

RUBÉN A. STORINO

HISTORIA DE LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

"QUIJOTES POR LA LIBRE ELECCIÓN"

TOMO II
(PERÍODO 1961 – 1973)

EDITORIAL DUNKEN

Buenos Aires

2016

Storino, Rubén A.

Historia de la Agronomía Médica Platense. “Quijotes por la libre elección”.

1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dunken, 2016.

504 p. 23x16 cm.

ISBN 978-987-02-9293-7

1. Historia Argentina. 2. Asociaciones Profesionales. I. Título.

CDD 366.09

Contenido y corrección a cargo del autor.

Colaboración técnica, diseño de tapa e interior

María Cecilia Marcos / Paola I. Moy

Diseño en Comunicación Visual

Impreso por Editorial Dunken

Ayacucho 357 (C1025AAG) - Capital Federal

Tel/fax: 4954-7700 / 4954-7300

E-mail: info@dunken.com.ar

Página web: www.dunken.com.ar

Hecho el depósito que prevé la ley 11.723

Impreso en la Argentina

© 2016 Rubén A. Storino

ISBN 978-987-02-9293-7

*Dedicado a **Chicha**, mi querida madre,
que con sus juveniles 92 años, me sigue alentando.*

*“Cuanto más lee uno, más se instruye, cuanto más medita,
más se halla en situación de afirmar que no sabe nada.”*

Voltaire

Auspiciado por



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1. 1961 - 1963	
AMP en la democracia débil	15
CAPÍTULO 2. 1963 - 1966	
AMP en la república perdida	93
CAPÍTULO 3. 1966 - 1970	
AMP durante los bastones largos	173
CAPÍTULO 4. 1970 - 1973	
AMP durante la transición hacia el sufragio	343
BIBLIOGRAFÍA	497

PERÍODOS PRESIDENCIALES ARGENTINOS

- CAP. 1 / 61 – 63.** Frondizi - Guido
- CAP. 2 / 63 – 66.** Illia
- CAP. 3 / 66 – 70.** Onganía
- CAP. 4 / 70 – 73.** Levingston - Lanusse

INTRODUCCIÓN

La etapa que vamos a analizar en este Tomo 2, que abarca desde 1961 a 1973, está enmarcada por tres grandes ejes que tuvo que sostener a rajatablas la Agronomía Médica Platense. A saber:

- I)- El principio de libre elección.
- II)- La autonomía e identidad de la Institución.
- III)- La resistencia al autoritarismo del gobierno militar de turno y sus funcionarios.

Esta tarea, como veremos a lo largo del libro, no fue nada fácil. Es más, se diría que por momentos alcanzó dimensiones “quijotescas”, dados los frentes de lucha gremial que tuvo que protagonizar nuestra institución. Es por eso que decidimos titular a esta etapa de la Agronomía Médica Platense en su extensa y apasionante historia: “Quijotes por la libre elección”.

Sostener el principio de libre elección del paciente a decidir por su propio médico fue una tarea encomiable por varios motivos que podemos sintetizar en dos frentes claramente definidos: el frente interno que se caracterizó por aquellos médicos que privilegiando sus intereses personales pactaban y realizaban convenios directos con diversas obras sociales y mutuales por fuera de la Agronomía; y el frente externo, determinado por los intereses políticos y económicos de turno a quienes –bajo el lema “dividir para gobernar”– no les convenía una Agronomía unida, ya que entendían que se lograban convenios con aranceles médicos menores si enfrente tenían una Institución débil. Es por ello que la fortaleza de la Agronomía radicó –primero– en sostener la unidad médica, alinear a los colegas “desacatados” quienes por fuera del sistema –sin darse cuenta– caían muchas veces en la pauperización de sus propios honorarios y –segundo– luchar gremialmente contra las leyes, decretos y normas de los gobiernos de facto que pretendían desnaturalizar nuestra

institución y convertirla en una entidad débil y sin peso protagónico en las decisiones para mejorar la salud y la atención de la población enferma.

Durante este período la Agronomía Médica Platense tuvo 6 presidentes –algunos de ellos reelectos– quienes, con distintos matices pero con firmes convicciones, mantuvieron la defensa de estos ejes fundamentales donde se dirimía el futuro institucional.

- Juan Jorge Moirano (1960–1962)
- Alberto Agosti (1962)
- Juan Jorge Moirano (1962–1964)
- Alfredo Serrichio (1964–1966)
- Luis Albertali (1966)
- Alberto Poli (1966–1970)
- Miguel Olivares (1970–1974)

Con respecto a la autonomía e identidad institucional de la Agronomía, no sólo tuvo que lidiar con la obras sociales y mutuales –en especial el IOMA– por la mejora de los aranceles médicos y el cobro de los honorarios médicos en tiempo y forma sino que protagonizó diversos conflictos con la propia institución madre de la época como era la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, con etapas de acercamiento y alejamiento hasta que tuvo que tomar la difícil pero firme decisión de desafiliarse.

En cuanto a la relación política e institucional con los gobiernos de turno, basta mencionar que Argentina tuvo, durante este período, 6 presidentes de los cuales 4 pertenecieron a gobiernos militares de facto. Estas etapas fueron de represión y persecución de las instituciones gremiales y sindicales.

Si bien en las actas de la Agronomía prácticamente no hay mención sobre la realidad política de los distintos gobiernos argentinos, la mayoría de ellos con pocas luces y muchas sombras, esta situación cobra protagonismo ante la repercusión institucional que surge frente a las leyes, decretos, resoluciones, normas, etc. dictadas por el poder de turno, las que especialmente con los gobiernos de facto se convertían en serios conflictos, verdaderas pesadillas

para nuestra institución. En este sentido aparecen en las actas las luchas por derogar instrumentos que se pretendían “legales” pero que eran producto de gobiernos dictatoriales que constituían constantes amenazas y cercenamientos para la libertad gremial y sindical de la Argentina.

Por lo tanto, la historia de la Agremiación Médica Platense seguiría enmarcada durante este período en los avatares políticos, económicos y sociales de la Argentina, con su gobierno de turno que es indispensable conocer para entender el contexto y las posibilidades de acción que éste permitía.

La base fundamental de esta historia, al igual que en el primer tomo, continúan siendo las propias Actas de la Agremiación Médica Platense, siguiendo un orden cronológico a través de las publicaciones de revistas, boletines y diarios de la época y las palabras de sus protagonistas.

Es de destacar la importancia que le hemos dado a los Boletines de la Agremiación Médica Platense que surgen a partir de enero de 1967, bajo la Presidencia del Dr. Alberto Poli y cuyo contenido representa fehacientemente el pensamiento y la toma de posiciones de nuestra institución.

Como en el tomo anterior, seguimos el mismo conceptograma en el marco de la complejidad del análisis histórico, y hemos respetado en todo sentido los testimonios, ideas y pensamientos de la época sin tergiversarlos en ningún momento con interpretaciones actuales.

Más allá de haber leído actas –muchas de ellas con el problema de la interpretación de la “letra de médico”–, de su desgrabación y resumen, de la exigente rutina de esta tarea, nunca bajamos el entusiasmo ni la motivación por encontrar lo sustancioso, lo novedoso, el dato útil e incluso el planteo y la polémica que agite nuestros corazones.

Quizás ése sea uno de los mayores anhelos de este libro: el de despertar pasiones en el colega lector ya que “es difícil amar lo que no se conoce”. Conocer un poco más la historia de nuestra institución es quererla un poco más; y cuando se quiere se defiende y ya no importa contra quién se defiende

porque lo que importa es que siga viva y fuerte para continuar luchando para mejorar un poco más la tan agitada vida de los médicos platenses en su labor profesional.

CAPÍTULO 1

1961–1963

AMP EN LA DEMOCRACIA DÉBIL

En 1961 la Argentina seguía siendo gobernada por Frondizi. Recordemos que Arturo Frondizi fue un abogado, periodista, docente y político argentino, que fue elegido como presidente de Argentina y gobernó entre el 1 de mayo de 1958 y el 29 de marzo de 1962, cuando fue derrocado por un golpe de estado militar (1).

Su gobierno estuvo caracterizado por un viraje ideológico, inspirado por Rogelio Frigerio, hacia un tipo de desarrollismo menos impulsado desde el Estado y más orientado al desarrollo de la industria pesada como consecuencia de la instalación de empresas multinacionales (2).

Su política sociolaboral, petrolera y educativa, tuvo picos de alta conflictividad, con grandes manifestaciones y huelgas del movimiento obrero y del movimiento estudiantil, así como numerosos atentados contra el gobierno con fines políticos en los que resultaron asesinadas 17 personas entre civiles y militares (3). En ese marco de manifestaciones y huelgas, el gobierno ejecutó el polémico Plan CONINTES, que ponía a los manifestantes bajo jurisdicción de los tribunales militares y prohibía las huelgas.

La política exterior de Frondizi buscó acercarse a la administración democrata de Kennedy en Estados Unidos pero mantuvo una línea independiente

e incluso llegó a oponerse a la exclusión de Cuba del sistema interamericano, poco después llegó a reunirse en secreto con el Che Guevara (4).

El gobierno de Frondizi estuvo muy restringido por la presión del poder militar (5), que le llegó a imponer los ministros de Economía liberales Álvaro Alsogaray y Roberto Alemann. Frondizi no logró terminar su mandato presidencial, ya que fue derrocado por un golpe de Estado el 29 de marzo de 1962.

El 25 de julio de 1960 se inauguró el alto horno de San Nicolás de los Arroyos, sobre el río Paraná, para la producción de acero, albergando doce mil puestos de trabajo. Este alto horno se había empezado a construir en la época de Perón, pero con su derrocamiento, los militares no la habían terminado (se demoró diez años su finalización) (6). Con este alto horno se produjo un total de 248.500 toneladas de acero en 1958, y cuatro años después, en 1962, se triplicó la producción, pasando a 643.400 toneladas de acero.

Con este crecimiento en la siderurgia, la industria automotriz produjo en 1961 137.000 automóviles y camiones, dándole trabajo a un total de 150.000 obreros y ahorrando unos 250.000.000 de dólares que antes se utilizaban en importaciones de automotores (6). Se aumentó la producción: en 1958 se fabricaron diez mil tractores y tres años después, las unidades llegaron a veinticinco mil. La red vial creció en diez mil kilómetros.

Aunque las políticas petroleras trajeron resultados positivos en poco tiempo, sus políticas fueron duramente criticadas ya que en los primeros meses salió más caro extraer el petróleo argentino que comprar petróleo extranjero (alrededor de 350.000.000 de dólares), a causa de la compra de la maquinaria necesaria para ello; pero más tarde, cuando se empezaron a perforar los pozos, se pudo ver la diferencia de poder explotar petróleo en el país a tener que comprarlo. Pero había otro problema que fue más polémico: Frondizi había escrito, antes de su asunción presidencial, el libro *Petróleo y Política* con una gran postura antiimperialista, en el cual, entre otras cosas, decía que YPF era capaz de lograr el autoabastecimiento de petróleo para el país, sin tener que pedir ayuda en el exterior. Su acción de contratar empresas estadounidenses para la exploración y extracción de petróleo era todo lo contrario a lo que

había expresado en este libro. Se trataba de crear fuentes de trabajo en el país y de extraer el petróleo de una manera racional (7).

Se inició entonces la segunda etapa, en la cual serían protagonistas el ministro de Obras Públicas Alberto Constantini y el ministro de Hacienda Álvaro Alsogaray. Ambos buscaron principalmente eliminar el déficit, aumentando las tarifas y, en menor medida, modernizar el sistema ferroviario. Alsogaray viajó a los Estados Unidos para acordar la llegada del General Thomas Larkin a Argentina, donde tenía que hacer un estudio de los transportes a cargo del Banco Mundial. Así se diseñó el denominado «Plan Larkin», que consistía en abandonar el 32% de las vías férreas existentes, despedir a setenta mil empleados ferroviarios y reducir a chatarra todas las locomotoras a vapor, al igual que setenta mil vagones y tres mil coches, con la idea de que se comprase todo esto en el mercado exterior y se modernizase de una vez los Ferrocarriles Argentinos, ya sea renovando los rieles o renovando el material rodante que estaba en malas condiciones. Los cuadros gremiales se pusieron en pie de guerra al enterarse del plan de reducir la empresa ferroviaria y la política de suprimir ramales. Pero la crisis política del momento hizo que Alsogaray y Constantini tuvieran que renunciar a sus cargos en abril de 1961, con lo cual poco de esa política se pudo practicar (8).

Se inició entonces la última etapa, con Arturo Acevedo como ministro de Obras Públicas. En junio de 1961 se incorporaron nuevos trenes diesel al servicio suburbano del Ferrocarril General Roca, con lo cual muchos maquinistas y foguistas de locomotoras perdieron sus empleos, lo que provocó paros y protestas. Acevedo era partidario de eliminar todas las líneas que dieran déficit. Clausuró, así, varios ramales. Esto provocó que se iniciasen varios paros, entre ellos uno de cuarenta y dos días que se inició el 1 de agosto de 1961, oponiéndose tanto a los despidos como al desguace de material rodante. Sin embargo, al término de la huelga, ningún ramal de los cerrados fue rehabilitado (8).

En octubre de 1960, sindicatos peronistas e independientes formaron la Comisión de los 20, para exigir la devolución de la Confederación General del Trabajo (CGT), que permanecía intervenida por el gobierno desde el golpe militar de 1955. Para presionar al gobierno, la Comisión de los 20 declaró el 7

de noviembre una huelga general que obligó al presidente Frondizi a recibirlos y finalmente, acordar el 3 de marzo de 1961 la devolución de la CGT a la Comisión de los 20 (9).

Durante el gobierno de Frondizi se sancionó la nueva Ley Sindical N° 14.455, estableciendo un modelo sindical de libertad absoluta de creación de sindicatos por simple inscripción y atribución de la personería gremial, al más representativo de todos, con el fin de unificar la representación obrera ante los empleadores, el gobierno y las organizaciones internacionales. La ley estableció también el reconocimiento de la figura del *delegado*, como representante sindical en el lugar del trabajo elegido por todos los trabajadores, disponiendo la prohibición de su despido sin autorización judicial (10). Además de la industrialización, también hubo lugar para la educación: se multiplicaron las escuelas de educación técnica, abriendo una década (1963-1974) en la que Argentina registraría las tasas de crecimiento más altas del mundo, y se reduciría importantemente la pobreza. Como muestra de la importancia de la ciencia y tecnología, durante su gestión se dio aliento al INTI, al INTA, al Consejo Nacional de Educación Técnica (CONET) con representación estatal, patronal y sindical, y al CONICET, presidido por el Premio Nobel Bernardo Houssay (11).

La política educativa de Frondizi se caracterizó por la sanción de dos grandes leyes: la que aprobó el Estatuto del Docente y la que habilitó a las universidades privadas a emitir títulos profesionales. Esta última motivó una gran protesta estudiantil conocida como «*Laica o libre*» (11).

El movimiento estudiantil organizado en la Federación Universitaria Argentina (FUA) se opuso de inmediato a la habilitación de las universidades privadas y organizó un plan de movilizaciones con apoyo de los sindicatos, los estudiantes secundarios y los partidos políticos de oposición, bajo el lema de «*Laica o libre*», una de las movilizaciones más grandes de la historia del movimiento estudiantil argentino.

Los estudiantes defendían la bandera de la «*enseñanza laica*» (opuesta al proyecto de ley frondicista), mientras que el gobierno y la Iglesia católica defendían la bandera de la «*enseñanza libre*» (11).

Para los laicos, Frondizi era un instrumento de la Iglesia: llegaron a quemar una efigie del presidente cuya figura estaba representada vestida (según el historiador Félix Luna) con una grotesca sotana clerical (11).

En 1961, Frondizi viajó a Estados Unidos para lograr un compromiso de ayuda para el desarrollo de Latinoamérica. Con el mismo objetivo colaboró en la firma del Tratado de Montevideo que creó la ALALC (Asociación Latinoamericana de Libre Comercio) y apoyó la Alianza para el progreso enunciada por el presidente estadounidense, John Kennedy, en marzo de 1961 (12).

«Un pueblo pobre y sin esperanzas no es un pueblo libre. Un país estancado y empobrecido no puede asegurar las instituciones democráticas. Por el contrario, es campo propicio para la anarquía y la dictadura».

A finales de 1952 se había localizado en Argentina al fugitivo criminal nazi Adolf Eichmann gracias a la información que había aportado un amigo del cazador de nazis austríaco de origen judío Simon Wiesenthal. Ante la dificultad de que Israel pudiese conseguir la extradición de Eichmann por parte de Argentina (con el consiguiente peligro de que el criminal huyese), se diseñó, por parte de los servicios secretos israelíes del Mosad, el secuestro del buscado criminal nazi con el firme apoyo del primer ministro israelí David Ben Gurion, violando así los tratados de asistencia consular y la soberanía nacional argentina.

El 1 de mayo de 1960 llegó de incógnito un grupo del Nokmin (Vengadores) del espionaje israelí en vuelo aéreo regular a Buenos Aires, dando así el inicio a la «Operación Garibaldi» (bautizada así por el nombre de la calle donde vivía Eichmann). Este equipo –dirigido y coordinado por los agentes israelíes Rafael Eitan y Peter Malkin– inició durante casi dos semanas la vigilancia sobre su objetivo (13).

Finalmente, el 11 de mayo de 1960 secuestraron a Eichmann en plena calle subiéndole a un auto particular cuando bajaba del colectivo para volver del trabajo a su casa. Después, los cuatro hombres del Servicio Secreto israelí lo trasladaron el 20 de mayo desde el Aeropuerto Internacional Ezeiza de Buenos Aires a Israel en un avión particular, con otra identidad y simulando que estaba ebrio (13).

Ante este secuestro, la cancillería, por medio del embajador Mario Amadeo, reclamó ante el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas por la grave violación de la que fue objeto la propia soberanía del país argentino. Recibió apoyo del organismo internacional, pero Israel nunca tuvo intención de devolver al criminal nazi a Argentina (6). Los diplomáticos de Estados Unidos, Gran Bretaña y Francia intentaron formalizar una reunión entre el presidente Arturo Frondizi y David Ben Gurion para que ambos buscaran una solución al caso de Eichmann, y que no se rompieran por ello las relaciones diplomáticas entre Argentina e Israel. Después de varios contactos, se acordó que el encuentro entre ambos mandatarios se celebrase en Bruselas en junio de 1960, frustrándose finalmente tal reunión por los recelos que había entre la diplomacia de ambos países. Finalmente, Frondizi rompió relaciones diplomáticas con Israel (6), relaciones que habían sido establecidas hacía poco por el presidente Juan Domingo Perón. Poco tiempo después, Frondizi restableció de nuevo el vínculo con Israel (14).

El 11 de diciembre de 1961, Adolf Eichmann fue declarado culpable por crímenes contra la humanidad y el 15 de diciembre sentenciado a muerte, llevado a cabo el 31 de mayo de 1962. Sus últimas palabras fueron: «Larga vida a Alemania. Larga vida a Austria. Larga vida a Argentina. Estos son los países con los que más me identifico y nunca los voy a olvidar. Tuve que obedecer las reglas de la guerra y las de mi bandera. Estoy listo» (15).

El 18 de agosto de 1961 visitó la Argentina por sólo tres horas el comandante Che Guevara (curiosamente, ésta sería la última vez que el Che visitara Argentina). Para tal ocasión, era necesario traer al «Che» de la manera más secreta posible, ya que si los militares se enteraban de esta reunión, se acarrearía un gran problema político para el país (16). El elegido para llevar al líder cubano para su cita en Argentina fue el diputado Jorge Carretoni, quien tenía la orden de no volar en el mismo avión que el «Che» para no levantar sospechas.

Como él mismo había declarado:

«Mi instrucción establecía que Guevara debía viajar solo: entonces, cuando le extiendo la mano para despedirme en la escalerilla del avión, Guevara me responde:

- ¿Usted no viaja?
—No. Esas son mis instrucciones.
—Entonces yo tampoco viajo.

Y dando media vuelta se alejó, temiendo seguramente que se tratase de alguna trampa tendida por la CIA o por algún otro enemigo. Recordaría que su gran amigo Camilo Cienfuegos había muerto en un sospechoso accidente aéreo. Yo sentí que el mundo se derrumbaba y que la trabajosa operación estaba a punto de fracasar, por lo que opté por transgredir mis instrucciones y subir al avión».

Episodio relatado por Carretoni (16).

Durante los cuarenta y cinco minutos que duró el viaje, el «Che» durmió sobre el hombro de Ramón Aja Castro, director de Asuntos Latinoamericanos. El avión Piper llegó y aterrizó en tierra argentina, en el aeropuerto de la localidad de Don Torcuato. El Che viajó en auto hasta la Quinta Presidencial de Olivos y enseguida fue recibido por el Presidente; lo primero que hicieron fue encerrarse en un pequeño salón para hablar. Esta reunión duró tres horas (16).

El Che Guevara había venido para representar al Ministerio de Industria de la delegación cubana a la IV Conferencia del Consejo Interamericano Económico y Social de la OEA, realizada en Punta del Este. Pese a que la reunión fue lo más secreta posible, fue inevitable que las fuerzas armadas se enterasen.

Aunque en aquella reunión no había habido mucho tiempo para hablar, durante la misma el «Che» mantuvo su típica postura antiestadounidense y también su opinión de que un país no debiera contar con ayuda económica de Estados Unidos, argumentando que los Estados Unidos siempre ganarían, a través de su prestación económica, enorme influencia política en el país afectado. El presidente Frondizi expresó, por otra parte, su preocupación por el camino que estaba tomando la política de Cuba hacia el socialismo y también le confesó al «Che» que tenía preocupaciones de que Cuba ingresase en el Pacto de Varsovia. Sin embargo, el «Che» lo tranquilizó informándole de que eso no iba a convertirse en realidad (17).

La reunión de Frondizi con el «Che» provocó que veinte días después renunciara Adolfo Mugica de su cargo de ministro de Relaciones Exteriores y Culto el 29 de agosto de 1961. La actitud de Frondizi ante la Revolución Cubana de 1959, junto con la visita de Fidel Castro y, más tarde, la del Che Guevara en la Argentina, hizo que se volviera más tensa la relación que había entre los militares argentinos y el gobierno civil de la nación, sobre todo después de que el «Che» hubiera efectuado su visita al país en secreto (11). Frondizi también tenía buenas relaciones con el presidente estadounidense John F. Kennedy. Éste quiso que Argentina fuese el mediador entre Estados Unidos y Cuba en el conflicto de la «crisis de los misiles», ya que estos dos países vivían un enfrentamiento muy grave motivado por el temor de Estados Unidos a que Cuba pudiese tener a su disposición armas nucleares provenientes de la Unión Soviética apuntando hacia su territorio. De ahí que se alentara a petición del presidente estadounidense a que se celebrase una reunión entre Frondizi y el «Che» para que se tratase el espinoso tema además de que se intentara encaminar las relaciones entre los dos países después de que los norteamericanos fracasasen en invadir la isla de Cuba (18).

El ejército protestó formalmente ante estas reuniones con los líderes cubanos y presionó al presidente para cambiar su política con respecto a Cuba. Exiliados cubanos en Buenos Aires intentaron fraguar documentos con la intención de implicar a miembros del gobierno en un supuesto complot castrista. Frondizi ordenó una investigación y hasta el propio informe del ejército, el famoso caso de «las cartas cubanas», no era más que una mentira (12). El poder ejecutivo designó a veintiún peritos calígrafos tanto del Estado como privados para que investigaran la autenticidad de estos documentos. Estos calígrafos dictaminaron que los documentos eran burdas falsificaciones, ya que en el texto se encontraban modismos no propios de Cuba, sellos diferentes y firmas que diferían mucho de las originales (evidentemente calcadas). Nunca se supo quién falsificó estos documentos (11). Según el historiador argentino Felipe Pigna las cartas fueron “una historieta armada por la CIA” (19).

Una vez que se descubrió la reunión entre el Presidente y el «Che», Frondizi dijo:

«Solamente los débiles eluden la confrontación con hombres que no piensan como ellos. Ninguno de los estadistas de las grandes naciones occidentales rehúsa hablar con los dirigentes de los países comunistas. Nosotros no queríamos ser jamás gobernantes de un pueblo que tiene miedo de confrontar sus ideas con otras ideas».

En 1958, a poco de asumir como presidente de la Nación, Arturo Frondizi dictó el decreto secreto 9880/1958, del 14 de noviembre, que permitía al presidente declarar el «Estado Conintes» (Conmoción Interna del Estado), que ya había sido utilizado el 16 de septiembre de 1955 por un decreto suscripto por Juan Domingo Perón, restringiendo la vigencia de los derechos y garantías constitucionales y habilitando la militarización de la sociedad y la declaración del estado de sitio. El Plan Conintes de Frondizi permitía declarar zonas militarizadas a los principales centros o ciudades industriales como La Plata y autorizaba a las Fuerzas Armadas a realizar allanamientos y detenciones (en las cuales se interrogaban a sindicalistas y peronistas) sin cumplir las normas constitucionales. Además, durante el «Estado Conintes» se declararon ilegales las huelgas y manifestaciones (11).

Frondizi dio ejecución por segunda vez el Plan Conintes (20). Así fue que el 14 de marzo de 1960, con el fin de reprimir las huelgas y protestas estudiantiles, el presidente Frondizi aplicó otra vez el Plan Conintes y declaró a todo el país en «estado de conmoción interior del Estado» (20).

Bajo el Estado Conintes, el gobierno de Frondizi detuvo a cientos de opositores, sindicalistas y activistas estudiantiles; a estos presos se los llamó «presos Conintes». También intervino a los sindicatos. Para concentrar a los detenidos, Frondizi habilitó las prisiones militares de Magdalena y Punta del Indio y reabrió la cárcel de Tierra del Fuego, instalada en la Isla de los Estados.

Recién el 2 de agosto de 1961, Frondizi dio por terminado el Estado Conintes. En 1962 volvió a declararse al país en Estado Conintes durante varios

meses. El Plan era preventivo y no aplicaba penas posteriormente a que se diera por finalizado (11, 20).

Con la renuncia de Alsogaray en 1961, con los paros de empleados públicos, obreros y sindicatos en la oposición, ante elecciones cada vez más próximas, Frondizi decidió a dar un vuelco y anular la ilegalización del peronismo, dispuesta por la dictadura militar en 1955. En las elecciones de 1962 el peronismo ganó la gobernación de diez de las catorce provincias, incluida la poderosa provincia de Buenos Aires, donde triunfó el combativo dirigente sindical textil Andrés Framini. Los militares querían que el Presidente anulara las elecciones para que el peronismo no tuviera así ningún diputado ni senador en el Congreso; para evitar esto, Frondizi intentó realizar una maniobra e intervino en ocho provincias, con la idea de quitar los gobernadores peronistas electos, pero no anular las elecciones, como le exigían los militares. De este modo, no pudo evitar el golpe militar que lo derrocó pocos días después. El 29 de marzo fue detenido por miembros de las Fuerzas Armadas. Sería trasladado primero al sur para luego quedar recluido en la Isla Martín García. En julio envió una carta de adhesión al voto en blanco (21).

Cuando Frondizi atendió el teléfono aproximadamente a las dos y media de la mañana, del otro lado estaba Gastón Clement, su Secretario de Marina, quien le informó: «Señor presidente, quiero comunicarle que se ha resuelto su destitución y vamos a detenerlo. Lo siento mucho, pero yo no puedo hacer nada y dentro de un rato lo va a visitar el jefe de la casa militar. Se lo anticipo por si tiene que hacer algún preparativo». Frondizi respondió: «No, muchas gracias» (21).

Frondizi, sin embargo, detenido por los militares, se negó a renunciar diciendo una frase que se ha vuelto célebre en la historia argentina:

«No renunciaré, no me suicidaré, no me iré del país».
La frase del Presidente mostrando su negativa de renunciar (11).

La negativa del presidente Frondizi a dimitir como le reclamaban los titulares de las tres fuerzas armadas Teniente General Raúl Poggi, Brigadier General Cayo Alsina y Almirante Agustín Penas, extendió el golpe en tratativas y

conciliábulo entre los conspiradores. Ello agotó a los golpistas y permitió una respuesta civil frente al golpe militar, por la cual algunos miembros de la Corte Suprema urdieron una ingeniosa maniobra, tomándole juramento como «presidente provisional» al senador radical intransigente José María Guido, quien era presidente provisional del Senado. El juez de la Corte Julio Oyhanarte fue quien ideó y propició la aplicación de la Ley de Acefalia para lograr la asunción de Guido (22). Al día siguiente, se produjo una situación con ribetes tragicómicos, cuando los militares golpistas, luego de dormir para recuperarse de la larga jornada del día anterior, concurrieron a la Casa Rosada para asumir el mando, siendo informados por los periodistas allí asignados que el país ya tenía otro presidente que había jurado esa mañana. Incrédulos, los conspiradores volvieron a debatir cómo concretar el golpe y decidieron finalmente tomarle un «examen» al nuevo «presidente», quien se comprometió a obedecer a los militares. Dicha entrevista entre los militares golpistas y el «presidente» Guido, fue registrada en un acta.

Con respecto a la Salud Pública y a la Política Sanitaria desarrolladas durante el gobierno de Frondizi, nada mejor que seguir el brillante y exhaustivo análisis realizado por Veronelli en su obra “Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina” (23), como resumimos a continuación algunos extractos.

Frondizi designó, como ministro de Asistencia Social y Salud Pública, al Dr. Héctor Virgilio Noblía, médico de amplia experiencia política y en el cual tenía total confianza (23).

“Hay grandes sectores de la población —dijo el ministro— que carecen de una asistencia médica eficiente y real, a los que no llegan ni el medicamento.

Crearemos un sistema para que los médicos hallen estímulo para ir a ejercer su profesión al interior de la República y a las zonas alejadas y apartadas de la capital. Estos profesionales, sostenidos por el Estado, podrán actuar en equipos capacitados que lleven los beneficios del conocimiento técnico moderno a todos los ámbitos del país.” Se manifestó partidario de facilitar los medios para que los médicos que lo deseasen pudiesen trabajar “a tiempo completo”. Se comprometió a continuar y reforzar la vacunación antipoliomielítica; a mantener la campaña antipalúdica

a través de la dedetización. “Aspiramos —decía finalmente— en el periodo de nuestra actuación, a completar los estudios para que el país tenga un moderno y avanzado código sanitario.” (24)

A partir de 1958, el diagnóstico y los principales lineamientos de la política sanitaria no podían ser otros que los avalados por la autoridad de los Consultores Internacionales: corregir la hipertrofia burocrática, reservar para el Ministerio Nacional el papel de formulador de normas, orientador y asesor, descentralizando la operación.

Para muchas jurisdicciones, las transferencias representaban una imposición de las autoridades centrales, que después de haber creado establecimientos en donde se les había ocurrido y haberlos dotado de los equipos y del personal que les pareció mejor, los transferían, para que los magros presupuestos provinciales los mantuvieran. En una conferencia de prensa, en el mes de su designación, **Noblía manifestó su acuerdo con el rol normativo del Ministerio a su cargo, pero aclaró: “de ahí a transferir esos hospitales a provincias empobrecidas que ni cuentan con los medios para mantenerlos, hay una gran diferencia.”**

Los convenios firmados establecían que los aportes nacionales se reducirían progresivamente, y para Noblía era **“evidente que muchas provincias nunca llegarán a contar con los medios necesarios para costearlos.”** Un problema análogo planteaban algunas instituciones: la Universidad de La Plata, por ejemplo, no deseaba hacerse cargo del Instituto de Parasitología.

En 1961 se resolvió, a través del decreto 8.569 del 22 de septiembre, **re-iniciar el proceso de transferencias, pero limitándose primero a establecer gestiones y formar grupos de estudio**; Noblía afirmaba así su acuerdo con transferir los servicios, pero también su decisión de que **antes había que formar los recursos humanos capaces de hacerse cargo de los servicios descentralizados.**

El gobernador de la provincia de Buenos Aires era un antiguo dirigente político del radicalismo intransigente, Oscar Alende. *“En su discurso ante la Legis-*

latura”—señalaba Belmartino— “*en el momento de hacerse cargo del Ejecutivo provincial, Alende había señalado las deficiencias de la red hospitalaria y (había) tendido puentes de acercamiento con médicos y sindicalistas, reconociendo la legitimidad de las demandas de ambos sectores*” (25). Su decisión de ganar apoyo político a través una vigorosa acción sanitaria lo indujo a reglamentar la ley de creación del Colegio de Médicos de la provincia y, posteriormente, a designar al profesional que los médicos habían elegido como Presidente del Colegio, para el cargo de Ministro provincial de Salud. Osvaldo Mammoni dirigió la regionalización: “*cada sector constituye una Región Sanitaria que actuará como **dependencia descentralizada** del Ministerio de Salud Pública. En cada una de ellas los establecimientos sanitarios **dejan de ser establecimientos generales**, sin especialización, e **independientes**, para pasar a integrar un conjunto coordinado y orgánico, en el que cada instituto se convierte en una pieza de un mecanismo articulado capaz de lograr racionalmente el abastecimiento integral y suficiente de los servicios sanitarios.*” (26)

Los **Hospitales de la Reforma** modificaban su Dirección y los requisitos exigidos para acceder a los cargos directivos e incorporaban un **Consejo de Comunidad** en el cual se incluían docentes, obreros, empleados, representantes de organizaciones religiosas y otras no gubernamentales, empresarios y profesionales.

En el ámbito nacional el costo creciente de la atención médica se convertía en una preocupación para la sociedad y para el gobierno, en medio de un proceso inflacionario difícil de contener y el consiguiente deterioro del salario real. El gobierno identificó como problema especial **el costo de los medicamentos**, que tenía una gravitación especial, cuyos precios se mantenían ligados a una divisa cada vez más cara para las clases populares.

El ministro encargó a médicos de prestigio, muchos de ellos profesores en la Universidad, la preparación de un “**Repertorio Terapéutico Nacional**”, que constaba “*de unas doscientas recetas destinadas al tratamiento de las enfermedades más frecuentes, y que será distribuido entre cinco mil médicos en su primera edición. [...] Con la colaboración de esos profesionales, al prescribir las recetas del repertorio, podrá llegarse a un abaratamiento de los medicamentos*

indispensables para curar una enfermedad dada en un 75%, llegándose a casos en que la medicación costaría la décima parte de lo que actualmente cuesta. [...] El repertorio —agregó el ministro— ya ha sido solicitado por organizaciones sanitarias de varias provincias y por cooperativas farmacéuticas de todo el país.” (27)

Por fuera del gobierno, algunos médicos reaccionaron frente al aumento de costos de la atención médica resucitando las empresas de atención médica de prepago, aquella variedad de “seudomutualidades” que no se apreciaban en el Departamento Nacional de Higiene en los años de Bunge.

Las corporaciones médicas criticaron estos prepagos médicos. En mayo de 1960 se realizaron en Paraná unas “Jornadas Médico Gremiales” convocadas por la Federación Médica de Entre Ríos para tratar la “colegiación Médica” y el “Seguro de Salud”. Dijo allí uno de los dirigentes de mayor prestigio, el Dr. Bernardo Kandel: *“Muchos peligros nos amenazan. Los que se ciernen en el frente externo nos distraen de otros inmediatos que surgen a diario en el frente interno médico. Por estos últimos tiempos, aprovechando el interés del público por la mutualización o pago adelantado de asistencia médica, llámese Seguro, están surgiendo una cantidad de **seudo organizaciones médicas que se dedican a hacer abonos, contratos con sindicatos, se introducen en las industrias, desarrollan impresionantes campañas de promoción, reparten comisiones suculentas, todo ello destinado a conquistar afiliados.***

Hojeando los prospectos, leyendo los anuncios, o escuchándolos por radio o televisión, asombra todo lo que se brinda. Nada queda fuera de las posibilidades.

Las tres medicinas: preventiva, curativa, reparadora, la atención esmerada de los accidentados de trabajo, el control del ausentismo, en fin, las llaves del paraíso.” (28)

En 1960 se realizó en la Argentina un nuevo Censo Nacional. La población total alcanzaba a 20 millones, entre los cuales la proporción de extranjeros seguía disminuyendo —de 15.3% en 1947 a 13.0% en 1960— en tanto cambiaba su composición: por primera vez, los provenientes de países sudamericanos

superaban a los europeos. La población seguía envejeciendo (por cada mayor de 60 años había sólo poco más de cuatro menores de veinte). La mortalidad general había descendido desde los 9.8 por mil de 1947 a los 8.7 de 1960, valor que se mantendría en los tres lustros siguientes al compensar el envejecimiento las reducciones de las tasas específicas por edad. La expectativa media de vida al nacer había pasado de 62.7 años en el quinquenio 50/55 a 64.7 en el 55/60. La mortalidad infantil, de alrededor de 73 en el trienio 1946/1948 había descendido a 60 en el trienio 1959/1961; la natalidad se había reducido ligeramente, de 24-25 por mil a 23. (23)

En 1961 el ministro Noblía se refería a la planificación sanitaria como el medio que haría posible una distribución racional de los recursos en el país, en el cual la concentración en la Capital, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza contrastaba con la escasez de los dieciocho distritos restantes. Puso énfasis en la colaboración que la Escuela Nacional de Salud Pública haría a este proceso, al reducir progresivamente el déficit de técnicos con orientación sanitaria.

Se refirió al tema hospitalario, señalando: *“A su construcción moderna y su equipamiento lógico para prestar un óptimo servicio de diagnóstico y curar, hay que ampliarle el radio de acción, ligando a la técnica de administración hospitalaria la medicina preventiva: debe ser una institución que cree y fomente salud y (la) repare (cuando es necesario).”* (23)

Noblía renunció a principios de marzo de 1962. Frondizi eligió, para conducir el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública al profesor Tiburcio Padilla (23). Incorporaba con él al gabinete a un prestigioso profesor universitario, ideológicamente insospechable, con décadas de dedicación a la cátedra, pero que tenía también una vasta experiencia en el manejo de la sanidad, ya que se había desempeñado varias veces como Secretario del Departamento Nacional de Higiene y hasta como presidente por períodos breves. El presidente Frondizi tuvo que renunciar cinco días después y como señalamos anteriormente, el juramento de José María Guido sorprendió al país (y a las Fuerzas Armadas).

Si bien ha sido importante analizar el marco político y la salud pública de la época, consideramos que es imprescindible conocer cuál era el pensamiento

médico-gremial de ese entonces y cuáles eran sus planteamientos. Para esto decidimos, de acuerdo con nuestra filosofía y metodología histórica, que nada supera la voz de los protagonistas y por lo tanto, luego de una amplia búsqueda en fuentes y testimonios de la época, seleccionamos algunos artículos que incluso demuestran que muchos de los problemas que debían enfrentar aún siguen vigentes, como por ejemplo la inflación.

La inflación y el gremio médico (29)

Las consecuencias que tiene la inflación en el gremio médico no han sido inferiores a las acontecidas en otros sectores de la clase media argentina. Bien podemos decir que nos hemos empobrecido. En tanto que se han elevado las tarifas en todas partes, mas no lo fueron en proporciones adecuadas al costo del instrumental, libros y en general al costo de la vida: alimentación, vivienda y demás gastos normales.

Sabemos que siempre habrá un grupo mínimo de técnicos famosos cuyas entradas son elevadas, pero la mayoría de los colegas apenas alcanza a un modesto “estándar” de vida y numerosísimos se están empobreciendo, amén de un fenómeno de desocupación que está a la vista.

El público enfermo se retrae económicamente estando en numerosos casos incapacitados de comprar medicamentos que la especulación –elevación de precios corrientes– los ha convertido en “oro”.

La clientela que antes concurría a nuestros consultorios hoy se arremolina en torno al hospital, cuyos técnicos no dan abasto al enorme trabajo. Esta clase media argentina que estaba espiritual y económicamente unida a nuestro trabajo se ha empobrecido y nosotros con ella.

La crisis es para la ciudad y el campo (universal). Los médicos de campaña que en las llanuras santafesinas, cordobesas o bonaerenses, veían contentos el fruto de su trabajo; hoy son sólo lamentaciones y añoranzas de los tiempos pasados. Se nos dirá que nuestras tarifas aumentaron pero esos aumentos como

los de los sueldos, fueron ínfimos. No guardan relación con el fenómeno inflacionario.

En los llanos santafesinos se cobra la visita en consultorio de \$100 a \$120, pero hogaño con estas sumas no sólo no podemos comprar un vehículo nuevo, instrumento fundamental de transporte y movimiento ni cubrir la posible renovación del antiguo automóvil, viéndonos en la posibilidad de su abandono.

Del instrumental no se hable pues han sobrepasado las nubes y queda su costo navegando por el espacio. No hablemos de las crisis de los establecimientos autárquicos ni de los gastos familiares centuplicados... Entre tanto el número de enfermos de la población ha crecido y las enfermedades crónicas, infecciosas, mentales y demás se elevan en las estadísticas y en la realidad.

El médico ya no sabe con qué ingresos puede contar.

Los establecimientos asistenciales no pueden soportar la gratuidad de la asistencia que para los pobres, debió ser fundamental, entrando las masas en situaciones desesperantes a medida que las técnicas se perfeccionan.

Los médicos jamás hemos pretendido una situación de privilegio pero sí condiciones en relación con la importancia de nuestras técnicas y no aceptamos por lo mismo, ingresar al mundo vacilante de la crisis o la pobreza. Por esto, las organizaciones gremiales provinciales o regionales de cada provincia han de revisar constantemente sus aranceles actualizándolos de acuerdo al ritmo de esta funesta inflación o empobrecimiento; medidas que si no nos solucionan radicalmente el problema, nos impidan tocar fondo en la economía disolvente de la época y positivamente eliminar urgentes sufrimientos de la salud pública.

Y no olvidemos que la miseria rompe la relación humana entre enfermo y médico.

Desde sus inicios la Confederación Médica Argentina demostró su preocupación no sólo por los problemas médicos-gremiales sino por el afianzamiento

to del gremialismo médico y sus instituciones en el país. Es por eso que en sus publicaciones la problemática médico-gremial y sus áreas de incumbencia ocuparon un lugar central, como lo evidencian algunos de los artículos que desarrollamos a continuación.

Carta a los médicos argentinos (30)

El movimiento médico gremial argentino es hoy una realidad asentada sobre sólidas bases doctrinarias y en constante proceso de desarrollo. La madurez alcanzada y la importancia creciente de las instituciones médico gremiales en el ámbito social en que se desenvuelven, obligan a reflexionar sobre los objetivos perseguidos, los resultados logrados y las posibilidades futuras.

En los dos años que acaban de transcurrir, se ha producido un fortalecimiento en la unidad del gremio médico, el cual tiene hoy una clara conciencia de sus derechos y de sus obligaciones para con la sociedad. La ingrata situación de fuerza a que se vio arrastrado, al pretenderse vulnerar su dignidad y su decoro, permitió ofrecer un raro ejemplo de solidaridad en todo el ámbito del país. Podemos afirmar que las bases de nuestra organización están ya definitivamente estructuradas.

Frente a aquella circunstancia auspiciosa se desarrolla el cuadro cada vez más alarmante de la crisis de la profesión médica. La situación económica general de la Nación, la pauperización paulatina de amplios sectores y el descenso casi general del nivel de vida, han incidido agudamente sobre el profesional médico, creando incertidumbre y angustia en muchos de sus hogares. Inseguridad, carencia de medios para un desarrollo integral de la personalidad profesional, futuro incierto: tal es el panorama que se ofrece al gremio médico argentino en el momento actual.

La Confederación Médica de la República Argentina no ha retaceado esfuerzos en procura de soluciones justas. Así lo ponen de manifiesto el anteproyecto de "Carrera médico asistencial y sanitaria de los profesionales del arte y ciencia

de curar”; el anteproyecto de “Ley de previsión para profesionales médicos”; la implantación de nuevas normas ‘en las relaciones de los médicos con Obras Sociales y Mutualidades, basadas en un convenio tipo que establece el sistema arancelario con libre elección de los profesionales por el beneficiario; las numerosas gestiones realizadas para lograr la no aplicación del artículo 13 en lo que a los médicos se refiere; las campañas en pro del abaratamiento de los productos medicinales; las bases de solución al problema creado a numerosos profesionales de todo el país al ser suprimido el subsidio nacional; la colaboración prestada por sus comisiones especializadas en el estudio, discusión y divulgación de un posible seguro nacional de salud.

En el orden nacional, los resultados obtenidos hasta ahora han sido negativos. A más de un año de su envío, los anteproyectos de leyes de “Carrera médico asistencial” y “Previsión para profesionales médicos” no han sido aún considerados por los legisladores. Tampoco han merecido atención adecuada los problemas vinculados con la aplicación del artículo 13. Sólo en el ámbito provincial se han logrado resultados parciales (ley de Carrera médico asistencial en Mendoza; leyes de Carrera hospitalaria y previsión en Córdoba y Santa Fe). Donde se aprecia un nítido avance es en aquellos casos en que las instituciones médico gremiales, contando con el apoyo casi unánime de los médicos, han hecho valer la justicia de sus planteas y han demostrado la eficacia de los mismos en la mejor atención de la colectividad. Quien analice el panorama de San Juan, Salta, Santa Fe y Buenos Aires (para no citar sino los ejemplos más característicos) comprenderá las causas del éxito obtenido y las normas a seguir en el resto de la República.

Es necesario que los médicos abandonen su aislamiento profesional estricto y se interesen por los problemas sanitarios y sociales que afligen al país, y en cuya solución tanta responsabilidad les cabe. Es necesario, es imprescindible, que engrosen las filas de las entidades médico gremiales, que aporten sus ideas, que participen en sus deliberaciones, que divulguen y cumplan sus disposiciones, que controlen y orienten la acción de los dirigentes circunstanciales. Es necesario que luchen por obtener la colegiación profesional, que tan generosos frutos ha dado en la provincia de Santa Fe y que tan promisoriamente se inicia en la de Buenos Aires.

El futuro de la profesión médica en el país depende de los mismos médicos. Sólo hemos de lograr aquello que seamos capaces de estructurar con nuestro propio esfuerzo. A la reticencia de los poderes públicos debemos oponer la fuerza incontrastable de nuestra unidad, basada no en un mero interés económico, sino en la coincidencia con los altos principios que deben inspirar la personalidad de un médico digno, en su triple aspecto de hombre, de ciudadano y de profesional. El día que se comprenda (el día que todos los médicos lo comprendan) que nuestra labor es de una trascendencia social y humana infinitamente mayor que la que puede derivar del simple trato con un paciente en la intimidad de un consultorio, ese día habremos logrado lo que no puede obtenerse haciendo antesala en los despachos oficiales.

Política, gremialismo y médicos políticos (31)

Política general

“Desde Aristóteles se da el nombre de política al saber humano que se ocupa de los problemas de la organización de la sociedad, del Estado, de sus órganos, de las relaciones del individuo con el Estado y de todos los aspectos doctrinarios y técnicos relativos al gobierno y su funcionamiento” (Carlos Sánchez Viamonte).

La política como ciencia progresista y universal, concebida por Sócrates, sostenida por Platón y Aristóteles, realizada por Solón y Pericles en sus primeros tiempos, como un arte de gobernar, merece nuestro respeto y de la cual, como ciudadanos, no podemos apartarnos. Así lo creemos y así lo ha reconocido la Sociedad Europea de Cultura en 1951, al establecer...”que el hombre de cultura no puede apartarse de la lucha política y que ha terminado la época de las torres de marfil”...Aun así tiene sus limitaciones... “no debemos permitir que la política ponga a la cultura a su servicio y la fuerza hacia sus fines, porque los fines de la política son particulares y contingentes, mientras que los de la cultura son universales y eternos”... “debemos decidarnos a tomar partido para reafirmar que el espiritualismo sobrevive a todas las políticas a través de la libertad filosófica y de la autonomía de conciencia” (Benda, Gide, Duha-

mel, Huxley, Jaspers, Mann, Camus, Sartre, Guido Castelnuovo) (Revista "Comprender", diciembre de 1951).

Política partidaria

En nuestra colaboración anterior que originó una respuesta, hemos sostenido la conveniencia de mantener al gremio médico alejado de toda política de partido, y cuando decimos de un médico político se quiere expresar de un profesional que interviene directamente en la acción desarrollada por los partidos políticos, unas veces para obtener el gobierno, otras para conservarlo. Estamos convencidos que este tipo de acciones llevará a la politización de las organizaciones médicas gremiales, con los resultados que hemos visto en nuestros gremios obreros. Por ello insistimos en el tema, observando la división del movimiento obrero argentino. Cuando la actividad política de partido interviene en la actividad gremial, la consecuencia lógica ha sido la división en tres fracciones, que corresponden a tres corrientes políticas distintas. El gremio médico puede apreciar el porvenir que le espera cuando los dirigentes políticos intervienen en los gremios.

Política gremial

Es el arte de conducir al gremio médico. Los médicos dirigentes elaboran sus directivas para conseguir el triunfo de los objetivos propuestos en las distintas etapas de la lucha. Esta política gremial es planeada por los médicos al margen de los partidos políticos. Hubo y hay una política gremial de conducción, tendiente a lograr el triunfo de determinados propósitos: profesionales, económicos, científicos, sanitarios, etc. Esta política consiste en estudiar los métodos y medios para obtener el triunfo.

Política de partido y política gremial son cosas muy distintas. El dirigente político por lo general hace política de partido. Gremialismo es actitud emocional y sentimiento generoso o de mejorar las condiciones morales y materiales del médico y de la salud de la población. En la larga historia del movimiento médico gremial hay una conducta clara de los dirigentes, predicando con el ejemplo de sus vidas y de ello emana la fuerza moral del gremio y el cumplimiento de sus decisiones.

La Unidad ha sido posible, no sólo por el triunfo de determinadas reivindicaciones profesionales, sino también por la honestidad y la alta moral de sus principales dirigentes en todo el país. En nuestro gremio se ha cumplido la difícil armonía de mover la actividad gremial en un terreno de ética inobjetable.

Si alguna vez expresamos –sin hacer discriminaciones de determinados partidos políticos– que en los partidos de rígida disciplina es difícil eliminar la política de partido en el gremio médico, es debido a que las tácticas de oportunismo político llevan a esos partidos a procedimientos similares de obediencia y disciplina.

En la época de la dictadura pasada nuestra política gremial fue clara y simple: defender la libre agremiación y las organizaciones médicas hasta el final, amenazadas de disolución. En esta tarea estuvimos unidos todos los médicos de conocida conducta democrática, rechazando todo intento de politización partidaria dentro del gremio. No deseo recordar una desagradable carta abierta a los médicos argentinos escrita en 1952, donde una actitud irreflexiva de obediencia partidaria hubiese llevado, en su aplicación, al gremio médico a una profunda división; porque consideramos que esa posición política equivocada fue superada en 1954, al condenar la ley de asociaciones profesionales, de estructura corporativo-fascista.

Etapas del movimiento médico

Ha llevado mucho tiempo crear la herramienta de trabajo médico-gremial como son los Colegios Médicos Regionales, para después organizar las Federaciones y consolidar la actual Confederación Médica Argentina. Esta larga etapa de formar las organizaciones básicas necesarias sólo fue posible debido a la ausencia de toda política de partido en el gremio.

Más tarde, en otra dura etapa, debimos defender las instituciones gremiales, amenazadas de absorción y de disolución durante los años de la dictadura.

Iniciamos ahora una nueva etapa tendiente a eliminar los factores políticos que gravitan en la vida del médico, asegurando por la ley la carrera médica

hospitalaria, el escalafón y el concurso obligatorio para todo cargo médico. En esta etapa es también fundamental la contribución del gremio médico a la solución de los problemas de la sanidad nacional y a la estructuración de un Servicio Nacional de la Salud.

Para comprender la difícil tarea en esta etapa, observemos que ha bastado el simple planteo de un Seguro Nacional de Enfermedad o Servicio Nacional de Salud que puede modificar las actuales formas del ejercicio profesional, para originar dentro de los médicos corrientes distintas de simpatía, temores o de oposición. Creemos que nuestro principal trabajo será de información y de esclarecimiento no sólo en las organizaciones médicas sino también entre los empleados y obreros.

En una lucha continuada, de conquistas lentas pero firmes como es la de conciliar los intereses profesionales del médico con los del enfermo, que son antagónicos, es lógico que dentro del movimiento gremial, desde sus orígenes en Santa Fe y Córdoba, se definieran dos corrientes de pensamientos entre sus dirigentes. Una que considera como indispensable la transformación de las bases económicas de nuestra organización social, para tener una nueva medicina y nuevas formas del ejercicio profesional, y otra corriente moderada, de conquistas graduales y que espera llegar a resultados como en Gran Bretaña, Suecia, Chile, donde el régimen de Seguridad Social ha permitido armonizar los intereses del enfermo y de la salud pública con la labor de los profesionales del arte de curar.

En este aspecto debemos decir que estamos convencidos de que si en la hora inicial desde el gremio médico se hubiese dado una proyección política a los objetivos sanitarios, estaríamos divididos y las organizaciones no tendrían las sólidas bases actuales para las luchas de orden nacional.

Médicos políticos

Los médicos, por naturaleza misma de su profesión, son amantes y defensores de la paz, odian todo tipo de guerras, sean atómicas o bacteriológicas, conocen los males del latifundio, sienten los efectos de una política imperialista agresiva, están convencidos de que se debe crear en el país y en América latina superiores

niveles de vida y de cultura. Pero creemos fundamentalmente –y aquí reside nuestra discrepancia con otros médicos– que estas acciones y actividades deben desarrollarse a través de los partidos políticos y no del gremio.

El médico puede hacer política, destinada a formar la opinión pública, por la prensa, la radio, el cine, la tribuna pública si es irresistible su vocación por la política, como otros lo hacen en su pasión por las letras, escribiendo, publicando, etc. Son conocidos entre otros los casos de médicos como Clemenceau y Juan B. Justo, fundador del Partido Socialista Argentino, en que su vocación política les llevó a consagrarse íntegramente a ella.

Creemos que hay una actividad gremial específica que une a los médicos y es factor de armonía. Fuera de ella podemos condenar todas las guerras, censurar todas las formas de opresión brutal y de colonialismo, de dominio de naciones y de pueblos.

Esta posición resume una experiencia serena, proporcionada en la actividad gremial médica desde la hora inicial. Por sobre todas las cosas es nuestro propósito defender algo que ha costado mucho trabajo formar y consolidar. El espectáculo ofrecido al país en la división del movimiento obrero argentino, como resultado de una amplia politización, debe hacer meditar a los médicos sobre este tema de Gremialismo y Política.

Otras voces de esa época también reafirman lo indispensable que es el gremialismo médico.

El gremialismo (32)

Ya ubicado en el drama de su transformación, era necesaria una revaluación de la posición del médico en sus propias perspectivas. Y aquí se plantea la heterodoxia que conmueve el viejo armazón de su clásica deontología.

Si el problema de la salud tiene un fundamento humano, éste se impulsa por reacciones económicas. El médico debe ser, además de un técnico, un

economista, y en esta perspectiva debe encarar con autoridad su derecho a participar como elemento imprescindible en la sustanciación de las bases de la medicina social. Debe situarse en esa nueva estructura de la Medicina como factor pensante y ejecutante de su nueva condición de factor social. Mientras tanto, estamos en las etapas intermedias hasta lograr una organización de servicio universal de la salud para todos los habitantes, no podemos prescindir de las relaciones económicas surgidas de las múltiples modalidades de prestación de servicios médicos. Convertidos, a pesar nuestro, en servidores dependientes del Estado, del seguro privado, del mutualismo, del industrialismo y de tantas formas de organizaciones de servicios médicos, es innegable que hemos perdido el contralor de nuestra economía al recibir una estimación material arbitraria, fijada por nuestros empleadores, así como nos hemos sometido a la ley de la oferta y de la demanda en la gestión de fuentes de trabajo.

Están dadas las condiciones indispensables para que reaccionemos ante esta realidad y organicemos nuestros medios defensivos: el gremialismo médico ya no puede sonrojarse y debe ser declarado, decidido y combatiente.

En esta postura de lucha, los colegios médicos, constreñidos al ámbito preciso de la ley, no constituyen actualmente los organismos donde pueda librarse la acción reivindicada, de los derechos médicos. Es el gremialismo la fuerza que impulsará una cada vez más completa legislación que ampare estos derechos y que entregará para su custodia a la colegiación, siempre bajo la supervisión gremial. Expuesta esta parte general doctrinaria, vamos a hacerlo con respecto a la colegiación en Santa Fe, a través de sus antecedentes organismos y los actuales, para aclarar un tanto la apreciación confusa que suele hacerse, si es que esta experiencia santafesina puede servir de base para una legislación. Tenemos el deber de dar a conocer a través de ella su verdadero sentido y alcance, porque entendemos que merece un perfeccionamiento.

Muy significativo por el intento de fundar la noción de gremialismo médico más allá de cualquier tiempo y lugar, que demuestra una vez más que el idealismo de esa época fue el decálogo de los principios fundamentales que deben sostenerse a rajatablas y que señalamos a continuación:

Posiciones gremiales claras y definidas (33)

(A modo de decálogo)

1. El movimiento gremial médico es una fuerza moral que requiere una vida abnegada y una conducta insobornable de sus dirigentes.

2. En la dirección gremial deben estar no sólo los más capaces, sino también los de reconocida conducta por la honestidad de sus procedimientos.

3. El dirigente gremial no es Tabú. Es responsable en el ejercicio de su cargo y por tal motivo puede ser objeto de elevada crítica durante su actuación gremial.

4. Los cargos representativos y directivos en la actividad gremial son incompatibles con altos cargos públicos obtenidos sin concurso. Un funcionario que ejerza funciones de mando en la Sanidad –de carácter político partidario– no puede simultáneamente ser dirigente gremial, porque en ese momento está en patrón y los intereses que defiende estarán o pueden estar, en oposición a los intereses del gremio. Así como hay una Ética profesional debemos sostener una Ética gremial de los dirigentes.

5. Toda politización gremial es un factor de desarmonía y división. No puede haber otra política gremial que la elaborada por los médicos de las distintas ideas y creencias a fin de obtener y conquistar los objetivos gremiales propuestos.

6. El gremio médico ha iniciado una etapa de colaboración en la organización de la Sanidad Argentina. Además de la defensa de los intereses profesionales específicos, debemos contribuir a la solución de los problemas de la Salud Pública Nacional.

7. El ejercicio profesional por equipos médicos ha superado a la competencia individual. Las poderosas instituciones médicas que absorben la asistencia del mutualizado, agravando las condiciones de vida del médico aislado, lo obligan a trabajar en equipos. Un Seguro Nacional de Salud bien organizado proporcionará a todos los profesionales igualdad de oportunidades.

8. La ley Nacional de Carrera Médica Hospitalaria y el escalafón correspondiente y una Ley de Previsión para los profesionales del arte de curar, son las aspiraciones más inmediatas del gremio médico del país.

9. No puede realizarse una práctica gremial regional de tipo familiar. Las acciones y los procedimientos de las organizaciones regionales, deben ajustarse a las normas seguidas por las respectivas Federaciones Médicas.

10. El problema más serio y espinoso de las actuales organizaciones gremiales, es la consideración de los aspectos económicos de la profesión: aranceles, convenios y contratos con Mutualidades, Obras Sociales, etc.

En el marco de un contexto de idealismo y utopías por una sociedad mejor, que en esa época contaba con significativas adhesiones, Juan Lazarte, seguía siendo uno de sus máximos exponentes. Su postura para mejorar la salud de la población no se limitaba al gremialismo médico sino que planteaba con sólidos fundamentos la necesidad del Seguro de Salud, como transcribimos a continuación:

Contribución al seguro de la salud (34)

La clase médica todavía tiene serias esperanzas en el exclusivo ejercicio individual de la profesión, Dicha ilusión nace de las formas en que se la práctica. Sin embargo, dicho individualismo casi ha desaparecido. La clientela privada, desde el primer cuarto de siglo, ha ido uniéndose en sindicatos, cooperativas, mutualidades, etc., y en la actualidad la clientela libre es apenas una minoría. Las Obras Sociales suman millones y las mutualidades incluyen a más de 3.000.000 de personas que se excluyen de la clientela exclusivamente particular.

Veamos pues, sólo en el orden nacional, las entidades que tienen servicios médicos y se llaman Obras Sociales:

Unión del Personal Civil de la Nación	4.384.000
Sindicato Construcciones Navales	18.000
Sindicato Empleados Textiles	125.000
Sindicato Argentino de Prensa	25.000
Sindicato de Luz y Fuerza	250.000
Sindicato de Obreros Estibadores y Afines	75.000
Sindicato del Seguro	80.000
Sindicato Industria de la Carne	275.000

Sindicato Obrero Cerámica y Porcelana	13.000
Sindicato Químico	45.000
Sindicato Portuario	18.000
Unión Obreros Automotor	115.000
Asociación Bancaria	6.000
Federación Empleados de Comercio	3.500.000

Hay sindicatos obreros que carecen de Obras Sociales pero en otros está en formación.

La C. G. T. agrupa 62 organizaciones, con un total de 12 millones de personas, y algo semejante pasa con las 32 organizaciones. Con estos datos ya podemos deducir cuál es la clientela que nos hemos dado en llamar “ libre”, sobre todo si consideramos incluidas a las familias de los agremiados. Tenemos que convencernos que si para nosotros la clientela libre “ existe”, para el gremio médico del país ha desaparecido. Conviene, pues, que entremos en dichas organizaciones, a las cuales sólo podremos hacerlo con nuestro gremio totalmente unido, fuerte y consciente. Individualmente no podemos hacer frente a organizaciones poderosas y disciplinadas.

¿Qué requiere un Seguro de Salud?

Conviene conocer primero cuál es el aparato Médico del país, problema que todavía está obscuro, pues son difíciles los datos a conseguir. Sin embargo, algunas cifras van apareciendo.

Un Seguro de Enfermedad para 20 millones de personas (tal es el número de habitantes que tiene el país en la actualidad) necesita atender a 225 millones de prestaciones médicas al año, con 23.000 médicos organizados en un trabajo racionalizado; 2.300 dentistas; 2.000 farmacéuticos; 2.450 visitadoras de higiene; 1.000 higienistas; 5.350 parteras y enfermeras; 20.000 auxiliares técnicos y más de 22.500 empleados administrativos y de 200.000 a 300.000 camas en establecimientos hospitalarios racionalmente ubicados.

Como se ve, estas cifras son enormes y una centralización de cualquier género traería una catástrofe que tardaría años en enmendarse.

Hay, pues, que partir de un estudio racional de la situación sanitaria actual y de la disposición del armamento sanitario, con las modificaciones necesarias que concluya su dictamen técnico, que desgraciadamente no se ha hecho, basado siempre en una descentralización de servicios en torno a los núcleos provinciales más importantes, a quienes debe alimentar y favorecer cualquier plan y, sobre todas las cosas, sostener e incrementar la sanidad municipal local, sin lo cual no puede tener éxito ningún Servicio de Salud.

Además de la necesidad de un Seguro de Salud se planteaba la prioridad de un Seguro de Enfermedad y en ese sentido el sistema mostró la novedad de la creación del Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) de la Provincia de Buenos Aires. A fines de 1960 el IOMA era una entidad autárquica con nuevos objetivos y ampliando su campo de acción.

Nada mejor que rescatar los conceptos de uno de sus ideólogos el Dr. Sergio Provenzano (35):

La posición del gremio médico es coincidente en lo que se refiere a la necesidad de implantar un Seguro de Salud en el país. Precizando los términos, las entidades médico gremiales entienden que debe comenzarse por un Seguro de Enfermedad, que cubra el aspecto de la restauración de la salud, dejando por el momento los aspectos de la protección y promoción de la misma en manos del Estado. De allí que se pretenda en una primera etapa un Seguro de Enfermedad y no un Seguro de Salud. En segundo término, es unánime la opinión de que cualquier sistema que se implante se resistido si conduce a la funcionarización de los médicos. Para nosotros, el problema se reduce a la creación de uno o de diversos entes que financien la atención médica; repárese bien: *entes financieros y no prestatarios del servicio*. Lógicamente, la financiación debe beneficiar a aquellos sectores de la población económicamente débiles. El régimen de trabajo para los médicos se basará en la libre elección del profesional por el usuario y en el pago arancelado por

prestación. Los aranceles se establecerán por convenio entre las entidades médico-gremiales y la o las instituciones financieras que integren el Seguro.

Estos principios son aceptados ya en el país sin mayores discusiones. Hoy son norma en las relaciones entre los médicos –representados por sus entidades gremiales– y los entes financieros –representados por Obras Sociales, Mutualidades y Compañías de Seguros–. Si en alguna manera el nuevo sistema resulta oneroso para las instituciones citadas, corresponderá a las mismas reajustar su organización administrativa para hacer frente a los gastos de las prestaciones. Podemos vaticinar que en muy poco tiempo más habrá terminado en el país la explotación del médico por entidades estatales, semi-estatales o privadas.

La primera tentativa sería de organizar un régimen asistencial, basado en aquellos principios, fue el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA), que se creó en febrero de 1957 por iniciativa de la Intervención Federal en dicha provincia. El objetivo del IOMA era “realizar todos los fines del Estado en materia médico-asistencial para el personal de la administración pública provincial”. La entidad reemplazó a un cierto número de Obras Sociales que prestaban atención médica a los empleados de cada ministerio en particular, y alguna Mutualidad organizada con el mismo objeto. Los recursos del Instituto se integraron con el 1 % de los sueldos y salarios de los beneficiarios y una suma equivalente aportada por el Estado. Los aspectos novedosos en la organización del IOMA fueron los siguientes:

1° Todos los médicos, odontólogos, farmacéuticos y sanatorios de la provincia podían realizar las prestaciones, siempre que manifestaran su voluntad de hacerlo.

2° El IOMA carecía de servicios asistenciales propios. Era solamente una entidad financiera y normativa.

3° Existía una absoluta libertad de elección del profesional por parte del beneficiario.

4° El pago de las prestaciones se hacía a tanto por servicio, de acuerdo con un arancel previamente convenido con la entidad médico-gremial con jurisdicción en la provincia.

5° Una parte porcentual del costo de cada prestación corría a cargo del beneficiario.

En octubre de 1960, la ley 6323 de la provincia convierte al IOMA en entidad autárctica, le fija nuevos objetivos y amplía su campo de acción. El organismo deberá orientar su acción hacia el “seguro social integral”; y podrán incorporarse al mismo los funcionarios y empleados de las distintas entidades nacionales, provinciales o particulares que así lo soliciten. Esta incorporación no podrá ser individual sino colectiva. Por otra parte, el artículo 34 de la ley reglamentaria reconoce la jurisdicción de la entidad médico-gremial, al expresar textualmente: “Los mencionados servicios serán prestados contra el pago del arancel que al efecto fijen contractualmente el IOMA o la entidad representativa correspondiente.” Y en el artículo 33 se aclara que “los servicios médico asistenciales serán prestados por los facultativos que a tal efecto se inscriban a través de la entidad que los representa o en forma directa”.

En el contrato de prestación de servicios suscrito por el IOMA y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, se robustece aún más la intervención de la entidad gremial. Este modelo de contrato es el que utilizan en la actualidad casi todas las filiales de la Confederación Médica en sus relaciones con Mutualidades y Obras Sociales. Transcribimos íntegramente el artículo 6°, porque ilustra sobre la índole de aquellas relaciones y sobre la forma de efectuar la prestación: “La Federación presenta en este acto la nómina de los médicos que por su intermedio atenderán a los afiliados y demás beneficiarios del IOMA en el territorio de la provincia. En la misma, dividida de acuerdo a las entidades primarias de la Federación, figura el nombre de cada uno de los profesionales, especialidad, domicilio, teléfono y horario de consultorio. El horario de consultorio fijado por cada profesional, se lo considera referido a la recepción de los pacientes, pudiendo, ocasionalmente, insumir la atención de los mismos un tiempo mayor proporcional y lógico. La atención en domicilio se refiere a los casos justificados, particularmente cuando las visitas sean reiteradas al mismo paciente. En los casos de atención de urgencia, será facultad del IOMA la justificación del servicio prestado. El IOMA no podrá convenir en forma directa y al margen de este convenio, contratación de otros servicios profesionales médicos. Queda expresamente establecido, además, que la

inscripción de los médicos por intermedio de las entidades subsidiarias de la Federación no los obliga a su afiliación gremial a las mismas y que asimismo dichas entidades no podrán impedir la inscripción inmediata de ninguno de ellos para atender los servicios que establece el presente convenio, siempre que no medien las siguientes causas: a) incumplimiento de las obligaciones establecidas en el Decreto Ley 5413/58 para el ejercicio de la profesión en el territorio de la provincia; b) sanción que lo impida, dictada por el correspondiente Colegio de Médicos del Distrito; y c) sanción gremial que específicamente lo impida en forma temporaria o definitiva resuelta con anterioridad por las entidades filiales de la Federación y aprobada por la misma.

Y en el artículo 9º se establece que “la Federación o sus entidades subsidiarias que ésta designe, elevará antes del día quince de cada mes las facturas por el importe de los servicios prestados. El IOMA se obliga a no dar curso a ninguna factura por asistencia médica a sus afiliados que no sea presentada por esta vía”. La inscripción previa y el cobro de honorarios a través de la entidad médico-gremial persiguen un triple objetivo:

1º Robustecer el sentido gremial y la unidad de los médicos. En el momento actual la Confederación Médica de la República Argentina es una de las más sólidas entidades mundiales de este tipo.

2º Por el trámite de cobro de honorario, la entidad médico-gremial retiene un porcentaje variable (alrededor del 5 %, aunque en algunas regiones es mayor). Los ingresos por este concepto solucionan los problemas económicos de nuestras entidades y permitirán, con el tiempo, contemplar la organización de un sistema de previsión integral y absolutamente privado para beneficio de los profesionales médicos.

3º Evitar los fraudes en las prestaciones. A tales efectos es muy ilustrativa la lectura del artículo 15º del convenio tipo: “Con el fin de lograr una perfecta asistencia de los usuarios, el IOMA sólo abonará los honorarios médicos que durante las visitas en consultorio, no excedan de tres por hora. Vale decir entonces, que se estima que cada paciente en consultorio no puede ser atendido en un lapso menor de veinte minutos. En la reiteración de consultas al mismo paciente, el médico

deberá tener presente que el cociente resultante de la relación del número total de visitas sobre el de los distintos enfermos atendidos durante el mes, no podrá ser superior a 2,5. El cociente establecido sólo podrá ser modificado en más ante circunstancia; que serán debidamente explicadas por el médico actuante, ratificadas por la Federación y justificadas por el IOMA”.

Este es el régimen de prestación de servicios médicos para todo habitante del país protegido por una Obra Social o una Mutualidad, o sea, aproximadamente, el 60 % de la población. No quiero significar que el sistema se aplique en todo el territorio de la República; pero hoy es norma en las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, Tucumán, Salta, San Juan, Santa Fe y La Rioja. Si tenemos en cuenta que la primera experiencia data de 1957, no dudamos que antes de un lustro será la aplicación corriente en todo el país. En este momento cubrirá las necesidades médicas de algo más de 12.000.000 de personas. Sólo el IOMA tiene, en la actualidad, más de 400.000 beneficiarios.

Agremiación Médica Platense (AMP) (diciembre 1960 – marzo 1962)

La AMP durante esta etapa fue protagonista de la problemática sanitaria del país que hemos analizado previamente y tuvo que lidiar con una serie de factores que analizaremos a continuación, de los cuales sin duda, la lucha por la libre elección evitando contratos y convenios por fuera de la entidad fue la más importante.

Durante este período la AMP desarrolló su actividad en plena normalidad institucional siendo presidida por el Dr. Juan Jorge Moirano, registrándose 49 reuniones del Consejo Directivo de cuyas actas, luego de haberlas leído y resumido, hemos extractado la información (36).

Clasificando los temas más significativos podremos entender mejor los aspectos más relevantes surgidos de las propias actas, que analizaremos a continuación.

1) Contratos por afuera de la AMP, contra la libre elección

- Ante la situación que se da en la mutual de Teléfonos del Estado y en otras obras sociales de algunos médicos que han aceptado cargos a sueldo, se insiste en que esto es contrario al principio de la Agronomía de libre elección del afiliado. (Acta 333 – 13-04-1961)

- Se resuelve citar para la próxima sesión a integrantes de la policlínica privada a efectos de investigar la posible firma de un contrato de asistencia integral a cuatro mil obreros textiles de la zona de La Plata, contrato este que de existir resultaría totalmente violatorio de los principios sustentados por la Agronomía. (Acta 350 – 28-09-1961)

- El Dr. Lara informa que ha sostenido una reunión con los directivos del Hospital Español, del Hospital Italiano y del Instituto Médico Platense en legación con la actitud de la Obra social de YPF, manifestando que esta última sigue con las viejas prácticas asistenciales totalmente superadas por el sistema que la Agronomía Médica Platense ha tomado que es la libre elección del médico, el contrato colectivo de la entidad gremial, el arancel básico legal fijado por el colegio de médicos. (Acta 351 – 5-10-1961)

- El Dr. Moirano informa sobre aspectos de la reunión mantenida con los integrantes de la policlínica Privada en relación a la posible firma de un contrato de asistencia a obreros textiles; los representantes de la policlínica manifestaron que era inexacta tal información aunque reconocieron que se prestaba asistencia a un núcleo de dicho sector obrero y que eso era en forma corriente. Es decir previa inscripción como socio individual siendo el pago también individual. El Dr. Moirano aclara que el cobro de honorarios Médicos por parte de un Sanatorio contraría también las normas gremiales en vigencia, ya que tales cobros deben hacerse en todo caso por intermedio de la Federación y de sus entidades primarias. (Acta 352 – 13-10-1961)

- El Dr. Moirano informa sobre aspectos de la entrevista mantenida con dirigentes de la asociación obrera textil en relación a la posible existencia de un contrato de asistencia con la policlínica Privada y de dicha entrevista surgió evidentemente la certeza de la existencia de un contrato de hecho ya que si bien la inscripción de los afiliados se efectúa en forma individual el pago de la cuota correspondiente lo efectúa en bloque de sus fondos sociales la Asociación Obrera Textil. Por lo tanto se acuerda citar a los directivos de la

policlínica Privada para notificarles esta comprobación y requerirles la inmediata resolución de la relación objetada por su evidente transgresión a normas gremiales superiores. (Acta 353 – 19-10-1961)

- El Dr. Moirano informa sobre los aspectos de la reunión mantenida con los miembros de la policlínica Privada quienes solicitan una prórroga para resolver el problema que se suscitó con los contratos directos con la Asociación Obrera Textil, se le acuerda una prórroga de 30 días para que se solucione dicho problema. (Acta 355 – 3-11-1961)

- Se hacen presentes en su carácter de directivos de la policlínica Privada los Doctores Cáceres y Falvo. Exponen los mismos al Dr. Agosti los detalles del proceso de investigación efectuado por la Agronomía en relación a la supuesta existencia de un contrato para la prestación de servicios médicos entre la mencionada policlínica y la Asociación Obrera Textil delegación la Plata manifestando que se ha arribado a una casi certeza de existencia del mismo que constituye un serio atentado contra normas gremiales superiores que la Agronomía Médica Platense está obligada a respetar y hacer respetar a sus afiliados entre quienes se encuentran precisamente los profesionales integrantes de la policlínica Privada. Expone entonces el Dr. Cáceres el propósito de los mismos de lograr mediante conversaciones con dirigentes textiles la transformación de ese contrato en un sistema de afiliación individual y voluntaria que no lesionaría las directivas expresas de la Agronomía Médica Platense. Ante una pregunta del Dr. Varela, el Dr. Cáceres niega la existencia de un contrato similar con Obreros del Vidrio, admitiendo que se presta asistencia a integrantes de ese núcleo laboral y que el pago de las cuotas de la Policlínica se efectúan en bloque, propone luego el Dr. Falvo que en fecha próxima se efectúe una reunión entre representantes de la Policlínica y la Agronomía para lograr en el transcurso de la misma una solución definitiva para esta cuestión. (Acta 357 – 16-11-1961)

- Dadas las sospechas de que algunas entidades gremiales tienen contratos directos con algunas policlínicas se resuelve invitar a concurrir a una conversación con la mesa directiva a dirigentes del gremio del vidrio con el objeto de poner en conocimiento de los mismos el problema existente e lustrarlos sobre las ventajas de una asistencia basada en los principios sustentados por la Agronomía Médica Platense. (Acta 358 – 29-11-1961)

- Se recibe una nota de los Directivos de la Policlínica Privada con la promesa de rescindir los contratos con la Obra Social Textil y Obra Social del Vidrio a partir del próximo 1 de enero de 1962.

A propuesta del Dr. Lara se resuelve publicar en diarios locales la nómina de las Obras Sociales y Mutuales que mantienen contrato con la Agronomía como así mismo una pequeña reseña del espíritu del principio de libre elección del médico que rige la Agronomía Médica Platense.

Se toma conocimiento de una nota cursada por la Asociación de Profesionales del Instituto Médico Platense, por la que solicita la aprobación de la Agronomía para un proyecto de creación de un sistema de Atención Médica Integral por medio de abono. Recuerda el Dr. Moirano que dicho proyecto sustentado por la misma Asociación a fines del año 1960 fue desaprobado por la Agronomía paralizándose así su concreción se estima que en esta oportunidad se debe adoptar igual temperamento pues las razones que movieron a las autoridades actuantes en aquella época a desaprobarlo subsisten con plena vigencia y validez. (Acta 360 – 14-12-1961)

- Se considera la posición de la policlínica Privada con respecto a los demás contratos que mantienen o han mantenido los cuales crean una situación irregular. Se resuelve hacerles un llamado de atención, además se decide dirigirse a la Asociación Obrera Textil por haber discrepancias en los términos de la redacción de la nota presentada para conocimiento de los afiliados. (Acta 362 – 28-12-1961)

- Se recibe una nota de la Federación Médica por convenio con Correos y Telecomunicaciones notificando sobre los médicos que se encuentran a sueldo en dicha obra social; a su vez se hacen consideraciones acerca de los médicos que todavía se encuentran a sueldo en otras mutuales, surgiendo que debería crearse una caja o seguro que cubra los riesgos y necesidades de esto profesionales. (Acta 364 – 25-01-1962)

2) IOMA

- El concejo directivo plantea una reunión inmediata con las autoridades del IOMA debido al problema suscitado por la devolución de considerable cantidad de planillas defectuosamente llenadas por los médicos que además genera una gran dificultad en corregir sus defectos. El objetivo de la reunión sería lograr que el IOMA permitiera la aprobación por esta vez de las mencionadas planillas. (Acta 324 – 22-12-1960)

- El Dr. Moirano informa sobre la firma de nuevos contratos de asistencia con las obras sociales y mutuales, estando en conocimiento del concejo directivo el hecho de haberse introducido en dichos convenios modificaciones sustanciales; esta entidad creyó la conveniencia de una compulsión de las opiniones de sus afiliados siendo materialmente imposible, por los requisitos estatutarios vigentes, en materia de tiempo de citación, convocar a una asamblea, se resolvió realizar esta reunión extraordinaria del Concejo directivo para poner en conocimiento en cada socio las novedades surgidas. Ante la demora de los pagos de IOMA se discute la posibilidad de suspender los servicios médicos, pero dado que esta situación afectaría sensiblemente a la población se continuara con las negociaciones para el pago inmediato de lo adeudado. En el nuevo contrato se suprimiría el arancel libre parcial, debido a que muchos médicos inscriptos en este arancel no se ajustan muchas veces en su cobro a la parte proporcional que se fijó previamente. Se debate que si bien algunos médicos han transgredido la norma, es injusto que se perjudique a la mayoría con la pérdida de una conquista gremial de tanto valor como el arancel libre parcial. No olvidemos que esta va a ser una decisión de la Federación Médica de la Provincia y que ésta debe defender a sus afiliados. Tampoco entiende la Federación Médica la relación que tiene esta Agronomía con el IOMA. (Acta 331 – 17-03-1961)

- El Dr. Lara plantea el problema que suscita el ofrecimiento por parte del IOMA con publicaciones periodísticas y radiales promoviendo la afiliación directa al IOMA lo cual violaría el acuerdo con la Agronomía Médica. Se resuelve inquirir, por intermedio de la Agronomía informes a IOMA sobre esta situación. (Acta 338 – 18-05-1961)

- El Dr. Lara informa sobre lo acontecido en la asamblea de la Federación Médica, convocada a efectos de considerar el problema originado por la falta de renovación del convenio con el IOMA, manifiesta que luego de un prolongado debate y de una posición inicial desfavorable al criterio sustentado por la representación platense, el grueso de los delegados consagró la moción de la Agronomía que surgiera de la reunión conjunta del concejo directivo con sus afiliados. (Acta 346 – 08-08-1961)

- Informa el Dr. Moirano sobre los hechos que han motivado a la presidencia a convocar a esta sesión extraordinaria, historia sucintamente el proceso y tratativas que han originado el conflicto con el IOMA, para finalmente

exponer los principales puntos en que la Federación y la Obra Social no han llegado a un acuerdo. Menciona en primer término la negativa del IOMA a la tentativa a incorporar al futuro convenio las 3 categorías arancelarias, esto es, que sólo suscitaría el arancel básico. La postura de IOMA para sostener dicho criterio es la defensa del afiliado que no pague plus. Sin embargo, esto estaría en contra de la reglamentación que posee la Federación sobre el arancel libre parcial. De todos modos se seguirán las tratativas para la firma del convenio, sosteniendo la necesidad de sostener el arancel diferenciado que permitiría a los médicos, llegado el momento de su carrera, a tener una mejor remuneración médica.

El Dr. Lozano entiende que el IOMA trata de lograr la mayor cantidad de servicios por la mínima retribución, situación diferente al planteo médico que pretende la máxima retribución, por ello propone que la solución más viable sería lograr que el Colegio Médico en ejercicio de funciones que les son propias procediera a la diferenciación de aranceles en especialidades. Por otra parte propone la necesidad de una posición firme ante el IOMA, ésta es, la continuación del arancel libre parcial.

Apoya este planteo el Dr. Reza, manifestando a su vez que la desaparición del arancel libre parcial afectaría en sus bases la libre elección del médico que ha sido y es objetivo fundamental de la lucha gremial médica.

El Dr. Touceda solicita a la presidencia las cifras de los inscriptos hasta el momento en las 3 categorías arancelarias. Aproximadamente estas cifras serían, arancel básico 400, arancel libre parcial 130, arancel libre total 25 (es decir que en ese entonces la Agrupación contaría con un total de 555 médicos). El Dr. Touceda cree que la solución a este problema con el IOMA debe surgir con la reglamentación de especialidades que ha hecho el Colegio Médico, a la par que reconoce el derecho del especialista a una mejor retribución. (Acta 348 – 29-08-1961

- Se toma conocimiento de una nota cursada por 45 afiliados de esta Institución solicitando que la misma gestione ante la Federación Médica la exclusión de algunos artículos del contrato que esa entidad firmara con el IOMA por considerar varios de ellos lesivos para el ejercicio de la profesión médica. Se resuelve elevar a la Federación la nota considerada disponiéndose al mismo tiempo informar a los firmantes del temperamento adoptado y aclarándoles en lo referente al artículo repetición de recetas lo que a juicio del concejo

directivo de la Agremiación constituye un error de interpretación ya que los casos desarrollados en la nota como ejemplificativos de una repetición de receta, constituye un verdadero acto médico y no deben ser desconocidos como tales en el artículo atacado que niega si tal carácter a la simple duplicación de la receta anterior es un acto médico dado que se efectúa sin realizar exámenes de ninguna naturaleza. (Acta 357 – 16-11-1961)

- Recuerda el Dr. Moirano el hecho de que a la expiración del actual contrato con el IOMA se extinguirá de acuerdo a los términos del mismo y con relación a esa obra social, el arancel libre parcial. Se debate la cuestión y se analizan posibles soluciones conviniéndose en esperar la promulgación de los nuevos aranceles del Colegio Médico pues la carencia de los mismos hace vana toda discusión posible. (Acta 360 – 14-12-1961)

- El Dr. Moirano informa respecto a una entrevista efectuada con directivos del IOMA por la prórroga del convenio el cual el Instituto mencionado considerara el mismo pero sin el arancel parcial. El Dr. Lara manifiesta su posición y cree que el convenio debe prorrogarse en todos sus términos y no parcialmente. Se hace acotación al texto de los artículos cuestionados y también a la resolución de una Asamblea de la Federación Médica. El Dr. Lara mociona para un llamado para Asamblea extraordinaria y para que se efectúe una reunión con los Presidentes de las entidades Primarias para lograr la mayor difusión posible del tema a tratarse en la Asamblea que es de gran importancia para todos los profesionales. (Acta 362 – 28-12-1961)

- El Dr. Lara hace consideraciones sobre el problema de los reintegros para los afiliados que se atienden con médicos del arancel libre total, manifiesta la disparidad de criterios entre lo formulado oficialmente por el Dr. Bravi en la publicación de los diarios del día anterior hecha por el concejo directivo del IOMA, considera que es una obligación informar a los médicos afiliados a esta Agremiación que lo manifestado por autoridades de la misma se debió a la información suministrada por el Sr. