



# Consejo Directivo de Distrito

PERIODO 1973/74

Presidente:	Dr. Carlos V. BLANCO RUIZ
Vicepresidente:	Dr. Edmundo LUCIANI
Secretario General:	Dr. Miguel GOLDCHLUK
Prosecretario:	Dr. Domingo SIDOTI
Tesorero:	Dr. Hugo ORIHUELA
Protesorero:	Dr. Osvaldo POZO
Secretario de Actas:	Dr. Juan Carlos PANIZZA

## V O C A L E S

Dr. José Aranda	Dr. Miguel Charlon	Dr. José Lerner
Dr. Isaac Barga	Dr. Guillermo Chitrángulo	Dr. Alfredo López
Dr. Ricardo Bassi	Dr. Oscar Delmar	Dr. Carlos Mastromarino
Dr. Francisco Belli	Dr. Carlos Díaz	Dr. Alberto Monczor
Dr. Aldo Bo	Dr. Angel di Benedetto	Dr. Héctor Morales
Dr. Jorge Bourras	Dr. Juan Di Bitonto	Dr. Amadeo R. Morini
Dr. Aldo Brizuela	Dr. Mauricio Doctorovich	Dr. Pablo P. L. Pagliano
Dr. Pascual Caiafa	Dr. Roberto Dohmen	Dr. Alejandro Quaranta
Dr. Guillermo Cal	Dr. León Essayag	Dr. Alberto Ravaschino
Dr. Juan Carbone	Dr. José Fernández	Dr. Eduardo Juan G. Recalt
Dr. Antonio Caviglia	Dr. Miguel Flores	Dr. Antonio Segade
Dr. Juan Cendra	Dr. Pedro Gastaldi	Dr. Valentín H. Tombazzi
Dr. Osvaldo Correa	Dr. Julio Kaufman	Dr. Federico Torre
		Dr. Arturo Varano

DELEGADO TITULAR AL CONSEJO SUPERIOR: Dr. Carlos V. BLANCO RUIZ

DELEGADO SUPLENTE AL CONSEJO SUPERIOR: Dr. Miguel GOLDCHLUK

DELEGADO TITULAR AL TRIBUNAL DE DISCIPLINA DEL CONSEJO SUPERIOR  
Dr. César LASSALLE

DELEGADO SUPLENTE AL TRIBUNAL DE DISCIPLINA DEL CONSEJO SUPERIOR  
Dr. Juan GONZALEZ MONTERO

### TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Titulares: Dres. Oscar ANZORENA, David FISCHMAN, Alberto FOLINO, Raúl MANTOVANI  
y OSCAR MEZZADRA

Suplentes: Dres. Héctor BIDOGGIA, Ricardo KARPINSKY y Roberto LOIANO

# PROLOGO

El presente estudio sobre "MUNICIPIO Y SALUD" es la real expresión de la expectativa originada con la sola mención de su elaboración y proyección.

La REUNION DE TRABAJO contó con activos e idóneos integrantes en las diferentes mesas determinadas a los temas fijados por el Comité Organizador.

Sus conclusiones fueron el resultado de los comentarios y argumentos sustentados por los colegas que de alguna forma fueron o son responsables sanitarios de las Comunas del Distrito.

Fue por esto una etapa preparatoria de gran valor práctico como resultado de la permanente prédica que el COLEGIO DE MEDICOS realiza desde su creación.

La respuesta unánime lograda fue manifestación clara de la solidaridad de los médicos en la búsqueda incesante de los caminos que desembocan en la felicidad y bienestar de la sociedad.

COMITE ORGANIZADOR

# Reunión de Trabajo Sobre Municipio y Salud

**OBJETIVO:** Definir la responsabilidad del Municipio en la programación y ejecución de actividades de salud pública, establecer pautas generales para su organización y aportar e intercambiar ideas para su participación en un Sistema de Salud.

**TEMARIO:** Tema Iº, Doctrina; Tema II, Organización; Tema III, Recursos.

Fecha de reunión: 27 de Septiembre 1973.

Horario: de 9 a 13 horas.

Sede: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Avenida Belgrano 763, Avellaneda.

**PARTICIPANTES:** COMRA, FEMEBA, Colegio de Médicos, Caja de Previsión y Seguro Médico, Autoridades Municipales, Autoridades Sanitarias, Invitados.

## AUTORIDADES DE LA REUNION:

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1 — Presidente:         | Dr. Blanco Ruiz, Carlos V.                       |
| 2 — Vicepresidente:     | Dr. Stavrinakis, Jorge                           |
| 3 — Secretario General: | Dr. Goldchluk, Miguel                            |
| 4 — Relator General:    | Dr. Smud, Rubén                                  |
|                         | Secretario Administrativo: Sr. Fraifeld, Alberto |

## Invitados

Dr. Domingo Liotta, Subsecretario de Salud Pública de la Nación; Dr. Carlos A. Boccalandro, Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires; Dr. Raúl Hansen, Subsecretario de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires; Dr. Norberto Lorenzo, Asesor y Representante del Subsecretario de Salud Pública de la Nación; Dr. Amando González Marcos, Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires; Dr. Néstor Perrone, Docente-Coordinador de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires; Dra. E. Moreno, Docente-Coordinadora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires; Dr. O. Miceli, Coordinador de la Zona Sanitaria VI; Dra. L. N. Funes, Asesora Médica de la Zona Sanitaria VI; Dr. N. A. Palumbo, Director de Sanidad de Fronteras y Transportes; Dr. A. Tullio, Secretario General de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Dr. H. Maturi, Presidente de la Confederación Médica de la República Argentina; Dr. I. A. Babruskis, Secretario General del Colegio de Médicos Distrito III; Dr. J. A. Brunatti, Secretario General del Colegio de Médicos Distrito I; Dr. J. C. Albarellos, Secretario de la Federación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires; Dr. R. Russo, Secretario Técnico de la Zona Sanitaria VI.

## Organismos Participantes

Subsecretaría de Salud Pública de la Nación; Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires; Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Consejo Superior; Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito I; Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito II; Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito III; Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Confederación Médica de la República Argentina; Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires. Zona Sanitaria VI, Min. B. S. Prov. Bs. As. — Esc. de Salud Pública Univ. de Bs. As..

Federación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires; Asociación Médica de Avellaneda; Asociación Médica de Almirante Brown; Asociación Médica de Lanús; Círculo Médico de Lomas de Zamora; Círculo Médico de Quilmes; Círculo Médico de Florencio Varela; Círculo Médico de Berazategui; Secretarías de Bienestar Social y de Salud Pública de los Municipios de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Quilmes, Florencio Varela y Berazategui; Directores de Hospitales Nacionales, Provinciales y Municipales de Distrito Segundo; Asociaciones de Profesionales de los Hospitales del Distrito Segundo.

## **Palabras Inaugurales del Presidente del Consejo Superior y del Colegio de Médicos Distrito II<sup>o</sup> Dr. Carlos V. Blanco Ruíz**

Las circunstancias históricas que vive el país, han creado un verdadero desafío a todos los sectores de la vida nacional, y los médicos han respondido al mismo.

Terminamos de expresar en nuestra Revista en la que sintetiza el pensamiento del Colegio de Médicos de la Provincia, que nuestra institución se suma, así con profunda vocación de servicio a nuestras más auténticas corrientes históricas, para iniciar todos juntos el camino de la Reconstrucción Nacional.

Expresamos igualmente que existe en nuestro pueblo un común denominador y es el cansancio y un repudio unánime ante toda forma de violencia que frustra nuestras más legítimas posibilidades. Insistimos como un deber de nuestro acontecer, en la necesidad de una búsqueda acuciante de la paz basada en la justicia y aspiramos una unidad de todo el cuerpo social de la República alrededor de los valores permanentes que surgen del ser nacional.

Por eso en la hora actual esta Mesa de Trabajo es un acto de fe en los destinos de la Patria y de su misión entre los pueblos de Latinoamérica.

El Colegio de Médicos aspira a profundizar una vez más en nuestra realidad descarnada; en este período que desde hace breve lapso nos toca presidir, dos temas inmediatos nos propusimos: el primero **MUNICIPIO Y SALUD** y el segundo **MORTALIDAD INFANTIL**. Y los dos hemos decidido plantearlo aquí en esta realidad multiforme, insólita y desgarrante que constituye el Gran Buenos Aires.

La decisión última del señor Subsecretario de Salud Pública de la Nación de efectuar un escalamiento en la aplicación del Sistema Nacional integrado, nos da la pauta de lo conflictivo que constituye este amplio ámbito. De suyo que nos sentimos plenamente identificados con el sentido, tradicional, histórico e institucional-federalista de la Nación y así se lo hemos hecho



conocer al señor Gobernador de la Provincia de Buenos Aires en cuanto al Artículo 39 del Anteproyecto.

No vamos a derivar en nuestra inquietud por más que tengamos el Sistema Nacional Integrado de Salud como prioridad número Uno en la consideración de las Entidades Médicas, Gremiales y Colegiadas.

Está muy lejos de nosotros el tratarlo, como asunto "rutinario de Estado", pensamos con el Sociólogo Austríaco Alberto Shaffer: son acontecimientos que se hallan a un proceso de **devenir** en los cuales se deben tomar resoluciones que producen situación nueva y única. Y esto es POLITICA y aquí debemos estar los médicos, por derecho propio.

No a través de una cogestión no determinada, sino de una participación en todas las etapas del plan Sanitario.

¿Será menester repetirlo? Los entes colegiados creados por leyes provinciales son los asesores naturales del Estado. Es decir tienen la jerarquía de legisladores en lo inherente a la Salud, y como tal deben ser consultados.

Pero vamos a cederle la palabra al Dr. Rubén SMUD, a quién desde ya le agradezco su colaboración por su labor preponderante en la organización y estudio de esta Mesa de Trabajo, como así mismo al doctor Miguel GOLDCHLUK y Dr. Jorge STAVRINAKIS.

Les agradezco la presencia a todos ustedes.

## **Palabras de Clausura del Director de Cursos del Colegio de Médicos Distrito IIº Dr. Jorge Stavrínakis**

El extraordinario interés despertado por esta Reunión de Trabajo nos compromete a realizar próximamente una segunda etapa ya con el sentido de evaluar y sintetizar conceptos para sentar bases de política sanitaria de nivel comunal.

