

POSICION DE LA CONFEDERACION MEDICA ANTE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD

COMRA DECLARA SU COMPROMISO DE PROVEER DENTRO DE SU AREA A LA VIGENCIA DEL DERECHO DEL PUEBLO A LA SALUD. EL ESTADO ACTUAL DE COBERTURA DE LA SALUD ESTA CARACTERIZADO POR LA MULTIPLICIDAD DE SISTEMAS Y CARENCIA DE PLANIFICACION. SE DECLARAN COMO BASES DE FINANCIACION DE LA SALUD LOS PRINCIPIOS DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA, SOLIDARIDAD SOCIAL Y SOLIDARIDAD NACIONAL. EL SISTEMA DEBE GARANTIZAR A TODOS LOS TRABAJADORES DE SALUD CONDICIONES DE VIDA, DE TRABAJO Y REMUNERACION PARA SU PLENA REALIZACION CIENTIFICA, TECNICA, HUMANA Y SOCIAL. LA SALUD ES UN PRODUCTO SOCIAL QUE TIENE RELACION DIRECTA CON LOS NIVELES DE VIDA DE LA POBLACION E INDIRECTA CON LA ESTRUCTURA ECONOMICA DEL PAIS.

CONFEDERACION MEDICA

Año I — No 1 — Buenos Aires

11 de octubre de 1973

sumario



- PAUTAS PARA LA FORMULACION DE UNA POLITICA DE SALUD. ● QUEHACER GREMIAL. ● SIMPOSIO SOBRE EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. ● PROPOSITOS. ● ANTE PROYECTO DE CARRERA SANITARIA. ● REPORTAJE A DAVID DISKIN. ● 6as JORNADAS MEDICAS DE PUNILLA. ● EL DORADO: ¿EXPERIENCIA NEGATIVA? ● ¿QUE ES EL C.E.M.E.S.? ● AGENDA DE CONGRESOS. ● PANORAMA MEDICO INTERNACIONAL. ● ASPECTOS DE LA ORGANIZACION SANITARIA EN LA REPUBLICA POPULAR DE CHINA.

El Consejo Federal de la Confederación Médica de la República Argentina reunido en Buenos Aires el 8 de setiembre último aprobó como política oficial del Gremio en relación a la Salud Pública y la profesión médica, con plena vigencia para todas sus organizaciones y asociados de base, la que se enuncia a continuación:

COMRA declara su compromiso de proveer dentro de su área a la vigencia del derecho del pueblo a la salud, tal como ha sido proclamado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Acta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud y como figura implícita en la Constitución Nacional (en su art. 14 bis).

COMRA declara que su aporte a la vigencia del derecho a la Salud es su contribución a una responsabilidad primaria del Estado, la que debe ejercerse en dos esferas de acción. Por una parte, adoptando las medidas políticas, sociales y económicas que aseguren la elevación del nivel de vida del pueblo argentino como factor decisivo

del bienestar, y por la otra, creando los instrumentos jurídicos, organizativos y financieros que permitan montar un sistema que asegure el principio de una sola medicina a nivel óptimo para todos los habitantes del país con independencia de situaciones económicas ó de ubicación geográfica.

COMRA declara que ha de luchar para que la salud, conjuntamente con la educación, forme parte de las prioridades dentro del desarrollo, y para que se acuerde al mismo un sentido nacional progresista, que asegure una redistribución del producto bruto en beneficio de la mayoría del pueblo, y al amparo de toda dependencia extranjera.

ORGANIZACION

El Estado actual de cobertura de la salud, está caracterizado por la multiplicidad de sistemas y carencia de planificación. COMRA sostiene para esta etapa un sistema mediante el cual efectos pertenecientes al subsector estatal, obras sociales y priva-

sigue en página final

SOBRE "ASOCIACIONES MEDICAS" SE DEBATIRAN EN PUNILLA

POSICION DE LA CONFEDERACION MEDICA ANTE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD

do concurran a una planificación única, conservando cada uno su individualidad jurídica y administrativa, con limitación de la autonomía técnica en función de los requerimientos de la propia planificación. Se declara a este sistema como una etapa intermedia hacia la materialización de un sistema único de salud.

Teniendo como inexcusable e inquestionable la responsabilidad y hegemonía del Estado dentro del sistema. COMRA exige una conducción co-participada a la que tendrán acceso representantes de los tres sectores (estatal, obra social, privado), de los sectores populares, de los trabajadores de la salud y de la Universidad como responsable de la formación del personal técnico.

Dentro de la organización deberá adjudicarse carácter de realización efectiva a las llamadas "áreas programáticas" como unidad primaria diseñada sobre una zona geográfica delimitada por factores político-administrativos, demográficos, socio-económicos, sanitarios, recursos asistenciales y medios de comunicación y acceso. Dentro del "área programática" será llevado al nivel de "hospital base" a la unidad asistencial de mayor complejidad acordándose al mismo los recursos para funcionar como centro de atención médica, docencia e investigación y relacionado con el mismo en niveles de unidades intermedia y periféricas donde se escalonarán los centros oficiales, paraestatales y privados de

menor complejidad, los centros de salud, hasta llegar a la unidad mínima, el consultorio médico y odontológico. El conjunto de establecimientos del "área" se comportará como unidad funcional que deberá cubrir todas las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud.

El sistema propuesto que pretende asegurar dentro de una planificación única, un sólo tipo de medicina del más alto nivel con la puesta a pleno rendimiento de todos los recursos existentes y la implementación de los que sean necesarios, deberá contar necesariamente con el apoyo de los recursos legales que aseguren la subordinación de los intereses sectoriales al interés prioritario de la salud dentro de los principios de decisiones co-participadas en las responsabilidades y derechos.

FINANCIACION

Se declaran como bases de la financiación de la salud los principios de justicia distributiva, solidaridad social y solidaridad nacional. En su conjunto los tres principios han de procurar que todos los sectores sociales y nacionales han de contribuir solidariamente dentro de un proceso de redistribución del ingreso cuya esencia ha de ser: "La salud será financiada por los sectores económicamente más aptos".

De acuerdo al principio de justicia distributiva aplicada a la realidad social y económica del país la financiación de la salud deberá realizarse a ex-

pensas de la renta o ganancia, ya que no puede admitirse la imposición al salario, ni al acto médico (co-seguro) porque la enfermedad significa de por sí un momento de quebranto moral y económico.

Teniendo en cuenta la realidad actual, en el que el grueso del recurso financiero se integra a expensas del salario (Obras Sociales). deberán arbitrarse los medios para incorporar al sistema nuevos recursos provenientes de las rentas, que vayan reforzando y reemplazando progresivamente los actuales.

COMRA sostiene para la financiación del sector salud, la necesidad de una reforma impositiva profunda, que disminuya la incidencia del ingreso fiscal sobre el consumo, que afecta directamente a todo el pueblo, aumentando en cambio los gravámenes que inciden sobre la renta, en particular sobre las grandes ganancias y los intereses de los monopolios multinacionales.

PROBLEMAS PROFESIONALES

El sistema debe garantizar a todos los trabajadores de salud condiciones de vida, de trabajo y remuneración que les permitan la plena realización científica, técnica, humana y social.

Es objetivo del gremio liberar al médico de las formas de trabajo a destajo y disponibilidad, que lo mantiene esclavizado, luchando por lograr una jornada de trabajo que no supere las ocho horas, como conquista laboral inquestionable.

Se declara como

objetivo de la lucha reivindicativa del gremio garantizar a todos los médicos fuentes seguras de trabajo, condiciones laborales básicas en recursos físicos, técnicos (equipos, instrumental) y de personal auxiliar, y debe formar parte de todo sistema el derecho a contar con programas de capacitación permanente y sistemas de previsión y asistencia, con cobertura al profesional y su familia.

Se consideran compatibles todas las formas de trabajo y remuneración que sean concertadas entre el sistema y las organizaciones representativas del gremio, en los diferentes niveles y zonas.

Se declara de interés prioritario del médico el establecimiento de un régimen de carrera, que por un lado sea instrumento eficiente de organización de la Salud y por el otro garantice al médico las condiciones de ingreso, estabilidad, nivel óptimo de trabajo, promoción, capacitación, remuneración y seguridad, para todos los sectores del trabajo.

FUNCION SOCIAL

La salud es un producto social, que tiene relación directa con los niveles de vida de la población e indirecta con la estructura económica del país, en consecuencia COMRA declara su compromiso de participar activamente, junto a todos los sectores del pueblo dispuestos a luchar por el bienestar y la liberación del país, como factores decisivos para la vigencia del derecho a la salud. ♦

PAUTAS PARA LA FORMULACION DE UNA POLITICA DE SALUD

En este documento, síntesis elaborada por la CONFEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA como expresión de su representatividad, se ha volcado la interpretación que los médicos argentinos hacemos de la realidad nacional. Por lo tanto, es necesario reafirmar una vez más la necesidad de una política sectorial basada en el pleno reconocimiento que la Salud es la resultante de una compleja interacción de factores físicos, psíquicos y sociales.

En consecuencia, la planificación sanitaria debe encuadrarse en el marco de referencia de una Política General de Cambio, que dé solución simultánea a los graves problemas que vive el país: déficit de vivienda, subalimentación, desempleo, para lo cual deberá orientarse dentro de los siguientes lineamientos:

1.- UNA SOLA MEDICINA PARA TODOS LOS HABITANTES DEL PAIS.

Sin otro aditamento. Ni pública, ni semi-pública, ni privada, sino una sola, que garantice a todos los individuos en igualdad de condiciones, las mejores acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, bajo la responsabilidad primaria del Estado.

2.- UN SISTEMA DE ORGANIZACION Y FINANCIACION

Que reúna los distintos sectores hoy dispersos, evite los múltiples aportes financieros a cargo de la población y conduzca a un régimen de seguridad social amplio, integrado a las necesidades de un desarrollo nacional armónico, justo en la distribución de sus cargas y solidario en la concepción de su financiamiento.

3.- UNA CONDUCCION DEL SISTEMA

Donde se efectivice la coparticipación real de todos los sectores, y de los profesionales a través de sus entidades representativas. Un régimen de cogestión que, cualquiera sea la forma administrativa que finalmente adquiera, asegure independencia financiera, económica, funcional y administrativa a quienes lo gobiernen. Es integración intersectorial debe darse en los tres niveles de conducción, es decir en el nacional, provincial y área programática.

4.- UNA FINANCIACION

Que asegure una cobertura universal y obligatoria para toda la población. La Salud debe ser financiada por los sectores de mayor aptitud económica mediante el impuesto a las rentas con carácter progresivo y la derogación de todo pago directo por la enfermedad (arancelamiento hospitalario). Debe descartarse toda imposición que grave el salario del trabajador.

