

Este documento ha sido descargado de:
This document was downloaded from:



**Portal *de* Promoción y Difusión
Pública *del* Conocimiento
Académico y Científico**

<http://nulan.mdp.edu.ar>

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Licenciatura en Turismo

Monografía de Graduación

“LA INFLUENCIA DEL TURISMO EN EL CAMPO DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA”

Autor: Victoria Constanza Grasso

Matrícula: 15.761/00

DNI: 29.067.618

Tutor: Mg. Raúl de Vega

PRÓLOGO

El turismo es uno de los fenómenos más significativos de nuestro tiempo y su desarrollo genera, sobre el medio dentro del cual se desenvuelve, una serie de efectos. El restablecimiento de la salud es un importante factor de la demanda del turismo en la sociedad contemporánea y, a medida que éste último continúa creciendo, también crece la atención y preocupación por uno de los aspectos más vinculados a él, la salud.

Sin embargo, aquel concepto no ha sido investigado en la ciudad de Mar del Plata, en términos de los riesgos potenciales que puede entrañar para la salud misma, que derivan del contacto de los visitantes con el medio ambiente y con la población receptora, o en función a los impactos que provoca en el sistema de salud, dado el mayor y mas rápido movimiento de personas en la ciudad, durante la temporada estival y en los fines de semana largos. Por consiguiente, el presente trabajo monográfico busca alcanzar éste propósito, en base a una investigación exclusivamente descriptiva, apoyada en la consulta bibliográfica, la información hallada en la Web y los datos suministrados por informantes clave.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRÓLOGO	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. EL NACIMIENTO Y EL DESARROLLO DE LA MEDICINA Y DEL TURISMO EN MAR DEL PLATA	9
2.1 Los inicios y el desarrollo de la actividad turística en la ciudad.....	10
2.2 Los inicios de la actividad médica en la ciudad.....	13
2.3 La Asistencia Pública Marplatense.....	15
2.4 La aparición de la oferta privada.....	17
3. EL SISTEMA DE SALUD. GENERALIDADES	18
4. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDÓN	21
5. LA VINCULACIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS “Turismo” Y “Salud”	24
5.1 Recuperación del bienestar físico-mental y motivos de viaje.....	25
5.2 Salud pública y calidad del producto turístico.....	29
5.3 Salud y efectos negativos del turismo.....	33
6. CONCLUSIÓN	42
7. PROPUESTA	44
8. ANEXOS	46
8.1 Historia de la evolución de la salud entre 1921 y 1971.....	47
8.2 Establecimiento de la OMS.....	58
8.3 Creación de la OPS.....	60
8.4 La fundación y el desarrollo del HIREMI.....	61
8.5 La fundación y el desarrollo del HIGA.....	66
8.5.1 El modelo hospitalario peronista.....	66
8.5.2 El Hospital de Agudos y la Reforma Hospitalaria.....	67
8.5.3 Los resultados de la Reforma en el Hospital Regional.....	67
8.5.4 Los conflictos gremiales y el surgimiento del HPC.....	68
8.6 Cobertura sanitaria proporcionada en Eventos Programados.....	70
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

ÍNDICE DE TABLAS

1. Centros de Atención para Cirugía Plástica, Estética y/o Reparadora.....	72
2. Indicadores de Recursos, Acceso y Cobertura de Salud.....	73
3. Establecimientos Asistenciales Con Internación.....	73
4. Establecimientos Asistenciales Sin Internación.....	74
5. Pacientes Atendidos en Salas Municipales.....	77
6. Causas Turísticas que motivan la aparición de enfermedades.....	77
7. Relación Histórica entre el Desarrollo del Turismo y la Salud en Mar del Plata..	79

1. INTRODUCCIÓN

El turismo se ha convertido en las últimas décadas en el fenómeno social más destacado de los tiempos modernos. Pero, ¿Qué es el turismo? Al buscar una respuesta a una pregunta, en apariencia, tan sencilla, es donde surgen incontables definiciones; todas ellas con distintos significados en función del papel que, en un momento dado, juegan las personas que en él intervienen.

Puesto que el turismo es un sistema altamente complejo, hay un número incontable de disciplinas, desde la antropología a la sociología, pasando por la geografía, la psicología y los estudios de mercado, entre otros, que tienen su propia perspectiva de lo que allí sucede. Aunque ahora existe bibliografía científico social y revistas académicas, como los *Annals of Tourism Research*, que tienen al turismo como tema específico, no se prevé un cambio en la naturaleza fragmentaria y multidisciplinaria de este campo de estudio.

El hecho de que el turismo se encuentre ligado, prácticamente, a casi la totalidad de los sectores, ha sido causa de la gran variedad de conceptos que pueden ser observados en torno a éste fenómeno. Conceptos todos ellos válidos, en tanto y en cuanto se circunscriban al campo, o a los campos en los cuales se encare su estudio, a saber, económico, estadístico, jurídico, comercial y social, entre otros.

La conceptualización del turismo, por tal razón, no puede limitarse a una simple definición. Exige una ubicación del fenómeno en el contexto de la realidad en el cual está inmerso. En la medida en que se pueda ubicar la posición del turismo en los diferentes sectores y actividades de la sociedad, se logrará la visión amplia que se requiere para la conceptualización de este complejo fenómeno social.

“...Desde el punto de vista conceptual, el turismo es un conjunto de relaciones y fenómenos producidos por el desplazamiento y permanencia de personas fuera de su lugar normal de domicilio, motivadas fundamentalmente por una actividad no lucrativa.

*El turismo es, por consiguiente, una forma particular del uso del tiempo libre, y una forma especial de recreación y no incluye, por tanto, todas las formas de uso que puede hacer el hombre de su tiempo libre ni todas las formas posibles de recreación. Es, esencialmente, una actividad relacionada con la educación, el placer, el descanso y la recreación, aunque puede estar relacionado, también, con algún otro tipo de actividad...”*¹

La práctica turística, en sus comienzos, ha estado limitada al placer de unas minorías. Sin embargo, gracias a ciertos hechos materiales básicos de las sociedades industriales modernas, entre ellos, la concesión a los trabajadores del derecho a las vacaciones anuales pagadas, los niveles de riqueza (alcanzados por la clase media) que liberan recursos para dedicarlos al ocio y la actividad empresarial que invade tanto la esfera del trabajo como la del ocio, hicieron que el hecho turístico pasara al ámbito general de la vida social y económica.

¹ Acerenza, Miguel Ángel, (1991), *Administración del turismo Volumen 1: conceptualización y organización*, México, Trillas, 1999

A medida que el turismo continúa creciendo, también crece la atención y la preocupación por uno de los aspectos vinculado al turismo, la salud. Pero, cómo se define el término “salud”? En el año 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. Sin embargo, una de las razones por la cual ha sido criticada y remozada por varios autores, por considerarla técnicamente ideal pero muy fría y nada práctica, es que el concepto de salud debe tomar al ser humano como un ser total. De éste principio surgió el término de “salud holística”. Este enfoque del concepto de salud vislumbra, además de las dimensiones físicas, mentales y sociales, las emocionales y espirituales de manera interdependiente e integradas en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que lo rodea. Sin embargo, en función al tema de estudio que se desarrollará, se utilizará como base la siguiente definición de salud: “Salud es el equilibrio que se da entre el agente, el huésped y el medio ambiente”.

El agente es el elemento que puede causar daño, lesión y/o enfermedad. Existen tres tipos de agentes en la naturaleza: físicos, químicos y biológicos. En nuestro caso los agentes son tanto físicos como biológicos. Dentro de los físicos, están presentes, a su vez, los agentes térmicos y radiactivos. Los primeros causan daño por calor o frío, los radiactivos, además de producir lesiones por temperaturas elevadas, ocasionan cambios cromosómicos en las células pudiendo originar tumores benignos o malignos como también incapacidad del organismo para generar glóbulos rojos. Los elementos biológicos, por su parte, están constituidos por los seres vivos como los virus, las bacterias, los hongos, los animales, las plantas y sus productos metabólicos.

El huésped cuenta con muchos factores que lo hacen susceptible o resistente a sufrir enfermedades, siendo los principales: la edad, la raza, el sexo, el estado inmunológico y los procesos metabólicos. Estos factores no actúan aisladamente, sino de forma interrelacionada. En este caso, el hombre, en el papel de turista o residente, representa al huésped.

Por último, en cuanto al medio ambiente se puede afirmar que existen varios, a saber: el familiar, el escolar, el cultural, el laboral, el recreativo, el deportivo, el geográfico y todos aquellos otros que, potencialmente, afectan la salud. Para nuestro caso, los ambientes son el geográfico y el recreativo. El primero, Mar del Plata,² porque tiene variables importantes como el clima, la flora y la fauna que, formando parte del ecosistema, permiten la aparición de enfermedades propias de su clima.³ En el presente

² Ciudad cabecera del Partido de General Pueyrredón, situada sobre el Océano Atlántico, en la zona sudeste de la Provincia de Buenos Aires, a los 38° 2' de latitud sur, 57° 33' de longitud oeste, con una extensión de 1.453, 44 km². (ZANIER, Justo, et. al., *Criterios de justicia en la distribución y asignación de recursos en salud. Un estudio de campo en la ciudad de Mar del Plata*, Mar del Plata, Suárez, 2000, página 241).

³ Goza de un clima templado con influencia marítima. Tiene la característica de “moderador térmico”, ya que produce temperaturas agradables en verano, que aseguran el descanso nocturno por el descenso térmico, y un invierno más benigno que en el interior del país, por la influencia de la brisa marina.

caso, por ser una ciudad costera, prevalecen, por ejemplo, las enfermedades derivadas del consumo de pescados y mariscos. El ambiente recreativo se encuentra constituido por los espacios característicos de esparcimiento y diversión propios de la llamada “Ciudad Feliz”.

El turismo y la salud, conceptos recientemente definidos, se hallan posiblemente vinculados de tres formas distintas:

- a) Recuperar el bienestar físico y mental es un motivo común para viajar.
- b) Los estándares de salud pública en las áreas de destino contribuyen a la calidad del producto turístico.
- c) Los turistas pueden ser vectores de enfermedades contraídas y, consecuentemente, afectar los lugares donde ellos se encuentren.

El tema objeto de estudio del presente trabajo monográfico es determinar, mediante una investigación meramente descriptiva, cómo influye el turismo en el campo de la salud, considerando como universo de análisis la ciudad de Mar del Plata. Esta cuestión se intentará demostrar a través de los resultados derivados de aquellas relaciones.

El trabajo se estructurará en función al desarrollo de cuatro apartados distintos. En el primero se describirá la evolución, paralela, entre la medicina como actividad y el turismo como uso del tiempo libre en nuestra ciudad. En el segundo apartado se detalla la estructura del Sistema de Salud en general, desde la Organización Mundial de la Salud hasta el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En el siguiente se especifica el Sistema de Salud en el Partido de General Pueyrredón, desde las unidades de atención primaria de la salud, hasta los centros sanitarios de mayor complejidad en la ciudad. El cuarto y último apartado, se estructura en función a cada una de las relaciones planteadas, en orden lógico sólo con la finalidad de facilitar la descripción de las mismas.

2. EL NACIMIENTO Y EL DESARROLLO DE LA MEDICINA Y DEL TURISMO EN MAR DEL PLATA

2.1 Los inicios y el desarrollo de la actividad turística en la ciudad

Desde 1886, las vacaciones en Mar del Plata constituyen una ceremonia ritual de la alta burguesía argentina. A partir de 1934 la clase media participa igualmente de la ceremonia, y desde 1946 comienza a hacerlo la clase obrera. Las vacaciones ocupan un lugar preponderante en la vida y en la imaginación de la sociedad argentina a través de sus diversas clases, y Mar del Plata, por consiguiente, ocupa un lugar preponderante en la economía del país.

Todos los años al comenzar el verano se produce una espectacular migración humana que transforma a la ciudad de algo más de seiscientos mil habitantes en una congestionada metrópoli, con los consiguientes conflictos humanos que tales cambios acarrearán.

La zona de la actual Mar del Plata fue habitada, en sus orígenes, por puelches y moluches, en una época donde aquella era una región perdida, enclavada entre el desierto y el mar. Su historia conocida comienza con la llegada de Juan de Garay quien, en los primeros días de noviembre de 1581, en una incursión al sur de Buenos Aires, la describe el 20 de abril de 1582 como: “es una galana costa y va corriendo una loma llana de campiña sobre el mar”.

El 13 de noviembre de 1746 los jesuitas Matías Strobel, José Cardiel y Tomás Falkner construyeron, en la actual Laguna de los Padres (denominada así en homenaje a ellos), una población que se llamó Misión de la Virgen del Pilar. Las misiones religiosas y las múltiples expediciones militares constituyen la prehistoria de Mar del Plata. La historia real tiene su origen en el proceso de acumulación primitiva de los medios de producción a partir de la revolución burguesa de 1810 y, a continuación, en la consolidación de la primera forma rudimentaria de capitalismo agrario argentino: la producción de carne salada o tasajo. Fue Coelho de Meyrelles el gran emprendedor de su explotación. En 1857 instaló un saladero y alrededor hizo construir varias casas para alojar al personal.

El incremento dado al lugar por el saladero hizo que los pobladores de la costa, aprovechando la riqueza pesquera del litoral marítimo, organizaran un saladero de pescado. Finalmente, en 1865 Patricio Peralta Ramos compró el saladero de Coelho, paralizado desde hacía años.

Desde que comenzó una vida comercial intensa en el lugar, surgió la idea de fundar un pueblo. Se designó al Ingeniero Carlos de Chapeaurrouge para hacer la mensura y trazar los planos del futuro pueblo. El 14 de noviembre de 1873 Peralta Ramos presentó al Gobernador de la provincia, Mariano Acosta, un escrito solicitando la fundación de la ciudad y ofreciendo gratuitamente las tierras necesarias. La creación de una ciudad balnearia no entraba para nada en los proyectos de Peralta Ramos, su objetivo era el puerto sudamericano más importante del Atlántico. El 16 de octubre de 1879 se creó para Mar del Plata el Partido con el nombre de General Pueyrredón, pero recién el 15 de julio de 1907, Mar del Plata fue declarada ciudad.

Por esa época comenzó a destacarse también el hombre que estaba destinado a realizar muchos de los proyectos de Peralta Ramos, el inmigrante vasco francés Pedro Luro, quien compró a Peralta Ramos el saladero construido por Coelho de Meyrelles que entonces había quedado nuevamente abandonado. Mar del Plata, indisolublemente unida al tasajo, estaba destinada a convertirse en un pueblo abandonado, cuya fuente industrial se paraliza. Fue entonces cuando Luro, observando las costumbres de un grupo de familias de la oligarquía tuvo la audaz idea de convertir, lo que hasta entonces era un pueblo agropecuario, en una ciudad balnearia, salvando de ese modo a Mar del Plata de una inevitable decadencia, e iniciando una segunda etapa de su historia.

Desde 1857 hasta 1886, fecha en que, con la llegada del ferrocarril la ciudad adquiriría nueva vida, Mar del Plata se reducía a unas pocas manzanas. En 1888 se fundó el Bristol Hotel. En la época, había dos puntos de reunión y diversión para la clase trabajadora: el Hotel del Globo (más conocido como la Fonda del Huevo) y la fonda de José Cabrera. La clase media también tenía sus lugares de reunión: la confitería de José Posse y la Botica del Puerto de don Antonio Valentín.

Alrededor de 1899, comienza el gran auge de Mar del Plata, con la llegada de las burguesías afiebradas de las posguerras y de los años de ascenso del socialismo, que necesitaron crearse un pasado mitológico, una “edad de oro” feliz, donde no se conocieran luchas sociales ni peligros. Se la llamó *belle époque* en francés, porque éste era el idioma universal de esos tiempos. El culto a lo más superfluo, a lo totalmente inútil, era la constante que la caracterizaba, introducido por la llamada “generación del ochenta” (primera generación frívola, refinada y cosmopolita). Fueron ellos los primeros que realizaron el viaje ritual a Europa donde, veraneando en Deauville, concibieron por primera vez la idea de Mar del Plata. Constituyeron las primeras oleadas de turistas marplatenses y Mar del Plata fue hecha a su imagen y semejanza. La ciudad balnearia, que sería al mismo tiempo una ciudad de juego, no podía surgir sino de la generación del 80, cuya ética de la consumición la llevó a hacer del juego la principal atracción.

Por otra parte, la burguesía porteña comenzaba a sentirse sofocada en la ciudad hacinada de inmigrantes. Era preciso crear pues, una nueva ciudad cuya total inutilidad económica y dificultades de acceso, la convirtieran en predio privado donde hubiera espacio suficiente para la posibilidad de una vida social intensa. Es decir, crear una ciudad donde la clase ociosa pudiera sentarse a descansar y conversar. Las sillas Thonet de la rambla, la terraza del café La Brasileña y después el Ocean Club, serían el ámbito adecuado para esa generación.

Durante la temporada, la playa porteña era demasiado popular, por su cercanía a la ciudad, por lo que pronto, las damas de la elite comenzaron a dejar esas zonas, para irse más al sur o al norte, a los lugares de la costa cercanos donde comenzaron a instalar sus residencias veraniegas. La leyenda quiere atribuir, como se expuso anteriormente, la idea de Mar del Plata como ciudad balnearia a Pedro Luro. Comenzaron a llegar las primeras familias, llamadas “los locos de la arena”, las cuales se instalaban en el Hotel El Progreso. Luro abrió luego un hotel más importante “Casa Amueblada” (en el mismo lugar donde después funcionaría el Grand Hotel), bajo la dirección de su mayordomo, luego sustituido por Félix Menvielle, quien además, junto con su mujer, construyó el

primer balneario de casillas de madera en la actual Playa Bristol, entonces llamada Playa Grande. Posteriormente se construyeron el balneario Estrella de Mar, después llamado La Perla y luego, la Playa de los Ingleses.

Pero faltaba todavía un elemento esencial para el crecimiento de la ciudad balnearia: las vías férreas. Fue el 26 de septiembre de 1886 que el tren de pasajeros Buenos Aires-Mar del Plata hizo su primer viaje. Ese verano se traslado a Mar del Plata la primera oleada de turistas por tren, entre los cuales se encontraba el vicepresidente Carlos Pellegrini.

Ese mismo año, las numerosas casillas de madera que habían comenzado a construirse a las orillas del mar, se unieron con una plataforma de madera dando así origen a la primitiva Rambla de Madera. La vida ingenua y sencilla de los primeros turistas marplatenses de la época de la “Casa Amueblada” y el “Grand Hotel”, termina esa temporada, ya que la inauguración del Bristol Hotel, en la temporada siguiente, abría una nueva época. Los primeros cincuenta años de Mar del Plata giraron alrededor del Bristol Hotel, de estilo normandino al igual que otras edificaciones del momento.

En enero de 1912 la Rambla de Madera fue sustituida por la de mampostería, de estilo francés, y el primitivo chalet de madera del Bristol fue sustituido por un fastuoso palacio en forma de cuña con un jardín en el medio, con un estilo mezcla de ecléctica del Renacimiento y español del siglo XV con injertos del medioevo inglés, originándose una estratificación social de hoteles: la oligarquía se alojó en el Bristol⁴ y las familias provincianas en el Grand Hotel. La estratificación llegó a extremos tales que en un mismo hotel se separaban las categorías por alas.

Por entonces, en los tiempos vacacionales que eran prolongados, se iniciaba un complicado ritual de traslado de los integrantes de la familia que llevaban consigo a institutrices, mucamas, valets y cocheros entre otros, comenzando el interés social por las fiestas y la vida deportiva, aunque la principal atracción de los veraneantes consistía en “ramblar”, alternando los juegos de ruleta, instalado en una casilla de madera de la rambla, con los descansos en los cafés y comercios del lugar.

Durante los años locos, Mar del Plata llegó a la cima de su apogeo, pero al mismo tiempo comenzó su descenso, provocado por un hecho político: la ascensión de los radicales al poder. Trajo a Mar del Plata las primeras oleadas de clase media, generalmente funcionarios radicales. La oligarquía comenzó entonces un lento éxodo de Playa Bristol a Playa Grande. Una vez más la rambla es cambiada en correlación con la nueva etapa que le toca vivir a la ciudad y en 1941 se inauguró la actual rambla⁵ y Casino.

Los sectores más extendidos recién comienzan a viajar a Mar del Plata a partir de 1934 con la inauguración de la ruta 2. La importancia de los automotores exigía la construcción de caminos, rompiendo el monopolio del ferrocarril y modificando las costumbres. Con el triunfo del peronismo, Mar del Plata entra definitivamente en la era

⁴ Conoció su apogeo en 1910 y fue desplazado en 1941 por la construcción del Hotel Provincial.

⁵ La Rambla de Bustillo, en honor a Alejandro Bustillo, el arquitecto de la misma.

de las masas, en el año 1946, convirtiendo a Playa Bristol en una verdadera *quermesse* dominguera. En plena Playa Grande se instaló una “Unidad Básica”.

Una nueva etapa turística vivió Mar del Plata desde el punto de vista edilicio, con la construcción de edificios amparados en la Ley de Propiedad Horizontal del año 1950, que permitieron concentraciones de pequeños departamentos sin aire ni luz, lo que cambió la fisonomía de la ciudad y, consecuentemente, motivó la decadencia de la industria hotelera.

La ciudad familiar y de los niños de la década del 50, se transforma en la década del 60 en la ciudad de los jóvenes solos, y las familias veranean menos tiempo por el alza del costo de sus tiempos vacacionales. Con la irrupción de aquellos, la industria de la diversión organiza la vida nocturna marplatense.

La industria pesquera surge en Mar del Plata, como consecuencia de la industria turística, en 1888 con la inauguración del Bristol Hotel, hasta que definitivamente en el año 1922 se inaugura el puerto de la ciudad, naciendo entonces una nueva actividad comercial: la pesca.

2.2 Los inicios de la actividad médica en la ciudad

La llegada del ferrocarril a Mar del Plata en 1886, marcó el inicio de sus temporadas veraniegas. Hacia aquel año entonces, Mar del Plata dejó de ser sólo una factoría al sur de la Provincia de Buenos Aires como consecuencia de la aparición de un nuevo factor de desarrollo: el turismo.⁶ El 26 de Septiembre de dicho año arribó el primer tren con pasajeros y, con el aumento progresivo del número de veraneantes, crecería simultáneamente la demanda de una infraestructura urbana adecuada.⁷

Mar del Plata ha girado su existencia sobre realizaciones efectuadas al mismo ritmo que exigía la demanda turística. Es decir que no siempre puedo proyectarse con el debido tiempo y se consiguió disponer de pausas como para verificar una planificación general. Las necesidades fueron la de crecer al empuje de esa preferencia que los argentinos tuvieron por nuestras playas.

Una de las particularidades de la época es que entre 1886 y 1920 todas las obras fueron proyectadas y ejecutadas por los llamados “veraneantes”. La Sociedad Club Mar del Plata planificó un programa a desarrollar en cincuenta años que abarcó, entre distintas iniciativas, las tres Ramblas de Madera (1810, 1891, 1905), la Rambla de Material de 1913, la Estación Nueva de Ferrocarril (Actual Terminal de Ómnibus), el Puerto, el Hospital Mar del Plata y parte del entubamiento del Arroyo Las Chacras.

Dentro de este exclusivo grupo participaron estancieros como los Anchorena, Ezeiza, Camet, Cobo, Martínez de Hoz, Luro y Peralta Ramos, quienes poseían

⁶ ALVAREZ Adriana y REYNOSO Daniel, “Las Actividades Económicas”, en *Agencias de Viaje: Mar del Plata una Historia Urbana*, Buenos Aires, (1991), Fundación Banco de Boston, pp. 67-69.

⁷ En la temporada de 1886/1887 ingresaron a la ciudad 1.415 veraneantes, ingreso que se vería duplicado año a año. Tal es así, que para 1887/1888 sumaron poco más de 2.510 siendo para el año 1899, 10.000 veraneantes. (Boletín Municipal, Partido de General Pueyrredón, Cuarto Trimestre, (1935), pp. 265)

importantes propiedades en la región y para los cuales la villa balnearia representaba también parte de sus intereses particulares. Estas iniciativas para el mejoramiento urbano encontraron entonces rápido eco en las autoridades locales a cargo de la Municipalidad, desde donde se implementaron una serie de Ordenanzas destinadas a organizar el espacio urbano e imponer medidas sanitarias.

En este contexto de múltiples transformaciones visualizadas en el proceso de crecimiento de la población y en la definición de nuevos grupos sociales, la complejización de las actividades económicas repercutió sobre la demanda de servicios de salud en la ciudad, por lo que comenzó a delinarse profesionalmente la actividad médica y el rol de las instituciones que prestarían servicios en el sector.

El poblado, a partir de 1880, en materia de salud, siguió los lineamientos comunes de otros núcleos urbanos, donde el grueso de la población era asistida, en gran medida, por los farmacéuticos o boticarios y, en las zonas rurales, casi exclusivamente por los curanderos. En ellos fue en quienes verdaderamente residió la acción de curar en aquella época, dentro de un sistema social en el que las personas desempeñaron roles peligrosamente ambiguos, como lo fueron el de un vecino o boticario oficiando como médicos del municipio. En el imaginario social se les atribuyeron entonces poderes incontrolados, inconscientes y peligrosos.