Hace tiempo que el Colegio de Médicos estudia, profundiza y aclara doctrinas que marquen un derrotero firme y auspicioso para beneficio de la salud de la población.

Esta actividad del Colegio de Médicos es auténtica y acorde con la filosofía de la ley de su creación, cual es colaborar en el estudio de los problemas de salud con las autoridades sanitarias.

Esta oportunidad es la continuación de otras tentativas que hemos efectuado con las autoridades de turno, ya que la situación política nos ha permitido alternar con distintos y variados responsables de la salud a estrato municipal o provincial.

El Colegio facilitó la reunión de las autoridades de los diferentes municipios y creemos que ello es fructífero ya que se enfatizó hoy sobre la necesidad de la coordinación imprescindible que debe existir en el Distrito.

Es altamente auspicioso lo realizado hoy en este Colegio, esta Reunión de Trabajo que contó con la presencia de autoridades gremiales, colegiadas y de la Caja de Previsión y Seguro Médico y la dedicación activa de los colegas interesados en los diferentes aspectos de salud pública comunal donde se demostró fehacientemente no estar ajena a la política nacional de salud.

No sólo agradecemos esta presencia que nos educa y prestigia a todos, pero queremos comprometer a una acción futura de trabajo positivo para que ésta no sea una reunión más donde se repiten lugares comunes por algunos que ya llevamos años de lucha y tesón en esta tarea de bien común.

No es insólita esta actitud de los médicos en la acción presente que es un desafío de la hora histórica que vive el país.

Siempre el médico expuso la inquietud y angustia social a través de la resonancia de su profesión y de su personalidad al servicio del prójimo.

Debemos agradecer a las autoridades Nacionales y Provinciales su solidaridad en estos instantes tan necesarios de la interpretación cabal de los problemas que interesan a la sociedad.

## Mesa "A" - Doctrina

PRESIDENTE: **Dr. A. GONZALEZ MARCOS**, RELATOR: **Dr. RUBEN SMUD**;  
SECRETARIO: **Dr. NORBERTO SCHIAVINI**.

### TEMA 1

Definición del problema - Antecedentes históricos - El Municipio como efector de salud - Participación del Municipio en un sistema integrado de salud.

## TEMA I

# MUNICIPIO Y SALUD PUBLICA

### 1. — Introducción — Antecedentes legislativos

De acuerdo a lo establecido por la Constitución Nacional y en concordancia con el sistema federal, las Provincias se reservan el manejo de la Salud Pública. Esta constituye pues de hecho una facultad no delegada al Poder Central. Los Municipios como fuente del poder y en virtud de su propia autonomía, resultan ser sus depositarios naturales.

Art. 104 de la Constitución Nacional: "Las Provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno Federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación".

Art. 108: "Las Provincias no ejercen el Poder delegado a la Nación" A continuación se enumeran los Poderes delegados, donde no figura el manejo de la Salud.

La Reforma Constitucional de 1949 al instituir la salud como un Derecho, colocaba en manos de la responsabilidad del Estado la ejecución de actividades relacionadas con programas de salud cuya repercusión abarcará el ámbito de toda la comunidad.

### 2. — Antecedentes históricos del problema

Históricamente en la República Argentina desde los comienzos de las actividades relacionadas con el manejo de la Salud, han coexistido en forma bastante definida dos sistemas independientes: por una parte la medicina privada resultado de una situación contractual tácita entre paciente y médico, y por otra parte la medicina estatal. Esta última en sus comienzos se hace cargo del paciente de escasos recursos a través de una actividad realizada al amparo de la Beneficencia y basada esencialmente en la caridad pública. Al tiempo asume la responsabilidad de ciertas actividades de salud pública esencialmente centradas en conceptos de saneamiento e higiene. La Beneficencia nace junto al Hospital Público en una actividad compartida con el Estado, con quien asume la responsabilidad de su financiamiento y manejo administrativo.

Desde fines del siglo pasado y especialmente en este siglo a partir de la década del 20 surgen entidades médicas representativas de Mutuales, al comienzo de colectividades extranjeras y luego como expresión de la organización sindical (Obras Sociales) prestatarias de asistencia médica a sus propios afiliados. A partir de mediados de la década del 40 la Beneficencia es absorbida por el Estado, y las Obras Sociales y Mutuales comienzan a crecer al amparo del fortalecimiento de las organizaciones sindicales. Para entonces están ya bastante bien definidos los tres sectores tradicionales prestatarios de la Atención Médica en el país a saber: **la medicina estatal, la medicina privada y las Obras Sociales y Mutuales**. Como complemento de estos tres Sectores y especialmente en las zonas urbanas y periurbanas de crecimiento acelerado, nacen al amparo de instituciones de Bien Público gestadas por vecinos, entidades asistenciales mínimas de asistencia médica (Salas de Primeros Auxilios o similares).

El término "medicina estatal" o "estado" es usado en sentido irrestricto para los niveles Nacional, Provincial o Municipal.

### 3. — El Municipio como efector de Salud

La breve introducción histórica que antecede permite delinear con alguna precisión el campo de acción reservado a cada uno de los sectores mencionados en materia de salud: la medicina asistencial (curativa) fue desde sus comienzos una actividad compartida por los tres sectores quedando la medicina preventiva y la rehabilitación como una responsabilidad inherente al Estado.

Esta concepción muy sintetizada y global es también aplicable al Municipio. La comuna como fuente de la soberanía y el poder asumió desde sus comienzos la responsabilidad de las acciones de salud no absorbidas por los sectores tradicionales. En efecto, estando la medicina asistencial en manos del sector privado y la Beneficencia, el Municipio tomó a su cargo las acciones de higiene pública y saneamiento.

En los tiempos del auge de la Beneficencia muchos establecimientos asistenciales gestados por ésta y mantenidos financieramente y administrativamente en una responsabilidad compartida con el Estado, pasan luego a depender en forma directa de los Municipios, quienes mantienen Comisiones Administradoras o Cooperadoras ad-hoc, como resabios de la beneficencia tradicional. Al propio tiempo crecen en forma totalmente inorgánica un sinnúmero de mini-establecimientos prestatarios de una medicina "al paso" y creadas por entidades de Bien Público formadas por vecinos. La medicina Privada y las Obras Sociales y Mutuales se desarrollan independientemente del quehacer municipal, y sus acciones de centran exclusivamente en la medicina asistencial (curativa).

Por otra parte en muchos municipios se van "insertando" por imperio de decisiones de diversa índole, muchas veces políticas, establecimientos asistenciales de dependencia Nacional o Provincial y de muy variada complejidad y destino.

Estamos ahora en mejores condiciones de comprender e interpretar las

distintas secuencias que han colocado al Municipio frente a los problemas de su competencia y su papel como efector de salud.

Para la mayor parte de los Municipios del Gran Buenos Aires, el comienzo de las acciones de salud se centró en dos actividades bien definidas: por una parte la medicina asistencial (curativa) para los sectores de menores recursos en una actividad compartida con la Beneficencia en sus comienzos; y por otra parte ciertas actividades de saneamiento limitadas al principio al control bromatológico de los alimentos y otras acciones de higiene y salubridad públicas. En aquellos Municipios sin hospital bajo su dependencia, todas las acciones de salud se concentraron en acciones de saneamiento, quedando la actividad asistencial al margen del quehacer municipal, con excepción de cierta supervisión sobre las entidades asistenciales de bien público administradas por vecinos, o el mantenimiento de pequeñas unidades asistenciales de tratamiento ambulatorio. A partir del año 50 aproximadamente, fue creciendo el interés de los Municipios por absorber actividades de medicina preventiva, con la incorporación de programas de vacunación, de saneamiento ambiental, de protección al niño y a la embarazada, de salud dental, de salud mental, etc. etc.

A partir de la década del 60, con los comienzos de la Regionalización, la Provincia incorpora en los Municipios los "Centros de Salud" con la finalidad de prestar a la población una asistencia médica integrada (Preventiva y curativa) enmarcada dentro de la filosofía de salud imperante en la época y en relación con la definición de áreas programáticas.

Las distintas características de los Municipios, su población y distribución, sus aspectos socio-económicos y culturales, sus antecedentes históricos y la complejidad variable de su infraestructura técnica y administrativa, crean una gran diversidad en cuanto a las problemáticas de salud de cada municipio y sus estrategias de solución.

En general las prestaciones de salud a nivel Municipal pueden sintetizarse así:

#### a) Medicina Asistencial curativa:

—El sector estatal a través de establecimientos de distinta situación de dependencia (nacional, provincial o municipal), y de variada complejidad (con o sin internación, centros de salud, unidades sanitarias, etc.) asume la responsabilidad de la asistencia a los pacientes de menores recursos.

—El sector de Obras Sociales y Mutuales presta asistencia a sus afiliados a través de un complejo sistema convenido con las entidades médico-gremiales para la asistencia ambulatoria, y utiliza además de la capacidad instalada de los establecimientos privados, una buena parte de los establecimientos estatales para los casos de necesidades de internación; con excepción de algunas Obras Sociales y Mutuales o Sindicales que cuentan con establecimientos propios.

—El sector privado presta atención médica a través de los establecimientos sanatoriales y los consultorios privados a los pacientes de mayores recursos.



## b) Medicina preventiva:

El estado a través del Municipio absorbe la mayor parte de la responsabilidad inherente a esta importante actividad médica al igual que las actividades de saneamiento ambiental y de contralor de higiene y salubridad pública.

## c) Rehabilitación:

Compartida por el Estado (establecimientos de diversa dependencia) y la actividad de instituciones privadas de Bien Público (Ej. ALPI, LALCEC, CERENIL).

En conclusión el Municipio como efector de salud asume las siguientes responsabilidades:

1. — Comparte con otros sectores estatales las prestaciones de asistencia médica (medicina curativa) a los sectores de menores recursos.

Muchos municipios cuentan con una importante capacidad instalada que en algunos casos es usufructuada por los sectores de Obras Sociales y Mutuales, y Privado.

2. — Asume habitualmente la total responsabilidad de la Medicina preventiva y de las actividades de saneamiento ambiental.

3. — Las acciones de rehabilitación se limitan a actividades muy restringidas en los establecimientos hospitalarios.