5.- UNA ORGANIZACION

Que posibilite soluciones propias para cada medio. Por lo tanto, el sistema nacional debe concebirse con un alto grado de descentralización federalista, siendo la provincia o la región, según las circunstancias, la unidad fundamental de su estructura, de manera de adaptar los servicios a las necesidades y condiciones locales.

6.- UNA INTEGRACION DE RECURSOS

Que permita poner bajo el sistema a crearse la capacidad instalada de todos los sectores proveedores de servicios independientemente de estudios de factibilidad que será indispensable realizar, la política debe tender a congregarse los hospitales públicos, paraestatales, privados, etc., bajo una misma conducción complementándose y no compitiendo estérilmente entre sí. Una consecuente organización por áreas de servicios para que esa medicina sea de la mejor calidad.

7.- UN REGIMEN DE TRABAJO

Que garantice a cada profesional:

- Ejercer la medicina al nivel óptimo de sus posibilidades.
- Estabilidad en el desempeño de su función.
- Su perfeccionamiento técnico-científico.
- Una jornada de labor que le permita desarrollarse humana y socialmente.
- Los beneficios sociales correspondientes, como a todo trabajador de la Salud.
- El derecho de ser representado por sus entidades médico-gremiales.
- Una compensación encuadrada dentro de los principios de justicia retributiva.

8.- UNA POLITICA DE MEDICAMENTOS

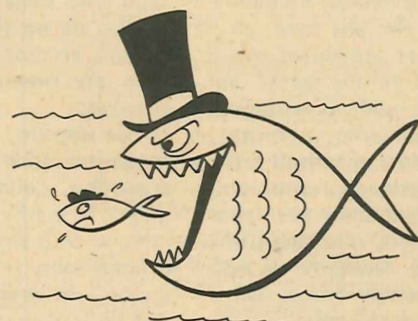
Orientada hacia una reforma sustancial del régimen existente, y que asegure el control estatal del comportamiento de la industria farmacéutica en el mercado, reglamentando la industrialización, comercialización, promoción y expendio en términos de definida rentabilidad social. La confección de un "Formulario Básico de Medicamentos", científicamente fundamentado, que responsablemente excluya a aquellas especialidades farmacéuticas caracterizadas por la superposición, antieconomía o ineficacia de las drogas que la componen. Será imprescindible su permanente actualización, mediante la incorporación de fármacos de comprobado valor terapéutico, así como con la simultánea baja de aquéllos que hayan sido superados en la práctica, de manera tal que la publicación conserve —a través de un razonable número de drogas— el amplio espectro terapéutico que cumpla con las exigencias de la medicina moderna.

9.- UN HOSPITAL PUBLICO

Que permita, a través de su jerarquización, transformarlo en columna vertebral del Sistema Nacional de Salud para que pueda cumplir cabalmente las funciones de prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la Salud. A la provisión suficiente de recursos mínimos (alimentos, ropa, medicamentos, aparatología, personal, especializado y de maestranza), de los que hoy carecen la mayoría de los establecimientos; debe continuar el equipamiento progresivo, que convierta al hospital en el centro capaz de poner la más alta complejidad disponible, al servicio de todo el pueblo.

Estas pautas fueron confeccionadas con las correcciones introducidas por el Consejo Federal del 4 y 5 de Agosto (Paraná).

Reforma Sanitaria ¿QUIEN ES QUIEN?



C.G.T.
Subsecretaría de S.P.

SIMPOSIO SOBRE EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Se dan a conocer, seguidamente, las recomendaciones a que arribó el Simposio Internacional Sobre el Control de las Enfermedades Infecciosas, el que con asistencia de más de 2 500 profesionales de nuestro medio y del exterior, sesionó el 24, 25 y 26 de setiembre en la Ciudad de Buenos Aires.

El texto de las recomendaciones es el siguiente:

RECOMENDACIONES

VACUNAS ANTIVIRALES ACTUALES

1) SARAMPION Y POLIO

Es fundamental para su control y eventual erradicación el mantenimiento de los programas de inmunización a fin de obtener una cobertura útil de la población susceptible.

2) RUBEOLA

Su eficacia, ausencia de efectos colaterales de importancia y persistencia de la inmunidad han sido ampliamente documentados. En cuanto a su utilización masiva no pueden efectuarse recomendaciones generales ya que estas dependen de:

a) Incidencia y prevalencia de la rubeola congénita determinada por programas adecuados de detección.

b) Prioridades que se fijen en cada región de acuerdo a sus recursos.

Su indicación individual más destacada es su aplicación a mujeres cero negativas no embarazadas (el período de post parto o inmediatamente se considera un momento altamente favorable).

3) PAPERAS

Su eficacia, inocuidad e inmunidad persistentes son comparables a las de la Rubeola. En cuanto a sus indicaciones se destacan:

A) Aplicación después del primer año.

B) Adolescentes y adultos jóvenes varones que no hayan padecido la enfermedad. Su aplicación masiva en forma combinada (junto con Sarampion y Rubeola) depende de los recursos de cada región.

4) VIRUELA

La enfermedad está en vías de ser erradicada en el globo terráqueo; hasta que ello no suceda, países que carezcan de programas de detección y vigilancia epidemiológica adecuados (como la mayoría de los países de América Latina) deben continuar con la vacunación.

5) LABORATORIO DE VIROLOGIA EN EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Es fundamental para el control de calidad de las vacunas y evaluación de su eficacia. Es asimismo, importante para los programas de vigilancia epidemiológica de este tipo de enfermedades.

6) INFLUENZA

La vacuna de Influenza con Adjuvante 65 abre promisorias perspectivas en el control de esta enfermedad. Sin embargo sus ventajas deberán confirmarse en su aplicación en futuras epidemias.

7) DROGAS ANTIVIRALES

Se hayan todavía en su fase experimental. Su alta toxicidad, espectro reducido y eficacia no fehacientemente demostrado en ensayos clínicos doble ciego frente a enfermedades, la mayoría de curso difícilmente predecibles, hace que sus indicaciones sean muy limitadas.

8) HEPATITIS VIRAL

Los tests de detección del antígeno australiano (partícula asociada a la hepatitis tipo B) permite el desarrollo de programas de control y estudios epidemiológicos. Su mayor valor estriba en la detección de portadores sanos.

9) MENINGITIS MENINGOCOCCICA

El valor de la inmunización frente al meningococo tipo C ha sido demostrada en reclutas.

Son alentadoras también los resultados frente al meningococo tipo A, no así los obtenidos frente al tipo B.

No hay aun suficiente información para recomendar su aplicación a los niños.

10) NUEVAS VACUNAS BACTERIANAS

No pueden aún efectuarse recomendaciones por estar su desarrollo en fase experimental.

11) VACUNAS COMBINADAS

Sus mayores ventajas consisten en la facilidad de su aplicación y menor costo que la de cada uno de sus componentes. Su eficacia, falta de efectos colaterales y duración de la inmunidad, son similares a la de cada componente administrado separadamente. Esto es válido para las combinaciones destacadas durante este Simposio (papera, rubeola y sarampion).

12) PERSPECTIVA DEL CONTROL EFECTIVO DE LAS INFECCIONES VIRALES

En las que ya existen vacunas, dependen de la mantención de los programas de inmunización masiva. En el caso de las enfermedades en que aún no existen vacunas efectivas, su control dependerá del desarrollo de las mismas.

PROPOSITOS

La aparición de este periódico —que será en lo sucesivo el vocero de COMRA— es un nuevo vínculo informativo destinado a concentrar las inquietudes de todos los médicos del país, las actividades de las distintas filiales que se congregan en la entidad madre y, en definitiva, una página para brindar la posibilidad de relacionar e intercomunicar a los profesionales entre sí, e informarles de todo lo que se considere de interés para nuestro gremio.

A nadie debe escapar el esfuerzo que representa este empeño editorial, no sólo desde el punto de vista financiero —que resulta significativo en estos momentos— sino también desde el punto de vista programático, en lo que a su material específico se refiere.

Deben entonces conjugarse, para su aparición periódicas y para su propia razón de ser, contribución económica y niveles programáticos. Para el primer caso consideramos la suscripción anual como el sostén más genuino de estas páginas y para el segundo, descontamos la colaboración de todos —individuales y colectivas— para cumplir con el programa que nos hemos trazado. El periódico es, pues, una contribución más a la necesidad de participar en una causa común con objetivos comunes, muchas veces no suficientemente interpretada, tal vez, por la ausencia de un medio clarificador e informativo como éste que ahora nos ocupa. COMRA —como toda entidad representativa debe ser la expresión fiel y elocuente de la inquietud del gremio médico nacional en un contexto de tan particulares características como el que ahora le toca vivir al país. Nadie puede quedar oculto detrás de la indiferencia o el aislamiento. El médico, a diferencia de otras actividades —y sin que ello importe un juicio de valor—, tiene hoy compromisos ineludibles e impostergables con la comunidad en que actúa. De esta íntima compenetración entre médico y sociedad, nacen exigencias, obligaciones y necesidades recíprocas que deben valorarse con ecuanimidad y justicia. De ahí la inmensa responsabilidad de COMRA en estas horas de emergencia en que todo está por transformarse.

Nuestro periódico es, por lo tanto, la expresión de un conjunto de preocupaciones y de intentos para que todos sus lectores se sientan interpretados y puedan contribuir, con el mayor caudal de elementos de juicio que brinden estas hojas, a la realización de una medicina argentina claramente definida y lograda en sus objetivos profesiones y sociales. El periódico aspira a enriquecerse con el aporte —la información y la reflexión— de todos los médicos preocupados por intereses trascendentes, y establecer con ellos la intercomunicación que no sólo acerca sino que ilumina.

La Dirección del periódico solicitó la colaboración a dirigentes médico-gremiales de las distintas filiales de COMRA sobre el tema: "Papel a desempeñar por el gremio médico, a través de sus entidades representativas, en relación a lo realizado hasta hoy y a lo proyectado para el futuro, en materia de Salud Pública". Opina hoy el Dr. JOSE HERROU BAIGORRI, dirigente de la Provincia de Córdoba, y el Dr. ANGEL A. TULLIO, dirigente de la Provincia de Buenos Aires.

OPINA JOSE HERROU BAIGORRI

Consideramos a las asociaciones médico gremiales como una de las estructuras políticas sectoriales al servicio de los objetivos generales del pueblo y de la Nación. Esto plantea una necesaria definición del concepto de "Política". Como tal entendemos el conjunto de líneas o tendencias que expresan la forma como se administran determinados intereses.

Dentro de este enunciado acordamos a nuestras estructuras médico gremiales dos funciones que sólo tendrán vigencia efectiva en la medida que sean concurrentes. Por un lado está la defensa no tanto de "determinados intereses", sino de determinadas expectativas. Por el otro, una función trascendente o proyección social como es la de concurrir a la administración del sector salud.

En el actual desarrollo de nuestra profesión nos encontramos en una etapa transicional en la que coexisten formas diversas de la actividad, es decir el médico que trabaja por cuenta propia y el que se encuentra en relaciones de dependencia; el que cumple su práctica en el área asistencial predominante o el que desarrolla actividades sanitarias, docentes o de investigación; el que sigue fiel a las prácticas artesanales o el que integra equipos de complejidad variable; el médico que ha logrado una seguridad económica y el colega que vive el drama del infraconsumo.

Dentro de esa heterogeneidad de intereses existen "expectativas" comunes a todas las formas del trabajo médico, que a nuestro juicio debe ser el objetivo fundamental de nuestras asociaciones. Esas expectativas comunes que deben integrar lo que hemos calificado como de "estrategia global", están representadas por: fuentes de trabajo para todos los médicos garantizadas contra factores circunstanciales adversos, de cualquier naturaleza; condiciones de vida, trabajo y remuneración que satisfagan el nivel de vida profesional, pero, que en lo fundamental permitan la plena realización del médico como ente científico y técnico, pero, también humano y social; motivaciones para la permanente capacitación; sistemas de previsión y seguridad social. Una adecuada interpretación de esta estrategia global aplicada a las reivindicaciones concretas

permitirá la concurrencia en unidad de acción de expectativas surgidas de intereses diversos. Esto significa para las direcciones gremiales reemplazar el método de trabajo de la improvisación y el subjetivismo, por la adopción del método científico aplicado a la ciencia política.

Si así procedemos descubrimos que la garantía de satisfacción de nuestras expectativas se encuentra en la plena vigencia del derecho a la salud, en sus condicionamientos políticos, económicos, sociales, técnicos y financieros. De ello resulta que nuestra lucha reivindicativa o inmediata es parte integrante de esos objetivos generales de todo el pueblo argentino, lo que nos señala nuevas vías de acción o lucha.

Si se considera la condición dependiente de nuestro país, resulta claro que la vigencia del derecho a la salud, como expresión del bienestar del pueblo argentino, forma parte de los objetivos de liberación nacional, tal como lo definió la Declaración Política aprobada por el Consejo Federal de COMRA del 8 de Setiembre de 1973. De ello resulta que los objetivos gremiales específicos; la vigencia del Derecho a la Salud y los objetivos de liberación nacional, no son sino fases inseparables de una misma dinámica que tiene en el "trabajo médico" su eslabón inicial. Insistimos sobre el concepto de trabajo médico, pero, acordando al mismo la función de servicio, deben ser erradicadas de nuestras asociaciones toda forma de utilización de la ciencia y la técnica como factor de especulación industrial o comercial.

Constituye ésta la respuesta a la realidad concreta de un desarrollo profesional inserto en un condicionamiento político, socio económico y tecnológico determinado. Su carácter dinámico requiere de estructuras flexibles útiles a un proceso de cambios, del que debemos participar en función dirigente. Así lo necesita el gremio y lo exige nuestro pueblo. Verdadero desafío de esta Historia Argentina, hora actual, año 1973, y esperanza de tantos miles de MEDICOS, así con mayúsculas que buscan ansiosamente expresarse en toda una dimensión potencial, hoy injustamente frustrada.

PERSONERIA GREMIAL

El 7 de septiembre del corriente, en la sede de la **Confederación Médica de la República Argentina** tuvo lugar una reunión de asesores jurídicos de la propia Confederación y de algunas de sus filiales, en la cual se consideró el tema vinculado a la personería gremial para las entidades médicas.

Asistieron los asesores letrados de las filiales La Pampa, Mendoza, Tucumán, Jujuy, Córdoba, Santa Fé, Entre Ríos, San Juan, Formosa y el asesor jurídico de la Comra.

Luego de un análisis del régimen legal vigente, el cual descansa básicamente en el articulado de la ley 14.465 y en los decretos que la han reglamentado, el grupo de trabajo se abocó a analizar la situación de hecho existente en la actualidad con referencia al modo con que los médicos realizan su trabajo profesional, teniendo muy en cuenta de que manera se dan o pueden darse las características de subordinación (técnica, jurídica y económica) que sitúe al trabajo médico en el concepto de relación de dependencia, que es el que tiene en cuenta fundamentalmente el estatuto legal de las asociaciones profesionales.

En este orden de ideas y sin que con ello se pretendiera por cierto agotar el análisis de la cuestión, se estimó que el trabajo médico puede situarse hoy en estas grandes áreas: a) médicos que prestan servicios en organismos sanitarios del estado, tanto nacional, provinciales y/o municipales; b) médicos que prestan servicios profesionales como empleados de clínicas y sanatorios privados; c) médicos que prestan servicios en mutuales y obras sociales contratados directamente por éstas (artículo 3º Ley 19.710); d) médicos que prestan servicios en razón de convenios celebrados con las obras sociales y mutuales (artículos 5, 8, 9 y 10 de la Ley 19.710) y e) médicos que realizan tareas estrictamente privadas ya sean como empresarios o atendiendo en consultorios particulares.

En función de estas categorías se consideró la posibilidad de la petición de personería gremial, la que no ofrecería dificultades de los primeros supuestos. En cuanto a los otros supuestos se estimó que debería ahondarse el análisis del tema para emitir un juicio definitivo, aunque considerándose como viable el pedido de personería gremial.

Se concluyó que ante las actuales circunstancias médico-gremiales, aparece como oportuno —sino necesario— que las entidades médicas pertenecientes a la Comra formalicen presentaciones gestionando el otorgamiento de personería gremial, con sujeción a los requisitos que exige la ley de asociaciones profesionales y su reglamentación.

No obstante lo anterior, el grupo de trabajo consideró muy importante recomendar la acción gremial tendiente a la obtención de normas especiales que reglamentan la agremiación de los profesionales médicos, respetando sus características particulares como así también la sanción del estatuto profesional del médico.

Dado que se entendió como no agotado el tema, se continuará con el tratamiento de él en una nueva sesión de trabajo, que se llevará a cabo también en la sede de la Comra y en la que participarán dirigentes médicos y asesores jurídicos.

OPINA ANGEL A. TULLIO

La salud, bien social, derecho proclamado y aun por reivindicar en vastísimos sectores de nuestra población, posee en su total y plena acepción un tan amplio sentido social y político, que aparece como indivisible del quehacer humano en todos sus niveles. De ahí que en la actualidad dejó de ser afortunadamente, patrimonio exclusivo de un sector, aunque ese sea el que los médicos representamos. Ello, paradójicamente, permite al gremio que nos nuclea una actitud crítica más objetiva, compartiendo responsabilidades, sin deslindar ninguna y asumiendo un lugar en el equipo, que permita la interacción adecuada, tendiente al objetivo supremo, el bienestar físico, psíquico, social y espiritual del hombre.

El compromiso individual se corresponde con el colectivo y el gremio médico organizado ha dado muestras de una evolución positiva y consciente, producto

de una adecuación real a su papel de custodio de uno de los pilares vitales de una Nación con futuro de grandeza. Por ello su marginación de los lineamientos de una política de salud, como parte de la seguridad social, sería desconocer el desarrollo de un proceso de cambio que se logrará, en tanto y en cuanto, la participación sea premisa y el compromiso sin reservas.

Conceptúo, pues, que comienza una etapa trascendente para el gremio médico argentino, delineada a través de un programa y claros objetivos, pero donde el criterio humanista y el sentido nacional primen sobre la tecnocracia y la improvisación, sin despreciar la inmensa capacidad de imaginación, coraje y sacrificio de nuestros médicos, herencia de su pueblo, en el que estamos, hoy más que nunca, orgullosamente inmerso.

Dr. ANGEL A. TULLIO

FEDERACION MEDICA DE LA PROV. DE SANTA FE IMPORTANTE REUNION EN ALCORTA

La Asociación de Médicos del Departamento Constitución, de la ciudad de Alcorta, provincia de Santa Fe, realizó el 16 de setiembre último una reunión para conmemorar un nuevo aniversario de su fundación. Asistieron en la oportunidad, el ministro de Bienestar Social de la provincia, doctor Eduardo Galaretto; el intendente municipal de Alcorta; los representantes de la Confederación Médica de la República Argentina y de las Federaciones de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba, además de un nutrido grupo de facultativos de la zona. En el transcurso del acto se desarrolló el tema "La profesional médica en relación de dependencia" iniciándose con una exposición del doctor Galaretto sobre la marcha del anteproyecto del Plan Nacional de Salud, y a su término el doctor José Nápoli analizó en profundidad el tema central de la conferencia. Afirmó, entre otras cosas, que "necesitamos un Estatuto profesional que rijan la relación de dependencia del trabajo médico, o sea la carrera médica total". Se extendió luego el orador en la explicación de las bases mínimas con que debería contar ese instrumento, a saber: a) ingreso por concurso de selección; b) estabilidad en el cargo; c) aplicación estricta del escalafón; d) justa remuneración del trabajo médico.

Posteriormente se dio lectura a los trabajos presentados por los representantes de las provincias de Buenos Aires y de Córdoba dándose oportunidad a una clarificadora discusión con un panel que respondió a las inquietudes de los asistentes. Se cerró la reunión con palabras del representante de COMRA quien descató, la importancia de eventos como los que se acababan de realizar en Alcorta y que deberían cubrir todo el ámbito de la república mediante debates constructivos que contribuyan a la unanimidad y exaltación de los principios básicos vinculados con el trabajo del médico.

ULTIMO MOMENTO

Consejo Federal Extraordinario en Villa Carlos Paz, el 3 de noviembre de 1973 a las 14 horas.

Con motivo de haber enviado el Poder Ejecutivo al Congreso, el anteproyecto de Reformas Sanitarias y Carrera Médica, y con el objeto de su análisis, COMRA convoca a todas sus filiales al Consejo Federal Extraordinario a realizarse en Villas Carlos Paz, Córdoba, el 3 de noviembre de 1973.

PERSPECTIVAS E INTERROGANTES

Desde hace mucho tiempo, todos o casi todos los sectores que se han ocupado del problema de la Salud, han reconocido como premisas válidas para encarar el tema, las siguientes: La Salud es un derecho —el Estado tiene la obligación de garantizarlo y la sociedad de contribuir solidariamente a su financiación— la Atención Médica que se preste debe ser igualitaria, accesible, oportuna y de nivel óptimo —la organización, planificación y administración del sistema que la asegure debe llevarse a cabo a través de un mecanismo de Co-gestión— el régimen de trabajo profesional debe asegurar adecuados medios técnicos, remuneraciones justas y posibilidades de perfeccionamiento continuado.