Recién hacia fines del siglo XIX se produjeron las primeras transformaciones en los tradicionales espacios de curar, ya que aparecieron nuevos elementos e instituciones que marcaron la actividad médica marplatense. Esto se debió a la evolución económica del poblado, al proceso de despegue demográfico y a la llegada de inmigrantes a la región.

Este crecimiento de la población y sus necesidades también va a ser acompañado por la llegada de algunos profesionales de la salud, como médicos y farmacéuticos. Es así que antes de llegar a 1890 había media docena de médicos atendiendo al poblado y dos farmacias de cierta importancia (denominadas “Valentini” una y “Muguenza” la otra) las cuales, en su mayoría, asistieron a las “Sociedades de Socorros Mutuos” que desde la década del ochenta y como consecuencia de la presencia de contingentes migratorios, se instalaron en esta ciudad.

Tradicionalmente la llegada de los veraneantes porteños a Mar del Plata incluyó también a los médicos de su confianza, los cuales fueron conocidos como “los médicos de la familia”. La mayoría de las recetas de la época eran emitidas por los Dres. Hermida, Botana, García Hernández, y la porteña Laura Unzaga durante todo el año, pero, durante la temporada estival, se sumaban los Dres. Molinas, De Llavallol, Wernicke, Ramos Mejía, Trengue, Pedro Luro, Cobos, Vattuone y Lloveras.

El Hospital Mar del Plata, que surgió en el año 1907, según la visión de los propios médicos, señaló un gran paso en la práctica de la medicina en la ciudad, pues con él fueron desapareciendo, en un amplio sector de la población, las primitivas prácticas de las fricciones con sebo, el ajo cimarrón, las ventosas y las sangrías realizadas por los curanderos y boticarios.

El hospital fue construido con donaciones que efectuaron la mayoría de las familias pertenecientes al grupo de fuertes estancieros, tanto de la zona como de los que veraneaban en la ciudad. Esto marcó desde su origen una fisonomía que perduró a lo largo de varias décadas: el de ser una institución cuyos destinos eran manejados por un grupo muy selecto y que en muchos casos no tenían relación con el mundo de la medicina, sino con el de la elite política y social de la ciudad, hecho que en cierta medida diseñó la dinámica de su funcionamiento que se amparaba, fundamentalmente, en la concepción benéfica o filantrópica de la salud.

Es así que, para conservar el control del hospital en las manos fundadoras, se procuró que los principales cargos fueran rotando trimestralmente. Esto no era peculiar de esta institución, sino que más bien respondía a las prácticas políticas vigentes a nivel nacional, que en este caso se asociaban con la religión y la caridad, quedando por ello el Servicio de Enfermería a cargo de las Hermanas del Huerto desde 1907 hasta 1919, año en que se hicieron cargo las Hermanas de la Caridad.

El financiamiento del hospital, de esta forma, no era una responsabilidad del Estado, sino de la beneficencia pública y privada. Tal es así, que el Municipio contaba en su presupuesto con una partida destinada a la beneficencia pública y al hospital. Durante años se realizaron reuniones y fiestas a beneficio del hospital en el Golf Club, el Yacht Club y el Hotel Bristol. Al finalizar cada verano, la empresa Machinandiarena y Solá, que explotaba las Salas de Juego que funcionaban en el Hotel Bristol, el Club Pueyrredón y el Casino, suministraban una buena cantidad de dinero.

El hospital cubrió un vacío asistencial que tenía la ciudad, dando cobertura no sólo a sus habitantes, sino también a sus visitantes temporales, los cuales debían ser los más interesados ya que eran, a su vez, el sector social que, como práctica cultural, tenía el asistirse por profesionales, mientras que el sector al que pertenecía la mayoría de la población de este poblado, excepto los reconocidos “vecinos”, recurrían a los médicos y a sus instituciones sólo en caso de urgencia y, la mayoría de las veces, en la fase terminal.

2.3 La Asistencia Pública Marplatense

En el Partido de General Pueyrredón, como consecuencia del crecimiento de la población y de su inserción laboral en el ámbito urbano, paulatinamente comenzaron a surgir los primeros conflictos con respecto a la atención sanitaria de los habitantes dentro de la ciudad. A esto se le sumó la presencia de una importante población estacional en las temporadas de verano por lo que la cobertura sanitaria necesitó ampliarse.

Diego Armus sostiene que *“los procesos de urbanización e industrialización, acompañados por una movilidad social ascendente y el consecuente acceso a los ámbitos profesionales del cuidado de la salud por parte de grupos sociales cada vez más amplios, modificaron las perspectivas tradicionales y los problemas que la Salud Pública debió enfrentar, ya que se produjeron paulatinas modificaciones epidemiológicas que evidenciaron la caída de las patologías tradicionales y el ascenso progresivo de las más modernas”*.

Por ello, en ciudades nuevas como Mar del Plata se replanteó el tema del cuidado de la salud, ya que la frecuencia de azotes de enfermedades infecto-contagiosas transformó a la ciudad en un ámbito inocultablemente patógeno y peligroso. En Mar del Plata fueron, en primera instancia, los cambios políticos producidos por el acceso de los Socialistas a la Intendencia Municipal, los que iniciaron los replanteos del cuidado de la salud de la población.

La irrupción de nuevas ideas y prácticas políticas provocaron el primer conflicto entre los distintos conceptos de sanidad que, por entonces, había en la ciudad. Hasta ese momento, no existía en la zona una Asistencia Pública y gratuita, así como tampoco una política que buscara ampliar los servicios de salud hacia los barrios obreros o populares de Mar del Plata.

El Proyecto de una Asistencia Pública Municipal, fue aprobado por el Concejo Deliberante el 4 de julio de 1920. Se sostenía que: *“...La Asistencia Pública Municipal, cumplirá la función del servicio ambulatorio del Hospital Mar del Plata, prestando servicio de médico y partera a domicilio...Los servicios que presta esa repartición serán solamente para las personas sin recursos, obligando en consecuencia el pago de los mismos a las personas pudientes...”*⁸

Era claro, entonces, que la Asistencia Pública vino a cubrir un vacío asistencial que se centraba fundamentalmente en los sectores sociales más desprotegidos. Es así que el aumento constante de enfermos pobres que concurrían a la Asistencia Pública en demanda de atención médica, obligó a que ésta fuera ampliando sus servicios como fue, por ejemplo, el de Ginecología y Obstetricia con gratuidad de todos los servicios y el dispensario del lactante, donde la Asistencia entregaba a las madres la leche preparada.

Hacia 1920 existía en la ciudad sólo el “Hospital Mar del Plata”, construido, como se señaló precedentemente, por un grupo de “distinguidos” vecinos y administrado por una “Sociedad de Beneficencia”. La posterior aparición de la Asistencia Pública Municipal marcó una nueva dirección en los asuntos de salud, ya que su atención pasó a ser responsabilidad del Municipio.

Siempre en el marco de abaratar los servicios de salud y optimizar los recursos, en pos de un bienestar colectivo, en 1924, la Asistencia Pública Municipal puso en marcha la Farmacia Social la cual tenía como objetivo: *“...La necesidad de hacer posible la adquisición de medicamentos a precios equitativos y pureza garantizada a las*

⁸ Diario *La Capital* de Mar del Plata. Lunes 5 de julio de 1920. Pp. 1-3.

Sociedades Mutualistas para sus socios, a la Municipalidad para su Asistencia Pública y al público en general...”.

Hacia finales de la década del '20 y a pesar de los conflictos políticos, se había generado en la ciudad una serie de servicios sanitarios que tenían que ver con la: *“...Profilaxis urbana de las enfermedades infecto-contagiosas, servicio de desinfección y saneamiento a domicilio, vacunación antivariólica y antitífica y despacho de medicamentos a enfermos pobres...”.*

Décadas más tarde, entre 1958 y 1963, se crearon tres nuevas Unidades Sanitarias, tarea que, por supuesto, estuvo a cargo de la Municipalidad. Las mismas fueron ubicadas en el barrio El Martillo, Camet y Batán. A medida que Mar del Plata se extendió y dio lugar al surgimiento de nuevos barrios, la Asistencia Municipal también procuró seguir el mismo trayecto.

2.4 La aparición de la oferta privada

El país, el mundo y la sociedad sufrieron profundas transformaciones durante la primera mitad del siglo XX. Muy atrás quedaban las imágenes de la opulenta Argentina del Centenario, de la que el veraneo en Mar del Plata era una evidente manifestación. La base social del poder nacional se había transformado y aumentado con la incorporación de nuevos sectores sociales. Mar del Plata no fue ajena a este proceso.

La construcción, los servicios y el turismo, cada vez más masivo, se constituyeron en la atracción de nuevos trabajadores, prefigurando la gran ciudad turística que se construiría en las décadas de 1950 y 1960. Si se identifica a la década del '20 con el surgimiento de la Asistencia Pública Marplatense, los años que le siguieron estuvieron caracterizados por la proliferación de varias clínicas privadas que, a diferencia del primitivo “Hospital Mar del Plata”, trataron de captar a una buena cantidad de la creciente población, por medio de planes individuales y mutualizados, ya que se veían surgir estratos sociales medios que estaban en condiciones de acceder al servicio de salud que éstos establecimientos privados podían ofrecerles. El desarrollo de los establecimientos de éste tipo surgidos, en la ciudad de Mar del Plata, entre los años 1921 y 1971, se encuentra en el punto 7.1 del Anexo, en la página 39.

Este tipo de clínicas eran novedosas en la ciudad y esperables ya que, hasta el momento, la elite, sobre todo de veraneantes, no contaba con selectos ámbitos de internación, solo existía el Hospital Mar del Plata, el que era común a toda la población. A diferencia de este, los sanatorios privados contaban, por ejemplo, con habitaciones individuales, es decir, cubriendo un mercado hasta entonces desprovisto de esas comodidades que, por otro lado, les eran propias.

A lo largo de la década y ante la aparición de estratos medios, los cuales eran cuantitativamente más numerosos, los sanatorios se inclinaron a ofrecer servicios menos costosos reduciendo el lujo y ampliando las prestaciones para hacerlos accesibles a este nuevo grupo poblacional, multiplicándose así una oferta privada montada, básicamente, sobre los servicios prepagos.

3. EL SISTEMA DE SALUD. GENERALIDADES

Un sistema de salud se define como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Por ésta razón, a continuación, se describen las actividades y especifican los radios de influencia de los organismos e instituciones de salud, en función a su grado de complejidad de manera decreciente: la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹, organismo referente a nivel mundial; la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁰, organismo regional cuyas actividades en el campo de la salud pública se concentran en el Hemisferio Occidental y el Ministerio de Salud de la Nación, organismo oficial responsable de los servicios de salud estatales del ámbito nacional.

En nuestra provincia, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires es el organismo rector de las políticas sanitarias ejercidas en el territorio bonaerense. Este ha sido dividido, de acuerdo a las diferentes características sanitarias y demográficas, en doce regiones sanitarias interconectadas. Mar del Plata forma parte de la Región Sanitaria VIII, siendo, además, ciudad sede de la misma. Esta zona comprende los partidos de Ayacucho, Balcarce, General Alvarado, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, General Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell. Asimismo, de ella dependen los siguientes ocho establecimientos sanitarios: Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende, Hospital Interzonal Regional Especializado Materno-Infantil Victorio Tetamanti, Centro Regional de Hemoterapia y Hospital Local Casa del Niño, en Mar del Plata; Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico “Dr. Domingo Taraborelli” en Necochea y, en Tandil, el Servicio de Neumotisiología de Tandil.

A nuestros dos hospitales interzonales se derivan pacientes cuya patología excede las posibilidades de la atención médica primaria, siendo responsable de ésta última la Municipalidad de General Pueyrredón. Los objetivos básicos de la unidad de administración local son: mejorar el estado de salud, aumentando la efectividad y calidad de los servicios; facilitar el acceso de los grupos menos favorecidos a una atención de la salud de alta calidad; obtener mayores beneficios del gasto en salud, mejorando la distribución de recursos hacia actividades prioritarias y; aumentar los niveles de satisfacción tanto de turistas como de residentes, elevando la calidad de las prestaciones y ampliando las opciones de atención de la salud.

Desde Noviembre del año 2004, el partido de General Pueyrredón forma parte de la Red Argentina de Municipios Saludables. Con la firma del acta compromiso, Mar del Plata se suma a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud; cuyo objetivo central es abordar estrategias para lograr la equidad en materia de salud.

Las cuestiones sanitarias relacionadas con los viajes y el turismo han fomentado fuertes vínculos de trabajo entre la Organización Mundial del Turismo (OMT) y la Organización Mundial de la Salud. Las oficinas regionales de ésta última, como la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas, también establecen fuertes vínculos con organizaciones y mecanismos regionales.

⁹ El establecimiento de ésta organización se encuentra desarrollado en el punto 7.2 del Anexo.

¹⁰ La historia de su creación y evolución se encuentra detallado en el punto 7.3 del Anexo.

La OMS ha afirmado su liderazgo en materia de salud, estableciendo criterios y directrices. La OMT, por su parte, ha tomado aquellos que vinculan los conceptos de salud, viajes y turismo para que la actividad turística se desarrolle en un medio “más sano” alcanzando, de esta forma, altos estándares en la calidad del producto turístico a ofrecer.

4. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDÓN

En éste apartado se hará referencia, específicamente, a la organización del sistema de salud pública en nuestra ciudad, de forma creciente. A efectos de establecer un ordenamiento de las prestaciones asistenciales y evitar una superposición de tareas, se determinó dividir en zonas barriales a la ciudad y sus alrededores, para que cada una pueda contar con un Centro de Atención.

El primer contacto, tanto del turista como del residente, con el sistema de salud y la puerta de acceso a niveles asistenciales de atención más complejos, es la posta sanitaria. Esta se define como un establecimiento de salud de primer nivel (siendo el de más baja complejidad), de atención gratuita, dependiente del municipio. Brinda servicios de atención primaria de la salud, centrándose en aspectos preventivos-promocionales, con médicos orientados a las patologías prevalentes del lugar y con la participación activa de la comunidad. Se encuentra bajo la supervisión del Centro de Salud de la zona de influencia, que será el lugar de derivación ante casos que requieran mayor complejidad en la atención.

Su objetivo general es contribuir a mejorar la salud, favoreciendo un mayor acceso y cobertura sanitaria. Sus objetivos específicos son: constituir equipos interdisciplinarios de trabajo; propiciar la articulación con el Centro de Salud de referencia para fomentar el trabajo complementario; brindar asistencia sanitaria a la población; realizar un diagnóstico aproximado de la situación local de la salud; priorizar acciones de salud en base a la situación local de la salud; identificar las redes sociales y favorecer su participación en salud; favorecer el desarrollo de consejos vecinales de salud y estimular la formación de promotores vecinales de salud.

Los subcentros de salud se hallan interconectados con otros de referencia de mayor complejidad, por ejemplo, el Centro de Salud N° 1. Es importante destacar que la atención municipal de la ciudad de Mar del Plata se orienta solamente al paciente vertical, es decir, a aquel que puede tener tratamiento ambulatorio. Para determinadas prácticas médicas, los pacientes que requieren internación o son de alta complejidad, deben ser derivados a otros nosocomios dependientes, como se señaló en el apartado anterior, de Zona Sanitaria Octava, que pertenece a la red del sistema de atención provincial, los cuales se hallan interconectados con el resto de la Provincia de Buenos Aires para resolver patologías que en aquellos lugares no se tratan o por falta temporaria de camas. Esta cuenta, además, con un servicio de ambulancias para traslados, para la atención tanto domiciliaria como de accidentes.

Para poder atender todas las demandas en materia de salud, tanto de la población receptora como de los turistas durante la temporada estival, el municipio ha firmado convenios con el Hospital Interzonal Regional Especializado Materno-Infantil Victorio Tetamanti (HIREMI), con el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA) y con Servicios Privados. Además, la Provincia de Buenos Aires envía puestos móviles que se sitúan en lugares estratégicos de la ciudad (por su mayor demanda), los cuales también atienden un número importante de casos.¹¹

¹¹ También se cuenta con ellos en casos de epidemia o catástrofe.

Así a través de las oficinas de Referencia y Contrarreferencia que funcionan con personal municipal, se hace posible la atención gratuita de los pacientes derivados de los centros de salud de la ciudad, siendo tanto postas como unidades sanitarias o subcentros de salud.¹² Entonces, cuando el grado de complejidad de las atenciones crónicas supera las posibilidades de atención de los centros municipales, el personal administrativo de cada sala de salud programa con el hospital que corresponda, por medio de fax o correo electrónico, la prestación médica necesaria. Al paciente se le entrega una constancia escrita en la que se indica fecha y hora en que deberá concurrir para ser atendido. Terminada la interconsulta, continúa con los controles en la Sala de Atención de su barrio. Esta modalidad de trabajo, evita traslados y esperas innecesarias, a la vez que garantiza que la población esté adecuadamente atendida.

Dada la importancia que revisten el “Hospital Interzonal Especializado Materno-Infantil Victorio Tetamanti”¹³ y el “Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende”,¹⁴ dentro del sistema de salud pública de la ciudad de Mar del Plata y la zona, se ha sintetizado la historia de la fundación y desarrollo de cada uno de ellos. La misma se encuentra en los Anexos número 7.4 y 7.5, respectivamente.

¹² Ver Tabla 4 del Anexo.

¹³ Ubicado en el centro de la ciudad; orientado a la patología de niños y madres embarazadas.

¹⁴ Ubicado en la periferia de Mar del Plata, de igual rango que el HIREMI, que recibe enfermos adultos (mayores de 14 años de edad).

**5. LA VINCULACIÓN
ENTRE LOS CONCEPTOS
“Turismo” y “Salud”**

5.1 Recuperación del bienestar físico-mental y motivos de viaje

Recuperar el bienestar físico y mental es un motivo común para viajar

La gente viaja por diferentes razones: descanso, diversión, religión, deporte, negocios, congresos, convenciones, seminarios, cursos, estudio, enriquecimiento cultural, exploración ecológica, reuniones familiares y visitas a amigos, entre otros motivos, pero la razón más frecuente de los últimos tiempos es restablecer la salud.

Para el desarrollo de este ítem, se tomarán como referencia algunos hechos importantes sociales, políticos y económicos que marcaron el progreso del turismo y, paralelamente, la evolución de Mar del Plata como destino. A partir del golpe del 4 de junio de 1943 en la República Argentina y las elecciones que el general Juan Domingo de Perón gana en el año 1946, se sancionaron una serie de leyes que “le dieron una mano” al turismo: el derecho a las vacaciones anuales pagas, entre otras.

Cuando los trabajadores lograron que se les concediese ese derecho, éste fue definido como tiempo libre que tenía por objeto recuperar la capacidad para trabajar, por lo que debería pasarse en un ambiente sano y de calidad adecuado para la recuperación de la fuerza física y mental, entendiéndose que un ambiente adecuadamente mantenido, no sólo atrae a los visitantes sino que es una medida eficaz para proteger la salud de los mismos.

Esta disponibilidad de tiempo libre para distintos grupos de habitantes, fue convirtiendo a las vacaciones en una actividad al alcance de comerciantes, empleados y pequeños propietarios. La modernización, en ese entonces, se traducía en la posibilidad de hacer turismo visitando, entre otros destinos, las playas de Mar del Plata. Pero, por qué Mar del Plata? Sencillamente porque los nuevos turistas se dirigieron al lugar donde tradicionalmente descansaban los miembros de la elite. Aunque ocupando alojamientos más modestos o barrios alejados de los sitios de moda, poderosos y ciudadanos comunes viajaban hacia los mismos destinos.

"Mar del Plata es el lugar al que todos querían ir, un sueño de los argentinos. ¿Por qué, si había sido de la élite, no podía ser de otros sectores sociales? Veranear allí era una utopía, y también un símbolo, que tiene que ver con las características de la sociedad argentina, de un fuerte sesgo igualitario. En ese sentido, da cuenta la historiadora Elisa Pastoriza, es el gran balneario nacional.

El turismo entonces, ya no era percibido como un privilegio ni como un lujo, al cual sólo tenía acceso la elite económica del país, sino como un derecho social básico necesario para recuperar el bienestar mental y físico restableciendo, de esa manera, la capacidad de llevar una plena vida activa. A fines del siglo XX, en la Reunión Mundial de Turismo del año 1983, se estableció que debería afirmarse el derecho a descansar (independientemente del tiempo libre adquirido como consecuencia del derecho a las vacaciones), consecuencia natural del derecho a trabajar, como derecho fundamental en

términos de felicidad humana.¹⁵ Por lo tanto, el turismo, también en este contexto, satisface la necesidad humana básica de recuperar el bienestar físico y mental.

Esta necesidad de recuperación de la capacidad de trabajo es aún más válida hoy en día, como lo demuestra la creciente tendencia de los empleados a solicitar vacaciones más frecuentes, aunque más cortas, en lugar de un sólo período de vacaciones anuales más prolongado. El sociólogo Horacio Conrado ubica el comienzo del auge de las vacaciones más cortas en 1995. Y hay cifras que ilustran esta evolución.¹⁶ En la temporada 1980-1981 de Mar del Plata, el promedio de estadías fue de 18,7 días; mientras que el promedio para 1989-1990 fue de 11,06. Pero la reducción es más notable en los años 2001, 2002 y 2003, para los cuales la estadía promedio fue de 5 días.

Cada turista puede escoger entre las diversas opciones, programas y actividades que ofrece Mar del Plata, para diseñar unas vacaciones relajadas o activas, de acuerdo a los gustos y preferencias de cada uno. La variada orografía de su territorio (desde las sierras en el interior, hasta los acantilados y amplias playas en su litoral) junto a los 47 kilómetros de frente marítimo, le dan a la ciudad una impronta única. Sus playas, además, se integran de extensos espacios hacia el sur para disfrutar libremente en contacto con la naturaleza y con balnearios, donde el confort y la jerarquía de servicios garantizan una estadía feliz y placentera.

Se resalta el producto “sol y playa”, porque Mar del Plata concentra su mayor demanda turística durante la temporada estival. Sin embargo, durante el resto del año, la ciudad hace hincapié en comercializar otros productos menos afectados por la temporalidad, como el cultural, el de interior y naturaleza, el de salud y belleza, el de negocios y, entre otros, el náutico, de golf y deportivo. Además, fomenta la creación de productos turísticos a medida de grupos poblacionales concretos, como es el de la Tercera Edad.¹⁷

Captar esos clientes permite mantener la actividad durante todo el año, ya que se diversifica el sector turístico. Asimismo, es el segmento que dispone de mayor tiempo libre (unos 20 años luego de su retiro de la etapa laboral); puede vacacionar en temporada baja, por lo cual es rentable en épocas de baja rentabilidad para la oferta, al no tener estacionalidad; sus estancias suelen ser más prolongadas; son repetitivos, si obtuvieron calidad, son más fáciles de fidelizar; viajan a veces acompañados, por lo cual el gasto es superior a otros segmentos; son activos, curiosos y vitales; y son uno de los sectores poblacionales de mayor crecimiento. En pocas décadas más, la tercera edad será mayoría en nuestro país.¹⁸

¹⁵ Organización Mundial del Turismo, *Convención de Turismo*, Madrid, OMT, 1983.

¹⁶ Según datos de la Secretaría de Turismo de la Municipalidad de General Pueyrredón.

¹⁷ Refiere a individuos entre los 60 y los 80 años, luego se habla de cuarta edad.

¹⁸ La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera que una sociedad envejece cuando más del 7% de su población supera los 60 años. La Argentina es el tercer país de Latinoamérica con más tasa de envejecimiento, luego de Uruguay y Cuba. El 13.3% de su población tiene más de 60 años. Por lo tanto, hacia el 2050, según aquella organización, Argentina tendrá un 23% de la población con más de 60 años.

Sin embargo, éste hecho no implica necesariamente que crezca como demanda, no la transforma en demanda manifiesta, sino más bien en demanda latente. La oferta marplatense tendrá que ver el modo de implementar políticas de acción tendientes a seguir captando este segmento en crecimiento, que asocia “calidad” a tres cuestiones básicas: accesibilidad, seguridad médica y buen trato.

Son varias las agencias que comercializan paquetes que engloban traslado y alojamiento para jubilados, durante largas estadías en instalaciones hoteleras, de las cuales muchas están infrautilizadas o incluso cerradas durante la temporada baja, porque los niveles de actividad no son lo suficientemente importantes como para darle continuidad a la misma. Pedraza Viajes y Turismo, una empresa turística de Buenos Aires con once años de trayectoria en la prestación de servicios turísticos orientados especialmente al segmento de la Tercera Edad, es hoy en día el operador mayorista que organiza la mayor cantidad de salidas de contingentes, desde Capital Federal y Gran Buenos Aires, hacia la ciudad.