## 4. — Sistema de Salud y Municipio:

Las declaraciones formuladas por distintos sectores de la Nación y de la opinión pública a propósito de la instauración de un sistema Nacional de Salud, las opiniones vertidas al respecto por entidades gremiales y representativas, y el interés demostrado en distintos niveles por aportar ideas y contribuir a clarificar las múltiples implicancias del problema; ponen sobre el tapete la necesidad de definir la participación de los distintos sectores comprometidos en la consecución de tan amplio objetivo.

En este sentido el **Municipio** como expresión natural de la soberanía y depositaria de la responsabilidad en la ejecución de importantes acciones de salud, **no puede permanecer ajeno a un Plan Nacional con la participación de todos los sectores y la coordinación de los recursos disponibles.**

En efecto, la mayor parte de los Municipios cuentan con una importante capacidad instalada y con valiosos recursos humanos y financieros destinados a cumplir con diversos objetivos de salud.

En consecuencia, la participación del Municipio en un Sistema de salud se impone como una necesidad inherente al papel del mismo como efector de salud y su importante contribución como fuente de recursos.

Con la finalidad de aportar ideas y contribuir a clarificar el problema relacionado con la participación del municipio en un Sistema se analizan en capítulos sucesivos diversos temas relacionados con el Municipio y Salud Pública.

Pero cualesquiera fuera el futuro de la Salud Pública en la República Argentina, a través de un sistema Nacional de Salud con la participación de todos los Sectores, no cabe la menor duda del papel importante que le cabe al

Municipio como parte del sistema efector de salud, por las siguientes consideraciones:

1. — El nivel municipal es esencialmente ejecutivo, al tiempo que participa en la coordinación de programas de Salud Zonales.

2. — Las acciones de medicina preventiva y de saneamiento siguen siendo de patrimonio preferentemente municipal.

(a pesar de los esfuerzos realizados aún no se ha logrado integrar niveles adecuados de prevención a los establecimientos; por otra parte el control de higiene y las actividades de saneamiento son privativas del poder de policía municipal).

3. — El municipio es quien se encuentra más cerca de los problemas de salud y en consecuencia quien mejor los conoce y el más apto para dar las soluciones a nivel local.

Además por su proximidad con la comunidad es quien mejor puede acceder a la participación de ésta en los problemas de salud.

4. — La diversidad de establecimientos y organismos de distintas complejidad y situación de dependencia a nivel municipal, exigen una coordinación en la que el municipio debe ser el principal protagonista.

5. — El municipio es la estructura más adecuada para realizar actividades de supervisión y evaluación a nivel local.

6. — La participación de salud pública en el presupuesto municipal, que en algunos municipios alcanza hasta el 35 por ciento del total presupuestado, significa una importante fuente de financiamiento, que no puede ser ajena a cualquier intento de sistematización de la salud Pública.



## Guía de Discusión

### TEMA I - DOCTRINA

- 1 — Definición de la responsabilidad del Municipio en materia de Salud Pública; en razón de sus antecedentes legislativos, históricos y políticos.
- 2 — Competencia del Municipio como efector de salud:
  - a) Atención Médica: Medicina Asistencial; Medicina Preventiva; Rehabilitación de salud.
  - b) Saneamiento ambiental.
3. — Participación del Municipio en un Sistema de Salud.
  - Coordinación.
  - Integración.
  - Municipio y área de salud.

### MESA A: PARTICIPANTES

Nombre y Apellido	Institución que Representa:	Cargo o Función
Dr. Ricardo Skilton	Secretaría de Bienestar Social de Quilmes	Jefe de Dep. de Med. Prev.
” Horacio Drake	Municipalidad de Quilmes	Concejal
” Juan J. García Pérez	Asociación de Prof. Policlínico “Ricardo Finochietto”	Presidente
Dr. Nelly T. Leira	Asociación de Prof. Policlínico “Ricardo Finochietto”	Vicepresidente
Dr. Nicolás A. Palumbo	Sanidad de Fronteras y Transportes	Director
” Rubens Torresi	Salud Pública de la Nación	Asesor
” Norberto Schavini	Círculo Médico de Berazategui	Vocal
” A. González Marcos	Caja de Prev. y Seg. Médico Prov. de Buenos Aires	Presidente
” Juan E. Passaro	Policlínico Gregorio A. Alfaro de Lanús	Director
” Luis A. de la Torre	Colegio de Médicos - Distrito IX	Asesor Médico
” Alberto Santesteban	Zona Sanitaria VI	Asesora Médica
” Rubén Smud	Colegio de Médicos - Distrito II	
” Ángel Menna	Municipalidad de Quilmes	Secret. de Bienestar Social

## Mesa "B" - Organización

PRESIDENTE: Dr. ANGEL TULLIO; RELATOR: Dr. MIGUEL GOLDCHLUK; SECRETARIO: Dr. CARLOS CALVETE.

### TEMA II:

Organización de la Salud Pública a nivel Municipal - Alternativas Organizativas - Organigrama - Tipo. Planificación de Salud a nivel Municipal - Definición de prioridades.

## TEMA II

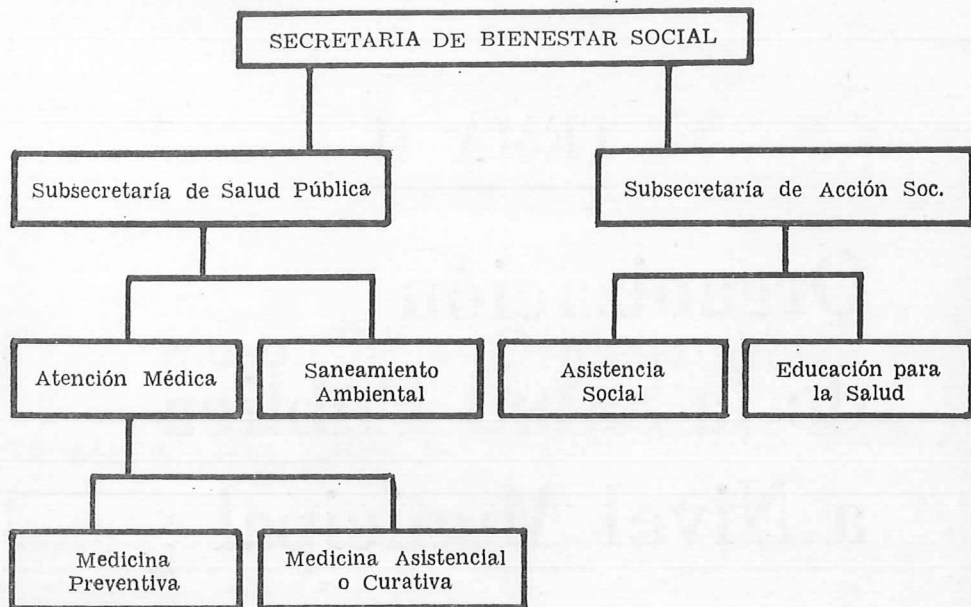
# Organización de la Salud Pública a Nivel Municipal

### 1. — Importancia del problema

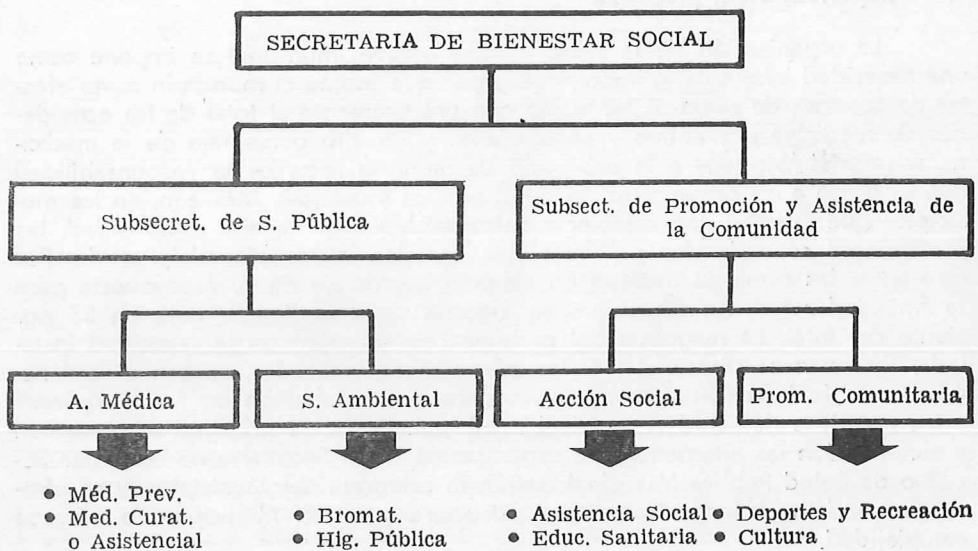
La organización de la salud pública a nivel municipal se impone como una necesidad inherente al importante papel que asume el municipio como efector de acciones de salud. A tal punto que prácticamente el total de las actividades de medicina preventiva y saneamiento y un alto porcentaje de la medicina asistencial brindada a la población de menores recursos es responsabilidad que incumbe a los organismos de salud pública municipal. Más aún, en los municipios que cuentan con establecimientos asistenciales de alta complejidad, las prestaciones se extienden a límites que exceden los propios del Partido. Por otra parte las comunas dedican un elevado porcentaje de su presupuesto para la finalidad salud, en cifras que en algunas de ellas llegan hasta un 35 por ciento del total. La magnitud del problema en relación con la capacidad instalada, los recursos disponibles y las prestaciones realizadas, exigen el ordenamiento de la infraestructura necesaria para dar satisfacción en forma racional a los objetivos de salud en el nivel municipal. Con esta finalidad se presentan a continuación las alternativas de organización de la Secretaría de Bienestar Social o de Salud Pública Municipal (según la categoría del Municipio), y se ofrece un modelo de organigrama de estructura para un Municipio de elevada complejidad.