La implementación de estos principios, no ha merecido en cambio, igual unanimidad. Incluso estos principios no parecen tener el mismo contenido conceptual para los diferentes expositores que los formulan, ni despertar en sus ocasionales oyentes, ecos de idéntica resonancia intelectual.

Tal vez donde no existan diferencias es en aceptar que el ser humano, por su sola condición de tal, tiene DERECHO A LA SALUD, y por lo tanto, el ESTADO que él integra, la obligación de garantizarla.

En los demás principios, a medida que descendemos de los altos niveles de abstracción y nos acercamos al tratamiento concreto de la REALIDAD, más resaltan las DIFERENCIAS, más o menos profundas, en los planteos de los distintos sectores.

Diferentes aspectos fundamentales de la ORGANIZACION DE LA SALUD continúan siendo motivo de análisis y discusión, dando origen a posiciones encontradas y a situaciones conflictivas. Los principales puntos críticos son: obligatoriedad de participar en el sistema o ingreso opcional al mismo, participación —representatividad y modos de la co-gestión— sistemas directos, indirectos o mixtos —labor profesional exclusivamente en relación de dependencia e incompatible con otro tipo de ejercicio, o modos mixtos de labor y remuneración.

En el momento actual, tres tendencias parecen perfilarse con contornos nítidos sobre el horizonte de la organización de la Salud:

- 1º) La que se funda en el CONTROL POLITICO, TECNICO, FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO DEL SISTEMA POR EL ESTADO, asumiendo éste la titularidad de todos los efectores y de todas las acciones relacionadas con la salud. Es la idea fundante, conjuntamente con el concepto de co-gestión, del proyecto de ley originado en la actual Subsecretaría bajo el nombre del S.N.I.S. (Sistema Nacional Integrado de Salud).
- 2º) La que plantea que los EFECTORES DEBEN INTEGRARSE mediante una planificación compartida y una co-gestión de la instrumentación con conservación de autonomía administrativa y jurídica. En otras palabras, cada cual administra y es dueño de lo suyo, pero lo somete a las normas técnicas surgidas de la planificación. Como los efectores de los subsectores privados y de obras sociales no pertenecen al sistema, es forzoso que establezcan con él, un régimen contractual que estipule sus relaciones y modos de retribución, determinando también qué funciones deben cumplir y dentro de qué normas.
- 3º) La tercera tendencia sostiene que el Ente de Seguridad Social será administrado, financiado y organizado por las OBRAS SOCIALES, quedando el Estado a cargo de las grandes luchas, y de las acciones de Promoción y Recuperación de la Salud. En el área de la medicina asistencial se le asigna al Estado la función de crear y mantener una

infraestructura eficiente y de alto nivel técnico, que pueda ser utilizada por las Obras Sociales, y además, atender al sector de población que no sea absorbido por aquéllas.

Las tres tendencias señaladas constituyen políticas operativas basadas en concepciones muy distintas sobre el rol que le cabe a cada uno de los protagonistas del proceso, sobre su recíproca articulación, y sobre la apreciación de nuestra CONCRETA REALIDAD, y las formas más viables de modificarla.

Y así, inevitablemente, CONCEPCIONES DIFERENTES sobre una REALIDAD UNIVOCA constituyen, por falta de diálogo, UN MARCO DIFUSO EN DONDE LAS MISMAS PALABRAS AL EXPRESAR CONCEPTOS DISTINTOS SIRVEN PARA OPUESTAS CONSTRUCCIONES.

En este marco, CO-GESTION puede implicar tanto un criterio funcional en el que la representación debe estar de acuerdo con los roles y conocimientos específicos de los sectores, como una conducción basada en el poder y la importancia numérica de cada uno de ellos. Urge definir cuál de estos criterios es válido, porque, del que se adopte, dependerá la estructura y organización donde esa co-gestión se efectivice.

En este marco, también, la INTEGRACION puede significar un sistema directo, si el sistema para integrar presupone la titularidad de los efectores, o puede significar un sistema indirecto si establece con ellos relaciones contractuales en el contexto de una planificación. Aquí también urge una definición: el primero implica la absorción por el Estado de todas las acciones de Salud, y el otro, la concurrencia y participación de los otros sectores en estas acciones. Además, y en relación con los profesionales, el primero implica una sola modalidad de ejercicio —el asalariado en relación de dependencia— y el otro, la coexistencia de diferentes formas de ejercicio y diferentes formas de retribución.

Por último, FINANCIACION SOLIDARIA puede significar unificar los recursos (aportes, rentas) en un solo Ente que luego distribuye las inversiones de acuerdo con prioridades determinadas por la planificación, o puede significar un criterio más restringido de solidaridad, en base al cual cada grupo recauda y administra sus recursos de acuerdo con posibilidades y necesidades también grupales, propia de cada obra social. Y aquí, otra vez, urgen las definiciones, porque el primer criterio hace desaparecer del escenario de la Salud a las Obras Sociales, y el segundo, por el contrario, les asigna un papel protagónico.

EL MERITO DE UNA CONCEPCION TEORICA EXPRESADA COMO PROYECTO, ES SU VIABILIDAD. Sin posibilidad de realización práctica, un proyecto es un juego de intelectuales cuando no un medio de justificar funciones.

Los tres enfoques señalados plantean a este respecto un mismo interrogante. En efecto, los tres se fundan en una ideología que expresa LO QUE DEBE SER, pero no parecen haber partido de una evaluación previa de nuestra REALIDAD. La no explicitación de asuntos tales como "capacidad económica financiera", estado actual de la "infraestructura", "recursos humanos" y "capacidad administrativa", "pautas socio-culturales internalizadas", "grados de eficiencia de los diferentes subsectores", deja sin llenar EL ABISMO ENTRE LA INTENCION Y EL LOGRO.

En esto, todos le estamos debiendo al país un real esfuerzo intelectual en el tratamiento con la realidad para evitar que nos deslicemos por la pendiente fácil de las abstracciones. Tengamos en cuenta que al final de esta pendiente se encuentra el lugar común de la expresión de deseos, o la más dramática institucionalización de conflictos esterilizantes.

ANTEPROYECTO DE CARRERA SANITARIA NACIONAL

Hemos recibido de fuentes "no oficiales, pero generalmente bien informadas" un anteproyecto de Estatuto y Carrera Sanitaria Nacional, destinado a todos los trabajadores de la Salud que se desempeñen en relación de dependencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.), que también se encuentra en etapa de re-elaboración a nivel de la Subsecretaría, sobre la base de las Pautas para una Reforma Sanitaria, que el Dr. Liotta anunciara en Posadas en el mes de junio ppdo.

Nos adelantamos a dar a conocer un breve comentario sobre su texto.

INDICE: I.— Del Ambito; II.— Del Ordenamiento; III.— Del ingreso; IV.— De los Deberes y Prohibiciones.— V.— De los Derechos; VI.— Del Régimen de Trabajo; VII.— Del Régimen de Calificaciones; VIII.— De las Juntas de Calificación.— IX.— Del Régimen Disciplinario; X.— Del Cese; XI.— Del Régimen Previsional; XII.— De los Comités Permanentes de Carrera; XIII.— De las Generalidades.

Los puntos I y II son generales y establecen el ámbito para todos los trabajadores de la Salud que se desempeñan en relación de dependencia con el SNIS y el ordenamiento respectivo estableciendo grupos ocupacionales, "puestos tipos", cargos y los puntajes respectivos que serán establecidos por el Consejo Federal.

Del Ingreso de los profesionales: por concurso abierto en todos los niveles. Se establecen los requisitos para el ingreso, etc., etc.

En cuanto a deberes y prohibiciones, los habituales a los cargos nacionales con la excepción del art. b) que prohíbe la prestación de servicios, pagos o no, integra-

ción, dirección, etc. de sociedades "que exploten concesiones o privilegios del SNIS" lo que interpreta como prohibición de actuar o dirigir por ejemplo: una clínica o sanatorio.

Derechos: Se establecen los de: estabilidad, retribución justa, compensaciones y subsidios, igualdad de oportunidades, capacitación, licencias, asociaciones, asistencia médica integral, traslados y permutas, recursos, reingreso, y renuncia al cargo.

Comentarios

La estabilidad es definitiva a partir del período de prueba no menor de seis meses ni mayor de un año, a pesar del concurso. En caso de revocación del nombramiento habrá "participación gremial que determine la reglamentación".

Las funciones jerarquizadas serán concursadas periódicamente; se establece la estabilidad en el cargo de base una vez terminada la jerarquización.

"El sueldo básico" se establece fijando un índice otorgado para cada punto y que fijará el Consejo Federal de acuerdo al costo de la vida. Este índice se multiplicará por los puntos de cada grupo.

Entre las compensaciones, subsidios e indemnizaciones se pueden contemplar los siguientes: en concepto de servicios extraordinarios, dedicación exclusiva, rendimiento, desahorro, etc., etc.; indemnizaciones por accidentes de trabajo, fallecimientos, traslados, desahorro y despidos.

La capacitación está contemplada dentro o fuera del sistema (centros de mayor complejidad, acceso a becas, cursos, etc.).

El ítem de licencias establece las habituales, entre ellas las de representación gremial. El de asistencia médica integral y social lo establece para el agente y toda la familia a cargo.

Régimen de Trabajo

Se establece límite de 45 horas semanales y "dedicación exclusiva" (esto se contradice aparentemente con la posibilidad que la ley permite, de que algunos sectores no entren en el sistema, creando dos tipos de médicos). Las horas se podrán cumplir en uno o más organismos.

Calificaciones

Serán efectuadas una vez por año y las pautas se dejan para la reglamentación de la Ley.

Junta de Calificaciones

Funcionarán en jurisdicción de la Secretaría Ejecutiva Nacional (ver proyecto de creación del SNIS) y las Secretarías Ejecutivas Provinciales.

En el régimen disciplinario se establecen las sanciones. Se contempla además la creación de Comité y Subcomité Permanentes de Carrera; la constitución y sus funciones, entre ellas la de evaluación de la aplicación de la Carrera, asesoramiento, etc., etc., están citadas taxativamente.

En las generalidades merece citarse el límite de cuatro años en tareas de zonas desfavorables.

REPORTAJE A DAVID DISKIN

CUESTIONARIO

- 1) A usted que es un hombre de larga y brillante trayectoria en el campo gremial, ¿qué opinión le merece la aparición de un periódico como el nuestro, que aspira a establecer comunicación directa con las bases y con otros organismos del gremialismo argentino?
- 2) Nuestra Confederación, que tiene la real representatividad de los médicos del país, es una persona de existencia jurídica. Actualmente estamos tramitando nuestra personería gremial. ¿Cree usted positiva esta acción? ¿Por qué?
- 3) La Confederación de Empleados de Comercio a través del IMMA y ahora sindicalmente recibe servicios de nuestros médicos confederados. ¿Cuál es su opinión respecto a estos convenios? ¿Está conforme con nuestras relaciones? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?
- 4) Como paciente ¿qué piensa de la libre elección del médico por el enfermo? ¿Y como dirigente?
- 5) Ha de conocer el Plan de Salud del Subsecretario de Estado de Salud Pública, Dr. Liotta. ¿Podría usted opinar al respecto?
- 6) Finalmente, en el terreno político. El próximo gobierno va a ser ejercido en todos sus niveles por sectores políticos que genuinamente son representantes de la mayoría de nuestro pueblo. Este hecho histórico, ¿logrará finalmente consolidar la paz interna y fortalecernos en el orden internacional?

RESPUESTAS

1.— Me parece importante que una entidad de la gravitación de la Confederación Médica de la República Argentina mantenga un periódico propio, a fin de hacer conocer a la opinión pública, a sus propios afiliados y a otros organismos representativas de la actividad nacional su posición frente a los problemas que aquejan a todos, al mismo tiempo que divulgue la obra que cumple.

2.— Juzgo altamente positiva la constitución con personería gremial, de la Confederación Médica de la República Argentina. El día 12 de octubre asume el gobierno de la Nación el Teniente General Perón. Y él ha dicho reiteradamente que desea que la Argentina sea una comunidad organizada. Así como los trabajadores tenemos nuestra organización gremial reconocida, los empresarios están debidamente agrupados, los profesionales también deben contar con una institución representativa, incluso desde el punto de vista legal, de sus intereses y derechos. Dentro de una comunidad organizada, no cabe la desorganización de los núcleos que, como los médicos, representan valores ponderables.

3.— Creo que debe respetarse el sistema mediante el cual las partes, tanto las entidades que agrupan a los médicos, sanatorios, etc., como las representativas de las obras sociales, y con la participación de los organismos estatales del sector pacten las condiciones de servicios y los aranceles de común acuerdo y en un plano de absoluta igualdad. Para ello estimo necesario dar plena vigencia al régimen de la Ley 19.710. La experiencia recogida en la época en que las entidades que prestan servicios decidían unilateralmente las condiciones y los aranceles, nos indican que ello determina un sistema de desigualdad en el trato que resulta fuente de perturbaciones sociales y de enfrentamientos entre las entidades representativas de las partes, a la vez que resisten un servicio tan fundamental como el de la asistencial social. Esto en lo que hace a los valores a que deba ajustarse las prestaciones, en cuanto a las pautas contractuales que fijen las relaciones entre ambas instituciones, deben proponer fundamentalmente a:

Sigue Pág. 4

pectivas de la integración de asociaciones de distinto carácter.

1.7.1. Integración de objetivos científicos, sanitarios y gremiales.

1.7.2. Relaciones entre asociaciones médico gremiales y asociaciones representativas de organizaciones de trabajo médico (clínicas, sanatorios, maternidades).

2. ORGANISMOS OLEGIADOS POR LEY
 - 2.1. Determinación de funciones.
 - 2.2. Experiencias y perspectivas.
 - 2.3. Criterio dualista y unicista frente a la actividad colegiada y actividad gremial.

3. ORGANISMOS DE PREVISION Y SOLIDARIDAD MEDICA — Naturaleza — Funciones — Experiencias — Perspectivas.
 - 3.1. Sistemas de previsión vigentes.
 - 3.1.1. Públicos u oficiales.
 - 3.1.2. Gremiales.
 - 3.2. Sistemas de crédito, consumo y similares.

4. ASOCIACIONES MEDICO GREMIALES
 - 4.1. Función gremial específica. Objetivos.
 - 4.1.1. De carácter general.
 - 4.1.2. De carácter coyuntural o circunstancial.
 - 4.2. Función científica y formativa.
 - 4.2.1. Papel de las asociaciones médico gremiales dentro de programas de enseñanza continuada.
 - 4.2.2. Participación de las asociaciones médico gremiales en la vida universitaria; determinación de sus formas y medios de acción.
 - 4.3. Función técnica.
 - 4.3.1. Las asociaciones médico gremiales como representativas, intermediarias, reguladoras y supervisarios del trabajo médico en sistemas colectivos de trabajo (obras sociales, mutualidades, seguros, accidentes de trabajo, etc.). Las Asociaciones médico gremiales como "Prestadoras". Alcances de la función. La auditoría médico gremial.
 - 4.3.2. Las asociaciones médico gremiales como financiadoras y organizadoras del trabajo médico. El pre-pago o abono gremial.
 - 4.3.3. Las asociaciones médico gremiales como organizador del subsector privado en la pers-

Sigue Pág. 6

6as. JORNADAS MEDICAS DE PUNILLA

VILLA CARLOS PAZ — 1 AL 14 DE NOVIEMBRE DE 1973

PROGRAMA

Las Sextas Jornadas Médicas de Punilla se desarrollarán de acuerdo al siguiente programa:

Noviembre 10:

Hora: 10 — Asamblea inaugural.
Hora: 11 — Constitución de los Grupos de Trabajo.
Hora: de 15 a 19 — Trabajo de Grupos.

Noviembre 2:

Hora: de 9 a 12 y 15 a 19 — Trabajo de Grupos.

Noviembre 3:

Horas: 9 a 12 — Trabajo de Grupos.
Hora: 17 — Asamblea de Grupos — Aprobación de conclusiones.
Horas: 19 a 21 — Coordinación General.
(Libre para los Miembros de las Jornadas).

Noviembre 4:

Hora: 10 — Asamblea de Clausura.
Hora: 12,30 — Acto de Clausura.

Entre los días 10 al 14 de noviembre próximo se realizarán en Villa Carlos Paz las "VI Jornadas Médicas de Punilla". Esta reunión cuenta con el auspicio de la Confederación Médica de la República Argentina.

El tema del encuentro es el siguiente:

TEMA: "LAS ASOCIACIONES MEDICAS"

1. DIVERSOS TIPOS DE ASOCIACIONES MEDICAS — Naturaleza — Funciones —

Experiencias — Perspectivas.

- 1.1. De carácter científico.
- 1.2. De carácter técnico-sanitario.
- 1.3. De carácter docente.
- 1.4. De carácter gremial.
- 1.5. De carácter empresarial.
- 1.6. Papel de las "comisiones médicas o sanitarias" de los partidos políticos.
- 1.7. Ventajas, inconvenientes y pers-

(viene de pág. 4)

- a) Asegurar sistemas que eviten al máximo las discusiones referidas a las facturaciones;
- b) Eliminar al máximo el papelerío que termina indefectiblemente recargando en forma desmesurada los gastos administrativos de las Obras Sociales;
- c) No permitir el uso indiscriminado del corte de servicios, a través de Federaciones que son representadas por vuestra Confederación, por hechos que son ajenos a la posibilidad de decisión de la Obra Social. Podemos citar como ejemplos concretos de lo manifestado la situación planteada por algunas de vuestras representadas —por suerte una mínima parte— que a raíz de diferencias de criterio con la Comisión Liquidadora del ex I.M.M.A. respecto del pago de las sumas adeudadas por la misma, le han cortado los servicios a nuestros beneficiarios.

4.— Entiendo que el sistema de la libre elección del médico es el ideal para una prestación médica humana, que contemple las necesidades profesionales y los sentimientos y preferencias de los pacientes. Pero ello debe hacerse sobre la base de un eficiente ordenamiento y de una severa fiscalización, tanto de la parte profesional como la de las obras sociales, para evitar los abusos y los fraudes que se cometen contra los intereses de las obras sociales.

5.— Resulta difícil contestar a esta pregunta en detalle, porque, que yo conozca, el Dr. Liotta no ha dado a publicidad el texto de dicho plan, solo ha hecho conocer algunas generalidades que aclaran muy poco sobre el mismo. De cualquier forma entiendo que todo plan de salud pública debe respetar la opinión de las entidades sindicales representativas de las obras sociales, a fin de que realmente contemplen la voluntad y los intereses de los

TEMAS EN DEBATE

EL DORADO: ¿EXPERIENCIA NEGATIVA?

Hace muchos meses que el Hospital SAMIC - Eldorado (Misiones) vive una angustiosa situación. Vamos a adentrarnos en ella, y a explicar por qué el desenvolvimiento presente y futuro de este Hospital adquiere particular significación para todos los médicos argentinos.

Hace cuatro años, diversas circunstancias se dieron en forma coincidente para que la creación de un "hospital de la comunidad" en Eldorado, se transformara en una experiencia seria y responsable en materia de integración de efectores.

Aunaron sus esfuerzos a la acción del gobierno nacional y provincial la población y el cuerpo médico de la localidad, y la Federación Médica de Misiones participó activamente en la iniciativa, también avalada por COMRA a pesar de que en esos momentos el gremio médico enfrentaba la implementación de la ley 17.102. Es que en Eldorado se daban todas las condiciones para posibilitar una experiencia de ese tipo.

Desde hace varios meses, este ensayo comunitario que alentó tantas esperanzas se encuentra al borde del más rotundo fracaso, no por fallas atribuibles al sistema en sí, sino a la asfixia presupuestaria de la que es responsable, en última instancia, el gobierno nacional.

Una nueva frustración en materia de Salud sufrirá el país entero. Más inconcebible aún, cuando por otro lado se pretende demostrar, en papeles y pizarrones, la viabilidad de reformas sanitarias concebidas teóricamente, pero que están pidiendo a gritos ser ratificadas a nivel de su realización práctica.

SAMIC - Eldorado es una positiva experiencia en plena evolución, que los hechos la están condenando a ser totalmente desaprovechada.