En cuanto a los productos que ésta comercializa para romper con la estacionalidad, se destaca la práctica del golf, ya que Mar del Plata es la meca del golf argentino, con cinco canchas de nivel internacional en cuatro clubes (Mar del Plata Golf Club,¹⁹ Club Mar del Plata Golf Los Acantilados, Sierra de los Padres Golf Club y Marayú Country Club) donde los campos ofrecen la posibilidad de jugar frente al mar, en un quebrado paisaje serrano o en el corazón de una añeja arboleda.

Dentro de los Eventos Programados, nuestra ciudad fue la principal de las subsedes donde se llevaron a cabo el Mundial de Fútbol de 1978 y los XII Juegos Deportivos Panamericanos²⁰ (desarrollados del 11 al 26 de marzo de 1995), dos de los eventos deportivos más importantes celebrados en el país. La IV Cumbre de las Américas, celebrada entre los días 4 y 5 de noviembre de 2005, fue un evento de índole política en donde todos los jefes de estado y de gobierno del Continente Americano, a excepción de Cuba²¹, debatieron tópicos relativos a la región. Además, en la misma fecha se realizó la III Cumbre de los Pueblos, llamada también contracumbre o anticumbre, donde se trataron temas desde ópticas críticas y hasta antagónicas respecto de la Cumbre de las Américas.

Otro de los productos no afectado por la temporalidad es el de salud y belleza. Un fin particular de los últimos tiempos, lo constituye el fenómeno denominado "Turismo Médico" o “Turismo de Bisturí”, en el que los tours y la cirugía, ya sea plástica, estética o reparadora, se mezclan como un atractivo más de nuestro país. Muchos turistas, tanto nacionales como extranjeros, llegan a la Argentina como parte de éste fenómeno. Mar del Plata no se encuentra ajena, coincidiendo también con la plenitud intelectual y

¹⁹ Allí se juega durante la temporada estival “El Abierto del Sur de la República”, el torneo más importante del país. Su Club House es Patrimonio Cultural de la ciudad.

²⁰ Para éste, Mar del Plata, en pocos meses, dejó el viejo Campo de Deportes por el actual Complejo Deportivo denominado Parque Municipal de Deportes "Teodoro Bronzini". Entre los escenarios principales se encuentra el Estadio José María Minella, subsele también del Campeonato Mundial de Fútbol de 1978.

²¹ La Cumbre de las Américas está auspiciada por la Organización de Estados Americanos (OEA) la cual ha excluido a éste país desde el año 1962, debido a que su gobierno no es elegido democráticamente.

profesional de los cirujanos plásticos de ésta ciudad, lo que da lugar a un apogeo inédito en la misma.

La demanda por ese tipo de viajes motivó a que surgieran varias empresas de turismo que ofrecen paquetes destinados exclusivamente para operarse y disfrutar de un viaje turístico. Los pacientes se quedan unos diez días promedio, y gastan entre dos mil y tres mil quinientos dólares. Así, durante los primeros días pueden alojarse en hoteles de categoría, mientras se reponen de la intervención. Luego, los últimos días del paquete, realizan un viaje donde ya les incluyen varias excursiones organizadas.

El bajo costo de las intervenciones junto a la calidad y número de profesionales, la cantidad de establecimientos y la disponibilidad de alta tecnología, son las principales razones por las que tanto mujeres como hombres compran este tipo de paquetes turísticos. Además el viaje es una buena excusa cuando los pacientes no desean que sus conocidos se enteren de su futura intervención.

Las prestaciones y procedimientos estéticos, quirúrgicos y no quirúrgicos, más requeridos por los visitantes son amplios. Dentro de las cirugías estéticas las intervenciones más requeridas son las lipoesculturas, los implantes mamarios y las rinoplastias. Pero también buscan tratamientos odontológicos y de fertilidad.

Los costos internacionales hicieron que la Argentina sea una elección muy redituable para los pacientes.²² Si vienen con dólares los gastos se dividen en 3 y si vienen con euros dividen en 4, lo que deja a la vista una diferencia muy importante de precios con respecto a otras partes del mundo.

La sociedad que nuclea a los médicos de ésta especialidad, es la “Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora” (SACPER), creada el 24 de marzo de 1952. Es una Asociación Civil, sin fines de lucro, filial de la Asociación Médica Argentina, con sede propia en la ciudad de Buenos Aires. La integran profesionales especializados en Cirugía Plástica a través de las Filiales Regionales, que incorporan a aquellos cirujanos que lo deseen y que cumplan con los requisitos para ser socios.

La entidad que agrupa a los cirujanos de nuestra ciudad es la “Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata”, filial regional de la primera, ubicada en Güemes 2968. Se funda oficialmente el 21 de abril del año 1970. Su Presidente y Secretario General actualmente son los Drs. Esteban Horacio Elena y José Luis Soplán, respectivamente. Lamentablemente ésta sociedad no cuenta con un registro fiable del número de operaciones, origen de los pacientes y variaciones anuales de los procedimientos, que ayude a reflejar la importancia de ésta modalidad turística en la ciudad.

Son quince los cirujanos miembros de la Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata, de los cuales trece son Miembros Titulares, teniendo por la tanto la titularidad de la SACPER. Por último, los establecimientos privados de la ciudad en los cuales se

²² Con todos los gastos incluidos, la intervención será de un 50 a un 60 % más económica que en su país de origen y, aún más en el caso de intervenciones combinadas.

realizan cirugías plásticas, estéticas y/o reparadoras son, oficialmente, once. Los centros de atención para éste tipo de intervenciones figuran en la Tabla 1 del Anexo.

Por último, podemos destacar el producto de negocios en la ciudad, ya que ésta se afianza año a año como sede de congresos, convenciones, jornadas, simposios y actividades similares, entre las que se incluyen también ferias y exposiciones, que directamente han influido en el crecimiento del turismo. Los datos estadísticos del año 2007 reflejados por el prestigioso Grupo Editorial Ferias y Congresos S.A., siendo la entidad auditora la Asociación Argentina de Organizadores y Proveedores de Exposiciones y Congresos (AOCA), señala a Mar del Plata en un sitio de privilegio a nivel nacional: es la primera ciudad del interior del país por el número de congresos que aquí se realizan. Luego se encuentran la ciudad de Córdoba y en tercer lugar Rosario.

Para concluir, la propuesta de generar en nuestra ciudad más demanda con nuevos mecanismos de comercialización, que pueda atraer más turismo durante la temporada baja, es satisfactoria, siempre y cuando no se caiga en un tipo de servicio muy económico, ya que ese, no es el camino.

Nuestra ciudad balnearia, por lo tanto, ofrece una cantidad de ofertas de primer nivel dirigidas tanto a la recreación, como al esparcimiento, restablecimiento, recuperación física y recuperación mental del cuerpo humano, o simplemente a la relajación, garantizando todas ellas, de igual modo, el bienestar del hombre.

Durante la temporada alta y en los fines de semana largos, siendo los más representativos el de Semana Santa y el del 12 de octubre, ante el creciente aumento de personas, provenientes en su mayoría de Capital Federal, que buscan disfrutar y al mismo tiempo restablecer su salud o simplemente desestresarse y equilibrar su vitalidad, se hace necesario regular los servicios de atención de la ciudad, a fin de no ser desbordados. Entre ellos, el servicio a la salud es fundamental para dar tranquilidad a nuestra comunidad y a quienes nos visitan, ya que los turistas buscan, no sólo mantener sino incrementar su estado de salud durante sus vacaciones porque, sin lugar a dudas, la salud es el bien máspreciado del hombre.

En fin, la “Biarritz argentina”, como se la catalogó desde su fundación, sigue siendo hoy en día el “refugio” de la costa atlántica elegido, mayoritariamente, por la clase media, ya que es una ciudad que combina salud, recreación y relax, no sólo durante la temporada estival sino, cada vez más, durante los 365 días del año.

5.2 Salud pública y calidad del producto turístico

Los estándares de salud pública en las áreas de destino contribuyen a la calidad del producto turístico

En este apartado se definirá, en primer lugar, el concepto de producto turístico y, en segundo lugar, se desarrollará el tema de los indicadores de salud pública. Philip Kotler y Gary Armstrong, afirman que *“la gente satisface sus necesidades y deseos con productos y servicios. Un producto es cualquier cosa que se puede ofrecer en un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que podría satisfacer un deseo*

*o una necesidad. Sin embargo, el concepto de producto no está limitado a objetos físicos; cualquier cosa que pueda satisfacer una necesidad se puede llamar producto (objetos físicos, servicios, personas, lugares, organizaciones e ideas). Además de los bienes tangibles, los productos incluyen servicios, que son actividades o beneficios que se ofrecen a la venta y que son básicamente intangibles y no tienen como resultado la propiedad de algo”.*²³

El concepto de producto turístico es, a primera vista, engañosamente simple. Se supone que es cualquier cosa que uno compra mientras está fuera de casa. Sin embargo, Jordi Montaner Montejano, Jordi Antich Corgos y Ramón Arcarons Simón lo definen como *“un conjunto de prestaciones, materiales o inmateriales, que se ofrecen al mercado con el propósito de satisfacer los deseos o expectativas de los turistas”*.²⁴

El desarrollo que el turismo ha experimentado desde los años 50, ha hecho que su venta tuviera bastantes posibilidades de éxito, por tanto, con tal de disponer de productos turísticos con unas características y precios razonables, el negocio turístico estaba asegurado. Es por éste motivo que, tradicionalmente, el turismo se ha enfocado desde el punto de vista de la producción, jugando el cliente un papel secundario.

No deja de ser cierto que la materia básica de los productos turísticos es una parte tan fundamental que, con sólo tenerla en los momentos apropiados, es suficiente para tener una ventaja competitiva respecto de los competidores. En Mar del Plata disponemos de buen clima y buenas playas; esto ha sido *“per se”* una gran ventaja turística frente a otros destinos similares. Pero con la aparición de competidores que han sido capaces de desarrollar productos que han satisfecho las necesidades de los consumidores, el asunto se ha complicado y los intereses de los profesionales del turismo se han centrado en incorporar a los aspectos tangibles, unos cada vez más cuidados servicios que son intangibles y que han proporcionado un valor añadido a los productos básicos.

Es por ésta razón que *“los productos turísticos deben considerarse como un conglomerado de elementos tangibles e intangibles”*.²⁵ Entre los elementos tangibles se hayan los bienes, los recursos, las infraestructuras y los equipamientos. Entre los elementos intangibles se encuentran los servicios, la gestión, la imagen de marca y el precio. Todos ellos pueden definirse de la siguiente manera:

- ❖ Bienes y Servicios, constituyen la materia prima del producto Mar del Plata (390 mil plazas hoteleras, 1590 establecimientos gastronómicos de variada y amplia oferta, etc.)
- ❖ Recursos turísticos, naturales o artificiales, son los que motivan la atracción de los turistas hacia el destino Mar del Plata (playas y balnearios,

²³ KOTLER, Philip y ARMSTRONG, Gary, *Fundamentos de Marketing. 6ta edición*, México D.F., Prentice-Hall Hispanoamericana, 2003.

²⁴ MONTANER MONTEJANO, Jordi, ANTICH CORGOS, Jordi y ARCARONS SIMÓN, Ramón, *Diccionario de Turismo*, Madrid, Síntesis, 1992.

²⁵ MILIO BALANZA, Isabel y CABO NADAL, Mónica, *Comercialización de Productos y Servicios Turísticos*, Madrid, Paraninfo, 2005.

- distintos paisajes integrados en diferentes paseos programados, entorno rural, espectáculos teatrales, Casinos y Bingos, etc.)
- ❖ Infraestructura y equipamiento, son aquellas construcciones que permiten acceder y disfrutar de la ciudad (carreteras, aeropuerto, conducción de agua, tendido eléctrico, hospitales HIGA e HIREMI, etc.) Respecto a las vías de acceso a la ciudad, Mar del Plata posee aeropuerto internacional, terminal de micros y trenes y un puerto comercial de aguas profundas que incluye el apostadero de la Fuerza de Submarinos de la Armada Argentina. Está ubicada estratégicamente a 404 kilómetros al sudeste de Buenos Aires, lo que equivale a 45 minutos vía aérea y entre cuatro y seis horas vía terrestre, dependiendo del tipo de transporte que se utilice, ya sea automóvil, micro de larga distancia o tren, y del momento en que se realice el viaje, ya que durante los fines de semana largo y la temporada estival, el congestionamiento de tránsito en las rutas 2, 11, 88 y 226, demandan más horas que lo habitual.
 - ❖ Gestión, es la que partiendo de los recursos de que dispone la ciudad, hace posible satisfacer las necesidades de los consumidores, interviniendo, para ello, la creatividad (capacidad de diseñar todo el sistema de prestación del servicio) y la ordenación del sistema de prestación (contando con recursos humanos -siendo todas las personas que prestan el servicio- y soportes físicos -siendo todos los elementos que se encuentren en el espacio físico donde se desarrolla la prestación turística-)
 - ❖ Imagen de marca y precio, son necesarios como elemento de información. La imagen de marca identifica el producto, refleja las cualidades que posee y rebela las facetas que lo hacen diferente. El precio es el equivalente del costo que los turistas están dispuestos a pagar por un determinado producto.

El elemento tangible importante, en función al objetivo básico de la presente monografía de graduación, es la infraestructura sanitaria, puntualmente. Para terminar este apartado, se presenta a continuación el tema de los estándares de salud pública en la ciudad de Mar del Plata.

En 1996, el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud presentaron la iniciativa de realizar una publicación acerca de la serie de indicadores básicos. Desde aquel año se recopilan, para tal fin, los datos disponibles en el país provenientes de diversas fuentes oficiales. El documento se distribuye prioritariamente a las autoridades sanitarias, profesionales del sector, investigadores, docentes, alumnos de ciencias de la salud, medios de comunicación y público en general interesado en el tema.

Los indicadores se definen como medidas que contienen información relevante sobre determinados atributos y dimensiones. Los indicadores básicos generales del país, pueden clasificarse en demográficos; socioeconómicos; de recursos, acceso y cobertura de salud; de morbilidad; de mortalidad y de salud materno-infantil, entre otros.

Para la finalidad del presente trabajo, se tomarán en cuenta los indicadores de recursos, acceso y cobertura de salud, registrados en el año 2007. Estos determinan las dimensiones del estado de salud, así como el desempeño del sistema. Vistos en

conjunto, deben reflejar la situación sanitaria²⁶ de nuestra población y evaluar las condiciones de salud pública²⁷ del destino turístico Mar del Plata.

Se utilizarán como base las cifras de la Provincia de Buenos Aires tomadas del documento al cual se hizo referencia precedentemente, para luego compararlas con las relevadas en la ciudad de Mar del Plata provenientes del Departamento de Información Estratégica Municipal²⁸, dependiente de la Subsecretaría de la Producción de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón; del Distrito N° IX de la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA)²⁹ y del Colegio de Médicos del IX Distrito de la Provincia de Buenos Aires. Las mismas refieren al número de médicos, camas disponibles en establecimientos asistenciales, total de establecimientos asistenciales con y sin internación y porcentaje de población no cubierta por Obra Social o Prepaga. Estos datos se hallan reflejados en la Tabla 2 del Anexo.

Cabe aclarar que aunque los hospitales HIGA e HIREMI así como el Centro Regional de Hemoterapia y el Hospital Local Casa del Niño se encuentren emplazados en la ciudad de Mar del Plata, dependen jurisdiccional y políticamente de la Provincia de Buenos Aires. Por lo tanto, no serán tomados en cuenta en el relevamiento local ya que los mismos se especifican en aquel ítem. Cabe aclarar, además, que nuestra ciudad no posee establecimientos asistenciales municipales con internación. Por ésta razón el número de camas es sólo representativo al de los establecimientos privados.

En referencia al porcentaje de población, los indicadores demográficos muestran que según el Censo Nacional del año 2001, la población total del país era de 38.592.379, la de la Provincia de Buenos Aires de 14.654.379 y la de Mar del Plata de 564.056. Para el año 2007 se calculó, a través de proyecciones estadísticas, que el número de habitantes fue de 616.025.

Las condiciones de salud pública de la ciudad de Mar del Plata, durante el 2007 se podrían ver reflejadas en el tipo de consultas registradas en el sector de salas municipales.³⁰ Allí, se muestran las patologías que porcentualmente requieren mayores consultas y, al mismo tiempo, hacia donde deben dirigirse las acciones organizadas por el sector sanitario para satisfacer los requerimientos.

²⁶ Describe en forma periódica respecto a las enfermedades de notificación obligatoria, y de otras patologías inusuales, declarando las alertas sanitarias cuando corresponde.

²⁷ Se entiende como tal a los procesos biológicos, psicológicos y sociales que definen el nivel de salud de un individuo o población y de las respuestas sociales a estas condiciones, es decir, aquellas acciones organizadas por la sociedad para mejorar dicho nivel.

²⁸ Allí se tomó contacto con el Licenciado en Turismo Marcelo Alvarez y con el Subsecretario de Salud Dr. Alejandro Cristaldi.

²⁹ Asociación sin fines de lucro, creada el 2 de mayo de 1956, que en el presente nuclea a más de 350 establecimientos asistenciales -con y sin internación- localizados en territorio bonaerense. La Federación cuenta con diez representaciones, denominadas Distritos, distribuidos estratégicamente en la geografía bonaerense. La sede central de la misma está ubicada en la ciudad de La Plata, Distrito N° I y el Distrito N° IX está ubicado en la ciudad de Mar del Plata. Cada uno de ellos posee información específica de los sanatorios, hospitales y otros establecimientos de salud de su jurisdicción, pertenecientes a la Federación. El Presidente de ésta asociación Dr. Jorge A. Soria, tuvo la amabilidad de facilitar algunos de los datos expuestos en el presente trabajo.

³⁰ Ver Tabla 5 del Anexo.

Si bien el 59,3% pertenece a patologías no especificadas, lo que da un sesgo a la información, la menor demanda corresponde a las consultas neurológicas (0,18%) y la mayor a las atenciones pediátricas (11,41%). Esta última está en consonancia con el perfil de demanda de la ciudad, ya que los grupos de turistas más significativos corresponden a familias con hijos en edad escolar, que representan el 59,5%.³¹

5.3 Salud y efectos negativos del turismo

Los turistas pueden ser vectores de enfermedades contraídas y, consecuentemente, afectar los lugares donde ellos se encuentren

Dado el mayor y más rápido movimiento de personas en la ciudad de Mar del Plata durante la temporada estival, por razones turísticas, laborales y de otra índole, la propagación de enfermedades también crece en forma directamente proporcional. En los países desarrollados existe una gran cantidad de publicaciones que describen los peligros para la salud que acechan a los turistas que se disponen a viajar a lugares con economías en desarrollo. Si bien su contenido suele ser muy general y muchas veces se basan en percepciones o proyecciones, y no en datos concretos, estas publicaciones responden a la mayoría de las inquietudes de los viajeros potenciales.

Los riesgos potenciales para la salud de los turistas que desean vacacionar en la ciudad de Mar del Plata plantean cada vez más problemas en materia de salud pública. En prácticamente todos los estudios sanitarios se identifican problemas de salud que involucran los viajes y el turismo. Esos estudios tienen una larga historia. En 1855 John Snow publicó los resultados del estudio innovador que llevó a cabo sobre las causas del cólera en Londres, atribuyéndolas al hecho de beber agua contaminada con aguas servidas sin tratar, señalando así el inicio del campo de la epidemiología.

Además de vacaciones, descanso y diversión, el verano también puede ser sinónimo de enfermedades. Los cambios climatológicos y hábitos, propios de la temporada estival, traen consigo una serie de riesgos para la salud de turistas y residentes que deben ser considerados para prevenir enfermedades que, aunque pueden presentarse en cualquier época del año, se incrementan o se hacen más comunes conforme al número de personas durante la temporada y al lugar de origen o procedencia de los turistas.

Para nuestra ciudad, el Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad y Gran Buenos Aires) constituye el principal centro emisor con el 59,8% de turistas. El resto de la provincia de Buenos Aires significa el 16,2%, destacándose la ciudad de La Plata. Por su parte, las provincias del resto del país en su conjunto suman el 22% del total, siendo los principales centros emisores las provincias de Santa Fe, Mendoza, Córdoba y Tucumán. El turismo internacional apenas contribuye con el 2%, encontrándose una importante variedad en los países emisores.

³¹ Este dato fue obtenido de las encuestas turísticas realizadas por el Ente Municipal de Turismo (EMTUR) en puntos estratégicos de la ciudad, durante la temporada 2.006/2.007.

Si bien en la mayoría de los lugares de origen de nuestros viajeros existen ciertas enfermedades, los cambios bacteriológicos y costumbres del turista, los hace presa fácil sobre todo a niños y personas mayores, aunque el estrato etéreo que se destaca en Mar del Plata es el público joven y de mediana edad (entre 18 y 40 años) con el 44%. El 23% comprende el segmento en edad escolar (de 0 a 17 años).

Los turistas pueden sentir los impactos sobre la salud a principios del viaje, tan pronto comienza el desfase de horarios. Si bien las molestias no constituyen un grave riesgo para la salud, pueden causar un considerable malestar, sobre todo para quienes ya tienen problemas de salud. Algunas enfermedades son de bajo riesgo y otras pueden ser muy peligrosas y hasta mortales.

La más frecuente, clásicamente, es la diarrea, especialmente cuando las condiciones de transporte y manutención de los alimentos no son las adecuadas, ocasionada por virus que penetran a nuestro organismo por vía aérea, originando fuertes gastroenteritis, o por bacterias o parásitos provenientes de alimentos que se descomponen fácilmente por el calor. Entre la variedad de infecciones e intoxicaciones que los viajeros pueden contraer, la denominada “diarrea del viajero o del turista” es la más común, ya que la misma es consecuencia de la ingestión de alimentos o bebidas en malas condiciones.

Los alimentos contaminados constituyen un alto riesgo para los consumidores, ya que pueden causar brotes de infecciones y/o intoxicaciones alimentarias con las sustancias o microorganismos asociados. Una de las razones puede encontrarse en los hábitos de comidas de los turistas en la ciudad. Los datos muestran que el desayuno es consumido generalmente en el alojamiento; el almuerzo se realiza en el alojamiento o en establecimientos gastronómicos en balnearios; en tanto que la cena es realizada tanto en el alojamiento como en establecimientos gastronómicos.

El principal riesgo de aquella enfermedad es que en pocas horas puede provocar deshidratación severa. Este tipo de diarreas, en general asociadas al consumo de agua o alimentos contaminados, como se señaló anteriormente, rara vez requiere atención médica intensiva o prolongada. Los agentes más frecuentes en los turistas son shigella y salmonella, microorganismos que también están presentes en piscinas y aguas costeras, donde a veces se relacionan con infecciones gastrointestinales, respiratorias y cutáneas.

En cuanto a las actividades recreativas que pueden realizarse en Mar del Plata y los riesgos para la salud que éstas pueden, en el peor de los casos, provocar, la ciudad ofrece numerosas propuestas para elegir que van desde actividades apacibles y serenas hasta las aventuras más excitantes y osadas. Estas últimas incluyen desde paseos en bicicleta, pasando por alquiler de rodados y cabalgatas por los alrededores de la ciudad, hasta deportes de aventura (escalada en roca, trekking, mountain bike, rapel, parapente y campamentos deportivos) para los amantes del ejercicio y la adrenalina. En las últimas décadas surgió un nuevo deporte, el surf. Se instaló en la ciudad de una forma tan fuerte, que hoy en día Mar del Plata es considerada la capital argentina de éste deporte. Se constituye entonces como una nueva opción recreativa y favorece, a su vez, el impacto turístico de la ciudad.

Sin embargo, en el desarrollo de estas actividades, pueden ocurrir caídas, golpes o impactos directos en alguna parte del cuerpo, produciendo fractura de huesos. Los accidentes en auto o moto y la sobrecarga de fuerzas repetitivas son otras dos causas de riesgo para la salud. Las fracturas se definen como la pérdida de continuidad que se origina en la estructura normal de un hueso, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. En una persona sana, siempre son provocadas por algún tipo de traumatismo, pero existen otras fracturas, denominadas patológicas, que se presentan en personas con alguna enfermedad de base sin que se produzca un traumatismo fuerte. Es el caso de algunas enfermedades orgánicas y del debilitamiento óseo propio de la vejez.

Entre los varios tipos de fractura, atendiendo al estado de la piel, la misma puede clasificarse en cerrada o abierta. La primera es aquella en la que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada. La fractura abierta es aquella en la que puede observarse el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto. Por lo tanto, algunas veces, el propio traumatismo lesiona la piel y los tejidos subyacentes antes de llegar al hueso; y otras, el hueso fracturado actúa desde dentro, desgarrando los tejidos y la piel de modo que la fractura queda en contacto con el exterior.

Entre las actividades recreativas serenas mayoritariamente realizadas por los turistas en Mar del Plata se hallan los juegos de azar (destacándose el Casino Central, el Casino del Mar, el Bingo del Mar, el Bingo del Sol, el Bingo Peatonal y el Bingo Puerto), representando el 13,1%, las salidas nocturnas a bares y pubs y el teatro, convirtiéndose la ciudad en la Calle Corrientes porteña. En tanto que entre los paseos, predominan la costa, Los Troncos, Stella Maris, Güemes, la zona céntrica y el puerto, con su concurrido centro comercial, lugar gastronómico preferido por los turistas.

En referencia al rubro, no al lugar, se ha demostrado que el consumo de mariscos y pescados contaminados está asociado a la incidencia de Hepatitis A, dado que los crustáceos y moluscos, y muy específicamente los bivalvos, concentran los microorganismos, exponiendo a los consumidores a altas dosis de agentes infecciosos. En algunos casos, el consumo sobre todo de peces carnívoros, se ha vinculado a la intoxicación de los turistas debido a la presencia de altas concentraciones de toxinas producidas por el Alga Ciguatera.

También, por la condición de litoralidad de nuestra ciudad, se podrían considerar las patologías asociadas a la vida al aire libre, como las picaduras de mosquitos, garrapatas, piojos, pulgas y ácaros, y las alergias. Entre éstas, las más comunes son los prurigos y urticarias. En el caso de picaduras de insectos, es preciso tomar medidas precautorias como el uso de insecticidas no tóxicos y de dispositivos del tipo “enchufes”, para prevenirlas durante el día y la noche, además de los productos tipificados como repelentes.

Las enfermedades respiratorias más frecuentes son las que afectan las vías respiratorias altas, como la faringitis y la bronquitis, por los cambios extremos o muy bruscos de temperatura. En los últimos años han cobrado gran visibilidad los brotes de

legionelosis. Se trata de una enfermedad generada por una bacteria llamada *Legionella pneumophila*, que también afecta al aparato respiratorio, produciendo neumonía.

En el verano existe mayor número de afecciones infecciosas del oído, relacionadas con factores tales como el calor y la humedad. En ésta estación son frecuentes las temperaturas elevadas, por lo que las personas sienten necesidad de ducharse con mayor frecuencia y acuden a baños recreativos en piscinas y playas, por lo que el contacto con el agua de mar y piscinas deriva, en la mayoría de los casos, en otitis.

Esto no debe sorprender, ya que la atracción más importante de la ciudad, sin dudas, es la playa. Las más concurridas por los turistas son las de la zona céntrica, que abarca desde Punta Iglesia hasta el Torreón del Monje,³² ya que el corazón mismo de la ciudad es, por excelencia, la ubicación elegida por aquellos para alojarse. Luego se destacan las Playas privadas del Sur, el Complejo La Perla, ubicado frente a Plaza España y el Complejo Punta Mogotes, con 24 balnearios. Este remata en Punta Cantera, donde actualmente se encuentra el Balneario Waikiki. La Perla y Punta Mogotes son las zonas más eminentemente turísticas de la ciudad.

Entre las virosis se destaca la gripe, que es menos frecuente en época estival, pero por el movimiento de personas y, en consecuencia, su mayor número, se la debe tener muy en cuenta. Siguiendo con las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en el verano, se puede afirmar que, la humedad incrementa las infecciones en las mucosas, por lo que la conjuntivitis es otra de ellas.

Los ojos, al igual que la piel, están en estos meses estivales más expuestos al sol, la arena, el cloro de las piscinas y el salitre del mar, lo que puede entrañar algunos riesgos si no se toman las medidas de precaución necesarias. De hecho, según los especialistas, las enfermedades oculares se incrementan entre un 10 y un 20% durante el verano, siempre en función de las características del clima, las condiciones medioambientales, los hábitos personales y la zona geográfica de residencia.

La ubicación geográfica de nuestra ciudad, situada sobre el Océano Atlántico, en la zona sudeste de la Provincia de Buenos Aires, a los 38° 2' de latitud sur, 57° 33' de longitud oeste, colocan a la misma en una zona de altas radiaciones UV.³³ Esto, junto al calor y al ambiente seco, afecta la piel, ocasionando infecciones o dermatitis, por hongos o por alergias, respectivamente. Broncearse al sol sobre una estera es, hoy en día, el anhelo de todo visitante que llega a la ciudad en verano. Es por ésta razón que deben de cuidarse de los efectos del sol sobre la piel, ya que además de producir quemaduras por insolación, pueden desencadenar, en la edad adulta, tumores con riesgo

³² Entre ellas la Bristol es la playa tradicional de Mar del Plata. La misma ha sido testigo de los cambios de los usos y costumbres del balneario elegante de los años '20 a la época actual.

³³ La radiación ultravioleta (Uv) es una forma de energía radiante que proviene del sol. Las diversas formas de radiación se clasifican según la longitud de onda medida en nanómetros (nm), que equivale a un millonésimo de milímetro. Cuanto más corta sea la longitud de onda, mayor energía tendrá la radiación. Su nombre proviene de que su rango empieza desde longitudes de onda más cortas de lo que los humanos identificamos como el color violeta.

de cáncer, manchas y envejecimiento prematuro de la piel, riesgo que aumenta en los meses estivales.

En los países en desarrollo aún ahora están rondando antiguas enfermedades capaces de causar la muerte -como la tuberculosis y las enfermedades diarreicas- y hoy en día el HIV/SIDA. Debido a las mutaciones que se producen en los agentes ya sean bacterias o virus, entre otros, aparecen variables de una misma enfermedad que obligan a cambios estratégicos para su control. También enfermedades recientes que comprometen nuestro sistema inmunitario, como el síndrome de inmunodeficiencia humana (HIV), son causa de aparición de enfermedades aparentemente de “otra época”, ejemplo de ello, como se mencionó anteriormente, la tuberculosis.

Esto abrió un capítulo muy especial en los aspectos sanitarios de los viajes y el turismo. La facilidad para viajar que hay actualmente hace que los viajeros tomen un rol cada vez más importante en la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Estas, están registrando una creciente incidencia en todo el mundo, por lo tanto, exigen con urgencia una modificación de la conducta en lo que se refiere a los contactos sexuales ocasionales, en gran medida responsables de la diseminación del HIV y del continuo aumento del número de casos de SIDA, sobre todo entre los más jóvenes, siendo el segmento de demanda más significativo, en número, de nuestra ciudad.

Poco se duda de que la conducta promiscua ha contribuido enormemente a la importación y diseminación del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Aunque inicialmente se lo vinculó con la homosexualidad, en los últimos años la transmisión ha tenido lugar cada vez más a través de contactos heterosexuales. Es que algunos turistas tienden a asumir comportamientos más relajados que en sus lugares de origen. El nuevo ambiente tiende a aumentar la promiscuidad sexual, debido al hecho de que la mayoría de los viajeros tienen la libertad y la oportunidad de escapar a los valores sociales habituales impuestos por sus comunidades. El consumo de alcohol y de drogas aumenta la posibilidad de actividad sexual y disminuye la de uso del preservativo.

Como dato, es interesante señalar que anualmente, en el mundo, entre mil y dos mil millones de personas viajan por aire, y que entre un 5% y un 20% de ellas tienen algún tipo de relación sexual casual, por lo que se exponen a enfermedades de transmisión sexual. La menor edad y la soltería son dos factores de riesgo independientes de tal tipo de contacto. Varios estudios mostraron claramente que la diseminación mundial de enfermedades de transmisión sexual y SIDA puede estar ligada al movimiento de personas a través de las fronteras.

En relación a las enfermedades infecciosas o parasitarias transmisibles en condiciones naturales entre los animales de la misma especie o entre diferentes especies incluido el hombre, y entre los animales domésticos y los salvajes, se encuentra la Zoonosis. Las transmisiones del animal al hombre y viceversa son frecuentes, de ahí la importancia del control sanitario.

Estas afectaciones se presentan por el deficiente control de los vectores, la no adecuada gestión del comportamiento y la falta de una atención especializada a la disposición, desplazamientos y hábitos de conducta de los animales que se encuentran

en las instalaciones y áreas destinadas al turismo (para la observación, alimentación, o uso como esparcimiento) o, en el peor de los casos, aquellos animales que deambulan libremente o que de manera oportunista se acercan e interrelacionan con trabajadores y clientes, convirtiéndose en transmisores de enfermedades (entre ellas, Leptospirosis, Salmonellosis, Rabia, Escabiosis, Pulgas, Piojos, Chinchas) y pudiendo, además, dañar (morder, arañar y/o golpear) a las personas por una relación afectiva o no con ellos, todo lo cual representa un significativo potencial de Riesgo Biológico.

Por otro lado, y muy vinculado a todo lo anterior, está la acción perjudicial de los animales que merodean en la ciudad (perros, gatos, etc.), los que atraídos por los olores de los alimentos o sus desechos andan por las playas en busca de un bocado. Las organizaciones deben, en coordinación con las empresas dedicadas a la recogida de esos animales, eliminar la presencia de los mismos en sus áreas, aunque no falta por ahí, el caso de los clientes (internos y externos) cariñosos, afectivos, bondadosos y protectores que los alimentan, juegan con ellos e incluso los esconden del personal especializado encargado de su recogida, todo ello en contra del sentido común y de las buenas prácticas de higiene, lo que trae como consecuencia que ellos mismos se contaminen con las enfermedades que a menudo son portadores esos animales, o se produce la contaminación y proliferación en las instalaciones de las plagas que los usan como hospedero (pulgas y chinches, entre otras), y ni hablar de las posibles mordidas, arañazos o golpes si presentaran rabia, al asustarse el animal, o como respuesta a una conducta impropia hacia ellos por parte de las personas. La inmunización del personal relacionado con el manejo de los animales es muy importante, pues estos pueden transmitir enfermedades a las personas y viceversa, por lo tanto el chequeo médico sistemático del personal es fundamental.

La mayoría de estos problemas de salud, deben abordarse interdisciplinariamente con metodologías y estrategias de promoción de la salud, y este concepto debe ser aceptado por los promotores turísticos y las autoridades locales. La promoción de la salud del turista debe ser un componente integral del fomento del turismo. Si bien en este sentido se han registrado experiencias muy positivas, dista mucho de ser un procedimiento estándar. Es, además, urgente que los profesionales de la salud se constituyan en promotores y agentes de la salud de los turistas.

Por lo tanto, la responsabilidad por la salud del turista radica no sólo en las autoridades locales sino también en los turistas potenciales, dado que los viajes pueden exponerlos a enfermedades prevenibles, por lo que deben asumir una posición proactiva en este asunto. Dado que las enfermedades vinculadas al turismo no están distribuidas equitativamente en todos los lugares, es muy importante conseguir la mayor cantidad de información posible sobre el lugar de destino, antes del viaje. Esta actitud constituye una base adecuada para cumplir con los requisitos y recomendaciones de inmunización.

Si bien la fiebre amarilla es la única enfermedad para la cual algunos países requieren la presentación del Certificado Internacional de Vacunación, se aconsejan vacunas adicionales para los turistas. Las que más se recomiendan para los viajeros son aquellas contra la fiebre tifoidea, la hepatitis B, la poliomielitis y la rabia. Dada la situación sanitaria de nuestra ciudad no se recomienda ninguna en especial fuera del calendario de vacunación obligatoria: Triple, Sabin Antisarampionosa, Doble Adultos,

BCG, Triple Viral, Cuádruple, Antihepatítis A y B y Doble Viral, la cual fue avalada por la Provincia de Buenos Aires a través de la Ley N° 6456 y promulgada el 21 de noviembre del año 1960.

A partir de la década del setenta del siglo XX, los datos epidemiológicos en nuestro país indican un aumento significativo de las enfermedades llamadas “de verano”, las cuales se presentan en individuos y grupos de población con características sociales, económicas y culturales distintas. Este fenómeno es producto de las condiciones reales de vida, por lo que se espera que a través de la intervención de los actores sociales y profesionales en el ambiente del entorno, del desarrollo de la salud pública y del avance técnico de la biomedicina, se reduzcan paulatinamente, en número, aquellas enfermedades.

Algunas de las enfermedades mencionadas en la última de las tres relaciones planteadas entre los conceptos de “turismo” y “salud”, agrupándolas de acuerdo a los órganos o sistemas que principalmente afectan y que se presentan con mayor frecuencia en nuestro medio. (Ver Anexo-Tabla N° 6).

En todo el mundo la problemática de las adicciones crece y genera una multiplicidad de conflictos. Se desarrollan campañas de prevención a través de los medios de comunicación, pero eso es insuficiente para lograr erradicar el problema. Es necesario llegar a los ámbitos más cotidianos, más accesibles a las personas para lograr resultados positivos.

Uno de los recursos más valiosos y disponibles para promover y sostener la recuperación de las adicciones son los grupos de autoayuda. Estos grupos son formados por adictos en proceso de recuperación que sostienen reuniones regulares, donde se comparten experiencias, fortalezas y esperanzas relativas al proceso de recuperación de los integrantes.

El objetivo, es el de proveer una red de apoyo para mantener la recuperación de sus miembros. Usualmente estos grupos forman parte de fraternidades internacionales que operan como organizaciones sin fines de lucro, autosostenida por sus integrantes. De todas estas fraternidades las más conocidas son las basadas en los Doce Pasos y las Doce Tradiciones. Los grupos de Doce Pasos se sostienen con sus propios recursos y mantienen la adherencia a principios espirituales, entre los que está el del anonimato.

La participación en las reuniones no cuesta dinero y están disponibles, sin más requisitos, a los adictos que deseen dejar de usar y recuperarse. Estas reuniones son regularmente cerradas, o sea que son solo para adictos. Las personas no adictas pueden conocer de estos programas asistiendo a reuniones abiertas. o visitando las oficinas de servicio. A continuación se detalla el objetivo básico de las fraternidades de autoayuda, basadas en los Doce Pasos:

- ❖ Alcohólicos Anónimos: La fraternidad mas antigua (desde 1935), de donde nace el programa de Doce Pasos y Doce Tradiciones. Esta construida para la recuperación de adictos al alcohol. En Mar del Plata 25 de mayo 3246.

- ❖ Narcóticos Anónimos: Una fraternidad internacional para adictos a drogas en general. No se enfoca en las sustancias específicas sino en la adicción como enfermedad. Los datos para comunicarse con la Asociación de nuestra ciudad son 451-2641 y 492-0075.
- ❖ Familias Anónimas: Autoayuda para las familias de adictos o personas con conductas incontrolables.
- ❖ Sexo Adictos Anónimos: Una fraternidad de adictos al sexo.
- ❖ Comedores Compulsivos Anónimos: La fraternidad para los comedores compulsivos, bulímicos y anoréxicos. En Mar del Plata Quintana 3106.
- ❖ Jugadores Anónimos: Fraternidad de autoayuda para los jugadores compulsivos o patológicos. La OMS reconoce a esta enfermedad, desde el año 1994, como “ludopatía” enfermedad emocional.

En Mar del Plata funciona desde el 28 de septiembre del año 1995, creado por Guillermo C. Actualmente se reúnen en tres lugares que funcionan en las siguientes direcciones: calle Alvarado 2450, los lunes, miércoles y viernes de 20 a 22 hs., Ituzaingó 5050, los días martes, jueves, y domingos de 20 a 22 h. Y en Olazábal y Av. Libertad (Parroquia Pompeya) los días lunes y miércoles de 19 a 21h. Posee una guardia telefónica las 24 h, durante los 365 días del año.

- ❖ Emociones Anónimos: Fraternidad de autoayuda abierta para desórdenes emocionales o comportamientos adictivos en general.
- ❖ Deudores Anónimos: Grupos para los gastadores compulsivos o adictos a las compras.
- ❖ Cocaína Anónimos: Grupos de autoayuda para la recuperación de la adicción a la cocaína. Para ayuda al drogadependiente, dirigirse a Rivadavia 4436 o comunicarse telefónicamente al 472-6381.
- ❖ Marihuana Anónimos: Fraternidad de recuperación para adictos a la marihuana.

El único requisito para ser miembro es el deseo de entrar en abstinencia o de recuperarse.

Los grupos de autoayuda, al proveer la capacidad de tener acceso a una red de ayuda mutua, de manera instantánea y presente en muchos países del mundo, es un recurso inigualable tanto para las personas en recuperación, como para los que quieren dejar de usar y recuperarse, así como para todos los profesionales que trabajan en el área de tratamiento de las adicciones.

Existen además otras fraternidades de autoayuda o grupos de recuperación basadas en otros principios o modelos. Algunos de estos son:

- ▶ Smart Recovery: Organización basada en la abstinencia, sin fines de lucro, que ofrece reuniones reales y virtuales para apoyar la recuperación de sus miembros.
- ▶ Secular Recovery: Otra organización de recuperación basada en el apoyo mutuo.

- ▶ Manejo de Moderación: Grupo de autoayuda para personas con problemas de uso inadecuado o abuso de alcohol que no han llegado a ser alcohólicos. La meta no es la abstinencia sino la moderación. Si la persona es adicta no es un grupo recomendable.

En la fase de mantenimiento es el momento donde el adicto en recuperación puede sacar más provecho del contenido de las reuniones, porque está mucho más claro de que no es culpable de su enfermedad, pero sí responsable de su recuperación.

Cabe señalar que si bien se reconocen los riesgos potenciales para la salud que entrañan los viajes y el turismo, existe una gran cantidad de medios para reducirlos o eliminarlos. Para ello se requiere, como ya se señaló, un esfuerzo concertado de las autoridades locales y de los viajeros potenciales. La educación sanitaria y la promoción de la salud, así como la higiene ambiental, son fundamentales para generar actitudes y conductas apropiadas. Tanto las autoridades como los viajeros deberán emplear siempre medidas de saneamiento ambiental y prevención médica. Además es responsabilidad de las autoridades municipales la puesta en marcha de campañas de divulgación y de implementación de controles para cuidar la salud, tanto de turistas como de residentes de la ciudad de Mar del Plata y, de ésta forma, tratar de prevenir la propagación de enfermedades.

Por último, puede afirmarse también, que los accidentes de tránsito, durante la temporada de verano, son un reto para la salud pública, ya que afectan al individuo, la familia, la comunidad y al sector sanitario. Además, un dato significativo, nueve de cada diez accidentes pueden prevenirse. En esa época del año se incrementan las atenciones hospitalarias por los accidentes viales en un 25%, pico que se alcanza en los días de recambio turístico. La atención médica se encuentra garantizada a través de nuestros dos hospitales interzonales, los cuales permanecen abiertos las 24 horas con guardias médicas en las áreas de urgencias.

Durante la temporada estival se ofrecen más consultas, curaciones y aplicaciones de yeso por fracturas por causa de accidentes, y se considera que podrían incrementarse si la comunidad y los turistas no toman las medidas necesarias para evitarlo. Algunas de ellas son utilizar el cinturón de seguridad, respetar las leyes de tránsito, no manejar con influjo de alcohol y no hablar por celular mientras conducen. Algunos de los agravantes son el cansancio y el exceso de velocidad. Dentro del casco urbano también se debe conducir con responsabilidad, ya que el congestionamiento en los principales puntos de la ciudad puede provocar accidentes viales.

Por lo tanto, se recomienda a los automovilistas, respetar los señalamientos y conservar la calma para que puedan llegar a su destino sanos y seguros.

6. CONCLUSIÓN

Del presente trabajo monográfico se puede concluir cómo influye el turismo en el sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata. Estudiando y analizando el desarrollo de las relaciones halladas entre los conceptos de turismo y salud, planteadas en el punto anterior, se desprenden las siguientes cuestiones.

En la sociedad contemporánea, el principal objetivo del turismo y factor de demanda del mismo, es regenerar el bienestar de la salud por medio de una vida física activa, acoplada al relajamiento mental. Las vacaciones y las escapadas de fin de semana, son momentos idóneos para dedicarse el tiempo a uno mismo a nivel físico, emocional y mental. Se consideran como una alternativa al estrés, una de las enfermedades más frecuentes de la civilización actual.

Las condiciones de salud pública en las áreas de destino tienen un importante papel en la calidad del producto turístico y la experiencia. El turista como cualquier otro viajero que cruza una frontera, ya sea interna, nacional o internacional, tiene el deber de ajustarse a las formalidades de salud vigentes del lugar, pero, al mismo tiempo, espera ser protegido contra riesgos durante su estadía. Su salud en el destino turístico debe ser cubierta por las entidades sanitarias con alta calidad, contribuyendo de ésta forma a elevar los niveles de satisfacción del visitante. Ellos vienen a Mar del Plata a descansar, y a dar rienda suelta a sus expectativas en un clima diferente disfrutando de las comodidades que se le brindan; que no es lo único que les importa, también deben sentir que su salud y bienestar se encuentran altamente protegidos.

Las enfermedades pueden contraerse y transferirse a otros destinos o llevarse al lugar de residencia permanente. Esto se explica por los períodos vacacionales cada vez más cortos y el lapso de incubación de los parásitos o virus. Además, los condicionantes de las patologías a las cuales se hizo referencia, se manifiestan en forma florida en la ciudad de Mar del Plata, debido a dos importantes y distintas causas: el movimiento turístico que se produce en las distintas temporadas con la llegada de individuos de otras regiones, cuyo estado inmunitario es disímil y la condición de litoralidad de nuestra ciudad.

El principal objetivo del desarrollo del turismo en la ciudad, se debe a la importancia que el mismo cobra para la supervivencia y el crecimiento económico de esta. La actividad turística no sólo impacta al propio sector económico, sino que además influye fuertemente en los resultados de otros sectores, entre ellos el sanitario, en un aumento de la calidad de vida de nuestros habitantes y de quienes nos visitan.

Por lo tanto, en función a éstas cuestiones, puede concluirse que el turismo puede contribuir al mantenimiento y mejoramiento de las facilidades de salud pública en Mar del Plata, pues proporciona fuentes adicionales de ingresos que pueden ser invertidas en su mejoramiento; sin embargo, también induce a la contaminación, que puede ser origen de muchas enfermedades.

Así, paradójicamente, el turismo puede ayudar al mejoramiento de la salud pública en la ciudad y, al mismo tiempo, conducir al deterioro de los estándares de salud en la misma.

7. PROPUESTA

Frente al escenario expuesto, a lo largo del presente trabajo monográfico, acerca de la actividad turística y el sector sanitario en Mar del Plata (reflejado a través de los datos relevados y las distintas opiniones de los actores que forman parte de ambos campos) se propondrán, en este apartado, las medidas necesarias para que tanto el turismo como el sistema de salud de la ciudad puedan desarrollarse de forma cada vez más integrada y ordenada.

Para el mejor aprovechamiento de los Centros de Atención Primaria dependientes de nuestro municipio y los hospitales de Zona Sanitaria VIII de nuestra ciudad, se propone buscar el consenso de políticas sanitarias entre las autoridades municipales y provinciales.

En las cabinas de peaje de las rutas de acceso a nuestra ciudad, entregar folletería con información detallada de los Centros de Salud en Mar del Plata (ubicación, días, horarios y tipo de atención que se brinda en cada uno de ellos) y frases como: *“Mientras usted disfruta de nuestra ciudad, nosotros nos ocupamos de su salud”*. Desde nuestra ciudad, complementar la propuesta a través de medios de difusión televisivos y radiales. Asimismo, capacitar al personal municipal que se desempeña en el ordenamiento del tránsito, para que pueda brindar la información sanitaria necesaria que le soliciten tanto el residente como el turista.

En puestos sanitarios de la ciudad (ubicados en los puntos de mayor concentración turística) designar profesionales, con horario extendido, durante la época estival, fines de semana largos y también en eventos turísticos ocasionales de riesgo que convocan importante número de personas, por ejemplo: recitales y competencias automovilísticas, entre otras.

Por último, el gran reto, por la inversión que requiere, sería la creación de un Hospital Municipal de baja y mediana complejidad, que serviría de enlace entre las salas municipales de atención primaria y nuestros hospitales de alta complejidad (Hospital Interzonal Regional Especializado Materno-Infantil Victorio Tetamanti y el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende), para evitar a través de aquel, el colapso de éstos últimos en temporada alta.

8. ANEXOS

8.1 Historia de la evolución de la salud entre 1921 y 1971

Los primeros establecimientos de este tipo surgieron por el año 1921, y fueron destinados a las capas altas de la población. Uno de los pioneros fue el “Sanatorio Mar del Plata” ubicado en la calle La Rioja 1841, el cual contaba con una “Sección Mutualismo”.³⁴ El Sanatorio Mar del Plata, en sus comienzos se habilitaba solamente en verano. Posteriormente, se trasladó a las calles Independencia y 3 de Febrero, donde en un principio también trabajaba sólo en temporada estival, pero luego incrementó sus actividades funcionando todo el año. Este cuidaba minuciosamente los detalles de hotelería de acuerdo con el nivel de su clientela: vajilla de plata, sábanas de hilo y enfermeras traídas de Buenos Aires (seleccionadas de los mejores sanatorios que les cedían en verano, ya que estos profesionales eran sus más importantes clientes).

