cuentan con aprobación del nivel correspondiente no hacen otra cosa que generar informalidad, esto es, una estructura “real” que se contrapone con la que debiera ser “formal”.

No se logra la adhesión del personal.

Con respecto a los procedimientos puede advertirse que existen diferentes “manuales” o “resoluciones” que intentan estandarizar el funcionamiento, lo cual vuelve a enfrentarse con inconvenientes tales como:

Falta de uniformidad en el diseño.

Falta de aprobación, aunque existan actos administrativos aislados que institucionalizan su vigencia.

Dificultad en la asignación de las funciones tanto dentro del procedimiento como al propio personal involucrado.

Posibilidad cierta de que se desarrollen acciones que no contemplen con exactitud lo que refieren manuales o resoluciones. No obstante, debe destacarse que hay un apropiado seguimiento de lo establecido; no dejando que las acciones respondan al libre albedrío.

Las modificaciones presentan las dificultades propias de su falta de formalización. La principal herramienta de planeamiento y control es el presupuesto, medido en forma anual, pero no refleja metas de atención.

Modelo de atención

Los índices no siempre contemplan análisis de productividad.

En efecto, si bien se asocia la internación con el recurso físico (cama) y se obtienen valores relacionados con Productividad (Producción/Recursos Humanos y Físicos), no ocurre lo mismo con la atención ambulatoria donde solo se trabaja con el producido. Su falta de relación con cantidad de personal en general o por especialidad, cantidad de horas, etc. priva a las unidades de un bagaje informativo imprescindible para la toma de decisiones.

Con respecto a la información relativa a intervenciones quirúrgicas, no se trabajan convenientemente separadas las ambulatorias de las que requieren internación, del mismo modo que no se distinguen las internaciones quirúrgicas de las clínicas.

Tampoco las internaciones tiene otra valoración de productividad que no sea la cama disponible y el cálculo del promedio de días de estadía y giro cama; ya que no se realizan otras asociaciones vinculadas a la utilización de recursos humanos o quirófanos disponibles, por ejemplo.

Las Mediciones se dan por cantidad de pacientes atendidos o cirugías realizadas, donde no se encuentra una fluctuación importante año a año, ya que la limitación principal en la atención es por cuestiones de oferta (cantidad de médicos, enfermeras, camas o consultorios) y no de demanda. Además estas categorías no reflejan ni la complejidad de la prestación ni la complejidad propia de cada paciente.

Modelo académico

En materia de *Docencia e Investigación* se verificaron diferentes problemáticas, no necesariamente concurrentes en la misma unidad de análisis.

Son escasos los docentes con nombramiento a cargo de la Unidad de Docencia hospitalaria en el ámbito de la formación de grado y en el régimen de residencia de las diferentes especialidades. En el caso del Lanari, hay 12 residentes que son financiados por el propio Instituto, lo cual tiende a desalentar la apertura de nuevas residencias.

La actividad de investigación, reflejada en el número de publicaciones en revistas científicas tanto nacionales como extranjeras es baja o no guarda relación con la actividad asistencial.

Resulta baja la tasa de profesionales que cuentan con formación doctoral.

De este modo las diferentes unidades académicas hospitalarias se encuentran en una situación en la cual no se produce la retroalimentación positiva deseada entre la asistencia, la docencia y la investigación.

El análisis de la causa raíz de la situación planteada indica una insuficiente dedicación horaria por parte de la planta profesional.

Bases

El objetivo de proponer estas "Bases" que hemos desarrollado en esta Tesis, es el de contar con el fundamento o soporte necesario que permita construir un modelo de gestión sustentable para el caso que nos ocupa: Hospitales Públicos Universitarios. Lo importante es que constituyen, en definitiva, un conjunto de principios rectores, a partir de los cuales se pueda iniciar una edificación firmemente asentada del modelo de gestión.

Hemos articulado estas Bases en cuatro *áreas de diagnóstico*, que tienen como objeto agrupar una serie de *variables* que, además, contienen los diferentes *ítems* vinculados a cada una de ellas.

Las variables titulan cada una de las "Bases" y conforman el aspecto central de este punto.

Los ítems conforman una orientación que permite una mejor y más adecuada explicación de dichas variables.

De esta forma el presente trabajo intenta brindar a los hospitales de la Universidad de Buenos Aires una herramienta para el diseño de un sistema de gestión integral homogéneo en las dimensiones que hacen a su misión: la docencia, la investigación y la prestación de servicios de salud. Así como la posibilidad de contar con un elemento de evaluación continua del modelo.

En el siguiente cuadro aparecen sintetizadas las cuatro Áreas de Diagnóstico con las variables correspondientes a cada una y, dentro de éstas, los ítems respectivos.

ÁREAS DE DIAGNÓSTICO			
POLÍTICA Y ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	INFORMACIÓN Y CONTROL	ESTRUCTURA, CULTURA, PROCESOS Y CIRCUITOS
VARIABLES			
1. Políticas Públicas 2. Política institucional (Definiciones estratégicas)	1. Política de ingresos 2. Política de egresos	1. Sistema de información 2. Políticas de control 3. Control presupuestario	1. Estructura orgánica 2. Procesos y circuitos 3. Calidad 4. Recursos Humanos 5. Cultura organizacional
Ítems			
1.a. Aspectos normativos 1.b. Contenido de la normativa 1.c. Incidencia de la normativa en la organización 1.d. Aspectos necesarios no contemplados en la normativa 1.e. Escenarios futuros 1.f. Normas o modificaciones a proponer 1.g. Expectativa de éxito de las propuestas 2.a. Aspectos estructurales (integración, nodo central, nodo de red) 2.b. Nivel de atención (centro de referencia, criterios de distribución, referencia y contra-referencia) 2. c. Conformación	1.a. Origen de los recursos 1.b. Presupuesto de ingresos 1.c. Relación ingresos-presupuesto 1.d. Obtención de recursos propios (convenios, relaciones contractuales) 1.e. Definición de procesos de contratación, facturación y cobranzas 2.a. Aplicación de los recursos 2.b. Presupuesto de egresos 2.c. Relación egresos-presupuesto 2.d. Montos a asignar a: atención, docencia, investigación	1.a. Análisis FODA 1.b. Diagnóstico, objetivos, metas SI 1.c. Plan estratégico de información 1.d. Presupuesto SI 1.e. Análisis de resultados 1.f. Control y análisis de desvíos 2.a. Control interno 2.b. Coordinación (control posicional) 2.c. Conexiones entre áreas 2.d. Conexiones entre servicios 2.e. Sistema cliente-proveedor. 3.a. Mecanismos para establecer desvíos (ingresos, gastos, relación costos-beneficios)	1.a. Diseño de estructura "posible" 1.b. Definición de áreas y niveles 1.c. Gobierno corporativo 2.a. Eficiencia 2.b. Efectividad 2.c. Diagramación de procesos 2.d. Implementación de proceso 2.e. Ejecución de procesos. 3.a. Adecuación 3.b. Accesibilidad 3.c. Calidad científico-técnico 3.d. Calidad experimentada y percibida 4.a. Cantidad de personal 4.b. Calidad de funciones 4.c. Funciones superpuestas 4.d. Participación y Circ. de calidad 4.e. Capacitación 4.f. Dedicaciones 5.a. Clima laboral. 5.b. Liderazgo organizacional. 5.c. Valores 5.d. Bienestar Laboral

8. Bibliografía

ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno y Sociedad. Documento 60. [Online] En: <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt60.pdf>. [Fecha de acceso: 08/08/2014].

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT). (n.d.) ¿Qué es la ANMAT? [Online] En: http://www.anmat.gov.ar/webanmat/institucional/que_es_la_ANMAT.asp. [Fecha de acceso: 04/10/2014].

ALFONSÍN, R. (1983) El discurso de Raúl Alfonsín ante la Asamblea Legislativa, (10/12/83). [Online] En: <http://www.parlamentario.com/noticia-68393.html>. [Fecha de acceso: 25/09/2014].

ALFONSIN, R. (2006) El ex Presidente prestó declaración en el Juicio a Etchecolatz. Alfonsín defendió el Juicio a las Juntas y justificó las leyes de impunidad. [Online] En: <http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-72251-2006-08-30.html>. *Página 12* (30/08/2006). [Fecha de acceso: 30/09/2014].

ÁLVAREZ, S. *et al.* (2002) **Cuestión social y política social en el Gran Buenos Aires**, Universidad Nacional General Sarmiento, La Plata; Ediciones Al Margen.

ARCE, H. (2001) **La Calidad en el Territorio de la Salud**. Buenos Aires; Ediciones del Autor.

ARCE, H. (2010) **El sistema de salud. De dónde viene y hacia dónde va**, Buenos Aires; Prometeo Libros.

ARCELAY, A. *et al* (2000). Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. *Revista Calidad Asistencial*, 115, 184-191.

ARGENTE, J. (2012) Hospitales universitarios en España. ¿Se entiende su concepto y función? [Online] En: <http://analesdepediatria.org/es/hospitales-universitarios-espana-se-entiende/articulo/S1695403312001154/>. Página web de la Asociación Española de Pediatría, *Anales de Pediatría*. [Fecha de acceso: 22/05/2014].

ARRONDO, C. (n.d.) Arturo Illia: un ejemplo a seguir. [Online] En: www.ucr.org.ar/historiadores-radicales/noticias/arturo-illia-un-ejemplo-a-seguir. Página web de la Unión Cívica Radical (UCR). [Fecha de acceso: 17/08/2014].

AUSTERLIC, A. (2012) Alfredo L. Palacios. [Online] En: <http://www.asociacion.org.ar/index.php/servicios/constructores>. Página web de la Asociación Argentina de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. [Fecha de acceso: 11/02/2014].

BELMARTINO, S. (2005) **La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos**, Buenos Aires; Siglo XXI Editores Argentina.

BISSO, A. (2001) “La campaña electoral de la Unión Democrática frente a un nuevo orden mundial en gestación”, *Ciclos*, Nro.22, segundo semestre, 181-201

BRAILOVSKY, A. E. (1982) **1880-1982. Historia de las crisis argentinas**, Buenos Aires; Editorial de Belgrano.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS). (2005) Las leyes de Punto Final y Obediencia debida son inconstitucionales. [Online] En: http://www.cels.org.ar/common/documentos/sintesis_fallo_csjn_caso_poblete.pdf . [Fecha de acceso: 30/09/2014].

CETRÁNGOLO, O. y DEVOTO F. (2002). **Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual**, Washington, D.C; Pan American Health Organization.

COMISIÓN NACIONAL SOBRE LA DESAPARICIÓN DE PERSONAS (CONADEP). (1984) **Nunca Más** [Online] En: http://www.dhnet.org.br/direitos/mercosul/a_pdf/nunca_mas_argentino.pdf [Fecha de acceso: 27/09/2014].

DELCORE, L. (2004). Cultura organizacional y reforma del sector salud-condición necesaria para el cambio. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 12 (1), 35-40.

DIONISIO, L. (2004) **Gestión y Crisis. Instrumentos necesarios para conducir organizaciones de salud**, Córdoba; Universidad Nacional de Córdoba.

DVOREDSKY, A. y ROSSELOT JARAMILLO, E. (2009) El Hospital docente del siglo XXI. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 2009; 20: 296-301. [Online] En: http://www.captura.uchile.cl/bitstream/handle/2250/14228/hospital_docente_sigloxxi.pdf?sequence=1. [Fecha de acceso: 31/07/2014].

DYE, Ch. *et al* (2013) Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal, Organización Mundial de la Salud (OMS).

ECO, U. (2004) **Cómo se hace una tesis**, México; Editorial Gedisa.

EDWARDS, M. y CLOUGH, R. (2005) Corporate governance and performance: an exploration of the connection in a public sector context, Canberra; University of Canberra; [Online] En: <http://bit.ly/hBiNag>. [Fecha de acceso: 30/10/2014].

EL HISTORIADOR. (n.d.1) La Reforma Universitaria - Manifiesto liminar (21 de junio de 1918). [Online] En: http://www.elhistoriador.com.ar/documentos/primeros_gobiernos_radicales/la_reforma_universitaria.php. [Fecha de acceso: 13/02/2014].

EL HISTORIADOR. (n.d.2) Yrigoyen sobre las viviendas para obreros. [Online] En: http://www.elhistoriador.com.ar/documentos/primeros_gobiernos_radicales/yrigoyen_sobre_las_viviendas_para_obreros.php. [Fecha de acceso: 15/02/2014].

EL HISTORIADOR. (n.d.3) Lanusse y el GAN. [Online] En: http://www.elhistoriador.com.ar/documentos/revolucion_argentina/lanusse_y_el_gan.php [Fecha de acceso: 21/08/2014].

ESLAVA, J. C. (2002) Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2002;(2):41-48

FERRARA, F. (1995) **Teoría Política y Salud. Las desdichas de la Atención de la Salud**. Tomo III, Buenos Aires; Catálogos Editora.

FERRARA, F. (2005) Salud auténtica y soberana. [Online] En: <http://pdf.diariohoy.net/2005/12/03/pdf/11-c.pdf>. *Diario Hoy* (03/12/2005). [Fecha de acceso: 13/09/2014].

FRANKLIN FINCOWSKY, E. y KRIEGER, M. (2011) **Comportamiento organizacional: enfoque para América Latina**, México D.F.; Prentice Hall.

FREIRE, J. M. y REPULLO J. R. (2011). El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2733-2742.

FURUNDARENA, J. C. (2007) **La Argentina postergada. Del Peronismo al Kirchnerismo (1943-2007)**, Mar del Plata; Ediciones Suárez.

GAK, A.L. (2009) Alfonsín y la Economía. [Online] En: <http://www.econ.uba.ar/planfenix/aportes/8/index.htm>. [Fecha de acceso: 01/10/2014].

GALASSO, N. (2005) **Perón. Formación, ascenso y caída (1893-1955)** (Tomo I) y **Exilio, resistencia, retorno y muerte (1955-1974)** Tomo II, Buenos Aires; Colihue.

GALASSO, N. (2011) **Historia de la Argentina: desde los pueblos originarios hasta el tiempo de los Kirchner**. Tomo II, Buenos Aires; Colihue.

GARCÍA, R. (2006) **Sistemas Complejos**, Barcelona; Editorial Gedisa.

GONZALEZ RAMOS, R.M. *et al* (2004). **Calidad de la atención de salud**, La Habana; Editorial de Ciencias Médicas.

HERNANDEZ SAMPIERI, R. FERNANDEZ COLLADO, C. y BAPTISTA LUCIO, P. (2010). **Metodología de la investigación** México; Editorial Mc Graw Hill.

IBAÑEZ MORATAL, L y PÉRGOLA, F. (2012) **Organización y Administración Académica**, Buenos Aires; Editorial Akadia.

INFOBAE. (2009) Qué decían los diarios del 24 de marzo de 1976. [Online]En: <http://www.infobae.com/2009/03/24/438267-que-decian-los-diarios-del-24-marzo-1976>. *Infobae* (24/03/2009). [Fecha de acceso: 01/09/2014].

INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL (IOMA). (2013) Reseña histórica. [Online] En: http://www.ioma.gba.gov.ar/resena_historica.php. [Fecha de acceso: 12/09/2014].

KATZ, D. y KAHN, R.L. (1978) **The social psychology of organizations**, 2da. Edición, New York; Wiley.

KATZ, I. (2003) **La fórmula sanitaria**, Buenos Aires; Eudeba.

KOSACOFF, B. (2013) Con Martínez de Hoz la industria dejó de ser el motor del crecimiento. [Online] En: http://www.ieco.clarin.com/economia/Martinez_de_Hoz-analisis_de_su_gestion-Bernardo_Kosacoff_0_883711901.html. *IECO Clarín* (16/03/2013). [Fecha de acceso: 10/09/2014].

LEONE, F. (n.d.) Obras sociales en la Argentina. Un sintético relato histórico. [Online] En: <http://www.vocesenelfenix.com/content/obras-sociales-en-la-argentina-un-sint%C3%A9tico-relato-hist%C3%B3rico>. *Voces en el Fénix*. [Fecha de acceso: 14/09/2014].

LUNA, F. (1973) **El 45. Crónica de un año decisivo**, Buenos Aires; Sudamericana.

LUNA, F. (1974) **Argentina. De Perón a Lanusse. 1943/1973**, Buenos Aires; Editorial Planeta Argentina SAIC.

LUNA, F. (2003) **La época de Roca (1880-1910). Momentos clave de la Historia Argentina**, Buenos Aires; S.A. La Nación (Edición especial).

MAFFEIS, R. (2012) El Plan Quinquenal 1947-1951. [Online] En: http://www.historiadelperonismo.com/1-gobierno-de-peron_3.php. *Historia del Peronismo*. [Fecha de acceso: 07/04/2014].

MALAGÓN-LONDOÑO, G., MORERA, R. G. y LAVERDE, G. P. (2008). **Administración hospitalaria**, Bogota; Ed. Médica Panamericana.

MARTINEZ DE HOZ. (2013) Apoyos a la gestión ministerial. [Online] En: http://www.martinezdehoz.com/apoyos_gestion_ministerial.php. [Fecha de acceso: 11/09/2014].

MEDICI, A. (2001) Los Hospitales Universitarios: pasado, presente y futuro. *Cuadernos médico sociales*, Nro. 79: 119-128.

MENEM, C. S. (1999) **Universos de mi tiempo. Un testimonio personal**, Buenos Aires; Sudamericana.

MIGNONE, E. F. (1975) **Estudio de la realidad social argentina**, Buenos Aires; Ediciones Coliseo.

MILSTEIN, C. (n.d.) César Milstein – Malbrán: ilusión y desencanto (1962-1963). Declaraciones propias. [Online] En: http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/Programas/ver?rec_id=101137. Canal Encuentro. [Fecha de acceso: 04/10/2014]

MILLÁN NÚÑEZ-CORTÉS, J., CIVEIRA MURILLO, F. y GUTIÉRREZ FUENTES, J.A. (2011) El Hospital universitario del siglo XXI. *Revista Educación Médica* 2011; 14 (2) 83-89. [Online] En: [http://www.fundacionlilly.com/global/img/pdf/actividades/catedra/biblioteca_catedm/art_rev-em_2011_14-\(2\)-83-89.millan.civeira.gutierrez.pdf](http://www.fundacionlilly.com/global/img/pdf/actividades/catedra/biblioteca_catedm/art_rev-em_2011_14-(2)-83-89.millan.civeira.gutierrez.pdf). [Fecha de acceso: 26/03/2013].

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PÚBLICAS (MECON), Presidencia de la Nación. (n.d. 1). [Online] En: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>. *Centro de Documentación e Información (C.D.I), Información Legislativa (InfoLEG)*. [Fecha de acceso: 14/10/2012].

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PÚBLICAS (MECON), Presidencia de la Nación. (n.d. 2). [Online] En: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73048/norma.htm>. *Centro de Documentación e Información (C.D.I), Información Legislativa (InfoLEG)*. [Fecha de acceso: 15/10/2012].

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PÚBLICAS (MECON), Presidencia de la Nación. (n.d. 3). [Online] En: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/554/texact.htm>. *Centro de Documentación e Información (C.D.I), Información Legislativa (InfoLEG)*. [Fecha de acceso: 08/10/2012].

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PÚBLICAS (MECON), Presidencia de la Nación. (n.d. 4). [Online] En: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>. *Centro de Documentación e Información (C.D.I), Información Legislativa (InfoLEG)*. [Fecha de acceso: 09/10/12].

MINISTERIO DE EDUCACIÓN (ME), Presidencia de la Nación. (n.d.). [Online] En: http://www.me.gov.ar/spu/legislacion/Ley_24_521/ley_24_521.html. *Legislación Universitaria*. [Fecha de acceso: 26/08/2012].

MINISTERIO DE SALUD (MSAL), Presidencia de la Nación. (n.d. 1) Decreto 939/2000. Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. [Online] En: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/939_2000.pdf. [Fecha de acceso: 26/04/2012].

MINISTERIO DE SALUD (MSAL), Presidencia de la Nación. (n.d. 2) Decreto 939/2000. Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. [Online] En: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/939_2000.pdf. [Fecha de acceso: 19/08/2014].

MINISTERIO DE SALUD (MSAL), Presidencia de la Nación. (2012) **El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en la Argentina**, Buenos Aires; Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (MINSALUD). (2007) Ley 1164. [Online] En: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201164%20DE%202007.pdf>. [Fecha de acceso: 26/072012].

MINTZBERG, H. (1991) **Mintzberg y la dirección**, Madrid; Ediciones Díaz de Santos.

MUSEO EVITA. (2014) Reseña histórica de la vida de Evita. [Online]. En: <http://www.museoevita.org/index.php/evita/biografia>. [Fecha de acceso: 11/04/2014].

NERI, A. (1983) **Salud y política social**, Buenos Aires; Hachette.

NET, A. y SUÑOL, R. (2002). La calidad de la Atención. [Online] En: http://www.coordinadorprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf (Fecha de acceso: 26/06/2014)

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, Coordinación General del Cuerpo de Administradores Gubernamentales de la Jefatura de Gabinete de Ministros. (2005) *Catálogo de documentos 2005*. La asignación de recursos para la educación universitaria: el caso de la Universidad de Buenos Aires. CAT.OPP/CAG/2005-3.

OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. (2001) Recursos Humanos en Salud en Argentina/ 2001, Buenos Aires; Representación OPS/OMS en Argentina. [Online] En: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub53.pdf. [Fecha de acceso: 30/04/2014].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS-OMS). (1992) La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. HSD/SILOS 13.

PALMER, H. (1983) **Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice**, Chicago; American Hospital Publishing.

PERALTA, J. & Colaboradores. (2013). **Herramientas para la gestión y costos de los negocios**, Buenos Aires; La Ley S.A.

PÉRGOLA, F. y SANGUINETTI, F. (1998) **Historia del Hospital de Clínicas**. Buenos Aires; Ediciones Argentinas.

PERRONE, N. y TEIXIDO, L. (2007) Estado y Salud en la Argentina [Online] En:
http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/ESTADO%20Y%20SECTOR%20SALUD%20EN%20LA%20ARGENTINA_NP_LT.pdf. [Fecha de acceso: 13/09/2014].

PIGNA, F. (n.d. 1) Juan Domingo Perón (1895-1974). [Online] En:
<http://www.elhistoriador.com.ar/biografias/p/peron.php>. [Fecha de acceso: 09/04/2014].

PIGNA, F. (n.d.2) Arturo Frondizi (1908-1995). [Online] En:
<http://www.elhistoriador.com.ar/biografias/f/frondizi.php> . [Fecha de acceso: 10/08/2014].

PIGNA, F. (n.d.3) Juan Carlos Onganía (1914-1996). [Online] En:
<http://www.elhistoriador.com.ar/biografias/o/ongania.php> . [Fecha de acceso: 19/08/2014].

PIGNA, F. (n.d. 4) Entrevista a Tulio Halperín Donghi (a.2009). [Online] En:
http://www.elhistoriador.com.ar/entrevistas/h/halperin_donghi.php. [Fecha de acceso: 12/09/2014].

PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. (n.d.) José María Guido (1962-1963). [Online]. En:
<http://www.presidencia.gob.ar/nuestro-pais/galeria-de-presidentes> . *Galería de Presidentes*. [Fecha de acceso: 14/08/2014].

QUINTERO HERNÁNDEZ, G.A. (2008) Consecuencias de la misión académica para los hospitales universitarios. Centro de Gestión Hospitalaria – *Vía SALUD*, número 44. Jul- Set. 10-15.

RAPOPORT, M. (2003). **Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2000)**. Buenos Aires; Ediciones Macchi.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE). (n.d.1). [Online] En:
<http://lema.rae.es/drae/?val=hOSPITAL>. *Diccionario de la Lengua Española*. [Fecha de acceso: 26/06/2013]

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE). (n.d.2). [Online] En:
<http://lema.rae.es/drae/?val=SISTEMA>. *Diccionario de la Lengua Española*. [Fecha de acceso: 03/07/2013].

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE). (n.d.3). [Online] En:
<http://lema.rae.es/drae/?val=ORGANIZACION>. *Diccionario de la Lengua Española*. [Fecha de acceso: 03/07/2013]

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE). (n.d.4). [Online] En:
<http://lema.rae.es/drae/?val=gesti%C3%B3n>. [Fecha de acceso: 03/07/2013].

ROMERO, J.L. (1995) **Breve Historia de la Argentina**, Buenos Aires; Brama Huemul S.A.

SABSAY, F. (2001). **Los presidentes argentinos**, Buenos Aires; El Ateneo.

SAENZ QUESADA, M. (2001) **La Argentina. Historia del país y de su gente**, Buenos Aires; Sudamericana.

SALGADO, R. (1977) **Una metodología para el análisis de sistemas**, Buenos Aires; Ediciones Macchi.

SAMPEDRO CAMARENA, F. (2010) La gestión del conocimiento y el empowerment en un hospital universitario del siglo XXI. *Revista de Administración Sanitaria, Originales e- RAS. 2010; 1:14*. [Online] En: http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/sal_sepa_empowerment.pdf
[Fecha de acceso: 19/05/2013].

SCHEIN, E. (1988). **La cultura empresarial y el liderazgo: una visión dinámica**, Barcelona; Plaza & Janes.

SCHEIN, E. (2010). **Organizational Culture and Leadership**, San Francisco; John Wiley & Sons, Inc.

SOJO, A. (2001). Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la CEPAL, 74*. [Online] En: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10757/074139157_es.pdf?sequence=1
[Fecha de acceso 20/08/2014].

SOLLAZZO, A. y BERTERRETICHE, R. (2011). El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 6, pp. 2829-2840*, Río de Janeiro; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

STRASSERA, J.C. (1985) Fragmento de la acusación del fiscal Strassera. [Online] En:
http://www.elhistoriador.com.ar/documentos/raul_alfonsin/fragmento_acusacion_fiscal_strassera.php
Fuente: *Diario del Juicio*, Editorial Perfil, Buenos Aires, 1995. [Fecha de acceso: 27/09/2014].

SWAYNE, L.E., DUNCAN, W.J. y GINTER, P.M. (2012). **Strategic management of health care organizations**, Chichester; John Wiley & Sons.

TERRAZA NUÑEZ, R., VARGAS LORENZO, I., y VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. (2006) La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495.

UBATEC S.A. (n.d.) Quiénes somos. [Online] En: <http://www.ubatec.uba.ar> [Fecha de acceso: 02/10/2014].

UNIÓN CÍVICA RADICAL (UCR). (2013) Presencia en la historia. [Online] En: <http://www.ucr.org.ar/presencia-en-la-historia>. [Fecha de acceso: 07/02/2014].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). (n.d.1) Estatuto Universitario. [Online] En: <http://www.uba.ar/download/institucional/uba/9-32.pdf>. *Institucional. Estatutos y Reglamentos. Estatuto Universitario*. [Fecha de acceso: 22/04/2012].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). (n.d.2) 200 años de historia /1880. [Online] En: <http://www.uba.ar/historia/contenidos.php?id=2&s=19>. [Fecha de acceso: 10/02/2014].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). (n.d.3) 200 años de historia /1918. [Online] En: <http://www.uba.ar/historia/contenidos.php?id=2&s=19>. [Fecha de acceso: 14/02/2014].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). (n.d.4) 200 años de historia /1943. [Online] En: <http://www.uba.ar/historia/contenidos.php?id=2&s=19>. [Fecha de acceso: 15/04/2014].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). (n.d.5) 200 años de historia /1955. [Online] En: <http://www.uba.ar/historia/contenidos.php?id=2&s=19>. [Fecha de acceso: 14/09/2014].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). (n.d.6) 200 años de historia /1973. [Online] En: <http://www.uba.ar/historia/contenidos.php?id=2&s=19>. [Fecha de acceso: 15/09/2014].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). (n.d.7) C BC. [Online] En: <http://www.uba.ar/academicos/contenidos.php?id=26>. [Fecha de acceso: 30/09/2014].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). (2008) Hospitales Universitarios. Estado de situación, Marzo 2008. [Online] En: <http://www.uba.ar/institucional/uba/salud.php?i=uba&s=salud> [Fecha de acceso: 18/09/2012].

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA) (n.d.8). (On line) En: <http://www.uba.ar/ubasalud/contenidos.php?id=10> (Fecha de acceso: 14/12/2013)

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA) (n.d.9). (On line) En: <http://www.lanari.fmed.uba.ar/> y <http://www.uba.ar/ubasalud/contenidos.php?id=10> (Fecha de acceso: 01/12/2013)

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO (UROSARIO). (2012) Estudio Estratégico Sectorial aplicado en cinco Hospitales Universitarios IV Nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D.C. [Online] En: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4304/79564582-2013.pdf?sequence=1> [Fecha de acceso: 30/03/2013].

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (UNC). (n.d.) La Reforma Universitaria de 1918. [Online] En: <http://www.unc.edu.ar/institucional/historia/reforma> [Fecha de acceso: 13/02/2014].

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (UNC). (2012) Irrupción del peronismo en la Universidad. [Online] En: <http://www.unc.edu.ar/400/pensar-los-400/historiayfuturo/fasciculo6>. [Fecha de acceso: 13/04/2014].

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (UNLP). (2014) La Reforma Universitaria de 1918. [Online] En: http://www.unlp.edu.ar/articulo/2011/6/9/especial_reforma_1918_cronologia [Fecha de acceso: 13/06/2014].

VARKEVISSER, C.M, PATHMANATHAN, I y BROWNLEE, A. (2011) **Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud**, Bogotá; Mayol Ediciones S.A.

VERGARA, M. y BISAMA, L. (2010) Autogestión hospitalaria en red II: El método. *Revista Chilena de Salud Pública*, 14(1).

VERONELLI, J. C. y TESTA, A. (editores) (2002) La OPS en Argentina. Crónica de una relación centenaria. *Segunda parte*, Buenos Aires; Organización Panamericana de la Salud. [Online] En <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/OPStitulo.html>. [Fecha de acceso: 12/09/2014].

VERONELLI, J. C. y VERONELLI CORRECH, M. (2004) **Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina**, Tomo 2, Buenos Aires; Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

VON BERTALANFFY, L. (1976) **Teoría General de los Sistemas**, México; Editorial Fondo de Cultura Económica.

WAGSTAFF, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista panamericana de salud pública*, 11(5-6), 316-326.

WINCHESTER, L. (2010) Estado y Políticas Públicas. Concepto de Política, Plan y Programa. [Online] En: <http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/0/41470/IAEN26Octubre2010QuitoWinchester.pdf>. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) / Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) [Fecha de acceso: 31/10/2014].