**2. ALTERNATIVAS DE ORGANIZACION**  
**2.1. PARA MUNICIPIOS QUE CUENTAN CON SECRETARIAS DE BIENESTAR SOCIAL**

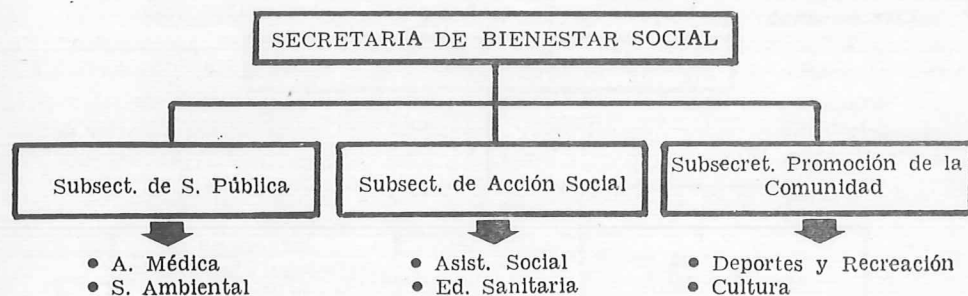
**ALTERNATIVA A.**



**ALTERNATIVA B**

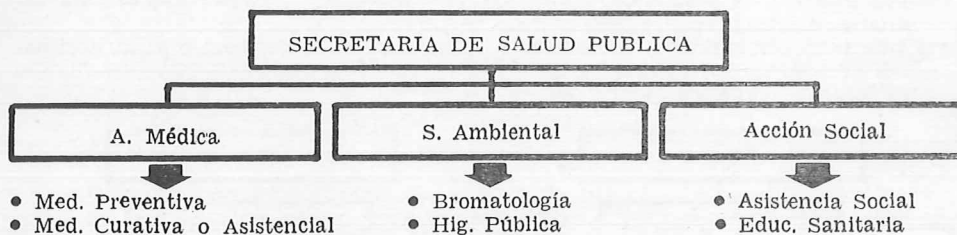


**ALTERNATIVA C**

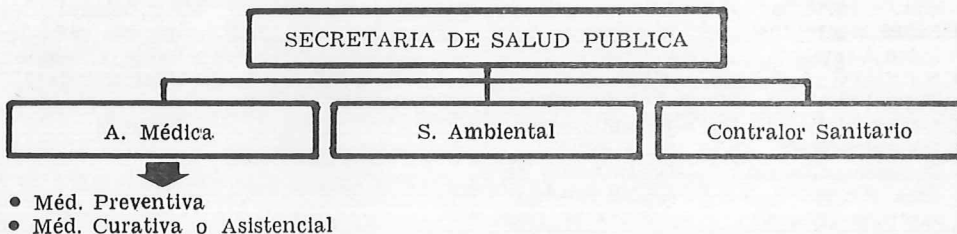


**2.2. PARA MUNICIPIOS QUE CUENTAN CON SECRETARIA DE SALUD PUBLICA**

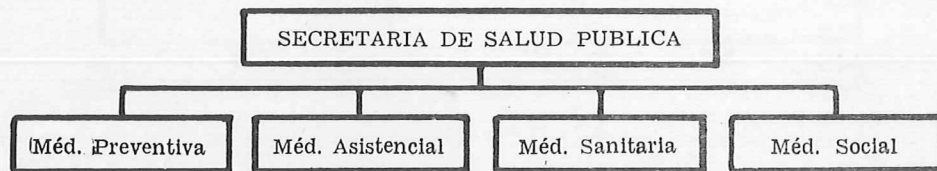
**ALTERNATIVA D**



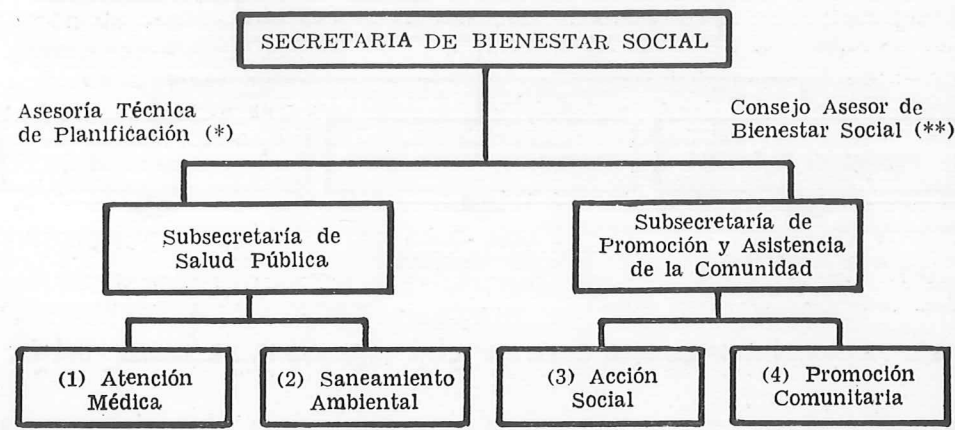
**ALTERNATIVA E**



**ALTERNATIVA F**

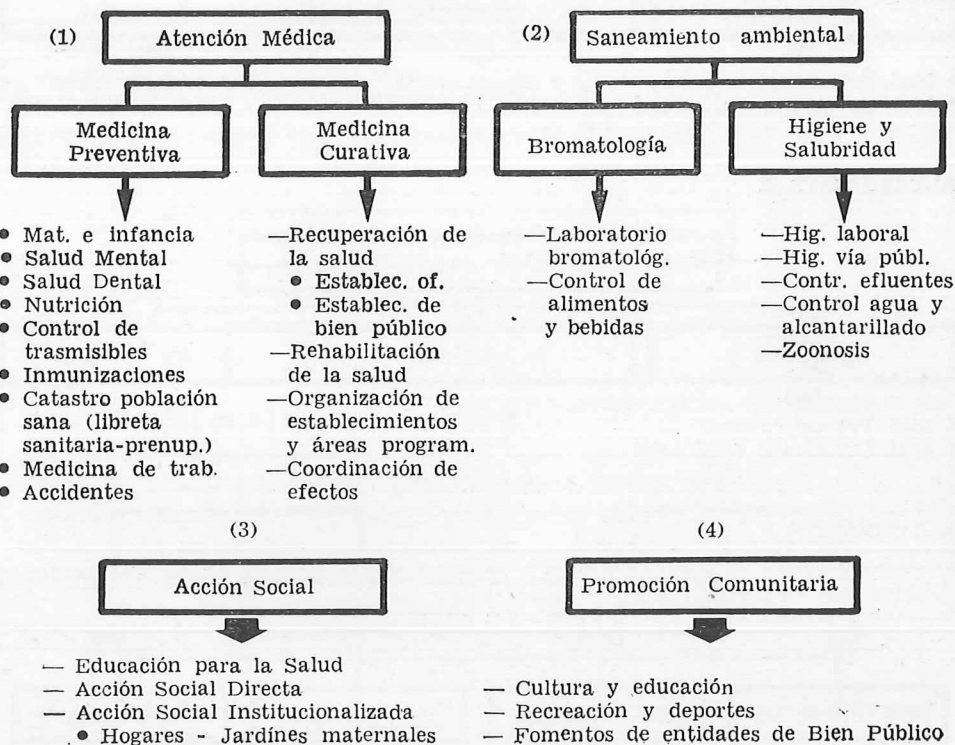


### 3. ORGANIGRAMA TIPO PARA LA ORGANIZACION DE UNA SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL MUNICIPAL DE ELEVADA COMPLEJIDAD



(\*) Planificación, programación, estadística, epidemiología, legislación arquitectura sanitaria, capacitación y adiestramiento de personal, etc.

(\*\*) Integrado por entidades profesionales, gremiales (CGT Regional o local, sociedades de fomento y entidades de bien público, comercio e industria y representantes de entidades financieras y la Banca.



### 4. — PLANIFICACION DE SALUD A NIVEL MUNICIPAL

La planificación de salud a nivel Municipal se impone como necesidad del Municipio en materia sanitaria, concordantes con la esencia del Régimen Comunal dentro del sistema federal. Esta planificación debe ser coherente con la planificación Regional, Provincial o Nacional en el Sector Salud, como asimismo con la Planificación extrasectorial, y es fundamentalmente básica para la integración de actividades en un Sistema Coordinado de Salud.

Las siguientes razones —entre otras— avalan la necesidad de planificar las acciones de salud en el ámbito Municipal.

1º) El crecimiento habitualmente disarmónico, inadecuado e insuficiente de las infraestructuras y servicios de salud, en relación con el aumento de la población. (Esta situación es muy manifiesta en el Gran Buenos Aires).

2º) El aumento progresivo e incontenible del costo de mantenimiento de los servicios, de la atención de la demanda y de otras actividades de salud.

3º) El detrimento de los presupuestos de salud, en beneficio de la atención de otras necesidades inherentes al quehacer municipal, (mantenimiento de la obra pública, promoción vial, burocratización de la función pública, etcétera, etcétera).

4º) La multiplicidad de establecimientos y efectores de salud coexistentes a nivel municipal, de distinta situación de dependencia, y con distintas modalidades de trabajo y sistema de financiación.

5º) El incremento de la demanda de asistencia médica y de medicina preventiva en el sector público, impuestos por el crecimiento de la población, la disminución de su poder adquisitivo y su mayor asequibilidad a los organismos prestatarios de salud, las nuevas modalidades de la medicina actual y las condiciones particulares de vida y del trabajo (por ejemplo: aumento de la demanda por accidentes).

Todos estos argumentos fundamentan y dan validéz a la necesidad de planificar las actividades de salud en el nivel municipal, tendientes a coordinar esfuerzos orientados a objetivos comunes y a racionalizar los recursos disponibles adecuando el presupuesto a la atención de los problemas prioritarios de salud en función de los grupos vulnerables y de las zonas más deprimidas de la comuna.

Fundamentalmente toda planificación a nivel municipal debe cumplir con los siguientes objetivos:

1. — Diagnóstico de la situación del partido, en su triple aspecto: infraestructura, recursos, daño de salud; realizado en forma global para el municipio y desagregado para sus diversas zonas, sectores, villas, etc.

2. — Formulación de programas alternativos para la solución de los problemas detectados en relación con las prioridades establecidas, los recursos disponibles, las infraestructuras existentes y las características socio-económicas y culturales de los distintos sectores del partido.

3. — Coordinación de actividades en base a los Programas que se formulen de todos los organismos o establecimientos afectados a la atención de



la Salud en el municipio, sean ellos de dependencia estatal (nacional, provincial, municipal) o privados.

4. — Elaboración de bases y normas de procedimiento para la formulación de presupuestos por Programa.

5. — Selección de indicadores para la supervisión y evaluación continua de la marcha y cumplimiento de las actividades y de los resultados obtenidos.

La planificación municipal en materia de salud exige contar con un equipo o grupo asesor en planificación (Consejo asesor de Planificación de la Secretaría de Bienestar o de Salud Pública, según el tipo de estructura), que debe atender como mínimo las siguientes actividades: Estadística, Epidemiología, Legislación Sanitaria, Arquitectura sanitaria, Capacitación y adiestramiento de personal, Relaciones públicas, Programación, Educación de la salud.

El grupo asesor en planificación debe estar conformado por un equipo multidisciplinario integrado por profesionales o técnicos de las siguientes ramas: Medicina, Derecho, Arquitectura, Ingeniería, Estadísticas, Ciencias Sociales, Enfermería, Asistencia Social, Veterinaria, Seguridad, etc.

El grupo o consejo asesor de planificación recoge, analiza y elabora toda la información disponible relacionada con los distintos aspectos de salud, detecta los problemas específicos y propone alternativas de solución.

La proposición final debe estar en manos del Consejo Técnico Asesor de Bienestar Social o de Salud Pública, integrado por la máxima autoridad del sector y los funcionarios hasta nivel de Dirección inclusive.

## 5. — IDENTIFICACION DE PROGRAMAS, INTEGRADOS A UN PLAN DE SALUD MUNICIPAL.

### DETERMINACION DE PRIORIDADES

#### A. — En el área de Atención Médico.

A.1. — Programa de organización de establecimientos y áreas programa de inmunizaciones.

A.2. — Programa de coordinación de efectores.

A.3. — Programa de recuperación de la salud (Asistencia Médica).

A.4. — Programa de rehabilitación de la salud.

A.5. — Programa supervisión establ. asistenciales de entidades de bien público.

A.6. — Programa de recuperación y adecuación de la capacidad instalada.

#### B. — En el área de Medicina preventiva.

B.1. — Programa de salud materno-infantil. Programa de Salud Oral. Programa de Salud Mental. Programa de enfermedades Sociales.

B.2. — Programa de control de trasmisibles (epidemiología) Subprograma de inmunizaciones.

B.3. — Programa de saneamiento ambiental. Subprograma control del aire y afluentes líquidos e industriales. Subprograma control de alimentos y bebidas. Subprograma higiene laboral y seguridad industrial. Subprograma disposición final de residuos. Programa de zoonosis (rabia) (control de roedores y vectores).

#### C. — En el área de la infraestructura.

C.1. — Programa provisión de agua potable.

C.2. — Programa de extensión de red cloacal.

C.3. — Programa de mejoramiento e higiene de la vivienda.

C.4. — Programa de estadísticas.

C.5. — Programa de arquitectura sanitaria.

C.6. — Programa adecuación legislación sanitaria.

C.7. — Programa de presupuesto y racionalización de recursos.

C.8. — Programa de Emergencias y catástrofes.

## 6. — RECOLECCION DE DATOS INDISPENSABLES PARA LA ELABORACION DE UN PLAN DE SALUD MUNICIPAL - PRIMERA ETAPA: DIAGNOSTICO DE SITUACION

1. — **Datos biogeográficos:** 1) Superficie. 2) Geohidrografía - Cursos de agua. 3) Clima (Temperatura, humedad, presión atmosférica, vientos). 4) Flora y fauna. 5) Ecología. 6) otros.

2. — **Datos Demográficos:** 1) Población. 2) Crecimiento de la población (Datos intercensales). 3. — Distribución de la población por edades (Pirámide de población). 4. — Distribución de la población por zonas, sectores, villas, etcétera.

3. — **Hechos Vitales:** 1) Matrimonios. 2) Nacimientos. 3) Defunciones. **Importante:** Necesidad de contar con el certificado vital en oportunidad del acaecimiento del hecho.

4. — **Infraestructura:** 1) Agua potable. 2) Cloacas. 3) Barrido y limpieza. 4) Recolección de residuos domiciliarios. 5) Comunicaciones y transporte. 6) Alumbrado y fuerza motriz. 7) Red de gas natural. 8) Pavimentos. 9) Vivienda - Tipo - Distribución - habitantes por cuarto. 10) Zonas. 11) Establecimientos educacionales. 12) Sociedades de Fomento y de Bien Público. 13) Establecimientos industriales. 14) otros.

5. — **Recursos de Salud.** 5.1. Recursos físicos. a) Establecimientos Asistenciales de bien público (con y sin internación y de distinta situación de dependencia). b) Establecimientos asistenciales privados. c) Establecimiento de acción social. d) Número de camas para hospitalización (de agudos, crónicos, obstétricas, pediátricas). e) Otros. 5.2. Recursos Financieros. 5.3. Recursos de Personal: 1) Médicos. 2) Enfermeras (Diplomadas y Técnicas). 3) Asistentes Sociales. 4) Técnicos Auxiliares en rayos y Laboratorio. 5) Odontólogos. 6) Bioquímicos y Laboratoristas. 7) Administrativos con especialidad en Salud Pública o administrativos Hospitalarios. 8) Profesionales especializados en Salud Pública. 9) Otros.

6. — **Daño en Salud:** 6.1. Morbilidad: por grupos etáreas, por patología (morb. específica). 6.2. Mortalidad: por grupos etáreas. Por patología. Mortalidad proporcional. Mortalidad infantil. Mortalidad específica.

7. — **Rendimiento de los establecimientos.** Consultas externas. Hospitalización. Costos. Índice ocupacional giro de cama, etc., etc..

## Guía de Discusión

### TEMA II

1. — Organización de la Secretaría de Salud Pública Municipal y examen de las alternativas de solución y su justificación.
2. — Acuerdo Municipal para una planificación intercomunal.
3. — Unificación de criterios para: a) Diagnóstico de situación. b) Selección de prioridades. c) Definición de áreas problemas (áreas críticas).

### MESA B: PARTICIPANTES

Nombre y Apellido	Institución que Representa	Cargo o Función
Dr. José Aranda	Zona Sanitaria VI	Supervisión médica
" Mario G. Neme	Municipalidad de Florencio Varela	Director de Salud Pública
" Pedro A. Cosenzo	Secretaría Técnica de San Miguel	Director
Dra. Elsa M. Moreno	Escuela de Salud Pública - Univ. de Buenos Aires	Encargada Docencia - Investigac.
Dr. Alberto Rico	Municipalidad de Esteban Echeverría	Director de Medicina Preventiva
" Néstor Bukata	Municipalidad de Lanús	Director Gral. - Técnico Sanitario
" Carlos Lualdi	Municipalidad de Lanús	Jefe Depart. Servicios Médicos
" Alfredo H. López	Municipalidad de Berazategui	Médico Municipal
" Carlos A. Díaz	Hospital Municipal de Lanús	Jefe de Ortopedia y Traumatolog.
" Roberto Diano	Dispensario Municipal de Quilmes	Director
" Mario A. Rosen	Municipalidad de Quilmes	Director de Salud Pública
" Carlos Calvete		
" Hugo Orihuela	Colegio de Médicos - Distrito II	Tesorero
" Angel Tullio	FEMERBA	Secretario General
" Miguel Goldchluk	Colegio de Médicos - Distrito II	Secretario General

## Mesa "C" - Recursos

PRESIDENTE: DR. SMUD, RAFAEL; RELATOR: DR. J. STAVRINAKIS; SECRETARIO: DR. G. CASTELLANOS ESPINOSA.

### TEMA III

A) Recursos financieros - Presupuesto de salud municipal - Fuente del Recurso - Imputación del gasto Presupuesto tradicional y presupuesto por programa.

B) Recursos físicos - Capacidad instalada - Mantenimiento - Organización de establecimientos y áreas programáticas - Coordinación de servicios - Regionalización.

C) Recursos Humanos - El equipo de salud - Concepción Multidisciplinaria - Carrera médico hospitalaria y Carrera médico Sanitaria - Enfermería - Capacitación y adiestramiento de personal.

## A) Recursos Financieros

### 1. - Introducción:

La adjudicación de recursos financieros aplicados al presupuesto para atender los gastos de salud municipal, plantea en los niveles de decisión la siguiente alternativa: SALUD COMO SERVICIO o SALUD COMO DERECHO.

En el primer caso la concepción se ajusta al más estricto sentido financiero del régimen municipal. En efecto, el Municipio se obliga a la prestación de determinados servicios que hacen a las necesidades de la población, quien retribuye los mismos en concepto de tasas municipales. Esta interpretación es la que habitualmente provoca cierta renuencia en las autoridades municipales, para autorizar fondos destinados a prestaciones de salud, que no tienen asegurada su fuente de ingreso. Es causa principal de las dificultades para asegurar presupuesto de salud, que estén en concordancia con las reales necesidades del municipio en la materia.

La salud como derecho en cambio, coloca al Municipio en la **obligación** de realizar prestaciones de salud a la población para asegurar su bienestar.

En conclusión: la salud como servicio, es una prestación que debe ser retribuida; la salud como derecho, es una obligación del Estado quien se responsabiliza de asegurar su financiamiento, con fondos provenientes de las rentas generales u otros recursos.

En este último sentido el Municipio se obliga a realizar actividades de salud, no absorbidas por los sectores tradicionales (Medicina Preventiva y Saneamiento ambiental) y prestaciones de medicina curativa a la población de menores recursos. Si la capacidad financiera del Municipio no permite afrontar las erogaciones que demanden tales prestaciones, el Estado provincial y/o nacional están obligados a concurrir en su apoyo.

La posibilidad de integrar un sistema nacional de salud, plantea nuevas alternativas de financiamiento, que deberán ser contempladas a la luz de las actuales circunstancias.

### 2. - Fuente de ingresos en el sector salud a nivel municipal

1. - Tasas municipales en concepto de higiene, salubridad y/o seguridad.
2. - Tasas municipales en concepto de Libretas Sanitarias y exámenes de salud.
3. - Derechos de saneamiento (desinfección, desinsectización, desratización).
4. - Tasas por inspecciones veterinarias y bromatológicas.

En virtud de que no cuentan los municipios con una tasa específica para la contraprestación de otros servicios de salud, el monto de los ingresos es habitualmente muy bajo en relación con el total de los recursos municipales. Esta situación se ve agravada en los municipios que cuentan con establecimientos asistenciales de alta complejidad y cuyo radio de acción se extiende fuera de la co-



mana, a punto tal que el mantenimiento de los mismos, resienten el manejo de los fondos municipales en detrimento de la obra pública.

La solución debiera estar en un mayor apoyo de la Provincia y/o Nación para el sostenimiento de estos establecimientos, y en un futuro la participación de los mismos, en un sistema que les permita captar ingresos provenientes de pacientes protegidos por obras sociales o mutuales u otros sistemas de seguros, u otros medios de financiamiento.

### 3. — Imputación del gasto

La participación del sector salud en la erogaciones del presupuesto municipal, no resultan fácilmente desglosables del total por las siguientes razones (entre otras):

1. — No existe un criterio uniforme para definir que "acción o actividad" es salud y cual no lo es. Por ejemplo está claro que la atención médica hospitalaria es salud ;pero la provisión de agua potable, es salud o es obra pública?

2. — En los municipios que tienen secretarías de Bienestar Social, una de ellas es habitualmente de Salud y en este caso el total de las erogaciones de este sector, pueden ser imputadas a este rubro; pero en la o las otras Subsecretarías, algunas actividades escapan a este criterio (por ej.: entidades de bien público).

3. — Teniendo en cuenta que de acuerdo a la Ley Orgánica de las Municipalidades (en la Provincia de Buenos Aires) los presupuestos se rigen por el criterio del "objeto del gasto" (gastos corrientes, inversiones de capital, transferencias), cuando se computan las erogaciones por sector (Salud Pública), generalmente sólo estamos considerando los gastos directos, pero se omiten los gastos indirectos (participación en gastos administrativos, obras y mejoras con financiamiento procedente de obras públicas, transferencias con fondos provenientes de las disponibilidades del Intendente, etc.).

Todas estas razones y otras, hacen que las cifras que se obtienen, para la imputación a salud dentro del presupuesto municipal, no sean comparables.

Un criterio de Uniformación podría ser el siguiente:

1. — Definir qué se entiende por "gasto de salud".

**Gastos Directos.** — Actividades médicas en prevención, recuperación o rehabilitación de la salud.

—Gastos de personal profesional, técnico o auxiliar relacionado con lo anterior.

—Capacitación de personal específico.

—Inversiones de capital en elementos inmuebles o muebles.

—Equipos e instrumental.

—Gastos de mantenimiento.

—Adquisición de drogas y medicamentos.

—Gastos corrientes y otros gastos relacionado con lo señalado.

—Subsidios para fines de salud.

**Gastos indirectos:** — Participación porcentual del sector salud en todos gastos administrativos de la Comuna.

— Participación con otros sectores en actividades cuyos objetivos sean compartidos con salud (ej.: agua potable, limpieza, recolección de residuos, etc.).

2. — Propender a que la Secretaría de Bienestar Social o de Salud Pública municipales elaboren presupuesto por **Programa**.

Si se observan los datos obtenidos de los distintos municipios del conurbano sur del Gran Buenos Aires, se observa de acuerdo a las cifras facilitadas por los mismos (y las salvedades enunciadas anteriormente) que la participación del sector salud dentro del Presupuesto Municipal, oscila entre un 5 y un 35 por ciento del total presupuestado.

Dentro de este rango y en términos generales podemos decir que para los municipios que solo cumplen actividades de salud relacionadas con medicina preventiva y saneamiento o, con escasa actividad de tipo asistencial, la participación de salud en el presupuesto no llega al 10 por ciento (Ej. Almirante Brown, Florencio Varela); y para los municipios que además de la medicina preventiva tienen bajo su responsabilidad de establecimientos asistenciales con internación, la participación de salud en el presupuesto supera el 20 por ciento (caso de Lomas de Zamora, Avellaneda, Lanús).

### 4. — Presupuesto por Programa

La elaboración de presupuesto por programa, significa la posibilidad de contar con elementos cuantificables para medir la magnitud de las inversiones a realizar, en función de los objetivos propuestos de salud. El presupuesto por programa, fija las metas a cumplir en cada una de las etapas o subprogramas y/o actividades, y al mismo tiempo fija y asigna los insumos necesarios para su realización. Por otra parte, permite establecer costos y obtener rendimientos de las actividades programadas y de los logros obtenidos.

De su análisis se pueden extraer conclusiones para racionalizar el uso de los recursos disponibles. Además permite tener en forma actualizada y permanente una cuantificación de las inversiones realizadas en cada programa y de la suma de todo ello; contando pues con el consolidado del total de los recursos asignados a salud.

Si bien la ley de contabilidad de la Provincia de Buenos Aires y la Ley Orgánica de los municipios no contempla la elaboración de presupuestos por programa, es factible que las secretarías o dependencias municipales elaboren su propio presupuesto (acorde con el presupuesto general) dentro de las normas y procedimientos por programa.



## **B) Recursos Físicos**

### **1. — Capacidad Instalada:**

La mayor parte de los municipios cuentan con una importante capacidad instalada dependiente del sector estatal. Estos establecimientos de variable complejidad y jerarquía mantienen su dependencia administrativa de los niveles nacional, provincial o municipal y ajustan sus actividades conforme a normas emanadas de cada subsector, que a su vez arbitra los medios para el mantenimiento de los mismos.

Esta situación crea superposiciones de actividades tendientes a idénticos objetivos, a la vez que plantea falencias como resultado de la falta de comunicación y coordinación de los establecimientos. Es frecuente que muchos de estos establecimientos estén en algunos aspectos sobredimensionados, con respecto a las reales necesidades de la comunidad a la cual sirven, y que por contraposición se observen acuciados déficit en servicios que hacen a su mejor rendimiento. Como ejemplo del primer caso se señala la superposición que con frecuencia se observa en cuanto a disponibilidad de aparatos de radiodiagnóstico, y en cuanto al segundo el habitual déficit de los servicios intermedios y de dependencias para consultas externas.

Por otra parte, por razones históricas y muchas veces políticas, la mayoría de los establecimientos se encuentran concentrados en las zonas centrales de cada partido, quedando la periferia al margen de la accesibilidad a los mismos, situación agravada por las dificultades habituales de comunicación.

A esta capacidad instalada dependiente del estado, se suman numerosos establecimientos menores prestatarios de una medicina ambulatoria y dependientes de entidades de bien público sin fines de lucro. Excluimos de esta consideración a los establecimientos privados y dependientes de obras Sociales y Mutuales, ya que los mismos no mantienen ningún nexo con la autoridad municipal; aunque deberán ser considerados en oportunidad que se concrete un sistema de salud.

En conclusión, los establecimientos están mal distribuidos, su dimensionamiento habitualmente no satisface las reales necesidades de la comunidad y la falta de coordinación conspira contra el mejor aprovechamiento de los servicios.

### **2. — Mantenimiento**

Nos referimos aquí al mantenimiento físico en cuanto a su planta y bienes de servicio, con exclusión de todo otro financiamiento destinado a asegurar las prestaciones de salud. Obvio es señalar, el estado de obsolescencia, que observan la mayor parte de los establecimientos y la falta de adecuación en relación con la prestación de una medicina al servicio de las necesidades actuales. Esta lamentable situación exige la definición de una política de restructuración y mantenimiento de la capacidad instalada que debe ser racionalizada, en función de los adelantos técnicos y en función integradora con todos los establecimientos disponibles, cualquiera fuera su situación de dependencia.

### **3. — Organización de Establecimientos y Areas Programáticas**

En virtud de las consideraciones anteriores, la organización de los establecimientos debe apuntar a definir niveles de complejidad de los mismos, según su ubicación y categoría, y su agrupamiento y coordinación en función de áreas programáticas, que según las circunstancias podrán exceder los límites del Partido.

### **4. — Coordinación**

La coordinación es pues un presupuesto básico para cualquier programa o plan que tienda al mejor y más racional aprovechamiento de la capacidad instalada. Por otro parte, no existe integración sin coordinación, y en consecuencia, ésta es previa a cualquier intento de sistematización de la salud en nuestro medio. El nivel municipal es apto para cualquier intento de coordinación en el campo de su jurisdicción.

La coordinación de establecimientos, no excluye la coordinación de Servicios agrupados según su nivel de complejidad, con absoluta exclusión de su situación de dependencia.

### **5. — Regionalización**

Fundamentalmente la Regionalización de acuerdo a definiciones clásicas, significa la descentralización administrativa para simplificar los trámites burocráticos y la consolidación presupuestaria a fin de redistribuir los recursos, dando prioridad a las áreas problema.

Esta definición planteada desde el punto de vista de la organización Provincial, se complementa con la obligada participación del Municipio en todo programa de regionalización.

Hasta tanto no se defina una política en relación con un sistema de salud, que permita integrar en una sola mano, todos los recursos, la regionalización en base a la coordinación de establecimientos y servicios según áreas programáticas para la ejecución de programas prioritarios que excedan los límites comunales, es la base fundamental para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y de los recursos humanos disponibles.

---

## **C) Recursos Humanos**

### **1. — El Equipo de Salud - Concepción Multidisciplinaria**

Las condiciones y requerimientos de la medicina actual colocan al médico como integrante de un equipo multidisciplinario, donde profesionales de distintas ramas del arte de curar y de otras disciplinas tienden al logro de idénticos objetivos. Esta concepción significa un cambio de actitud, que jerarquiza las distintas profesiones y da coherencia al recurso humano comprometido.

Para que ello sea factible, este cambio debe estar condicionado a una actitud de compromiso, especialmente de los profesionales médicos, y por otra

parte debe asegurarse el escalafonamiento, la rentabilidad y la estabilidad de todos los integrantes del equipo.

## 2. — Carrera Médica Hospitalaria y Carrera Médico Sanitaria

Las consideraciones anteriores avalan la necesidad de implantar en los distintos niveles las carreras a que se hace referencia en el título. Al Municipio le incumbe la responsabilidad primaria de asegurar las condiciones de trabajo que permitan, a los integrantes del equipo gozar de los derechos aludidos en el capítulo anterior, La carrera médico hospitalaria, es la primera etapa de un proceso que se inicia con el médico y que rige en la provincia de Buenos Aires para sus establecimientos Sanitarios, a través de la Ley 7878.

Los Municipios deben adoptar y adaptar dicha norma legal, acorde a sus propios efectores de salud. La Ley establece un escalafonamiento y jerarquización de indudable beneficio para la mejor programación y ejecución de las acciones de salud. En ella deben estar comprendidos los profesionales que desempeñan tarea de medicina curativa, preventiva y de fiscalización sanitaria y Saneamiento ambiental.

La organización y la marcha de las Secretarías de Bienestar Social, se verán favorecidas por la selección de los aspirantes a los cargos por concurso, como también la adquisición de funciones por un sistema que asegure estabilidad y garantiza la efectividad y continuidad programática.

En un futuro, la Carrera Sanitaria debe ser ampliada, con la incorporación de los demás profesionales pertenecientes al equipo de salud.

## 3. — Enfermería

El Municipio participa del déficit de enfermería señalado para todo el país. Este déficit es fundamentalmente de número en cuanto al plantel de enfermería disponible en los establecimientos y además de calidad referida a su preparación básica y especializada. Contribuyen a esta situación, el bajo nivel de jerarquización de la enfermería en nuestro medio y la baja remuneración en relación con otras actividades menos comprometidas.

Aunque la solución integral es de carácter nacional, los municipios pueden contribuir a atenuar esta lamentable situación, que conspira en alto grado contra el rendimiento de los establecimientos.

El mejoramiento de las condiciones de remuneración y el reconocimiento de un escalafonamiento para las actividades de enfermería en los establecimientos, el cambio de actitud de los profesionales médicos en relación con su profesión, la capacitación y adiestramiento en servicio y la enseñanza continuada mediante cursos de actualización, son algunos de los factores que pueden contribuir a mejorar y jerarquizar el plantel de enfermería, y aumentar el interés de las jóvenes por esta promisoriosa y abnegada carrera.

## 4. — Capacitación y Adiestramiento de personal

La capacitación y adiestramiento de personal en servicio, debe ser parte de un programa municipal destinado al mejoramiento del recurso humano en todos los niveles (profesional, técnico y administrativo).

El Municipio debe asumir la responsabilidad de asegurar la calidad de todo el personal bajo su dependencia, y en el campo de la salud esta premisa adquiere particular relevancia en virtud de la importancia del servicio a su cargo.

## MESA C: PARTICIPANTES

Nombre y Apellido	Institución que Representa	Cargo o Función
Dr. Rafael Smud	Hospital Lucio Meléndez de Adrogué	Director de Cursos
Jorge Stavrinakis	Colegio de Médicos - Distrito II	Secretario de Bienestar Social
Juan C. Pinelli	Municipalidad de Berazategui	Asesoría
José Lerner	Colegio de Médicos - Distrito II	Secretario de Salud Pública
Albor García Iglesias	Municipalidad de Esteban Echeverría	Secretario General
Isaac A. Babruskis	Colegio de Médicos - Distrito III	Asesor Médico
Dra. Leontina Fuyes	Zona Sanitaria VI	Director de Salud Pública
Dr. Roberto Bargeró	Municipalidad de Berazategui	Secretario de Bienestar Social
Abel Galperin	Municipalidad de Lanús	Director del C. de San Fco. Solano
Eduardo Oller	Municipalidad de Quilmes	Jefe Dispensario Antirrábico
Héctor N. Schiaffini	Colegio de Médicos - Distrito I	Presidente
Edmundo D. Luciani	Colegio de Médicos - Distrito II	Protectorero
Antonio Segade	Colegio Médico de Quilmes	Director
Gustavo Núñez	Colegio de Médicos - Distrito I	Presidente Subcomisión
Serafin E. Rodríguez	Policlínico "Ricardo Finochietto" de Avellaneda	Sanitarias
Arturo Pavashian	Municipalidad de Lomas de Zamora	Presidente
Oscar Corrado	Colegio Médico de Lomas de Zamora	Subdirector
Héctor G. Bogani	Colegio Médico de Lomas de Zamora	Médico
Rodolfo Erkinger	Hospital de Wilde	Coordinador Docente
Rodrigo J. Sarubbi	Hospital "Luusa C. de Ganduifo"	Presidente
Néstor Perrone	Escuela de Salud Pública Universidad de Buenos Aires	Director Asistente
Carlos M. Senatore	Policlínico "G. Arcoz Alfaro" - Asociación de Profesionales	Director Asistente
Roberto R. Cravino	Policlínico "G. Arcoz Alfaro"	Director Asistente
Enrique López	Policlínico "Ricardo Finochietto"	Secretario de Bienestar Social
Juan Mannara	Policlínico "G. Arcoz Alfaro"	Tesoroero
Rodolfo Soriano	Municipalidad de General Sarmiento	Secretario de Bienestar Social
Natalio Boizman	Policlínico "Ricardo Finochietto" - Asociación de Profesionales	Tesoroero
Salvador Lo Grasso	Hospital "Pedro Fiorito" - Asociación de Profesionales	Secretario de Bienestar Social
Gabriel Castellanos	Municipalidad de Florencio Varela	Tesoroero
Espinosa	Hospital "Pedro Fiorito"	Secretario de Bienestar Social
Alberto Carvalho	Hospital "Pedro Fiorito" - Asociación de Profesionales	Presidente
Enrique Suárez	Municipalidad de Almirante Brown	Secretario de Bienestar Social
Juan C. Mackiewicz	Hospital de Wilde	Jefe de Consultorios Externos de Guardia
Adolfo Saadia	Hospital "Pedro Fiorito"	Médico del Serv. Cardiovascular

## Guía de Discusión

### MESA C. — TEMA III

1. — Problemática de la Salud en el ámbito municipal: Salud como Servicio o Salud como Derecho.
2. — Recursos financieros: a) Fuente de los ingresos. b) Presupuesto Municipal de Salud.
3. — Recursos físicos: a) Capacidad instalada. b) Mantenimiento. c) Coordinación. d) Regionalización.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LAS REUNIONES DE TRABAJO SOBRE MUNICIPIO Y SALUD

COLEGIO DE MEDICOS - DISTRITO II

JUEVES 27 DE SETIEMBRE DE 1973

### TEMA I - DOCTRINA

- 1) El grupo acuerda unánimemente, que el Municipio-célula básica de la Organización del Estado— debe participar activamente en todas las etapas de un Sistema de Salud (planificación, ejecución y evaluación).
- 2) El Municipio debe ser el principal responsable de las actividades del relevamiento de los recursos y necesidades del área.
- 3) El Municipio debe tomar participación activa en la promoción para la toma de conciencia en todos los niveles de su área, en relación con la integración y coordinación de todas las acciones de salud.
- 4) Hasta tanto se ponga en vigencia un Sistema de Salud los Municipios deben organizarse por si mismos y con los Municipios vecinos para el aprovechamiento al máximo de los recursos existentes con la participación del área o Zona Sanitaria correspondiente.
- 5) El grupo acuerda y recomienda la realización de reuniones relacionadas con este tema a nivel de otras entidades profesionales y en distintas circunscripciones y Distritos.

### CONCLUSIONES TEMA II - ORGANIZACION

#### 1) ESTRUCTURA

El grupo coincide sobre la base de la definición de salud, en que la estructura deberá contemplar integralmente las acciones de bienestar. Por lo tanto la denominación y contenido de la estructura se deberá referir a **BIENESTAR SOCIAL**.

Un participante, argumentó en base a las limitaciones actuales de los Municipios y la complejidad de la labor a ejecutar, que sería preferible circunscribir las acciones de **SALUD PUBLICA**.

2) La coincidencia fue plena en el sentido de unificar hasta determinado nivel de complejidad las estructuras de Bienestar de todos los Municipios, a fin de facilitar la interrelación de los responsables y fijar áreas de competencia para discutir opiniones.

La estructura con mayor consenso fue la del Documento para secretarías de gran complejidad, hasta el 2º nivel.

A fin de profundizar sobre tal tópico sería deseable formar un grupo de trabajo para continuar con la discusión iniciada.

3) Se puso especial énfasis, en el, organismo planificador de salud tanto a nivel municipal, como formando parte de un organismo ubicado a mayor nivel y con participación de todos los Municipios.

4) La estructura deberá tener flexibilidad no impidiendo la integración de la atención médica y contemplando las realidades del efector.

5) El Diagnóstico de Situación de salud marca la 1ª. etapa de la Planificación, debiendo utilizarse una metodología que permita la cuantificación de lo observado y su comparación en los diferentes Partidos, a fin de elaborar un programa común de acción. Las prioridades surgirán del citado diagnóstico tanto en lo que se refiere al daño como a los recursos y la infraestructura.



## CONCLUSIONES DEL TEMA III - LOS RECURSOS

### RECURSOS FINANCIEROS

1) Se hace necesario una reforma legislativa, que permita modificar favorablemente las inversiones del Municipio en función de salud, en relación a la mecánica del presupuesto.

2) Se acepta como principio incuestionable que la salud es un derecho que obliga al Municipio realizar prestaciones de salud con niveles adecuados a su presupuesto, independientemente de las tasas que perciban como retribución de servicio en ese rubro.

9) El problema de la financiación de la salud, de ninguna manera está desvinculado a la solución nacional referida a su planificación y financiamiento y no puede tener una solución aislada.

Se acepta el criterio que el Municipio debe elaborar presupuestos por programas para una mejor inversión, siempre sobre la base de una adecuada organización de estadística administrativa que le permita poner de manifiesto los recursos necesarios y suficientes para adecuar sus programas de salud.

4) Finalmente en lo que se refiere a la obligación Nacional y Provincial para concurrir en apoyo de los Municipios, se considera que el mismo deberá estar subordinado a planes orgánicos y no puede ser objeto de improvisación.

### RECURSOS FISICOS

5) Se hace indispensable implementar la coordinación de los Recursos de las distintas áreas; de lo cual surge que debe existir una mejor comunicación entre los distintos niveles para contar con una organización aplicable y que racionalice al máximo los recursos existentes cualesquiera sea su jurisdicción.

6) Con respecto al mantenimiento es imprescindible adoptar una política definitoria cuya responsabilidad mayor recae en las autoridades a quien le compete la Dirección de cada establecimiento, con carácter prioritario en los presupuestos de los Hospitales.

7) Con respecto a coordinación e integración de servicios es fundamental definir una política de competencia de los distintos niveles y la aplicación de las disposiciones existentes.

Se coincide ampliamente que la misma es la base fundamental para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y de los recursos humanos disponibles.

### RECURSOS HUMANOS

8) **Carrera Médica Hospitalaria:** se coincide en que debe existir una Carrera Hospitalaria única a través de la actualmente vigente y que no pueden haber modificaciones que atribuibles a insuficiencia presupuestaria de los Municipios, puedan significar un desnivel en la retribución médica.