Desde comienzos de los años 1930-1932, el incremento de la demanda ya no podía ser satisfecho efectivamente por las instituciones sanitarias del Partido. Por este motivo, a partir de la década del 1940/50, se desarrollaron instituciones privadas muy importantes que contribuyeron a solucionar los problemas de atención e internación de enfermos, que ya no podían ser absorbidos por los nosocomios existentes. Entre ellas se encuentra la “Clínica Pueyrredón”. Uno de sus fundadores fue el Dr. Nicolás Trivisono y, junto con la institución fundada por el Dr. Solla en la calle La Rioja (Sanatorio Mar del Plata), constituyeron los primeros sanatorios permanentes de la ciudad.

El desarrollo de la Clínica Pueyrredón comienza en el año 1944 cuando un grupo de profesionales, entre los cuales se encontraban los Dres. Carlos Bagnati, Alfredo Elgue, Emilio Ratero, Girodano Etchegoyen, Marcelo Leyrós y Nicolás Trivisono (mencionado precedentemente), construyen e inauguran una Institución Sanatorial que llaman Clínica Pueyrredón, destinada a clínica, cirugía general y maternidad. En 1952 se incorporan nuevos profesionales formando una Sociedad de Responsabilidad Limitada.

Como todas las clínicas de ese entonces, los profesionales internaban y atendían en forma individual sus propios pacientes, canalizados desde sus consultorios particulares. Esta Sociedad incorpora una nueva modalidad de atención, innovación importante en esa época, mediante un “sistema de abonados”. Con el correr de los años, la Sociedad fue declinando su actividad y ya en 1963 decide su venta.

Nace así Clínica Pueyrredón Sociedad Anónima, como nuevo punto de partida. Un grupo de 40 profesionales, jóvenes entonces que, en homenaje a sus fundadores, resuelven mantener la misma razón social pero con una nueva estructura jurídica. Los impulsa una concepción de atención médica totalmente nueva y de vanguardia. El agrupamiento de profesionales por especialidades, la historia clínica única y obligatoria, la atención de consultorios externos en la clínica en turnos de mañana y tarde y la propia incorporación de un área de Terapia Intensiva; fueron algunas de las premisas iniciales de este pujante grupo profesional. Con el correr de los años y hasta nuestros días, sucesivos directorios han acompañado y trabajado por un crecimiento constante.

³⁴ Diario *La Capital* de Mar del Plata. 11 de agosto de 1921. Pp. 3.

Paulatinamente la Institución fue aumentando su complejidad con la incorporación de nuevas especialidades médicas.

En el plano edilicio, las ampliaciones llevaron su capacidad de internación a 80 camas y los consultorios externos fueron incrementados hasta ascender a 34 modernas unidades. Paralelamente se planteó la necesidad de contar con una sala de Cuidados Intensivos que garantizara una correcta atención de la patología grave y sirviera de base para el desarrollo futuro de la capacidad de internación general. La construcción de un nuevo servicio de Terapia Intensiva bajo las últimas concepciones de arquitectura hospitalaria, con el equipamiento necesario para atender pacientes de gran riesgo clínico, quirúrgico o coronario, Sala de Cuidados Especiales, Sala de Aislamiento y un cuerpo profesional altamente capacitado, fue la respuesta a tal necesidad.

Por otra parte fueron mejoradas las áreas de Internación General procurando dotar de mayor confort a las habitaciones, todas las cuales cuentan con baño privado. Entre ellas se destacan las ubicadas en el segundo piso que ofrecen una atención especial de hotelería: televisor, teléfono, modernos sanitarios y comodidades para acompañantes.

A pesar de que la situación del país no favorece el desarrollo de la actividad sanatorial, la clínica sigue esforzándose por mejorar sus servicios. La construcción de nuevos y modernos quirófanos, salas de parto, consultorios de prácticas ambulatorias, áreas destinadas a Dirección, Administración, Secretaría y Sala de Conferencias, demuestran que su determinación hacia la calidad se mantiene invariable.

Por último, el desarrollo del Departamento de Docencia e Investigación, ha permitido el dictado de Seminarios, Cursos de Formación Profesional; el establecimiento de Internados Rotatorios, y Residencias Médicas. Resulta ser ésta, una clara prueba de la importancia que se le asigna a la formación de Recursos Humanos y a la Excelencia Médica.

En 1945 se inauguró la “Clínica Central” y en 1948 se funda el “Sanatorio Reales”, ubicado en la esquina de las calles Tucumán y Colón. El primer testimonio histórico referido al predio que hoy ocupa la Clínica Colón, nos lleva al año 1889, año en que la Sra. Enriqueta Iñiguez solicitaba en el Municipio “línea y nivel para edificar”. Por testimonios recogidos por el Arq. Roberto Cova, vecino e historiador de la ciudad de Mar del Plata, se sabe que en la esquina de Colón y 20 de Septiembre comenzó a funcionar por aquella época un establecimiento denominado “el Almacén de Agüero”.

A principios del siglo XX, parte de los terrenos que hoy ocupa la Clínica Colón pertenecían a un italiano que había logrado reunir cierta fortuna: el Sr. Luis Curtis. Sus propiedades comprendían: el antiguo Almacén de Agüero de la esquina, una propiedad lindante con ésta, ubicada en Av. Colón, en donde funcionaba un conventillo administrado por la Sra. de Curtis y una casa ubicada en 20 de Septiembre 2175. El 24 de octubre de 1919 estas propiedades fueron vendidas al Sr. Evaristo Fernández.

Años más tarde, precisamente en el año 1924 ya estaba en funcionamiento, en la esquina que antes ocupaba el Almacén de Agüero, un establecimiento denominado “Cantinas Maternales”, obra de un grupo de damas de la alta sociedad marplatense,

destinado a brindar beneficencia a niños y madres de bajos recursos. Una de estas damas era la Sra. Julia Helena Acevedo de Martinez de Hoz.

El 10 de junio de 1938, el Sr. Evaristo Fernández vendió a la Sra. Julia Helena Acevedo de Martinez de Hoz las propiedades que ocupaban las Cantinas Maternales y que antes fueran el Almacén de Agüero y el conventillo. También vendió la casa de 20 de Septiembre 2175, pero conservó el usufructo hasta su muerte, en 1948. La primera asociación de Cantinas Maternales, tuvo asiento en la Capital Federal, en el año 1905. Con su estatuto del 26 de Noviembre de 1929 quedaba constituida oficialmente la “Asociación Cantinas Maternales” en Capital Federal, con el objeto de:

- a) honrar y propagar la lactancia materna; y
- b) establecer en los lugares que lo creyere conveniente, Cantinas o Albergues.

Fue así que en Mar del Plata, el día 22 de febrero de 1944 a las 15 hs., por iniciativa de la Sra. Julia Helena Acevedo de Martinez de Hoz, se reunieron en la casa que por ese entonces se hallaba en la Avenida Colón y 20 de Septiembre, un grupo de 11 damas de la aristocracia lugareña, con el objeto de constituir una asociación a la que denominaron “Cantinas Maternales y Escolares de Mar del Plata”. En esa misma reunión se sancionaron sus estatutos, en los que se manifestaba que el objeto de la asociación era:

- a) Honrar y propagar la lactancia materna reclamada, imperiosamente por la naturaleza y el interés de la madre, el niño y el orden social; y
- b) Establecer en los lugares que creyese conveniente Cantinas o Albergues, destinados a suministrar los alimentos higiénicos y los cuidados médicos necesarios a los niños, mujeres en estado grávido y a las madres durante la crianza. También podrá construir habitaciones para las madres e hijos que se encuentren bajo la protección de la Asociación. Prestar la mayor atención posible al cuidado y asistencia de las madres tuberculosas, estableciendo el tratamiento curativo y profiláctico del niño.

El predio que ocuparon las Cantinas fue comprado a la Asociación Cantinas Maternales de Capital Federal, en cuya reunión de Comisión Directiva, de fecha 2 de Abril de 1945, la Sra. María Teresa Guerrico de Zapiola Acosta, vicepresidente en ejercicio de la presidencia de la Asociación, “*dio cuenta de haber celebrado con la señora presidenta de la Asociación Cantinas Maternales y Escolares de Mar del Plata boleto de compra-venta por el cual se vendió a la referida Asociación la finca de la calle Boulevard Colón y 20 de Septiembre*”. La venta comprendía 5 lotes de terreno que sumaban 1499 m² y 912 cm.

Así se formalizaba el funcionamiento de las Cantinas Maternales en lo que hoy es la Clínica Colón. En ellas, se alimentaba a una elevada cantidad de niños de hogares modestos, y tanto las madres solteras como aquellas que debían salir a trabajar, encontraban un lugar que les brindaba alimentos y cuidados sanitarios. Las Cantinas Maternales funcionaban también como lactarios, donde las “amas de leche” o nodrizas voluntarias amamantaban a los bebés que eran dejados a su cuidado durante el horario en que las madres debían trabajar.

Una de sus fundadoras y presidenta de la Asociación, la Sra. Julia Helena Acevedo de Martínez de Hoz, donó entonces una escultura en mármol blanco, titulada “Madre”, obra del escultor argentino Pedro Zonza Briano. En la escultura, que fue esculpida en 1917, hoy presente en las instalaciones de la Clínica Colón, puede leerse la siguiente dedicatoria:

“A la cristianísima señora Doña Julia Helena Acevedo de Martinez de Hoz, fundadora de las Cantinas Maternales, fruto humanitario de inteligencia y exquisita ternura, en prueba de simpatía y admiración dedica este recuerdo el autor”. Pedro Zonza Briano, 1917.

Entre tanto, Mar del Plata crecía y se disponía a recibir varios miles de turistas por temporada. Los vaivenes políticos y económicos de la época, darían a la burguesía la posibilidad de acceder al lujoso balneario. En 1938 se inauguró la Ruta 2. Los turistas podían viajar en sus automóviles o en económicos ómnibus que competían con el ferrocarril. En ese mismo año se completó el complejo de Playa Grande y poco después se demolió la rambla Bristol para dar lugar al Casino y al Hotel Provincial. El número de turistas seguía creciendo y con ellos la ciudad. Aparecieron clubes, cines y teatros y muchos de los viejos palacios fueron transformados en hoteles o pensiones.

En 1945 llegó el General Juan Domingo Perón al poder. En septiembre del año 1946, la Sociedad de Beneficencia fue intervenida por el gobierno de Perón y en su lugar se inició la obra de la Fundación Eva Perón. Las Cantinas Maternales iban a dejar de funcionar. Fue entonces cuando un grupo de 7 reconocidas parteras marplatenses se nuclearon para crear un establecimiento donde desarrollar de manera independiente sus actividades. Eran ellas: Olga Musciarelli de Marcón, Juana Maronna de Alvaro, Esther Darritchon de Pierini, Josefa Samatan de Messera, Delfina Fruttero de Ahrtz, Elvira Elsa Frutero, y Cecilia Marcón de Frutero.

Por intermedio de la Sra. de Messera, amiga personal de la Sra. Acevedo de Martínez de Hoz, se logró la venta del predio que ocuparan las Cantinas Maternales a este grupo de obstétricas. Ellas, junto al Dr. Felipe Serebrinsky (ginecólogo) y el Dr. Alfredo Elena (ginecólogo y cirujano), se constituyeron en sociedad y comenzaron a trabajar para que el 17 de noviembre de 1948 comenzara a funcionar de manera oficial el entonces Sanatorio y Maternidad Colón S.R.L., “con el objeto de explotar una clínica para maternidad y cirugía de mujeres”. Fueron aquellas épocas llenas de proyectos y trabajo entusiasta.

Las obstétricas fundadoras del Sanatorio Colón, mujeres activas y emprendedoras, solían reunirse en la casa de la Sra. de Frutero para confeccionar ellas mismas las cortinas, barbijos y guardapolvos para los médicos de su sanatorio. Más adelante, se sumaría otra obstétrica, la Sra. Derna Scenna. Poco a poco, con el deseo de ampliar su tarea, se fueron incorporando nuevas especialidades, como pediatría, a través de los Dres. Osiris Moya Cevallos y Rubén Darío César, y traumatología, con los Dres. Goycoa y Cusan.

En el año 1952 ingresó al Sanatorio el Dr. Jorge Albina, quien era cirujano. Poco tiempo después se produjo el fallecimiento del Dr. Elena y el retiro del Dr. Serebrinsky.

Posteriormente, en 1955, se incorporaron a la sociedad los obstetras Miguel Zárate y Eliseo Tisnes, el bioquímico Jorge Carranza Mosquera, el anestesiólogo Ángel López y el Dr. Manuel Elkin.

El plantel profesional continuó creciendo. Hacia el año 1964 las obstétricas poseedoras de las acciones originales comenzaron a vender una parte de ellas a un nuevo grupo de médicos. El desarrollo del centro asistencial era evidente, y acompañaba al crecimiento de la ciudad, de manera que paulatinamente fue transformando su estructura inicial en otra más compleja, tendiente a adquirir características sanatoriales mucho más amplias. Esto llevó a una reorganización estructural de la sociedad.

Integrada por 5 obstétricas y 40 médicos, el día 29 de febrero de 1968 quedaba constituida la sociedad denominada: “Colón Sociedad Anónima Asistencial”, con el objeto de realizar las siguientes actividades:

- ✓ atención y asistencia de pacientes de enfermedades en todas las especialidades sin ninguna limitación; e
- ✓ instalación de Clínicas, Sanatorios e Institutos de Diagnóstico de Asistencia Médica Integral, quirúrgica, obstétrica, odontológica y de Institutos o Laboratorios de Estudio e Investigación Científica relativa al arte de curar.

Fue así como un grupo de jóvenes médicos, la mayoría de ellos de no más de 30 años de edad, sin demasiada trayectoria y con carteras de pacientes aún en formación, pero unidos por un profundo “affectis societatis” y una auténtica vocación desarrollista, se dieron a implementar una política de crecimiento basada en el mutuo apoyo y con la meta de trasladar poco a poco sus consultorios (periféricos en su mayoría) a este único centro de atención médica integral. Por lo tanto, este grupo de facultativos continuó uno de los emprendimientos asistenciales más significativos para nuestra ciudad.

Mar del Plata, al mismo tiempo, atravesaba grandes cambios. Al turismo masivo se le sumaron varias industrias: a la pesca, que había venido creciendo desde la obra del puerto, se le sumó la construcción y nació también una fuerte industria textil. La población aumentó en forma casi explosiva llegando a superar el medio millón de habitantes hacia los años 70, ya que mucha gente de la capital y de las ciudades vecinas resolvió radicarse en Mar del Plata en busca de trabajo.

Adaptándose a las necesidades que iban surgiendo con el crecimiento de la ciudad y de la misma institución, en 1970 la clínica disponía de 50 camas para internación. En 1972 instaló su Servicio de Terapia Intensiva. Paralelamente, el nosocomio desarrollaba una nutrida actividad científica a través de la creación del Comité de Tumores. Luego fue necesario adquirir el lote de terreno aledaño cuyo frente se halla sobre la Av. Colón y su fondo sobre la calle Bolívar. Dada la capacidad del predio, se lo aprovechó en parte para instalar consultorios externos en su planta baja, que abarcaban todas las especialidades. Esto ocurrió el 24 de febrero de 1974. Posteriormente, en 1976, la construcción de un primer piso permitió la habilitación de 22 habitaciones para internación.

En 1980 se inauguró la sala de Terapia Intensiva Neonatal. En 1983 se continuó anexando propiedades contiguas y el 24 de mayo de 1985 se inauguraba el segundo piso de internación, que con los sectores de Maternidad, Neonatología y Unidad de Terapia Infantil, añadía 37 camas más a las ya existentes, alcanzando así las 100 camas de internación.

Muchas personas, cada una en su función, cumplieron misiones importantes. Testigos de todo este progreso han sido las parteras fundadoras y un valioso personal que año tras año, con sus aportes de afecto, sacrificios y servicios a la clínica, influyeron en el desarrollo de lo que alguna vez fue una quimera. Siempre con perspectivas de crecer, los servicios centrales se adecuaban y reacondicionaban permanentemente.

En junio de 1991 se realizó la primera cirugía videolaparoscópica de la ciudad. En noviembre de ese mismo año la clínica organizaba uno de los primeros cursos de cirugía laparoscópica con transmisión en vivo a nivel nacional, con la presencia del Dr. Sepúlveda Ruiz de nacionalidad chilena. En 1996 comenzaba a funcionar en forma organizada y continuada el Departamento de Docencia e Investigación con un espacio propio, biblioteca y profesional universitario a cargo.

En 1999 el Servicio de Cirugía incorpora a su plan de formación continua de posgrado el Fellowship de Cirugía Laparoscópica. También se realizó el traslado a su sede central de las áreas de Tomografía Computarizada y Ecografía, que funcionaban fuera del complejo. Por último, se instaló en el año 2000 un equipo abierto para Resonancia Magnética Nuclear, único en la región.

El día 6 de enero de 1954 abrió sus puertas a la comunidad marplatense otra de las instituciones sanitarias de la ciudad: la Clínica 25 de Mayo. Un prestigioso equipo de profesionales, con una férrea vocación de servicio, dispuso el más moderno equipamiento para la época con la finalidad de brindar el servicio que una ciudad pujante como Mar del Plata merecía.

A lo largo de los años la actividad de expansión no cesó y en 1966 se crea la Unidad de Terapia Intensiva, siendo la primera, en una institución de tipo privada, del interior de la provincia de Buenos Aires. En el año 1970 se inicia la primera gran ampliación edilicia de la clínica, aumentando casi el doble de su superficie cubierta. La habilitación de más habitaciones destinadas a internación (muchas de ellas privada), la ampliación de las áreas de quirófanos, consultorios y servicios centrales, reflejaban el crecimiento de la clínica.

Ya en la última mitad de la década del '80 se concreta otra ampliación que propiciará, a partir del año 1990, la ampliación y mejoramiento edilicio de los servicios ya existentes de la Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Unidad de Hemodiálisis, Áreas de Consultorios Externos, Servicio de Odontología y la incorporación de nuevos servicios: Hemodinámica, Tomografía Computada, Medicina Nuclear, Ecodoppler y Cirugía Cardíaca.

En los últimos años, la institución ha ampliado sus metas a través de la especialización de posgrado de profesionales, mediante la implementación del sistema

de Residencias Médicas. Se trata de un sistema que mediante la Docencia e Investigación permite y garantiza la actualización constante de los avances científicos y tecnológicos en medicina, con beneficios en el diagnóstico y tratamiento para el paciente.

El Hospital Privado de Comunidad, última de las instituciones de salud a describir en la presente monografía de graduación, abrió sus puertas el 30 de mayo de 1971. Desde entonces ha tenido un firme desarrollo sustentado en un modelo de organización y gestión moderno y dinámico, operado por un equipo humano de elevada formación profesional y fuerte identificación institucional, que poco ha cambiado desde entonces. Los primeros 4000 m² edificados con los que se inició, son hoy 23000 m² que albergan una gran variedad de servicios médicos asistenciales, de diagnóstico y tratamiento, y numerosas áreas de apoyo de carácter técnico, administrativo y de mantenimiento.

Para entender la organización actual del Hospital Privado de Comunidad, se hace referencia a la forma en que nació este emprendimiento que se inspiró en la Ley de Reforma Hospitalaria,³⁵ que se puso en marcha en el Hospital Regional de la ciudad (Planta Piloto N° 1), que funcionó durante 1000 días entre los años 1961 y 1964. Esa experiencia se inició en la Provincia de Buenos Aires durante el gobierno del Dr. Oscar Alende, cuando Arturo Frondizi era el Presidente de la República.

El fracaso no se debió a sus aspectos asistenciales, porque en ese sentido el Hospital Regional tuvo mucho éxito y precisamente eso fue lo que movilizó a los que destruyeron por ver amenazados sus intereses personales y no, por cierto, los de la sociedad. No fue la población marplatense la que hizo cerrar ese hospital. Por el contrario, fue la aceptación que tuvo su modalidad de atención la que impulsó al grupo médico y a la comunidad, a través de algunos de sus integrantes más representativos, generosos y entusiastas, para empezar a trabajar y poner en marcha el proceso por el cual se creó la Fundación Médica de Mar del Plata, que fue el primer paso para el desarrollo del Hospital Privado de Comunidad.

Hay que recordar, también, que en ese tiempo, se habían repatriado o incorporado al gobierno o a la Universidad de Buenos Aires, muchos hombres que habían aprendido a apreciar cosas que no se aplicaban en la medicina de nuestro país. El “full time” con dedicación exclusiva o al menos con horario prolongado en el hospital, las residencias médicas (no sólo como el mejor método para la capacitación en el posgrado, sino también como mejora de la calidad de asistencia), la historia clínica única, la medicina en equipo en la que el enfermo no “pertenece” a un médico, la necesidad de fomentar la docencia para mejorar la calidad de la asistencia y, en el mismo sentido, la de tratar de inculcar el espíritu científico en el ámbito de la medicina mediante el estímulo de la investigación clínica. Asimismo, la enorme importancia que tenía jerarquizar la enfermería, las reuniones grupales para la presentación y discusión de casos, los ateneos, el funcionamiento de comités de historias clínicas, de tumores, de auditoria, de infecciones hospitalarias, de farmacia, de ética, etc. y, sobre todo, la idea de un hospital para todo el mundo y no sólo para los pobres.

³⁵ Ley N° 6462, sancionada por el Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires el 27 de Diciembre de 1960.

Todo lo mencionado precedentemente y muchas otras que habían caracterizado el sistema del Hospital de Reforma, se fueron incorporando en la nueva organización, algunas desde el comienzo, otras sobre la marcha, con idas y venidas, mediante prueba y error, pero con la diferencia esencial con respecto al liquidado Hospital Regional, que en vez de ser una repartición pública era privada, lo que la hacía menos dependiente de los fondos del Estado y de los vaivenes políticos. Tan es así que aquel hospital murió en el primer cambio de gobierno y, para peor, democrático. Lo hicieron los Radicales Intransigentes y lo deshicieron los Radicales del Pueblo.

La estructura organizacional del Hospital, está basada en tres entidades fundamentales: La Fundación Médica de Mar del Plata, el Hospital y la Medicina Integrada Sociedad Civil. La primera es la dueña del hospital, de su equipamiento y de los bienes muebles e inmuebles que constituyen el patrimonio institucional. Determina la política y marca el rumbo a seguir a través de diferentes programas de asistencia.

Es una entidad sin fines de lucro, como toda fundación. Es el ente recaudador de los fondos que se obtienen mediante contratos con el PAMI y las obras sociales; diseña y vende los diferentes planes de salud propios de la institución, realiza convenios de atención con otras instituciones de medicina pre-paga y distribuye cupos de pacientes jubilados a médicos descentralizados para la atención del primer nivel. Estos médicos no pertenecen a la sociedad civil de los profesionales “full time” con dedicación exclusiva. Se agrupan en consultorios externos en 5 zonas de la ciudad. Esos consultorios les pertenecen a ellos y no a la Fundación Médica.³⁶ Durante el año 1996, atendieron aproximadamente el 80% de los pacientes del primer nivel de PAMI y 102.796 consultas. Además, nombra al Director del Hospital, al Jefe del Departamento Médico, al Jefe del Departamento de Docencia e Investigación y, recientemente, ha creado el cargo de Jefe del Departamento de Atención Primaria. El Estatuto de la Fundación establece que de cesar en su actividad sus bienes pasarían a la Escuela Nacional de Salud Pública.

La Fundación, a través del Departamento de Docencia e Investigación, otorga becas de capacitación para 133 residentes que incluyen algunas becas de perfeccionamiento en especialidades para la post-residencia y, en menor medida, también otorga becas para profesionales de planta en relación con proyectos asistenciales que desea desarrollar.

Está conducida por un Consejo de Administración integrado por un Presidente y un Vice-presidente (ambos médicos), 3 Vocales también médicos, y 3 Vocales y un Secretario no médicos. Estas autoridades son elegidas en la asamblea anual. Los auditores son dos Contadores Públicos Nacionales que, a su vez, son docentes de la carrera Licenciatura en Economía, en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no forman parte del Consejo de Administración.

³⁶ Es por ello, que la atención primaria de pacientes en esos consultorios externos es uno de los aspectos que, en la actualidad, más preocupa a la Fundación. Se procura evitar la aparición de cierto desdén por las enfermedades comunes y, por consiguiente, el descuido consciente o inconsciente de la calidad de su atención.

La segunda entidad, el hospital mismo, tiene actualmente una superficie cubierta de 23000 m² con entradas por las calles Córdoba y su paralela San Luis, lo cual da cierta idea de su dimensión. Sus autoridades principales son el Director, el Jefe del Departamento Médico (asistido por un Secretario Técnico) y Comités Técnicos integrados por los Jefes de Departamento, Jefes de División, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación y representantes de la Asociación de los Médicos.

El Hospital Privado de Comunidad, funciona en un edificio principal y otros cercanos que ocupan buena parte de tres manzanas contiguas. Da cobertura a más del 20% de la población local, es decir, a más de 100000 personas. La cobertura abarca los tres niveles de atención de un hospital general de agudos, con algunos agregados, como un servicio de medicina preventiva y otro de atención de ancianos que incluye algunos aspectos de rehabilitación y asistencia familiar de pacientes con ciertas enfermedades discapacitantes crónicas, tales como Alzheimer ó hemiplejías, entre otras.