Antecedentes

La actividad médico-asistencial en Eldorado, previa a la habilitación de este Hospital, era la siguiente:

La ciudad y colonia de Eldorado, con una población de unos 40.000 habitantes, contaba en 1970 con dieciocho profesionales médicos, funcionando en cinco "sanatorios" de muy escasa complejidad (tres de ellos unipersonales). Los pacien-

propios afectados. En cualquier plan de salud pública debe mantenerse la intagibilidad de las obras sociales sindicales, que deben seguir teniendo su total autarquía en la conducción de las mismas, regidas como hasta ahora por las respectivas organizaciones obreras. Debe reconocerse la realidad existente y partir del punto de vista de que las obras sociales constituyen ejemplos en manos de los trabajadores y que la experiencia enseña que nadie mejor que los trabajadores manejan sus propios intereses, tanto del punto de vista laboral como del previsional y asistencial. Estamos de acuerdo en que debe coordinarse y establecerse una infraestructura que atienda la salud pública y que esta función debe estar a cargo del Estado pero en todo lo que se relacione con la participación que le corresponda a las obras sociales debe ser decidido por las mismas, a través de sus cuerpos orgánicos y de sus entidades sindicales representativas.

6.— Estoy persuadido de que con el advenimiento nacional y popular del Teniente General Perón se consolidará la paz interna y acrecentará nuestra fuerza y prestigio en el orden internacional. La presencia del Teniente General Perón en la Presidencia de la Nación Argentina constituye una garantía para la marcha ascendente de nuestro país, tanto en el aspecto económico como en el social. Todos debemos hacer el esfuerzo mental de comprender e interpretar que ahora tenemos un gobierno legítimamente representativo del pueblo y que todos tenemos la obligación de contribuir a que logre sus altos y patrióticos objetivos, deponiendo incluso intereses sectoriales en aras del bienestar de la comunidad. Pero también debe entenderse que los trabajadores fuimos postergados durante casi dos décadas y que somos los que tenemos los mayores derechos para reclamar se reivindicuen nuestros intereses que fueron desconocidos y lesionados durante ese lapso.

tes sin recursos se asistían en la Maternidad y Hospital Rural, dependencias sanitarias oficiales increíblemente deficientes e insuficientes. Ni en público ni en privado se llevaban a cabo operaciones mayores, ni se contaba con médico anestesista, además de otras especialidades. El servicio de Laboratorio sólo abarcaba la mínima rutina.

En este contexto, los médicos ejercían su profesión sin contactos científicos, sin formar equipos, carentes de recursos adecuados, y sin contar con especialidades definidas. Su ingreso promedio era de aproximadamente de doscientos cincuenta mil pesos m/n mensuales (año 1970).

Puesta en marcha

Leyes y decretos provinciales, a partir de 1969, dan la estructura legal para la organización y funcionamiento de los "Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad" (S.A.M.I.C.), asegurando, entre otras cosas, la participación de las entidades profesionales tanto en los estudios previos de factibilidad como en la integración del Consejo de Administración.

Constituido este cuerpo en Julio de 1969, y con respaldo legal a partir de 1971, intervino fundamentalmente en las tareas de prehabilitación.

El edificio para el Hospital se había empezado a construir en 1960 y estaba terminado desde 1965, sin ser utilizado. Edificio de líneas modernas, con servicios y dependencias racionalmente distribuidas, con capacidad para unas 130 camas. Impresiona, en general, como un "sanatorio privado" de categoría: no tiene salas de internación, sino habitaciones de dos o tres camas. Tiene, además, dependencias que fácilmente podían adaptarse como habitaciones individuales con baño privado.

Su equipamiento se hizo con instrumental, aparatología y muebles de la mejor calidad, y en condiciones económicas muy favorables por la participación directa en las compras de los representantes de la comunidad local.

También se llevó a cabo un "estudio de prefactibilidad" sobre la financiación y grado de aceptabilidad del establecimiento por parte de la comunidad, y un

programa presupuestado de funcionamiento.

Funcionamiento

En 1971 el cuerpo médico de Eldorado pasa a integrar el plantel del S.A.M.I.C. cerrando sus consultorios y clínicas privadas, trasladando al Hospital toda la actividad médica proveniente de los tres subsectores: estatal, mutualizado y privado. En el período mayo 71/72 trabajan 20 médicos a régimen full-time (8 horas) y 4 médicos a régimen de 4 horas. Para los de 8 horas, la remuneración básica es de aproximadamente 150.000 m/\$n mensuales (1971), a lo que se agrega el ingreso por pacientes mutualizados y privados.

Para junio de 1972 el plantel de personal lo componen unas 183 personas, de las cuales 35 son profesionales universitarios, 15 técnicos, 82 auxiliares técnicos y 51 auxiliares administrativos, de mantenimiento y servicios generales.

Los ingresos por todo concepto, por profesional médico, entre mayo/71 y abril/72 varían entre m/\$n 460.000 y m/\$n 200.000.— mensuales, en el régimen de 8 horas.

Rendimiento

En los ocho primeros meses de funcionamiento (mayo a diciembre de 1971) se cumplieron la meta prevista en rendimiento: atención médica integral, accesible a todos los sectores del quehacer comunitario, acorde con las técnicas modernas. Las prestaciones se incrementaron notablemente: 485% para las consultas, 2.484% para odontología, y 1.930% para los egresos. En cuanto a su calidad, baste decir que las mismas fueron apoyadas por servicios de Laboratorio, Radiología, Hemoterapia, Anestesiología, Enfermería de nivel, Dietología, Estadística, etc., servicios inexistentes en 1970.

En los últimos meses de 1971 pudo apreciarse un incremento en la atención de enfermos no pudientes, en relación con las categorías de "mutualizados" y "privados", hecho atribuido fundamentalmente a dos causas: la gran crisis económica de la zona, y la falta de una

promoción adecuada de los servicios que prestaba el establecimiento.

SITUACION ACTUAL

En el primer semestre de 1973, la falta de auto-financiación del SAMIC - Eldorado, por un lado, y el no cumplimiento de los compromisos presupuestarios por parte de las autoridades sanitarias, llevaron a esta "experiencia" que estamos relatando a un estado de crisis de tal envergadura, que poco faltó para provocar el cierre definitivo del Hospital. A último momento, el gobierno de Misiones obtuvo un "subsidio" del Gobierno Nacional, que sumado a un aporte de la provincia, permitió paliar el aspecto económico, pagando los sueldos atrasados del personal, el que suspendió las medidas de fuerza.

Para entender cómo se llegó a este estado de cosas, resumimos el relato que el Círculo Médico del Alto Paraná y la Federación Médica de Misiones hiciera llegar a C.O.M.R.A. el pasado mes de agosto.

Hablan los profesionales

La nota puntualiza determinados aspectos de los problemas acuciantes que vive el cuerpo profesional del SAMIC - Eldorado. Dice:

1.— En 1971 los médicos nos integramos en el SAMIC y cerramos nuestros consultorios y clínicas privadas. Errores administrativos, de recepción y categorización han llevado a nuestra antigua clientela privada a emigrar a los pocos colegas que actúan fuera del SAMIC, y una nueva afluencia de médicos extra-SAMIC.

2.— En 1971 los ingresos eran aceptables. A dos años, y con la inflación producida estamos muy mal remunerados (sueldo básico m/\$n 220.000.— por mes, más extras por medicina privada de unos m/\$n 180.000.— de promedio). En resumen, un ingreso promedio de m/\$n 400.000.— por mes por una jornada de trabajo de 8 a 10 horas.

3.— Colegas recién llegados a la población ganan entre m/\$n 1 y 1,5 millones por mes. Por qué los médicos del SAMIC persistimos en una modalidad de trabajo tan mal remunerada? Porque sentimos que estamos cumpliendo una misión social, y porque el trabajo integrado, en equipo, nos hace sentir realizados como médicos.

4.— La estrechez económica del sistema, unido a un incremento del costo de vida que es superior al de Capital Federal, nos ha llevado a la pauperización de este sector de Médicos, que es el que mejor está motivado por la salud del pueblo, y nos sume en las más negras cavilaciones sobre nuestro futuro y el de nuestras familias.

5.— Consecuencia inevitable: se resquebraja nuestro entusiasmo y espíritu de sacrificio con disminución de la eficiencia técnica y consideración humana para con el enfermo.

6.— En junio de 1973, el Dr. Liotta expone en Posadas (Misiones) las pautas para una reforma sanitaria, que nos satisfacen plenamente y nos mueve a reclamar soluciones urgentes, porque: Primero: SAMIC - Eldorado es la experiencia más positiva y la que más se aproxima, a nivel de efector, con el plan de propuesta por la Sub-Secretaría de S.P. Segundo: Si esta experiencia debe continuar, el Gobierno debe implementarla de modo tal que sus protagonistas, los médicos, pongan lo mejor de sí para que sea exitosa. Tercero: es imperioso incrementar en un 100% las remuneraciones para poder continuar. Cuarto: A corto plazo debe incorporarse Eldorado o Misiones a un Sistema de Salud que posibilite una financiación suficiente y estable. Quinto: la experiencia debe estar avalada por el Gobierno

(Viene de pág. 4)

- pectiva de una planificación integrada.
- 4.4. Función social. Las asociaciones médico gremiales como sector organizado de la sociedad. Definición de sus responsabilidades y acciones frente a los intereses generales del pueblo y del país.
 - 4.5. Función de las asociaciones médico gremiales para desarrollar una conciencia gremial global en el médico y su incorporación activa, precoz y continuada en la militancia gremial.
 - 4.6. Valoración global de las actividades médico gremiales con vistas a promover el desarrollo de asociaciones médicas que respondan a los requerimientos de la hora actual que vive el profesional, el pueblo y la humanidad en su conjunto y que contribuyan al desarrollo de una ideología médica actual y proyectada al futuro.
 - 4.7. Conceptos institucionales unicistas y pluralistas frente al trabajador de la salud.
 - 4.7.1. Ventajas, inconvenientes y perspectivas para integrar a todos los trabajadores de la salud dentro de organizaciones únicas o por intermedio de sistemas federativos de asociaciones diversificadas por ramo.
 - 4.8. Agremiación libre y agremiación obligatoria. Ventajas e inconvenientes.
 - 4.9. Análisis de la actual composición de las asociaciones médico gremiales. Heterogeneidad de intereses en sus miembros componentes.

Participan en este encuentro todos los profesionales médicos que se inscriban como tales (M. Titulares) que a su vez pueden presentar trabajos y participar al voto en Grupo de Trabajo y Asamblea de Clausura. Tendrán carácter de Miembros Representativos los representantes debidamente acreditados de las asociaciones médico gremiales, técnicas, científicas de docentes, de egresados de asociaciones empresarias, organismos profesionales creados por ley y cooperativas de médi-

Dr. SALVADOR ALLENDE - 1908-1973

La Confederación Médica Argentina se sumó, en su oportunidad, al pesar que despertó la muerte del doctor Salvador Allende, reproduciendo el mensaje que enviara al XII Congreso Médico Social Panamericano realizado en Quito, Ecuador, entre el 8 y el 13 de abril último. He aquí el testimonio de su aliento:

"Me dirijo a Ustedes como Presidente de la República de Chile y en representación de su pueblo, deseando un éxito completo a la XI Asamblea de la Confederación Médica Panamericana que hoy inicia sus trabajos.

Es especialmente grato para mí hacerlo, porque, como médico, tuve el alto honor de presidir esta Confederación en el período 1960-1962, después de haber sido, en mi país, Presidente del Colegio Médico durante 5 años.

Chile está hoy empeñado en un proceso de cambios profundos para crear una sociedad distinta que favorezca al hombre, a la mujer y al niño de nuestro pueblo, dentro del marco de su propia idiosincrasia y

¿QUE ES EL C.E.M.E.S.?

El C.E.M.E.S. (Centro de Estudios Médico-Sociales), cuya creación fue aprobada por el Consejo Federal del 23 de Setiembre de 1972, es un organismo dependiente en forma directa de la Mesa Ejecutiva de COMRA, creado con el objeto de promover el estudio, la investigación, la docencia y difusión de temas concernientes a la integración de las ciencias médicas con el hombre y la sociedad. Las expresiones y opiniones que se expongan en dicho Centro no comprometen ni obligan a los organismos directivos de la COMRA, salvo en los casos en que el Consejo Federal avale dichas opiniones.

cos, como también de las asociaciones estudiantiles de medicina.

Pueden a su vez presentar trabajos y participar de los Grupos de Trabajo con voz y voto.

Por último participan como Miembros Estudiantiles los estudiantes de medicina que acrediten su condición mediante la libreta de trabajos prácticos.

Pueden presentar trabajos y participar de los Grupos de Trabajo con voz.

Los trabajos serán de dos categorías:

- a) Trabajos especiales por invitación.
- b) Aportes.

Deberán reunir las siguientes condiciones: ser presentados a máquina por quintuplicado a doble espacio con margen mínimo de quince milímetros y una extensión máxima de diez páginas debiendo llevar una síntesis o conclusiones que no podrán exceder de una página. Están exceptuados de esta limitación de espacio los trabajos especiales por invitación.

La Comisión Ejecutiva deberá tener en su poder todos los trabajos antes del 30/9/73 para su impresión y distribución. Todo trabajo presentado con posterioridad no será impreso y solamente se distribuirán los ejemplares que entreguen sus autores.

La sede de la Secretaría es: San Martín N° 1007 - Cosquín - CORDOBA.

La Comisión Directiva está integrada por los doctores:

- Alberto Oleiro (Presidente)
- Héctor Alfonso
- José R. Ibáñez
- Benjamín Malamud
- Jorge A. Herrou (h)
- Reynaldo H. Wisner
- Raúl Bonadero
- Rubén Zartarian
- Julio Monsalvo

El Dr. Aníbal Gastesi se desempeña como Coordinador General.

Los derechos de inscripción fijados son los siguientes:

Miembros Titulares	\$ 10.-
" Representativos de ámbito nacional	\$ 300.-
" Representativos de ámbito pcial. o federacional	\$ 250.-
" Representativos de ámbito regional o local	\$ 200.-
" Representativos de Asociaciones Hospitalarias	\$ 50.-
" Estudiantes y sus organizaciones	sin cargo

tradiciones, un estado de derecho que se expresa en una democracia pluralista, en la cual todos los actores ciudadanos hacen oír su voz sin restricciones de ninguna especie.

Nuestros países subdesarrollados, explotados por los monopolios y las empresas transnacionales, requieren y reclaman cambios profundos estructurales, para tener el acceso legítimo a la cultura, al bienestar, a la participación en el desarrollo, a la recreación y a la salud en su más amplio sentido, porque nuestras sociedades son comunidades enfermas, y nuestras responsabilidades como profesionales van más allá del estrecho marco de la técnica y se proyectan en el ámbito social en que se generan las perturbaciones de la salud, colectiva e individual.

Nadie, ni menos los sectores de más alta responsabilidad y calificación profesional, pueden sustraerse a las urgentes tareas que el proceso innovador latinoamericano exige hoy con imperiosa necesidad. Los propios médicos del Continente, reunidos en el XI Congreso Panamericano, han reconocido con absoluta claridad este mismo hecho, al afirmar que "concedan unánimemente en la necesidad urgente de cambios estructurales, económicos, sociales y políticos para abrir cauce a un auténtico desarrollo en cuyo marco tendrán solución los graves problemas de salud".

Es por eso que nuestro pueblo y su Gobierno reafirman una vez más los postulados contenidos en la resolución de dicho evento. Al hacerlo, expresamos una línea de continuidad mantenida durante largos años e impulsada vigorosamente por el Gobierno que presido, me permito, al respecto, incluir, para conocimiento de los Colegios del Continente, los planteamientos formulados, e la inauguración del Tercer Congreso Americano de Ministros de Salud, celebrado en Santiago de Chile, en octubre de 1972.

Estimados colegas, como médico, Ministro de Estado y Senador de la República, he sostenido e impulsado una política en nuestro país que nos ha llevado a la creación de instituciones como el Servicio Nacional de Salud, que han permitido un efectivo acceso a la defensa del capital humano. Es por eso que, ante la Campana Internacional distorsionadora de nuestra realidad que estamos enfrentando, como Presidente de Chile, junto con enviar mi saludo y mi adhesión a esta reunión, reclamo de ella la solidaridad para un pueblo y un Gobierno como el nuestro que, en el campo de la salud, interpreta fiel y consecuentemente el espíritu de las recomendaciones que constituyen estos principios básicos que, desde su función, guían la acción de la Confederación Médica Panamericana".

(Viene de pág. 5)

Nacional, para evitar cambios que pongan en peligro la seguridad y estabilidad del sistema.

7.- Si no se da una salida estable a la actual situación, el equipo profesional comenzará a disgregarse, y perderá la fe en futuras soluciones. Más aún, planteará medidas paliativas a su propia situación económica, en desmedro de las soluciones globales que anhelamos. Si no hay más presupuesto, cada médico o grupo de médicos tratará de recuperar su nivel económico en la medicina privada, restándole dedicación y entusiasmo al idealizado Plan de Salud.

Y los profesionales del Hospital SAMIC-Eldorado cierran su comunicación, con una frase que transcribimos textualmente:

"EN SINTESIS, ES A NIVEL NACIONAL QUE SE DECIDIRA SI VALE LA PENA SEGUIR Y MEJORAR, O SI DEBEMOS RETROCEDER. EN ESTE ULTIMO CASO NO SOLAMENTE SE DESBARATARA UN HERMOSO IDEAL POR EL QUE LUCHAMOS, SINO QUE AQUI, EN ELDORADO, Y EN MISIONES, NADIE MAS SE PRESTARA A ESTE TIPO DE "EXPERIENCIAS".

¿FRENTE A ESTE EJEMPLO, NO TENDRAN LOS MEDICOS EL ESPEJO DONDE MERRAR LA FUTURA REFORMA SANITARIA, QUE ACEPTAN EN SU ESQUEMA PERO DUDAN DE SU IMPLEMENTACION?

AGENDA DE CONGRESOS

- XIV CONGRESO ARGENTINO DE FISIOLOGIA Y NEUMONOLOGIA. - Del 21 al 26 en la ciudad de Rosario. Secretaría: España 931, Rosario (Tel. 4-7011).
- XIV CONGRESO ARGENTINO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. - Del 21 al 26 en el Centro Cultural Gral. San Martín. Informes: Rodríguez Peña 1376, 5º A, Capital Federal (Tel. 42-5193).
- CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA - V CONGRESO DE LA CONFEDERACION ARGENTINA DE UROLOGIA - VII JORNADAS RIOPLATENSES DE UROLOGIA. - Del 28 de octubre al 3 de noviembre, en Centro de Congresos de la Dirección Gral. de Cultura de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Sarmiento 1551, Capital Federal, Secretaría: Santa Fe 1171, Capital Federal (Tel. 44-5832 ó 41-1633).
- III CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA PLASTICA Y JORNADAS DEL CAPITULO ARGENTINO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE QUEMADURAS. - Del 28 de octubre al 3 de noviembre en el Hotel Plaza de la ciudad de Mendoza. Secretaría: Santa Fe 1171, Capital Federal.
- PRIMER CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PATOLOGIA DE CABEZA Y CUELLO. - Del 31 de octubre al 1º de noviembre en el Centro Cultural Gral. San Martín. Informes: J. A. Pacheco de Melo 1928, Planta Baja "D", Capital Federal.
- V CONGRESO ARGENTINO DE NUTRICION Y LA PRIMERA REUNION INTERAMERICANA DE NUTRICION. - Del 21 al 26 en el Sheraton Hotel. Informes: Cargallo 2049, 1º, Of. 48, Tel. 40-4880, Capital Federal.
- V CONGRESO INTERNACIONAL DE LA FEDERACION MUNDIAL DE SOCIEDADES DE NEUROCIROLOGIA. - Del 7 al 13 de octubre en Tokio (Japón). Secretaría general: Dr. Shozo Ishii Dpt. of Neurosurgery, Juntendo University, Hongo, Bukyo-ku, Tokio, Japón.
- IX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA FEDERACION MUNDIAL PARA LA SALUD MENTAL. - Del 8 al 12 de octubre en Sydney (Australia). Informes: P. O. Box 391, Daringhurst, N. S. W. 2010, Australia.
- 1ª REUNION CIENTIFICA DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE NEUROCIROLOGIA PEDIATRICA. - Del 12 al 13 de octubre en Tokio (Japón). Presidente: Dr. Satoshi Matsumoto, Kobe University, Chairman, Dpt. of Neurosurgery, 12 Kusumokicho 7 chome, Ikuta-ku Kobe, Japón.
- XXVII ASAMBLEA DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. - Del 14 al 20 de octubre en Munich (Alemania). Informes: Dr. Alberto Z. Romualdez, World Medical Association, 10 Columbus Circle, New York, N.Y. 10019, U.S.A.
- VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE ALERGIA. - Del 14 al 20 de octubre en Tokio (Japón). Secretaría e informes: M. Tameyuki Matsuyama, c/o Dpt. of Microbiology and Immunology, Nippon Medical School, 1-1 Sendagi, Bukyo-Ku, Tokio, Japón.
- VII CONGRESO MUNDIAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. - Del 12 al 18 de octubre en Moscú (Rusia). Informes: Pr T. V. Tchervokova, Institut National de Recherche Scientifique en Gynecologie et Obstetrique du Ministère de la Santé de "U.R.S.S.", 2 boulevard Elanskogo, Moscú G/345 (Rusia).
- XXXI JORNADAS QUIRURGICAS DEL COMAHUE. - Del 11 al 15 en la ciudad de Neuquén. Informes: Doctor M. N. Piegari, Rivadavia 5943, Capital Federal (Tel. 63-0115).
- PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA. - Del 11 al 16 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y Hospital de Clínicas José de San Martín. Secretaría: Marcelo T. de Alvear 2149, 5º A, Capital Federal (Tel. 80-4562).
- VIII CONGRESO MUNDIAL DE FERTILIDAD Y ESTERILIDAD. Del 3 al 9 organizado por la Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad. Informes: VIII Congreso Mundial de Fertilidad y Esterilidad, Avda. Roque Sáenz Peña 1110, 2º, Buenos Aires.
- VII CURSO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. - Del 5 al 19 en la Universidad de Gastroenterología del Hospital Fernández, por el Dr. Horacio H. Rubio. Informes: Unidad de Gastroenterología - Hospital Fernández - Cerviño 3356, Buenos Aires.
- V CONGRESO ARGENTINO E INTERNACIONAL DE PROCTOLOGIA. - Presidente: Dr. Amado Espeche. Invitados especiales: Dr. Bernard Duhamel (Francia); Dr. Arthur Localio y Dr. W. Martin Marino (U.S.A.). Del 1º al 4 de diciembre de 1973, en Mar del Plata, Hotel Chateau Frontenac. Temas: Afecciones proctológicas en el niño; afecciones tumorales del colon derecho; enfermedad diverticular del colon. Informes: Secretaría, A.M.A., Av. Santa Fe 1171, Buenos Aires.

"EL MEDICO DESCALZO"

En "Ciencia Nueva", Revista de Ciencia y tecnología, en su número correspondiente al mes de Julio/73, se transcribe un artículo de Víctor W. Sidel titulado "Los médicos descalzos de la República Popular China", que contiene información muy interesante y poco conocida sobre algunos aspectos de la organización sanitaria de aquel país, especialmente en lo relacionado con la formación de recursos humanos para la salud.

Con motivo de la Asamblea Médica Mundial en Ottawa (1971) la Confederación Médica efectuó un interesante aporte sobre el tema "El empleo de asistentes para-médicos en la atención médica", donde se analizaba la necesidad puesta de manifiesto en diversos países del mundo, de formar un nuevo tipo de profesional —llamado indistintamente "médico asistente", "para-médico", "medex" (U.S.A.), "feldsher" (Rusia), "agente sanitario" (Jujuy, Argentina), etc.— nuevo integrante del equipo de salud, creado por dos principales motivaciones: una de ellas, la escasez de médicos ante una demanda creciente de servicios. Y la otra, darle mayor eficiencia y productividad al trabajo médico, liberando al médico de tareas rutinarias menores que le permitan aumentar su tiempo útil.

Ambas razones se conjugaron en la R. P. China a partir de 1965 para dar origen a la formación masiva y acelerada de un nuevo tipo de "asistente médico" para cubrir las necesidades sanitarias de una población de 750 millones de habitantes, 80 % de los mismos radicados en zonas rurales. Según su ubicación, se denominaron "Médico descalzo", "Médico obrero" o "Médico Guardia Rojo".

Definición: Los propios chinos los definen así:

Un "Médico descalzo" es un campesino que ha recibido adiestramiento médico básico y brinda atención médica sin abandonar el trabajo productivo y su nombre deriva que en los arrozales los campesinos trabajan descalzos. De él nos ocuparemos en particular en el resto del artículo.

El "Médico obrero" es un trabajador de fábrica con entrenamiento similar al del "médico descalzo": brinda servicios médicos en su lugar de trabajo y en relación con sus labores. Su adiestramiento dura un mes, abarca temas prácticos y se actualiza periódicamente. Es responsable de unas 40 personas, y su labor sanitaria se reparte, fundamentalmente, entre la medicina preventiva y la higiene: vacunas, prevención de infecciones, reconocimiento precoz de síntomas de enfermedades comunes, tratamiento de dolencias comunes mediante la acupuntura.

El "Médico Guardia Rojo" es el equivalente de los dos anteriores que actúan en los puestos sanitarios y dispensarios de los barrios. Generalmente se trata de un ama de casa, adiestrada durante unos diez días, y cubre el vecindario a no más de tres cuadras del local sanitario. Su actividad está dirigida a prevenir enfermedades.

Algunos datos estadísticos.— En 1950, se estima que para una población de 540 millones de chinos, existían unos 40.000 médicos, casi en su totalidad concentrados en las grandes ciudades. Para 1966 el número de médicos educados en medicina occidental alcanzaba a los 150.000 (casi el 300 % de aumento). Para esta fecha, la población ascendía a 750 a 800 millones de habitantes, y el personal sanitario se completaba con 172.000 médicos asistentes, 186.000 enfermeras, 42.000 parteras y 100.000 farmacéuticos. En la actualidad el número de "médicos descalzos" llegaría al millón.

Surgimiento del

Surgimiento del "médico descalzo".— A partir de la directiva del presidente Mao: "En salud y en trabajo médico, poner el acento en las áreas rurales" se iniciaron los esfuerzos para adiestrar personal nativo que pudiera continuar produciendo en la agricultura al mismo tiempo que participaba del trabajo sanitario.

Así surgió el "médico descalzo", considerado más como un campesino que cumple algunas tareas médicas, que como un trabajador de la salud que realiza tareas agrícolas. Su remuneración como tal corresponde al ingreso de un trabajador agrícola, el que depende del ingreso total de la "comuna" y del puntaje que acumulen por su trabajo. El monto promedio de sus ingresos es alrededor de los 120 dólares anuales. (Un médico recién graduado gana en China, más o menos, unos 240 dólares por año).

Trabajo del "médico descalzo".— En general es responsable del saneamiento ambiental, educación sanitaria, inmunización, primeros auxilios, atención médica primaria y control de convalecientes, entre los componentes de su "brigada productiva" (unas 250 familias).

En particular, es interesante detallar algunas de las tareas a su cargo: a) supervisión del uso de excrementos humanos como fertilizantes (adecuada recolección, almacenaje y uso de los mismos); b) campañas contra plagas como las moscas, mosquitos, cucarachas y pulgas, y la pertinente fumigación de viviendas; c) enseñanza de métodos higiénicos, cuidado del embarazo y del recién nacido, así como del uso de métodos anticonceptivos; d) Vacunación al día, contra difteria, tétanos, tos convulsa, sarampión, poliomeilitis, meningitis meningococcica y encefalitis japonesa; e) tratamiento de enfermedades menores y comunes, así como heridas y lesiones leves. Pueden prescribir unos 100 preparados medicinales y practican la acupuntura en más de 100 puntos del cuerpo humano. Las complicaciones menos frecuentes son derivadas al centro de salud de la comuna; f) Controles mensuales en la mujer embarazada a partir del 5º mes, quincenales en el 8º y semanales en el 9º. El parto se atiende en casa de la paciente, y solamente las complicaciones en el hospital.

El contenido del "maletín" del médico descalzo nos da, también, idea de la naturaleza de su trabajo. Contiene desde hierbas tradicionales hasta drogas simples como aspirina y antiácidos o como penicilina y clorpromazina. Además, lleva alcohol, vilita de genciana, vendas, forceps, jeringas, termómetro y agujas para acupuntura.

Calidad de su trabajo: el autor de la nota mencionada la imposibilidad de evaluar la calidad del trabajo del "médico descalzo" en el corto tiempo que dispuso para observar sus actividades. Pero dos cosas estima conveniente señalar: por un lado, que este servicio "médico" es de fácil acceso apropiado para resolver los problemas que le competen, y que permite efectuar las consultas y derivaciones necesarias en casos de mayor complejidad.

Por otro, como características muy significativa comenta el importante papel que tiene el médico descalzo en la defensa del paciente. En un país donde los campesinos dan muestras de recelo y desconfianza a los médicos de formación accidental, el "médico descalzo puede no estar descalzo ni ser médico, pero sus compañeros de trabajo lo conocen bien y confían en él".

ASPECTOS DE LA ORGANIZACION SANITARIA EN LA REPUBLICA POPULAR CHINA



Comentario final

El Dr. Sidel cierra su artículo comentando las lecciones que deja la experiencia china sobre trabajadores de la salud. La "descentralización" es la característica que más lo ha impresionado: cada área geográfica desarrolla esquemas particulares, adaptados a sus propias necesidades, lo que redundó en la eficacia del sistema. Existe un mejor rendimiento, puesto que cada trabajador sanitario ha sido entrenado para una tarea específica. El concepto de integración en un "equipo sanitario" y la supresión de incentivos arancelarios o salariales, conduce a no realizar trabajos que deben realizar el personal más calificado, y a la inversa, los médicos no invierten tiempo en trabajos que pueden ser efectuados por personal menos preparado.

UN ACUERDO DEL CONSEJO DE EUROPA FAVORECERA LOS TRANSPANTES DE ORGANOS

Un grupo de especialistas del Consejo de Europa ha concluido la redacción de un Acuerdo que favorecerá a nivel europeo, los transplantes de órganos*.

Este Acuerdo cuyo fin es facilitar entre los laboratorios nacionales especializados el intercambio de reactivos para los agrupamientos tisulares, permitirá la creación de grandes "pools" de enfermos (receptores eventuales de uno o más órganos), cuyas posibilidades de sobre vida se verán considerablemente aumentadas después de los transplantes; particularmente los renales.

Esto mejorará, dentro de las mejores condiciones de seguridad, las posibilidades de hallar un receptor compatible para el o los órganos de cualquier cadáver-donante.

Los centros de histo-compatibilidad (determinación de los grupos tisulares) que cooperan en este rubro deberán utilizar exactamente las mismas técnicas de búsqueda y reactivos para la determinación de los grupos sanguíneos provenientes de la misma fuente.

Los expertos han estable-

cido un primer tipo de reactivos para agrupamientos tisulares con vistas a definir los métodos de selección más adecuados.

Esta metodología tiene como objeto arribar a una definición en la especificidad de los reactivos de agrupamientos tisulares.

El texto que acaba de ser puesto a punto será presentado próximamente a los gobiernos miembros del Consejo de Europa, con el fin de su aprobación. Será acompañado por un protocolo conteniendo las disposiciones generales de la metodología de los estudios de histo-compatibilidad. El detalle de los aspectos técnicos esenciales del grupo tisular, será además, motivo de un documento que será anexo a dicho protocolo y actualizado regularmente.

* Se compone de especialistas de los siguientes países: Austria, Dinamarca, Francia, Italia, Países Bajos, Suiza, Reino Unido así como un representante de la O.M.S.