9) **Enfermería:** Se expresó la necesidad de terminar con la anarquía en materia de capacitación, implantando una Carrera Nacional con un programa único que cuente con organismos competentes de su aplicación, entre los que pueden contarse los establecimientos, con posibilidad de otorgar títulos habilitantes.

10) Es fundamental jerarquizar la profesión y otorgar niveles de retribución que evite el desplazamiento por la competencia.

# Femeba el Municipio y la Salud

El hombre como ser social se ha organizado desde sus albores para vivir en comunidad necesitando de sus semejantes no solo para la complementación de las acciones vitales, sino también para su protección mutua y otros aspectos que hacen a su formación, como el poder demostrar su realización y brindar su cosecha como satisfacción a su sacrificio. De allí que se constituye en tribus desde sus orígenes, organizaciones que a través del tiempo se convierten en lo que es la civilización actual.

Dentro de la misma funciona como órgano de sostén y respeto para su desarrollo el estado, que representa a cada habitante y se encarga del manejo de las acciones comunes de dicha sociedad.

En ese estado definido rápidamente, existe un elemento que se considera la piedra fundamental o la célula geo-política de la sociedad, el municipio, que a medida que se perfecciona la condición de vida del ser humano adquiere dimensiones mayores y características propias.

La comuna representa la base de organización de un país y su desarrollo refleja el real estado de ese país, ya que en su ámbito se aprecian por contacto directo las condiciones de vida de la población.

Los vecinos, auténticos protagonistas de la gran obra de la vida, encuentran en la figura de las instituciones la expresión de sus pensamientos, angustias y necesidades los denominadores comunes de una época, conformando las pautas que definen su cultura.

Esta gran caja de resonancia y a la vez efector común de un pueblo, como queda definido es el municipio, encuentra en las instituciones la savia que nutre su estructura, sin cuyo concurso pierde su capacidad vital y se seca, alejándose de la realidad de su cometido con las consecuencias propias de tal actitud.

Por ella es fundamental destacar las características que debería adoptar el médico organizado con respecto a la relación íntima y preponderante que tiene en la problemática de salud de la población por su condición profesional y su oportunidad de contactar diariamente en terreno la misma.

### FEMEBA EN RELACION AL MUNICIPIO Y LA SALUD

La Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires que nuclea a más de cien entidades primarias que comprenden un universo de catorce mil médicos para asistir a la totalidad de su población, representa un instrumento idóneo en las interacciones del quehacer gremial y por ende significa un claro y decidido aporte al esclarecimiento de la problemática sectorial y como consecuencia desea ser elemento de apoyo al papel protagónico de los círculos



los en la definición de su actitud, sin ánimo de interferir en las iniciativas emergentes de las bases, sino de armonizar las distintas realidades y capitalizar las experiencias para beneficio de todos.

La búsqueda de la verdad es una tarea inagotable del ser humano y no consiste en el esfuerzo individual aislado, sino que hoy reclama más que nunca el concurso del conjunto para que es labor individual lejos de perder jerarquía, adquiriera la dimensión que merece, ya que en la unidad de lucha en cualquier terreno esta la mayor probabilidad de la victoria.

Por ello FEMEBA entiende como deber institucional participar del tema, con su estructura y su experiencia, con sus legítimas intenciones y su espíritu comunitario; para que los roles mencionados encuentren el eco necesario a nivel oficial y popular para su implementación definitiva.

El afianzamiento de esa implementación se dará cuando se institucionalice la participación real de las entidades en todo el ámbito de la provincia como figura permanente de consulta por parte del estado y del pueblo de los problemas del área, y no signifique una participación aislada y coyuntural.

Estamos convencidos que la columna vertebral de la organización política, social, económica y cultural de un país es el municipio y por ende todo lo que le pertenece. Las entidades primarias para nosotros no representan otra cosa, no sólo por considerarlas expresiones de la realidad mencionada, sino porque nuestra razón de ser así lo indica; pero creemos también que nuestro decidido aporte potencializa dicha realidad toda vez que nuestro accionar demuestra el profundo respeto por las mismas, y nuestro objetivo su desarrollo.

Coincidimos en la necesidad del diálogo oportuno no condicionado cuyos resultados se incorporen al acervo doctrinario y programático de la labor gregaria porque somos consecuentes con nuestra formación de base y nuestra horizontalidad. Creemos que en la hora actual sólo la participación de todos dará el modelo de país que los argentinos merecemos, sin interferencias foráneas tendenciosas, pero con el aprovechamiento de opiniones y experiencias que se aporten en función del bien común.

La salud es una sola en cualquier parte, es el estado de plenitud física y psíquica en un medio adecuado que posibilite al hombre su realización existencial.

El estado es constitucionalmente quien debe preservarla en beneficio de todos los habitantes.

Nosotros, en fin debemos velar por su conservación a todo nivel porque somos custodios y representantes natos de la comunidad en el área, ya que el pueblo al reconocer nuestra idoneidad nos obliga al mismo tiempo a ser sus voceros y celosos vigías y así como el juramento hipocrático nos compromete a asistir al enfermo en su dolor, nos incluye en el mismo a la sociedad cuando ella es la enferma.

## **ROL DE LAS ENTIDADES GREMIALES**

Las entidades primarias, filiales de FEMEBA, que con la denominación de Círculo, Asociación, Centro o Agrupación se diseminan en el dilatado ámbito bonaerense, son instituciones ligadas estrechamente a la población por intermedio del médico, quien además de su aporte profesional, es receptor y analista de la problemática socio-económica, familiar y espiritual de la comunidad.

El como nadie posee el privilegio del contacto íntimo y permanente con el paciente y su universo por la característica de su profesión, que lo convierte en asesor espiritual de la familia y confesor directo de sus problemas.

De ahí que por encima de la definición de la política sanitaria y asistencial, que por supuesto son tareas indelegables de la estructura gremial, es conveniente y operativo canalizar esa particular experiencia dentro de las funciones normales de los organismos y no como actitudes aisladas individuales.

Por lo expuesto, entendemos —recopilando el quehacer de las filiales— que el rol de las entidades de base del movimiento gremial médico está enrolado en las siguientes pautas:

a) Definición del modelo de atención médica adecuado a la realidad del ámbito, lo que implica un proceso de adaptación a las políticas provinciales y nacionales en el sentido de su compatibilización.

b) Participación a nivel de elaboración y decisión en las estructuras oficiales del área con el objeto de velar por el cumplimiento de lo precitado.

c) Contralor de la situación sanitaria del partido denunciando anomalías que puedan incidir en la morbi-mortalidad general. Para ello las entidades deben llevar registros de patología determinante de las mismas y etiología del problema.

e) Participación en la definición y monto de los presupuestos destinados a salud, como asimismo en el fiel cumplimiento de su contenido.

f) Colaborar efectivamente en las acciones preventivas, ya sea en lo referente a educación sanitaria como en la programación y ejecución de las campañas de vacunación masiva de la población.

g) Organizar y alentar actividades científicas y de divulgación del tema en la comunidad, como asimismo fomentar la investigación a nivel profesional como aporte del organismo a sus componentes.

h) Definir la situación socio-económica de la población en su relación con la salud, advirtiendo la incidencia de su estado en la proliferación de enfermedades que alteran los indicadores normales de morbi-mortalidad.

i) Contribuir al esclarecimiento de las consecuencias del uso indiscriminado y licencioso de drogas alucinógenas y psicofármacos en manos de grupos etáreos que son la expresión del futuro de la sociedad.

j) Denunciar la promiscuidad como forma de vida y en general las condiciones inaceptables de convivencia sean estas de orden físico, sanitario o moral.

Al enunciar algunas pautas fundamentales del rol del médico y sus organizaciones en el contexto político, social, económico, y sanitario de una población; advertimos el desafío que significa su sola mención, y propiciamos una actitud agresiva de inmersión en el quehacer comunal para demostrar que sin perjuicio de los intereses sectoriales legítimos, las entidades primarias formaron parte de esa comunidad y por ende asumen la responsabilidad de su defensa en beneficio del conjunto y en el propio.

FEMEBA, conciente de tal situación, enfatiza en su solidaridad activa y operante al lado de sus entidades primarias —y por extensin hacia el resto de la comunidad—, en una lucha sin declinaciones para lograr la concientización del beneficio de su participación en la vida comunal la cual, no lo duda, es definitiva del destino de los pueblos, dado el inestimables aporte que se halla en condiciones de brindar el médico organizado de nuestro tiempo.

# INDICE

	Pág.
Prólogo .....	3
Objetivo .....	5
Invitados .....	6
Organismos participantes .....	6
Palabras inaugurales del Presidente del Consejo Superior del Colegio de Médicos .....	7
Palabras de clausura del Director de Cursos .....	9
Mesa A. Doctrina .....	10
Desarrollo del tema .....	11
Participantes .....	16
Guía de Discusión .....	17
Mesa B: Organización .....	18
Desarrollo del tema .....	19
Participantes .....	26
Guía de Discusión .....	27
Mesa C: Recursos .....	28
Desarrollo del tema .....	29
Participantes .....	35
Guía de Discusión .....	36
Conclusiones y recomendaciones .....	37
FEMEBA y el Municipio y la Salud .....	39

## COLEGIO DE MEDICOS Consejo Superior 1973 - 1974

Presidente:	Dr. Carlos V. BLANCO RUIZ	Distrito 2
Secretario General:	Dr. Julio A. BRUNATTI	Distrito 1
Tesorero:	Dr. Ivar J. MELI	Distrito 8
Consejeros:	Dr. Isaac BABRUSKIS	Distrito 3
	Dr. Héctor L. FRASCHINA	Distrito 4
	Dr. Manuel G. MENDOZA	Distrito 5
	Dr. Carlos O. COVI	Distrito 6
	Dr. Carlos N. TUMA	Distrito 7
	Dr. Hugo E. TORRES	Distrito 9
	Dr. Carlos N. DUHALDE	Distrito 10

COLEGIO DE MEDICOS  
DE LA  
PCIA. DE BUENOS AIRES  
DISTRITO II

Belgrano 763 - Avellaneda  
T. E. 22-7563

Sucursal  
Avellaneda  
(B. A.)

CONCESION N° 233

FRANQUEO PAGADO