Tiene a su cargo la atención de 61000 personas del PAMI, más 27000 de planes de salud propios. El resto corresponde a obras sociales y, en menor proporción, a pacientes privados. Esa constituye la población hospitalaria permanente a la que se agregan, durante la temporada, los jubilados en tránsito y los afiliados a otras instituciones de medicina prepaga que tienen convenio con la Fundación. Esto obliga a hacer algunos ajustes para adecuarse al aumento de la demanda en el verano.

La modalidad de pago de la atención es por capitación en aproximadamente el 80%. Se cobran por prestación las prácticas no nomencladas, prácticas a pacientes privados o de otras pre-pagas, y las que no están específicamente cubiertas por los diferentes tipos de planes. Tiene unas 220 camas de internación con 20 habitaciones de una cama, con acompañante. Del resto, la gran mayoría son de 2 camas. Hay 10 de 3 camas y en las 220 camas mencionadas están incluidas las de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Terapia Intermedia para post-operatorios inmediatos y Neonatología.

Se desarrollan la mayoría de las especialidades médicas con 145 profesionales de planta que tienen dedicación exclusiva y tiempo completo en casi todos los casos. Cuenta con servicios centrales de análisis clínicos y laboratorio de patología, dotados de equipos modernos con los que se realizan estudios de mediana a alta complejidad. Es una de las pocas entidades privadas, y para el caso también públicas del país, en la que se realizan autopsias que brindan enseñanza y sirven, también, como control de calidad. Hay un Centro de Cómputos con pantallas en los servicios centrales, las unidades de internación, el archivo central de historias clínicas y los consultorios descentralizados, de modo que el resultado de los análisis y biopsias puede ser consultado en cualquier terminal. Esto disminuyó mucho las llamadas telefónicas y el constante ir y venir de los residentes por los laboratorios en busca de resultados, lo cual hacía perder mucho tiempo a todo el personal interno. El archivo almacena más de 357000 historias clínicas con sus respectivas radiografías y moviliza diariamente más de 3000 que se trasladan dentro del hospital y salen a los consultorios descentralizados. Este nuevo “Centro de Cómputos” hace sumamente ágil y eficiente el trabajo diario.

Gracias a que los diagnósticos están codificados, a que gran parte de la población es cautiva, y a que existe un servicio social eficiente, los enfermos se pierden poco del

seguimiento y se pueden hacer análisis retrospectivos los cuales son invaluable para potenciar la propia experiencia, calcular costos y posibilitar la investigación clínica, cuya producción y calidad mejora poco a poco.

El hospital dispone, en la planta principal, de un servicio de emergencia atendido por médicos asignados en forma fija al mismo y de 80 consultorios externos para consultas que, en su mayor parte, son para especialistas y en menor medida para consultas programadas o de demanda espontánea, atendidas por clínicos generales. Se completa la atención ambulatoria con los 5 grupos de consultorios externos atendidos por médicos descentralizados, que como ya se mencionó precedentemente, no pertenecen a la Fundación, más dos que sí pertenecen, uno de ellos para enfermedades crónicas y prácticas de rehabilitación, y otro para el grupo de ensayo de medicina familiar con consultorios externos descentralizados, médicos de dedicación exclusiva y residentes, que concurren a los domicilios y atienden a 10000 personas capitadas.

La disponibilidad de camas está incrementada por la existencia de un servicio de internación domiciliaria de pacientes crónicos con médicos, enfermeras, auxiliares y asistentes sociales, con capacidad operativa para 380 camas y de 1500 pacientes crónicos que requieren prestaciones domiciliarias, aisladas a demanda. Una experiencia relativamente nueva que lleva dos años de funcionamiento es la de atención domiciliaria diferenciada con capacidad operativa para 20 camas, en la que cada paciente es visto diariamente de acuerdo a las necesidades. Lo integran tres médicos generalistas de dedicación exclusiva, tres enfermeras y una secretaria administrativa, con telefonía celular, movilidad, instrumental, etc. Atiende pacientes seleccionados, aptos para esa modalidad y permite altas, relativamente precoces, de pacientes agudos.

En cuanto a los sueldos, el personal no profesional los percibe de fondos que surgen de la parte que el hospital recauda por la proporción que le corresponde, de acuerdo al Nomenclador Nacional (gastos sanatoriales), y la Fundación cubre los faltantes que pudieran existir. La relación contractual del cuerpo profesional con la Fundación Médica de Mar del Plata, se establece a través de una Sociedad Civil con personería jurídica llamada “Medicina Integrada”. Ésta agrupa a los 145 profesionales de planta que incluyen a nueve bioquímicos; el resto son médicos y, excepto dos, los demás trabajan en un régimen de dedicación exclusiva por el que no perciben un sueldo sino honorarios que varían de acuerdo a los ingresos globales.

Con Medicina Integrada, la Fundación contrata la provisión de los servicios del segundo nivel, la docencia y algunos otros programas. El cumplimiento de la relación contractual de los aspectos profesionales se establece a través del Director y del Jefe del Departamento Médico, de quién, a su vez, dependen los Coordinadores o Jefes de cada servicio.

Medicina Integrada transfiere a un fondo común la totalidad de los honorarios profesionales que recibe de la Fundación por pacientes capitados (aproximadamente el 80% de la población) de acuerdo al contrato que mantiene con ella. A su vez, lo recaudado en las cajas del hospital, por consultas o tratamientos diversos, pasa al fondo común, de acuerdo a las proporciones establecidas por el Nomenclador Nacional en concepto de honorarios médicos. La Fundación debita los costos de algunas

prestaciones que la sociedad civil de los médicos no provee, como ser el de los profesionales descentralizados; el de los que integran el proyecto de medicina familiar que está poniendo a prueba, al igual que el de internación domiciliaria diferenciada; y los rechazos conformados, entre otros. Hechos estos débitos, el resto pasa a la sociedad de los profesionales que lo reparte en su totalidad, previa deducción de los gastos administrativos que son pequeños, una reserva para imprevistos y el pago de las retenciones obligatorias correspondientes a los impuestos que gravan individualmente la actividad profesional.

Los profesionales perciben sus honorarios de acuerdo a un básico que, como ya se mencionó, es igual para todos, más incrementos por antigüedad profesional (hasta 15 años), antigüedad hospitalaria (también hasta 15 años), guardias activas o pasivas (variable según los servicios), y un 28% se reparte de acuerdo a la calificación por rendimiento que cada uno obtiene mensualmente y que no significa rendimiento económico, sino a un puntaje otorgado por un comité de calificación constituido por el Jefe del Departamento Médico, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación, Jefes de División, dos representantes de Medicina Integrada y el Jefe o Coordinador del Servicio del Profesional que se está calificando. Hay derecho de apelación.

El comité se reúne anualmente y toma en cuenta, entre otras cosas, la disponibilidad, la calidad, el compromiso con los pacientes y con la institución, la actitud docente, la producción académica, lo que el médico es requerido por los pacientes y por sus colegas, siguiendo un esquema que intenta ser lo más objetivo y uniforme posible.

Los ingresos profesionales se complementan mediante un seguro médico extendido al grupo familiar, ausencia de lucro cesante por vacaciones y por enfermedad, licencias por capacitación hasta 10 días para poder asistir a congresos y, también, por lo que significa desentenderse de muchas necesidades administrativas.

Antes de finalizar, se hará un breve comentario acerca del Departamento de Docencia e investigación. De éste dependen, actualmente, 133 residentes y diversos Programas de Capacitación Médica Continua mediante conferencias, ateneos, seminarios, promoción de proyectos de investigación clínica, etc. También de él depende la Escuela de Enfermería.

La Biblioteca posee buenos libros y 92 suscripciones a revistas de las diferentes especialidades. Tiene acceso a diversas bases de datos y servicio de consulta bibliográfica como el de Internet. Colabora y asesora a quienes proponen proyectos de trabajos, organiza o auspicia jornadas, cursos y demás actividades académicas. Asesora y supervisa los diferentes trabajos que salen del hospital cuando sus autores lo requieren. Es decir, organiza la actividad académica y, al mismo tiempo, supervisa, atiende y coordina las necesidades de los programas de residentes, la Escuela de Enfermería, y las relaciones con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con la que la Fundación ha suscripto un convenio que habilita al hospital para un internado rotatorio de pre-grado. Si bien existe el convenio, todavía no ha recibido alumnos rotantes. Se puede ver, de tanto en tanto, que la revista Medicina (Buenos Aires) y también revistas extranjeras, publican trabajos del Hospital Privado de

Comunidad. Han sido seleccionados dos trabajos por las series Year Book. Esto quiere decir que pese a ser una institución netamente asistencial (el promedio de 4.3 días promedio de internación lo señala claramente), sin una activa vinculación universitaria, ni énfasis prioritario en los aspectos académicos, ni dotada de un cuerpo profesional especialmente formado en temas de investigación, está logrando cierta producción científica aceptable para su publicación en buenas revistas.

Por lo tanto, se puede concluir destacando que en el Hospital Privado de Comunidad se realizan múltiples y complejas actividades que confluyen con el propósito de brindar el mejor servicio para la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Los valores éticos y los principios fundacionales han sido el sustento de la superación científica y tecnológica para dar satisfacción a las necesidades en salud, tanto de la población marplatense como de los turistas, utilizando los últimos adelantos de la ciencia médica, en un marco de creación innovadora.

8.2 Establecimiento de la Organización Mundial de la Salud

Dado el mayor y más rápido movimiento de personas por razones laborales, turísticas y de otra índole, la propagación de enfermedades también creció proporcionalmente, ejemplo de ello fueron las sucesivas apariciones del cólera, enfermedad epidémica que había llegado por primera vez en la historia a los países de Europa Occidental, veinte años antes del primer intento de internacionalizar los problemas de salud pública, exactamente el 23 de julio de 1851, fecha en que se inauguró la Conferencia Sanitaria Internacional de París y que motivó la creación de la OMS.

La internacionalización de la salud pública comenzó, pues, en una época de agitación y contrastes: una prosperidad material sin precedentes corría pareja, gracias a las aplicaciones industriales del vapor, la extensión de los ferrocarriles y el auge de la navegación mecánica (hechos que dieron al comercio internacional un gran impulso), en contraste con un estado de saneamiento poco menos que primitivo en ciudades que no cesaban de crecer y superpoblarse.

El mundo en que pensaban los precursores del movimiento internacional pro salud pública era, ante todo, el mundo europeo, para el cual los pueblos de las Américas eran como parientes lejanos, mientras las demás partes habitadas del globo vivían completamente aisladas de esa nueva era de progreso material, o no tenían con ella otro contacto que el aportado por las potencias europeas colonizadoras.

En la propia Europa los acontecimientos evolucionaban rápidamente y una mera enumeración de los doce gobiernos que participaron en la Conferencia Sanitaria Internacional (Austria, Cerdeña, las dos Sicilias, España, los Estados Pontificios, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Portugal, Rusia, Turquía y Toscana) permite apreciar la importancia de los cambios que habían de ocurrir en las décadas siguientes.

Nuevas ideas vinieron de Europa que, para bien o para mal, habían de influir sobre el futuro de toda la especie humana. Nuevos credos políticos pusieron en tela de juicio los fundamentos de la sociedad de esa época y el naturalista Carlos Darwin

impugnó las ideas de su tiempo sobre el origen del hombre y su lugar en la naturaleza. Otros muchos y profundos cambios se operaron en los conceptos tradicionales de las relaciones humanas. Empezaron a organizarse las masas trabajadoras y una serie de grandes movimientos humanitarios acabaron por imponer la abolición de la esclavitud, la restricción a la trata de mujeres y niños, la reforma de los regímenes penitenciarios y el mejoramiento de la asistencia a los heridos durante las guerras. La enseñanza gratuita y obligatoria y la mecanización de la imprenta empezaron a colmar la brecha que existía entre la clase pobre analfabeta y la clase media instruida. Se organizó la filantropía privada y las misiones médicas extendieron su esfera de acción hasta más allá de las fronteras nacionales. Se promulgaron leyes básicas de ordenación sanitaria para mejorar el saneamiento de las ciudades, reglamentar las condiciones de trabajo en las fábricas e impedir la práctica, muy extendida, de adulterar los alimentos. El reconocimiento por los gobiernos de que entre sus responsabilidades figuraba la de ofrecer a sus pueblos la posibilidad de vivir en condiciones higiénicas dio, al fin, un nuevo paso adelante, con la designación de médicos de sanidad remunerados como funcionarios públicos.

Tal era la situación, cuando en 1851 la Conferencia Sanitaria Internacional abrió una nueva era de acción internacional en materia de salud pública. Los descubrimientos fundamentales de fines del siglo XIX, la gran era de la bacteriología médica, forjaron nuevas ramas para la acción nacional e internacional en la esfera de la salud pública y crearon un clima propicio para dar cuerpo a una antigua idea: la fundación de un organismo internacional permanente de salud pública.

En lo sucesivo, el concepto de salud había de ampliarse, y la salud de todos los pueblos se había de considerar según las palabras que más tarde habían de figurar en el texto de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad. Las numerosas cuestiones relacionadas con el establecimiento de un nuevo organismo especializado fueron estudiadas con detenimiento y finalmente, el 22 de julio de 1946, se constituye la Organización Mundial de la Salud.

La primera Asamblea Mundial de la Salud se reunió en el Palais des Nations, Ginebra, el 24 de junio de 1948. En ella se tomaron decisiones acerca de las medidas, tanto de planificación y de política general como de carácter administrativo, que hubieron de tomarse antes de dar comienzo a las actividades y funciones propias de la Organización Mundial de la Salud. Entre las más importantes: la selección del lugar en que habría de instalarse la sede de la organización. Este tema no ofreció mayores dificultades, ya que las respuestas de los Estados Miembros (entonces cincuenta y cinco) a una encuesta realizada para tal fin, indicaban, en efecto, una marcada preferencia por Ginebra. Se aprobó un “Acuerdo de Residencia” concertado con el Consejo Federal de Suiza, por el que se define la situación jurídica de la organización en ese país y se fijan las relaciones entre esta última y las autoridades federales. En el año 1950, se determina la instalación de la Secretaría de la Sede en el Palais des Nations.

Entre los años 1962 y 1966 se construyó el nuevo edificio de la Sede de la OMS, cerca del Palais des Nations, en un terreno cedido por las autoridades ginebrinas. El autor del proyecto fue el arquitecto suizo Sr. Jean Tschumin, ganador del primer premio

del concurso internacional en el que participaron 15 arquitectos de gran renombre, procedentes de 13 países distintos.

Uno de los asuntos más delicados y complejos de la primera Asamblea Mundial de la Salud fue la descentralización de las actividades del nuevo organismo, ya que la creación de organizaciones regionales era fundamental para la buena marcha de la OMS, para satisfacer las necesidades especiales de cada zona. En cada región existe solamente una organización regional. Cada una es parte integrante de la OMS y consta, además, de una Oficina y un Consejo Directivo que actúan como Oficina Regional y Comité Regional de la Organización, respectivamente. La estructuración geográfica regional quedó delimitada de la siguiente manera:

- ⌘ Región de África: formada por los territorios situados en África al Sur del Sahara, con exclusión de Sudán, Etiopía, Somalia Francesa y Somalia, que pertenecen a la Región del Mediterráneo Oriental.
- ⌘ Región de las Américas: comprende la totalidad del Hemisferio Occidental, desde el Círculo Polar Ártico hasta el Cabo de Hornos. Es mejor conocido como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) siendo éste el organismo internacional sanitario más antiguo del mundo.
- ⌘ Región de Asia Sudoriental: en ella se incluyen los países de Afganistán, Birmania, Ceilán, India, Indonesia, Nepal y Tailandia.
- ⌘ Región de Europa: comprende, además de todos los países europeos propiamente dichos, Argelia, Groenlandia, Malta y Marruecos (temporalmente). Turquía fue incluida en 1952 en la Región de Europa, mientras suspendía provisionalmente sus actividades en la Región del Mediterráneo Oriental.
- ⌘ Región del Mediterráneo Oriental: comprende los siguientes países: Irán, Irak, Pakistán, Egipto, Siria, el Líbano, Sudán, Etiopía, Somalia Francesa y Somalia.
- ⌘ Región del Pacífico Occidental: se extiende desde Japón al norte hasta Nueva Zelanda al sur.

8.3 Creación de la Organización Panamericana de la Salud

Los países que integran actualmente la Región de las Américas se unieron, a principio del siglo XX, puntualmente en el año 1902, para establecer una Oficina Sanitaria Internacional. La razón que motivó su creación fue la necesidad de una acción conjunta para la lucha contra las enfermedades. En consecuencia el 2 de diciembre de 1902 en la Primera Convención Sanitaria Internacional, celebrada en Washington D.C., se crea la Organización Panamericana de la Salud.

No fue ésta, como las demás organizaciones regionales de la OMS una creación nueva. Se trata, al contrario, de un organismo cuyas actividades en el campo de la salud pública habían empezado cerca de medio siglo antes, constituyéndose así en la primera oficina internacional (con Secretaría propia) para atender los problemas de la salud.

Desde la fecha de su creación hasta el año 1923 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se denominó Oficina Sanitaria Internacional. Al llegar a su madurez en 1923, tomó el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana. Finalmente, en 1958 cambia

a su actual nombre “Organización Panamericana de la Salud”. Ésta representa, hoy en día, a la Organización Regional de la OMS en el Hemisferio Occidental.

Con plena autonomía y sin dejar de conservar su carácter de organización regional, la OPS, amplió su participación en las actividades sanitarias internacionales mediante el acopio de informaciones epidemiológicas y, más tarde, a través de su cooperación extraoficial con la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones. Además, la organización, al crear servicios consultivos para los gobiernos en ésta y otras esferas, inició un método de colaboración sanitaria internacional, que la Organización Mundial de la Salud había de aplicar más tarde en todo el mundo.

En la Región de las Américas, después de varias decisiones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y del Comité Regional de la OMS para las Américas, las actividades en la región se han dividido desde el año 1952 en seis zonas, en virtud tanto de la gran variedad de climas (desde el desierto hasta las selvas tropicales), como de los diversos niveles de desarrollo económico y los recursos disponibles para el fomento de la salud y del bienestar social. Las sedes de las mismas se hallan en las siguientes ciudades:

- ▶ Zona I: Washington
- ▶ Zona II: Ciudad de México
- ▶ Zona III: Ciudad de Guatemala
- ▶ Zona IV: Lima
- ▶ Zona V: Río de Janeiro
- ▶ Zona VI: Buenos Aires

La Organización Panamericana de la Salud de la ciudad sede de Washington D.C., servirá de Oficina Regional de la OMS para las Américas.

8.4 La fundación y el desarrollo del Hospital Interzonal Regional Especializado Materno-Infantil Dr. Victorio Tetamanti

A grandes rasgos, así fue evolucionando en diversos aspectos la situación sanitaria en la ciudad de Mar del Plata. El pequeño poblado formado hacia 1860, alrededor del saladero de Coelho de Meyrelles se transformó en 1874 en el pueblo de Mar del Plata, por fundación de Don Patricio Peralta Ramos. La importancia ganadera y agrícola de la zona aumentó rápidamente y el 26 de septiembre de 1886, se produce un acontecimiento verdaderamente importante: llega el ferrocarril a Mar del Plata. Este hecho junto a la aprobación de la prolongación del ramal ferroviario entre ésta última y Maipú (gestión debida al Gobernador Dardo Rocha) marca el inicio de las actividades veraniegas en la ciudad, además de transformarla en un centro urbano moderno. Todo esto hace que a comienzos del siglo, Mar del Plata se establezca como un importante centro veraniego de la República Argentina, por no decir en la única playa de mar del país.

En marzo de 1881 se desencadenó una grave epidemia de fiebre tifoidea en el disperso caserío del puerto de Mar del Plata. Con apuro, se improvisó un lazareto para atender a los atacados por la grave enfermedad y, a pesar de ello, se registraron algunas

víctimas fatales. Uno de los hombres que más colaboró en esa tarea fue el Dr. Augusto Munktell, quien contó con el apoyo municipal.

Entonces, como ha ocurrido siempre, el problema más crucial tenía relación con la penosa situación de los enfermos carentes de todo recurso económico, que eran la mayoría. Y una epidemia de tales características encontró a la población casi desprotegida. No había salido aún el pueblo del “casarón” cuando surgió, como un imperativo, la necesidad de brindar atención médica a los menos favorecidos. El capital humano representa una suma positiva básica, innegable. Y así es como aparecen entonces mujeres de notables sentimientos decididas y trabajadoras. Dicen ellas: *“hay que hacer algo!”*. Y lo hacen. Fundan sin perder tiempo la “Sociedad de Socorros de los Pobres” y emprenden una humanitaria iniciativa que habría de originar, aunque muy modesto, el primer hospital de Mar del Plata el 15 de agosto de 1891. Rescatemos los nombres de esas señoras: María Barragán de Bouchez, Inés de Adrián Botana, María A. de Lamarri, Rosa F. de Lucchini, Serafina Mosca de Francesconi, Pascuala Mugaburu, Delia Méndez Funes, Rosa Salaber y Camila Francesconi.

Fue alquilada una casita en la esquina de La Rioja y 25 de Mayo, zona norte de aquella ciudad, mirando hacia el sur y teniendo en cuenta los vientos predominantes de ese sector que alejaban el hedor y las bacterias. Allí se inició la atención de enfermos y se formó una comisión protectora bajo la presidencia del Dr. Botana. La casita o el hospital, que lamentablemente fue demolido en el año 1978, tenía una sala para hombres y otra para mujeres. Actualmente allí funciona un restaurante.

Curiosamente, superado el problema de la epidemia un reglamento establece: *“sólo se admitirán personas que padezcan enfermedades comunes no infecciosas. También heridos. Serán rechazados quienes padezcan enfermedades infecciosas y crónicas”*. Y se deja constancia: *“esta casa de socorro se establece con carácter provisorio”*.

Por estas razones no habría de transcurrir mucho más tiempo, cuando el calificado vecino Don Victorio Tetamanti (mayordomo de las estancias de Don Miguel Alfredo Martínez de Hoz) promovió la construcción del hospital Mar del Plata. Se aspiraba a que la asistencia médica alcanzase a todos por igual, en defensa del capital humano, porque la salud y la vida son parte integrante del patrimonio fundamental de la comunidad. Así inició la ciudad de Mar del Plata la cruzada redentora contra las enfermedades.

El 31 de agosto de 1902 se celebró, en el Gran Hotel, la primera reunión popular, por iniciativa de don Victorio Tetamanti, para someter a la aprobación del vecindario el proyecto de fundación y sostenimiento de un hospital bajo la denominación de “Sociedad de Beneficencia Hospital Mar del Plata”. Finalmente, se constituyó la sociedad con 78 socios fundadores, para la cuál cada uno aportaba una cuota mínima de 100 pesos.

Los vecinos pobres y los ricos, los fuertes estancieros de la zona, las empresas comerciales y las Sociedades de Socorros Mutuos, todos contribuyeron en la medida de

sus fuerzas a recolectar fondos y organizar los proyectos preliminares, con emocionante entusiasmo y amor por la obra a realizar.

Por considerarlo de interés y ser un documento poco menos que inédito, se transcribe a continuación el Acta de Fundación del Hospital Mar del Plata. Dice así:

“En el pueblo Mar del Plata, cabeza del partido de General Pueyrredón, jurisdicción de la provincia de Buenos Aires, República Argentina, a los quince días del mes de febrero de mil novecientos tres, siendo presidente de la República el Teniente General Julio Argentino Roca, Gobernador de la Provincia de Buenos Aires el Dr. Marcelino Ugarte y Obispo de la Diócesis Monseñor Juan N. Terreno, hallándose reunidos, con el objeto de procederse a la colocación de la piedra fundamental del Hospital a construirse en este pueblo, en terreno ubicado en la chacra número doscientos setenta y siete (277), compuesto de ochenta y seis (86) metros de frente de igual fondo, donado gratuitamente con ese destino por la Sra. Josefa Fernández de Fonseca Vaz: a) El Directorio de la Sociedad Hospital Mar del Plata, compuesto de los Sres. Victorio Tetamanti, Félix U. Camet, Francisco Beltrami, Arturo Robles, Augusto Huber, Manuel G. Canata, José Deyacobbi, Arturo Alió, Domingo Heguilor, Pedro Carrega, Juan Frontini, Ireneo A. Zubiaurre, Eliseo E. Parada, Juan B. Goñi, Francisco Genero, Juan Héctor Jara, Luis Menvielle, Casimiro Barbier, Gabriel Montañes, Juan Ortholan y Francisco Lucchini; b) La Comisión Auxiliar de Damas, compuesta de las Sras. Julia Elena A. De Martinez de Hoz, Carmen Alvear de Christophersen, Carolina L. de Pellegrini, Javiera R. de Escalante, Angela V. de Alzaga, Matilde L. de Mesquita, Agustina L. de Sansinena, Angiolina A. de Mitre, Delia A. de Ocampo, Elisa Alvear de Bosch, Adela A. de Gramajo, Rosa G. de Saenz Peña, Silvia B. de García, y las Sritas. María Gramajo, Catalina Méndez Frías, Sara Cané y Julieta Sansinena; c) La madrina del acto Sra. Julia Elena Acevedo de Martinez de Hoz y el Dr. Carlos Pellegrini, en representación del padrino su Excelencia Sr. Gobernador de la Provincia, Dr. Marcelino Ugarte; d) La Sra. Condesa de Sena; e) El Sr. Cura Párroco Don Ricardo Perez Cabanelas; f) Las autoridades locales, varias sociedades de diferentes denominaciones y numerosa concurrencia de este y otros puntos de la Provincia y de la Capital Federal expresamente invitadas a esta ceremonia...”

En consecuencia, el escribano Manuel G. Canata leyó, en acto abierto, la escritura pública de donación del expresado terreno, la que fue firmada por la donante y aceptada por el Presidente del Directorio a nombre de la sociedad agraciada.

Acto contínuo, en el hueco de un bloque de piedra de esta ciudad se colocó un tubo de plomo conteniendo un ejemplar de los estatutos de la Sociedad, otro de la presente acta escrita en dos ejemplares en pergamino blanco, sellada y firmada por gran parte de los concurrentes y además algunas medallas conmemorativas y, por último, monedas y diarios de la época actual. Soldado dicho estuche se procedió a colocar sobre la piedra una tapa de mármol y bendecida por el Cura Párroco Don Ricardo Pérez Cabanelas, la madrina y el padrino de la fiesta asentaron la tapa con la primer cucharada de mezcla de cal y arena, procediendo enseguida los operarios a la terminación del trabajo, enterrando la piedra en el mismo terreno en que iba a erigirse el hospital. Con ello se dio por terminada la ceremonia, debiendo destinarse el presente ejemplar para el archivo del hospital, previa trascrición en el Registro de Contratos Públicos a cargo del

Escribano Sr. Canata, quien se ofreció a hacerla gratuitamente. Firmado: Julia Elena A. de Martínez de Hoz, Josefa Fernández de F. Vaz, C. Pellegrini, Carmen Alvear de Christophersen, María Adela A. de Gramajo, Catalina Méndez Frías, Javiera Reto de Escalante, Carolina L. de Pellegrini, Angela V. de Aciaga, Angiolina A. de Mitre, Delia A. de Ocampo, Victorio Tetamanti, José Deyacobbi y Manuel G. Canata.

El Dr. Carlos Pellegrini, pronunció un discurso en representación del Gobernador de la Provincia, Dr. Marcelino Ugarte. Finalmente, cerró el acto el discurso del Presidente de la “Sociedad de Beneficencia Hospital Mar del Plata Don Victorio Tetamanti”, diciendo: “...*en nombre de la Sociedad de Beneficencia inauguro los trabajos de construcción del Hospital Mar del Plata...*”. Hasta aquí el acta de fundación del hospital y la colocación de la piedra básica.³⁷

El 2 de septiembre de 1903 se firmó en la Escribanía del Sr. Canata el contrato respectivo, abriendo de inmediato el Sr. Fontana los cimientos e iniciando la obra con toda celeridad. Fueron los miembros del Directorio de la “Sociedad de Beneficencia Hospital Mar del Plata Don Victorio Tetamanti”, los que vigilaron personalmente el progreso de la misma.

El 8 de noviembre del año 1903, se constituyó el Directorio presidido por Don Victorio Tetamanti. El propósito del Directorio era inaugurar el hospital en febrero de 1908, para organizar sus servicios de la mejor forma, pero debido a la catástrofe del Ferrocarril Sud ocurrida en Vivotatá el 28 de junio de 1907, fue necesario habilitar con urgencia el establecimiento para atender a los numerosos heridos de ese accidente. Finalmente, el nosocomio queda librado al servicio público oficialmente el 8 de febrero de 1908.

El meritorio esfuerzo realizado por el hospital dio lugar a la decisión del Directorio del Ferrocarril Sud de donarle, a fines de 1907, como reconocimiento por la atención a los heridos, en el mencionado accidente ferroviario, un aparato de Rayos “X”. En 1913 el hospital ya contaba con 64 camas. En junio de 1915, entran en el hospital, como personal colaborador, las Hermanas del Huerto, con beneplácito general, por la gran mejoría que se observó en la administración doméstica del establecimiento.

La infatigable labor del Director de la Sociedad y las Comisiones especiales de Señoras que obtienen subvenciones y donaciones de entidades públicas y privadas, y el vecindario, especialmente la colonia veraniega, hacen que el hospital mantenga sus buenos servicios, con poca contribución del erario público. A fines de 1920, se contaba con una sección de Niños y Puericultura.

En 1923 se construyó el pabellón de Maternidad, en un cómodo edificio donado por la Sra. Juana González de Devoto, en memoria de su esposo Bartolomé Devoto, cuyo nombre lleva. A partir de 1929, una nueva congregación de Hermanas de Caridad, la “Santa Catalina de Siena” trabaja y ordena el hospital. En el año 1935, el establecimiento había crecido en movimiento de enfermos: 25000 personas habían

³⁷ Aún es conservada por el hospital el acta de fundación. Lamentablemente, otros documentos fueron destruidos por la intervención de aquel nosocomio en el año 1976.

pasado por sus consultorios externos y 2500 por sus ocho salas de hombres, mujeres y niños. Veinticinco médicos, un bioquímico, dos dentistas y tres parteras completaban el equipo médico del hospital. Estos y otros profesionales que allí trabajaban, fundan en 1941 el Círculo Médico del Hospital Mar del Plata. Posteriormente se transformó en el Círculo Médico de Mar del Plata, con la finalidad de que ingresaran al mismo todos aquellos colegas de la ciudad que no concurrían al hospital y ampliar, de esta forma, su campo de actividades. En el año 1954, el Círculo pasa a denominarse, finalmente, Centro Médico, nombre con el que se lo conoce en la actualidad.

Hacia fines de 1945, el nosocomio había modernizado notablemente sus servicios: equipos modernos de Radiología y Fisioterapia, servicios de Transfusión y Plasmoterapia, de alergia, de Cardiología, una magnífica Sala de Urología y Servicio de Dermatología. En 1958 se anexa al hospital el Pabellón de la calle Alvarado, construido para asistencia del Tuberculoso, instalándose los Consultorios Externos del hospital.

El régimen de gobierno del hospital fue de institución privada dirigida por la Sociedad de Beneficencia y con aportes periódicos de los gobiernos de la nación, la provincia y la municipalidad. Sin embargo, los cambios económicos y las nuevas leyes sociales que comenzaron a imperar en el país desde los años 1944 y 1945, hicieron que la estructuración económica del hospital y del Directorio de la “Sociedad de Beneficencia” se vieran seriamente perturbadas en la necesidad de solicitar al Estado aumentos en los subsidios para el pago del personal. Como producto de ésta situación, en el año 1947, el hospital pasó a depender del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, continuando así hasta hoy.

La intervención por parte de éste último, significó la ruptura de moldes de orden y economía casi familiar con que el establecimiento llevaba su ritmo provinciano; así es que se suprimió el pensionado y todos los enfermos adquirieron el carácter de gratuitos. Sin embargo, en esta etapa, el hospital fue el motor y el canal a través del cual se produjeron las especializaciones y transformaciones de la salud en la ciudad de Mar del Plata. Las nuevas distribuciones internas del personal médico, fruto de concursos y nuevas disposiciones ministeriales, significaron una mejora tanto en lo científico como en la eficiencia y rendimiento de una institución que se volcó de lleno al Servicio Público de la población.

Actualmente funcionan en el Hospital Mar del Plata, que figura entre los mejores de la Provincia de Buenos Aires (con servicios únicos como el de Prematuros, Microanálisis y Radioisótopos), los siguientes servicios: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Obstétrica, Ginecología, Infecciones, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurología, Enfermedades de la Nutrición, Psiquiatría, Hematología, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Cirugía Infantil, Cirugía del Tórax, Anatomía Quirúrgica, Alergología, Anestesiología, Cardiología, Gastroenterología, Laboratorio, Ortopedia y Traumatología, Radiología-Radioterapia, Tuberculosis, Endocrinología y Urología.

Si se tiene en cuenta que como único hospital de la zona ha llegado prácticamente a la saturación de sus servicios, se podrá apreciar como el cuerpo médico lucha con sentido realmente social y patriótico, por elevar la calidad de medicina ofrecida, lucha

por el entusiasmo y limpio afán que da cada día un satisfactorio progreso; pero por otra parte existe el gran problema de la manutención del establecimiento, que agota los presupuestos y funde las partidas de gastos, creando angustiosos problemas.

Y llegamos así a la objetiva realidad del año 1960, ante un establecimiento hospitalario que posee un movimiento tan extraordinario de enfermos, que es clasificado como hospital de primera categoría por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. Alberga en su interior capacidad para 420 internados, atiende todas las especialidades clínicas y quirúrgicas con un movimiento de más de 400 pacientes que desfilan diariamente por sus consultorios externos. El servicio de guardia cumple una importante función en la atención de los internados y en el Servicio de urgencia extra-hospitalario.

Dadas las características de inicio del hospital, mencionadas precedentemente, las dificultades económicas y la adecuación de la calidad y cantidad de servicios hicieron necesario la constitución de un cuerpo formado por destacadas personalidades, constituyéndose así la Asociación Cooperadora del hospital. Ésta presta hasta hoy importante ayuda para el desenvolvimiento del mismo. Contribuye con verdadero amor y sacrificio, a suplir las necesidades materiales, realizando colectas y administrando las donaciones que recibe, habiendo aportado instrumentos, aparatos, medicamentos y ropa, entre otras cosas.

Así, el pequeño “Hospitalito” creció ad-impetum, como creció la ciudad en la vorágine de su carrera, cumpliendo en el quehacer cotidiano, con el *leit motiv* de su existencia...brindar a los que sufren y a los necesitados, el bálsamo supremo de la esperanza, de la salud y de la vida. Recién en el año 1977 el hospital volvió a transformarse, cambiando la orientación de sus prestaciones hacia la atención “Materno-Infantil”, por lo cual su denominación y rango lo convirtieron oficialmente en “Hospital Interzonal Regional Especializado Materno Infantil Victorio Tetamanti”, tal como se lo conoce actualmente.

8.5 La fundación y el desarrollo del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”

8.5.1 El modelo hospitalario peronista: el Hospital Regional de Agudos

El Hospital Regional de Agudos de Mar del Plata, fue creado por el Dr. Ramón Carrillo quién lo concibió para que sirviera a la población carenciada de una amplia región. Estuvo casi terminado a mediados de 1955, pero después del golpe militar se detuvo la obra. La misma se reinició posteriormente durante el Gobierno de Arturo Frondizi (1958-1962).

El denominado Hospital Regional construido durante esa gestión, no fue habilitado por el Gobierno Nacional, quién lo transfirió totalmente equipado al Gobierno de la Provincia de Buenos Aires en el año 1960, y se habilitó para la atención de pacientes en diciembre de 1961. La Secretaría de Estado de la Provincia de Buenos Aires encaró en 1960 la “Reforma Hospitalaria”, tomando el actual Hospital Regional y el Hospital de Gonnet, para que funcionaran de acuerdo a una nueva concepción.

8.5.2 El Hospital de Agudos y la Reforma Hospitalaria

Bajo esta concepción, el Hospital Regional inició sus prestaciones estableciendo un nuevo rol hospitalario y una nueva relación con la comunidad. La Ley Provincial que establecía la Reforma Hospitalaria y la Regionalización Sanitaria se promulgó el 28 de diciembre de 1960, se sancionó el 16 de noviembre de 1961, durante la gestión del Dr. Oscar Alende en el Hospital de Agudos, registrándose con el número 6462. Mediante ella, el Estado podía percibir aportes o retribuciones de la comunidad por la prestación de servicios en los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud Pública de la Nación, haciéndose cargo en cambio, de los gastos que demandara la atención de los pacientes que no estaban en condiciones de financiar la curación.

En cuanto a la financiación de los hospitales, la Reforma contemplaba tres tipos de ingresos: en primer lugar, el sector obrero que se encontraba afiliado a distintas Cajas Mutuales. Éstas serían las que efectuarían convenios con el hospital a través de la Comisión Administradora del Establecimiento. En segundo lugar, contemplaba las “Cajas Mutuales a crearse”, donde el Ministerio resolvió crear el Fondo de Ayuda Médica Asistencial (FAMA), que debía hacerse cargo de los pacientes carentes de recursos. El Fondo estaba administrado por un Director y por un Consejo Administrativo, el cual estaba formado por delegados de instituciones intermedias de la ciudad, así como Sociedades de Fomento, Cooperadoras del viejo Hospital Mar del Plata, delegados del Centro Médico y del Ministerio de Salud Pública, entre otros. Tenía la facultad de captar pequeños grupos, como Sindicatos (que por su número de afiliados carecían de obra social), y adherentes individuales, los cuales pagarían una cuota mensual. En tercer y último término, aparecían los “Aportes de los pacientes económicamente activos”, aquellos que, por su situación socio-económica, estaban en condiciones de pagar por los servicios recibidos.

Era un proyecto de amplias dimensiones sociales, abarcativo de todos los sectores económicos de la ciudad, que pretendía, a través del hospital, pasar del concepto de “Doctor de cabecera” del individuo al de “Hospital de cabecera” de la ciudad. El Hospital de Agudos de Mar del Plata fue la Planta Piloto N° 1 para llevar a cabo esta nueva experiencia, y el Hospital de Gonnet de La Plata fue el N° 2, ya que para la implementación de esta “Reforma” se seleccionaban, de preferencia, establecimientos nuevos o semi-nuevos construidos según las normas modernas del sanitarismo.

El Hospital Regional se ubicó en el edificio que había sido obra de la Fundación de Eva Perón y que por circunstancias políticas, se encontraba abandonado. El mismo fue puesto en funcionamiento recién hacia 1962. La nueva experiencia duró hasta 1964, momento en que se pidió una evaluación del rendimiento de estos nuevos hospitales. Esto es lo que muchos recuerdan como “Los Mil Maravillosos Días del Hospital Regional”.

8.5.3 Los resultados de la reforma en el Hospital Regional

En 1964 se realizó por pedido del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires un informe relacionado con el Hospital de Reforma Hospitalaria Planta Piloto N° 1 de Mar del

Plata. El objetivo era evaluar distintos aspectos de la Planta Piloto correspondiente al “Sistema de Reforma Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires”.

El resultado del informe en sus aspectos administrativos y económicos fue más bien negativo, ya que se acusaban una serie de deficiencias con respecto al funcionamiento de la Junta Directiva (debido a que la misma funcionaba con quórum mínimo), también se registró la falta de Balances, y otras anomalías que, desde la perspectiva del informe, llevaban a las autoridades del hospital a tomar decisiones que no eran acordes con la realidad hospitalaria.

El informe no contemplaba el impacto y la importancia social que había desarrollado este hospital, más allá de las evidentes falencias administrativas, por lo cual, la consecuencia inmediata del informe fue la intervención de aquel, tomando como causas las irregularidades administrativas denunciadas. Esto trajo aparejado una serie de conflictos gremiales a nivel local y a nivel nacional, que provocaron la derogación de la “Ley de Reforma Hospitalaria” el 2 de octubre de 1964.

La situación hospitalaria fue muy delicada, yendo desde los paros totales con la sola atención de casos de urgencia, hasta la total inactividad del nosocomio el 15 de octubre del mismo año, hecho que provocó la evacuación total de los enfermos allí internados. El cuerpo médico y los auxiliares abandonaron el hospital finalizando, de esta manera, la experiencia de la “Planta Piloto N° 1”.

8.5.4 Los conflictos gremiales y el surgimiento del Hospital Privado de Comunidad

Entre 1967 y 1972, los sucesivos gobiernos de facto de Onganía, Levingston y Lanusse, promulgaron una serie de Leyes y Decretos que tenían como objetivo la reestructuración del Sistema de Seguridad Social, creando mecanismos de formación de precios en los servicios de salud de uso general, es decir, implementando un presupuesto en base a un Nomenclador Nacional de costos de prestaciones médicas y asistenciales.

Estas leyes provocaron graves conflictos dentro de la corporación médica que, a nivel local, tuvieron numerosas manifestaciones de oposición y resistencia. El conflicto se basaba en que el Colegio Médico (que había reemplazado al primitivo Círculo Médico) era una entidad de carácter oficial, la cual había sido creada por una Ley Provincial, para administrar la matriculación profesional y reglamentar y controlar la ética médica. La colegiación en el ámbito provincial, era obligatoria para el ejercicio de la medicina y la razón de ser de la entidad se limitaba sólo a las funciones que le atribuía la Ley. Por esto, según la visión de los dirigentes del Centro Médico de Mar del Plata, “...*La Federación Médica de la Provincia, es una entidad de carácter privado netamente gremial y en defensa de los derechos individuales y profesionales de sus asociados. Esto significa, que de ninguna manera una entidad pueda reemplazar a otra en su gestión, ni suponer su acción...*”.

Estos reclamos provocaron paros que, a nivel local, hicieron que tanto el Hospital Regional como el Hospital Mar del Plata vieran restringida su atención a los servicios asistenciales de emergencia y a la asistencia de enfermos internos. Si bien los conflictos

gremiales, momentáneamente, habían sido superados, existían problemas estructurales, tales como los que sufría el Hospital Mar del Plata. Entre las denuncias se mencionaba falencias en torno a la falta de material y personal (ya que, cada enfermera tenía a su cargo un promedio de 30 a 40 enfermos). Esta carencia se vio profundizada cuando se produjeron las cesantías de varios facultativos decretada por el gobierno, con la invocación del “Régimen de racionalización administrativa”, hecho que amenazaba nuevamente con un paro total de actividades, ya que: “...*Los organismos que agrupan a dichos profesionales consideran que las medidas tienen un carácter discriminatorio y no se compatibilizan con las normas que rigen el desenvolvimiento de la carrera médico-hospitalaria...*”.

En fin, el problema más grave que enfrentaba la agremiación era el relacionado con los “Hospitales de Comunidad”, ya que estos establecimientos (que contaban con grandes aportes del Gobierno Nacional) eran calificados como sanatorios destinados a brindar asistencia a quienes ya la tenían cubierta. Por lo tanto, estos reclamos hacia la puesta en vigencia de “Hospitales de Comunidad”, generó a nivel local conflictos entre el Centro Médico, quien se identificaba con la libre elección, y la Fundación Médica Marplatense, quien era la promotora y creadora del “Hospital Privado de Comunidad”, que iba a funcionar bajo el régimen de “Capacitación” en la ciudad de Mar del Plata.

La “Fundación Médica Marplatense” surgió el 14 de abril de 1965 y en un principio agrupó a muchos de los profesionales que habían participado de la experiencia del Hospital Regional en 1961 bajo el “Régimen de Reforma Hospitalaria”. Su primer objetivo, después del fracaso de esta experiencia, fue volcarse sobre el ámbito privado, para lo cual crearon, con algunos caracterizados vecinos de la ciudad, una fundación sin fines de lucro. Los objetivos generales fueron los de “...*Crear, mantener y desarrollar un Hospital Privado de acuerdo a las normas y sistemas de una elevada pauta técnico-científica, con proyección social a la comunidad y, en relación con esta finalidad básica, promover, sostener, realizar y/o patrocinar todas las actividades tendientes a la promoción, protección y recuperación de la salud...*”.

En un primer momento, el “Hospital Privado de Comunidad”, funcionó en las dependencias de la actual Clínica del Niño y posteriormente se trasladó al actual emplazamiento, en las calles Córdoba y Juan B. Justo. Como dato distintivo, su estatuto establece “...*en ningún caso y bajo ningún concepto la Fundación puede distribuir utilidades entre los fundadores. Si existiese superávit en un ejercicio del mismo, debe ser destinado exclusivamente a la obra y fines establecidos...*”.

La creación de esta institución coincide con la aparición del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y la instrumentación del Programa Asistencial Médico Integral (PAMI), donde la principal herramienta del convenio era la capacitación. Esto generó críticas y protestas que abrieron enormes grietas que dividieron a la Fundación Médica Marplatense en dos sectores: los que estaban por la “Libre Elección” (Centro Médico) y los que estaban en la concepción médico-hospitalaria basada en la “Capacitación” (Hospital Privado de Comunidad).

8.6 Cobertura sanitaria proporcionada en Eventos Programados

La Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DiNESA), dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, tuvo a su cargo la responsabilidad de la cobertura sanitaria durante la IV Cumbre de las Américas. Luego de casi 5 meses de tareas de organización y estrategias de planificación, se dio inicio a la cobertura sanitaria, que comenzó el día 28 de octubre de 2005 en la Capital Federal, con motivo de la Jornada de trabajo del Grupo de Revisión del Plan, que reunió a delegados de los 34 países intervinientes y continuó el día 30 en el Hotel Costa Galana de la ciudad.

A partir del día 31 de octubre, las tareas continuaron en Mar del Plata con las Reuniones de Coordinadores Nacionales y Plenipotenciarios, y las Sesiones Plenarias de Presidentes de las Américas. Para ello se establecieron dos puestos fijos de atención sanitaria, ubicados en los Hoteles Hermitage y Costa Galana, y un puesto móvil en el Centro Internacional de Periodistas, los cuales estuvieron operativos desde el día 31 de octubre hasta finalizar la Cumbre el día 5 de noviembre.

Participaron en el mismo 80 agentes sanitarios entre personal médico, auxiliar, técnico y administrativo. Destacándose entre el personal médico la presencia de cirujanos, emergentólogos, internistas, intensivistas, toxicólogos, epidemiólogos y de salud mental. Entre el personal auxiliar: enfermeros, conductores de ambulancias y pilotos de aeronaves. Todos ellos con asiento en Mar del Plata y provenientes de distintos lugares del país. Se contó con el apoyo de 7 ambulancias tipo II, equipadas para la resolución de alta complejidad, 3 móviles de operaciones e intervención rápida, 2 aviones y un helicóptero configurados sanitarios.

Se trasladó desde Capital Federal el equipamiento completo para la cobertura de todas las hipótesis de riesgo planteadas en las reuniones informativas y de capacitación del personal realizadas en la DiNESA, de igual forma se proveyó de los insumos y medicamentos para satisfacer las necesidades de actuación y prescripción. Se actuó en forma conjunta y coordinada con los Ministerios de Relaciones Exteriores y del Interior, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y las fuerzas de seguridad: Policía Federal, Policía Bonaerense, Gendarmería Nacional y Prefectura Naval Argentina.

El día 1 de noviembre se llevó a cabo la apertura oficial de la cobertura sanitaria de la IV Cumbre. La cobertura de atención se extendió hasta el día 7 de noviembre a las 21 hs. en que se retira la última delegación extranjera, correspondiente a Venezuela. La estrategia de atención se dividió en: atención en los puestos fijos, atención en el puesto móvil, atención en los hoteles afectados al hospedaje de las delegaciones de presidentes y técnicas que participaron de la cumbre, atención personalizada de mandatarios que solicitaron cobertura especial (Argentina, Venezuela y Estados Unidos de Norteamérica), conformación de cápsulas y acompañamiento de todos los mandatarios durante el traslado terrestre entre los hoteles y el aeropuerto de Camet, atención en la vía pública dentro del área de tránsito restringido, atención conjunta de los grupos de enlace a pedido de las autoridades a cargo de las fuerzas de seguridad, Cancillería y colaboración en las operaciones con la Dirección de Emergencias Sanitarias de la

provincia de Buenos Aires, Zona Sanitaria VIII, quien actuó fuera de los vallados de exclusión.

Los días 31 de octubre y 1 de noviembre la atención en los puestos se realizó entre las 8.30 hs y las 23 hs. A partir del 2 de noviembre y hasta finalizar la Cumbre, la atención fue de 24 hs, con turnos programados y cobertura de todas las especialidades médicas en cada puesto. El Hotel Imperio se transformó en la base de operaciones sanitarias.

Se registraron 400 atenciones de distinta complejidad, con 10 traslados de pacientes que concluyeron en internaciones fuera de los puestos de atención ubicados en los hoteles.

En referencia a la cobertura sanitaria utilizada para el Mundial del '78 y los Juegos Panamericanos, se desarrolló un plan de atención médica que cubrió todas las necesidades de los participantes durante ambos eventos, garantizando la excelencia del servicio en todos los niveles. Para la cobertura general, se estableció un acuerdo con una de las principales empresas de emergencias de la ciudad, la cual cubrió, como “Área Protegida”, todos los hoteles donde se hospedaron las delegaciones. Además, se le entregó a cada participante un carnet para uso del servicio, con un número telefónico local para llamadas de emergencia. Se realizó, asimismo, un convenio con el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende de la ciudad, a efectos de atender todos los casos que pudieran presentarse.

En cuanto a la cobertura médica deportiva, la misma se proporcionó en todo el predio donde se efectuaron los partidos y disciplinas, con un puesto sanitario propio que funcionó de forma permanente en cada uno de los lugares y una ambulancia para emergencias, con personal necesario, reforzando este servicio en función a la cantidad de participantes. Un cuerpo medico especializado estuvo presente durante los diferentes encuentros para asistir a los jugadores. El mismo se integró por medico de guardia, camilleros y demás asistentes. Además, un equipo de kinesiólogos brindó la asistencia requerida en cada una de las canchas donde se jugaron los partidos o se llevaron a cabo las diferentes disciplinas y un servicio “volante” estuvo a disposición, para visitar a los jugadores en los hoteles que lo requirieran.

Se considera que la cobertura fue muy completa y que podría tomarse como modelo para próximos eventos programados a desarrollarse en Mar del Plata. Es importante que se cuente con el soporte necesario para atender los requerimientos de todos los visitantes y organizadores, con una serie de servicios que permitan el normal funcionamiento del evento y se garantice la excelencia de los mismos, para que todos tengan una agradable estadía en la ciudad y se lleven una buena impresión en cuanto a la organización y planificación de la cobertura médica brindada para tal fin.

Tabla 1

Centros de Atención para Cirugía Plástica, Estética y/o Reparadora

	Denominación	Dirección
1	Aldaz Centro Privado de Cirugía Plástica	Balcarce 3.501
2	Arte Médica – Medicina y Cirugía Estética	Gascón 3.019
3	Aubone Clínica de Cirugía Plástica	Av. Libertad 3.688
4	Centro de Autotransplante y Medicina Capilar - Dr. José Luis Tesler ³⁸	La Rioja 2.489
5	Dr. Esteban Horacio Elena - Especialista en cirugía plástica, estética y reparadora	Rawson 338
6	Dr. Invierno, Gustavo	Alberti 1.220 1° A
7	Dr. Lopez, Orlando	Av. Colón 3.038 PB
8	Dr. Magrini, Mario	Alsina 3.159
9	Dr. Pagani, Sergio	Bolívar 3.585 (Clínica y Maternidad Colón S.A.)
10	Dr. Ruiz, Daniel Fernando	Córdoba 4.545
11	Dr. Soplán, José Luis	Jujuy 2.176 (Clínica Privada Pueyrredón)
12	Dr. Tesler, José Luis	Avellaneda 1.286 1° piso
13	Hospital Privado de Comunidad (HPC)	Córdoba 4545
14	Instituto Ghilardi de Cirugía Plástica	14 de julio 2.085

Fuente: Elaboración propia.

TOTALES:	
Número de establecimientos de Cirugía Plástica, Estética y/o Reparadora	14

Fuente: Elaboración propia.

³⁸ Sede Marplatense de Medical Hair Institute.

Tabla 2

Indicadores de Recursos, Acceso y Cobertura de Salud

	Provincia de Buenos Aires	Mar del Plata
Número de médicos	36.931	2.297
Número de establecimientos asistenciales con internación ³⁹	811	15
Número de establecimientos asistenciales sin internación ⁴⁰	4.085	29
Camas disponibles en establecimientos asistenciales ⁴¹	51.517	1.071
Porcentaje de población sin cobertura de Obras Sociales o Prepagas	48, 8 %	39, 6 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

Establecimientos Asistenciales Con Internación

	Nombre	Dirección	Cantidad de camas
1	Clínica 25 de Mayo	25 de Mayo 3558	117
2	Clínica Avenida	Lamadrid 3048	28
3	Clínica Bartolomé Mitre	Av. Luro 4636	30
4	Clínica de Fracturas y Ortopedia	Independencia 1475	36
5	Clínica de Psicopatología del Mar	Uruguay 3575	56
6	Clínica del Niño y la Madre	Av. Colón 2749	98
7	Clínica Neuropsiquiátrica “Atlántica”	Sargento Cabral 51	48
8	Clínica Privada de Ojos	Salta 1427	5

³⁹ Ver Tabla 3

⁴⁰ Ver Tabla 4

⁴¹ Ver Tabla 3

9	Clínica Privada de Ojos “Santa Lucía”	Jujuy 1466	2
10	Clínica Privada Pueyrredón	Jujuy 2176	81
11	Clínica y Maternidad Colón S.A.	Av. Colón 3635	128
12	Hospital Español	San Luis 2562	32
13	Hospital Privado de Comunidad	Córdoba 4545	220
14	Instituto Nacional de Epidemiología (INE)	Ituzaingó 3.520	15
15	Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS)	Ruta 88 km. 4, 5	25
16	Sanatorio Belgrano	Belgrano 4329	90
17	Sanatorio Central EMHSA	Jun B. Justo 1774	100

Fuente: Elaboración propia.

<u>TOTALES:</u>	
Número de establecimientos asistenciales con internación	17
Número de camas en establecimientos asistenciales	1.111

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4

Establecimientos Asistenciales Sin Internación

	Denominación	Dirección
1	U. Sanitaria Aeroparque	Mugaburu y Pelayo
2	U. Sanitaria Alto Camet	Cura Brochero 7.000 (y Los Helechos)
3	U. Sanitaria APAND	Av. Monseñor Zabala y Santa Cruz
4	U. Sanitaria N° 10 Barrio Centenario	Tierra del Fuego 3.116
5	U. Sanitaria Chapadmalal	Calle 9 entre 24 y 26 S/N

6	U. Sanitaria C. de Meyrelles	Alejandro Korn 2.279
7	U. Sanitaria Colonia Barragán	Ruta N° 2 km. 385 (Colonia Barragán)
8	U. Sanitaria Colonia Chapadamalal	Ruta 11 km. 18,8 (en Unidad Turística Chapadamalal)
9	U. Sanitaria 2 de Abril	Soldado Pacholczuk 850
10	U. Sanitaria El Boquerón	Ruta 88 km. 23
11	U. Sanitaria Estación Camet	Ruta Provincial N° 2 km. 391
12	U. Sanitaria Faro Norte	Sánchez de Bustamante 3.460
13	U. Sanitaria Florentino Ameghino	Av. Luro 10.052
14	U. Sanitaria Las Américas	Calle 202 N° 360
15	U. Sanitaria Las Heras	Heguilor 2.751
16	U. Sanitaria La Peregrina	Ruta N° 226 km.17 y ½ (El Coyunco)
17	U. Sanitaria 9 de Julio	11 de Septiembre 6.582
18	U. Sanitaria Parque Hermoso	Calle N° 206 y Calle 1 S/N
19	U. Sanitaria Playas del Sur	Av. 11 N° 360
20	U. Sanitaria Santa Rita	Guanahani 7.755
21	Centro de Salud N° 1	Av. Colón 3.286
22	Centro de Salud N° 2 Dr. Arturo Oñativio	Guanahani 4.546
23	Centro de Salud Mental Jara	Av. Jara 1.661
24	Subcentro de Salud El Martillo	Génova 6.657
25	Subcentro de Salud General Belgrano	Calle 33 y 222
26	Subcentro Jorge Newbery	Moreno 9.375
27	Subcentro Salud Barrio Libertad	Leguizamón 552

28	Centro de Diálisis CENDIAL	Jujuy 1.216
29	Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (IREMI)	San Martín 3.752

Fuente: Elaboración propia.

<u>TOTALES:</u>	
Número de establecimientos asistenciales sin internación	29

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5

Pacientes Atendidos en Salas Municipales

Servicios	Centros	Subcentros	Unidades Sanitarias	Postas	Total	%
Clínica Médica	24.866	29.293	30.778	0	84.937	8, 95
Endocrinología Pediátrica	2.798	0	0	0	2.798	0, 29
Ginecología	4.514	7.052	15.180	0	26.746	2, 82
Medicina General	970	15.859	33.740	5.013	55.582	5, 86
Medicina Preventiva	3.615	0	0	0	3.615	0, 38
Neurología	1.703	0	0	0	1.703	0, 18
Odontología	17.146	16.661	16.624	0	50.431	5, 31
Oftalmología	11.843	234	0	0	12.077	1, 27
Patología cervical	138.322	162.781	256.004	5.622	9.392	0, 99
Pediatría	3.853	2.138	3.401	0	108.314	11, 41
Salud mental	14.587	34.053	59.231	443	30.649	3, 23
Sin especificar	11.548	8.738	10.149	214	562.729	59,30
Total	235.765	276.809	425.107	11.292	948.973	100%

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Tabla 6

Causas Turísticas que motivan la aparición de enfermedades

Órganos y Sistemas	Enfermedades	Causas Turísticas
Afecciones por Ingesta	Consumo de pescados y mariscos	Interés y posibilidad de degustar alimentos de mar autóctonos y frescos.
	Diarrea	Ingesta de alimentos sólidos y líquidos en cantidad y calidad diferente a las habituales.

Afecciones de la Piel	Alergias	Mayor exposición a ciertas sustancias o gérmenes no frecuentes en el ambiente de residencia del turista.
	Dermatitis	Idem.
	Herpes	Aumento del hábito de los turistas a la exposición solar.
	Hongos	Mantenimiento en época estival, de piscinas y vestuarios en condiciones higiénico-sanitarias óptimas, para garantía de los usuarios. Mayor riesgo en niños, porque andan más tiempo descalzos y no se secan bien los pies después de los baños de agua, y las personas jóvenes y de edad mediana, porque frecuentan más las instalaciones deportivas y recreativas en las que abundan estos microorganismos.
	Picadura de insectos y alergias	Mayor exposición del cuerpo al aire libre, es decir, en contacto con el medio ambiente.
	Quemaduras por sol	Aumento del tiempo de exposición solar del turista, en busca de un buen bronceado.
Afecciones del Aparato Respiratorio	Bronquiolitis	Cambios climáticos y hábitos distintos al de los lugares de origen de los visitantes.
	Bronquitis	Idem.
	Faringitis	Idem.
	Gripe	Idem.
	Legionelosis	Idem.
Enfermedades de Transmisión Sexual	HIV – SIDA	Falta de cuidados, especialmente, en las relaciones sexuales; riesgo que aumenta con el uso de drogas y alcohol.
	Sífilis	Idem.
Zoonosis	Hidatidosis	Consumo mayor, por parte de los turistas, de productos regionales y tradicionales, elaborados con ingredientes no controlados por Bromatología.
	Rabia	Incremento de animales sueltos en la ciudad, resultante del abandono que de éstos hacen los turistas, luego de finalizar su período vacacional.

Afecciones del Aparato Auditivo	Otitis	Más exposición del turistas, durante el verano, a la arena, el cloro de las piscinas y el salitre del mar.
Afecciones de la Vista	Conjuntivitis	Idem.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7

Relación Histórica entre el Desarrollo del Turismo y la Salud en Mar del Plata

Períodos Históricos	Factores de Desarrollo en Mar del Plata	Progresos Sanitarios
Fines del siglo XIX	Llega el ferrocarril a la ciudad (hecho que marca el inicio de sus temporadas veraniegas); por lo que nace un nuevo factor de desarrollo: el Turismo.	Demanda de una infraestructura urbana adecuada, entre la que se encuentra la sanitaria.
	Se crea el Partido de General Pueyrredón.	
	Crece la población y se definen nuevos grupos sociales.	Se perfila profesionalmente la actividad médica y el rol de las instituciones que prestarían servicios de salud en el sector.
	Se funda el Bristol Hotel.	
	Evoluciona económicamente el poblado, se produce un proceso de despegue demográfico y arribo de inmigrantes.	Llegan médicos y farmacéuticos, hecho que marcó la actividad médica marplatense.
	Veraneantes porteños vienen a la ciudad acompañados con sus médicos de confianza, por lo que comienza el gran auge de Mar del Plata en la denominada “ <i>belle époque</i> ”.	Se estimula la formación y acrecienta el número de médicos que residen en Mar del Plata.
Principios del siglo XX	Catástrofe del Ferrocarril Sud ocurrida en Vivotatá.	Se habilita el Hospital Mar del Plata, hecho que señala un gran paso en la práctica de la medicina en nuestra ciudad.
	Mar del Plata es declarada ciudad.	
	Se celebran fiestas en el Golf Club, el Yacht Club y el Hotel Bristol, y la empresa que explota las Salas de Juego en el Hotel Bristol, el Club Pueyrredón y el Casino, suministra dinero a beneficio del hospital.	El financiamiento del hospital está a cargo de la beneficencia pública y privada.
	Crece la población local y la presencia de importantes visitantes estacionales en la temporada de verano.	La cobertura sanitaria necesita ampliarse.
	Se producen frecuentemente azotes de enfermedades infecto-contagiosas.	Se inician replanteos del cuidado de la salud de la población.

Década del '20	Los asuntos sanitarios pasan a ser responsabilidad del Municipio	Es aprobado el proyecto de una Asistencia Pública Municipal, la cual cubriría un vacío asistencial en los sectores sociales más desprotegidos.
	Se inaugura el Puerto de la ciudad.	
Décadas del '30 y '40	Se inauguran la actual rambla y el Casino Central.	Proliferan varias clínicas privadas, destinadas a la atención de las capas altas de la población.
	Aparecen estratos medios, constituyéndose como el segmento de población cuantitativamente más numeroso de Mar del Plata, como consecuencia de la inauguración de la Ruta 2.	
	Mar del Plata entra definitivamente en la era de las masas.	
Décadas del '50 al '70	Mar del Plata vive una nueva etapa turística desde el punto de vista edilicio como consecuencia de la Ley de Propiedad Horizontal. Así se extiende y surgen nuevos barrios.	Se desarrollan instituciones privadas muy importantes que contribuyeron a solucionar los problemas de atención e internación de enfermos, que ya no podían ser absorbidos por los nosocomios existentes de la ciudad.
		Se crean tres nuevas Unidades Sanitarias Municipales. El HIGA es transferido del Gobierno Nacional al Provincial, habilitado en 1961. Bajo la implementación de la Reforma Hospitalaria se pone en funcionamiento en 1962. La experiencia dura hasta 1964, año en que se deroga la “Ley de Reforma Hospitalaria” por falencias administrativas.

Fuente: Elaboración propia.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

a. Libros:

- ✓ ALIÓ, Enrique, *Historia completa de esta hermosa ciudad veraniega*, 1920.
- ✓ ALVAREZ, Adriana y REYNOSO, Daniel, *Médicos e Instituciones de Salud: Mar del Plata 1870-1960*, Buenos Aires, H.I.S.A., Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.
- ✓ BARILI, Roberto, *Mar del Plata, ciudad de América para la humanidad. Reseña histórica*, Buenos Aires, Edición especial de la Dirección Nacional de Turismo, 1964.
- ✓ BOULLÓN, Roberto C., (1985), *Planificación del espacio turístico*, México D.F., Trillas, 1999.
- ✓ FERNÁNDEZ FÚSTER, Luis, *Introducción a la teoría y técnica del turismo*, Madrid, Alianza, 1985.
- ✓ GASCÓN, Julio César, *Orígenes Históricos de Mar del Plata*, La Plata, Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 1942.
- ✓ JAFARI, Jafar, *Enciclopedia del turismo*, Madrid, Síntesis, 2000.
- ✓ KATZ, Ignacio, *Al gran pueblo argentino, salud. Una propuesta operativa integradora*, Buenos Aires, Eudeba, 1998.
- ✓ KOTLER, Philip, *Dirección de Mercadotecnia. Análisis, Planeación, Implementación y Control*, México D.F., Prentice-Hall Hispanoamericana, 1996.
- ✓ KOTLER, Philip, BOWEN, John y MAKENS, James, *Mercadotecnia para hotelería y turismo*, México D.F., Prentice-Hall Hispanoamericana, 1997.
- ✓ KOTLER, Philip, BOWEN, John y MAKENS, James, (2003), *Marketing para turismo. 3a. ed.*, Madrid, Pearson Educación, 2004.
- ✓ KOTLER, Philip y ARMSTRONG, Gary, *Fundamentos de Marketing. 6a. ed.*, México D.F., Prentice-Hall Hispanoamericana, 2003.
- ✓ MATHIESON, Alister y WALL, Geoffrey, *Turismo. Repercusiones económicas, físicas y sociales*, México D.F., Trillas, 1990.
- ✓ MONTANER MONTEJANO, Jordi, ANTICH CORGOS, Jordi y ARCARONS SIMÓN, Ramón, *Diccionario de Turismo*, Madrid, Síntesis, 1992.
- ✓ MONTANER MONTEJANO, Jordi, *Psicosociología del turismo*, Madrid, Síntesis, 2002.
- ✓ NOVO VALENCIA, Gerardo, (1990), *Diccionario general de turismo*, México D.F., Diana, 1997.
- ✓ Organización Mundial de la Salud, *Los primeros diez años de la Organización Mundial de la Salud*, Suiza, Organización Mundial de la Salud. Palais des Nations. Ginebra, 1958.
- ✓ Organización Mundial de la Salud, *El segundo decenio de la Organización Mundial de la Salud 1958-1967*, Suiza, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1968.
- ✓ RAMÍREZ BLANCO, Manuel, (1981), *Teoría General de Turismo*, México D.F., Diana, 1983.

- ✓ SCHÜLTER, Regina, G., *El turismo en Argentina. Del Balneario al campo*, Buenos Aires, Centro de Investigaciones y Estudios Turísticos (CIET), 2001.
- ✓ SEBRELI, Juan José, *Mar del Plata: El ocio represivo*, Buenos Aires, Tiempos Contemporáneos, 1970.
- ✓ VOGELER RUIZ, Carlos y HERNÁNDEZ ARMAND, Enrique, (2000), *El mercado turístico. Estructura, operaciones y procesos de producción*, Madrid, Centro de estudios Ramón Areces, 2002.
- ✓ ZANIER, Justo, et. al., *Criterios de justicia en la distribución y asignación de recursos en salud. Un estudio de campo en la ciudad de Mar del Plata*, Mar del Plata, Suárez, 2000.

b. Revistas:

- “III Aniversario de Mar del Plata”, en *La Capital Revista*, Mar del Plata, (10/02/1985), pp. 16.
- “ANORMALIDADES en el Hospital local”, en *La Capital*, Mar del Plata, (27/06/1960), pp. 4.
- “BAHÍA aventura es el primer complejo de la Costa Atlántica”, en *Suplemento Turismo de La Capital*, Mar del Plata, (2007), pp.8-9.
- CAPORALETTI, Antonio, “Historia del Hospital Mar del Plata”, en *El día Médico*, Mar del Plata, (28/11/1960), pp. 1640-1642.
- “EL problema hospitalario: hay iniciativas frustradas”, en *El Atlántico*, Mar del Plata, (28/06/1960), pp. 3.
- “EVOCATIVA historia de la medicina en Mar del Plata”, en *La Capital Revista*, Mar del Plata, (17/02/1985), pp. 2-3.
- “HOSPITAL especializado materno – infantil: una lucha constante por el bien de la comunidad”, en *La Capital*, Mar del Plata, (03/03/1985), pp. 8.
- “HOSPITAL Regional: declaran el estado de alerta”, en *La Capital*, Mar del Plata, (03/10/1964), pp. 3.
- “LA denuncia por irregularidades en el Hospital”, en *La Capital*, Mar del Plata, (27/06/1960), pp. 5.
- LEVENE, Ricardo, (1929), “Libro de informes y oficios de la Real Audiencia de Buenos Aires”, Volumen 1.
- “MAR DEL PLATA, la capital austral del turismo y las convenciones. Una ciudad para el descanso y los negocios todo el año”, en *Suplemento Turismo de La Capital*, Mar del Plata, (28/05/2006), pp.10-11.
- “RECORRER la provincia con unos palos y una pelotita”, en *Suplemento Turismo de La Capital*, Mar del Plata, (2006), pp. 8-9.
- “UN paraíso los 365 días del año”, en *Suplemento Turismo de La Capital*, Mar del Plata, (2007), pp. 10-11.

c. Fuentes Virtuales:

- ❖ <<http://www.google.com.ar/>> [Consulta: 04 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.welcomeargentina.com/>> [Consulta: 04 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.deis.gov.ar/>> [Consulta: 04 jun. 2007]

- ❖ <<http://www.oas.org/>> [Consulta: 04 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.who.int/es/>> [Consulta: 04 jun. 2007]
- ❖ <http://www.ops-oms.org/default_spa.htm> [Consulta: 04 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.ms.gba.gov.ar/>> [Consulta: 07 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.esmas.com/>> [Consulta: 19 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.padresok.com/>> [Consulta: 19 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.tuguiainfantil.com/>> [Consulta: 19 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.estrucplan.com.ar/>> [Consulta: 30 jun. 2007]
- ❖ <<http://es.wikipedia.org/>> [Consulta: 30 jun. 2007]
- ❖ <<http://www.paho.org/>> [Consulta: 02 jul. 2007]
- ❖ <<http://www.mardelplata.gov.ar/>> [Consulta: 02 jul. 2007]
- ❖ <<http://es.wikipedia.org/>> [Consulta: 05 jul. 2007]
- ❖ <<http://www.saludmed.com/>> [Consulta: 07 jul. 2007]
- ❖ <<http://www.medicinayprevencion.com/>> [Consulta: 07 jul. 2007]
- ❖ <<http://escuela.med.puc.cl/>> [Consulta: 07 jul. 2007]
- ❖ <<http://www.naya.org.ar/>> [Consulta: 07 jul. 2007]
- ❖ <<http://www.pcamp.org.ar/>> [Consulta: 23 jul. 2007]
- ❖ <<http://www.mardelplata.com.ar/>> [Consulta: 03 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.ubiobio.cl/.htm>> [Consulta: 15 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.cicop.org.ar/>> [Consulta: 15 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.medicinabuenosaires.com/>> [Consulta: 15 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.mdp.com.ar/>> [Consulta: 15 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.clinicapueyrredon.com/>> [Consulta: 25 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.clinica25demayomdp.com.ar/>> [Consulta: 25 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.hpc.org.ar/>> [Consulta: 25 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.hospitalespaniolmdp.com.ar/>> [Consulta: 25 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.sectorsalud.com/>> [Consulta: 25 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.ine.gov.ar/>> [Consulta: 25 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.clinica-colon.com.ar/>> [Consulta: 25 sep. 2007]
- ❖ <<http://www.promonegocios.net/>> [Consulta: 21 feb. 2008]
- ❖ <<http://www.fecliba.org.ar/>> [Consulta: 28 mar. 2008]
- ❖ <<http://www.indec.mecon.gov.ar/>> [Consulta: 28 mar. 2008]
- ❖ <<http://www.conocimientoenlinea.com/>> [Consulta: 08 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.clarin.com/>> [Consulta: 08 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.eumed.net/>> [Consulta: 09 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.plasticadrghiglione.com.ar/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.australmed.com/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.plasticaybelleza.com.ar/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.sacpermdp.org.ar/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.clinicaaubone.com.ar/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.artemedica.com.ar/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.estebanelena.com/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.aldazcirugia.com/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.medicalhair.com.ar/>> [Consulta: 10 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.paginasamarillas.com.ar/>> [Consulta: 11 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.publiboda.com/>> [Consulta: 11 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.sacper.org.ar/>> [Consulta: 11 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.msal.gov.ar/>> [Consulta: 12 abr. 2008]

- ❖ <<http://www.saludenfamilia.com.ar/>> [Consulta: 16 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.temas-estudio.com/>> [Consulta: 16 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.gipuzkoagazteria.net/>> [Consulta: 22 abr. 2008]
- ❖ <<http://naturales.org/>> [Consulta: 30 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.panalimentos.org/>> [Consulta: 30 abr. 2008]
- ❖ <<http://www.sicginecologia.com/>> [Consulta: 05 may. 2008]
- ❖ <<http://www.clarin.com/diario/2008>> [Consulta: 07 may. 2008]
- ❖ <<http://eco.mdp.edu.ar/>> [Consulta: 09 may. 2008]
- ❖ <<http://www.covisursa.com.ar/>> [Consulta: 14 may. 2008]
- ❖ <<http://www.mdp.com.ar/>> [Consulta: 14 may. 2008]
- ❖ <<http://www.buscasalud.com/>> [Consulta: 28 may. 2008]
- ❖ <<http://www.clubdelprogreso.com/>> [Consulta: 14 jun. 2008]
- ❖ <<http://www.vi-e.cl/>> [Consulta: 14 jun. 2008]
- ❖ <<http://www.lukor.com/>> [Consulta: 19 jun. 2008]
- ❖ <<http://www.mardelplatabureau.com.ar/>> [Consulta: 24 jun. 2008]
- ❖ <<http://www.aoca.org.ar/>> [Consulta: 24 jun. 2008]
- ❖ <<http://www.laenfermerahoy.com.ar/>> [Consulta: 24 jun. 2008]
- ❖ <<http://neuroticosanonimos.org/>> [Consulta: 24 jun. 2008]
- ❖ <<http://www.adicciones.org/>> [Consulta: 24 jun. 2008]
- ❖ <<http://www.bolsonweb.com.ar/>> [Consulta: 24 jun. 2008]
- ❖ <<http://www.limpieza.com/>> [Consulta: 25 jun. 2008]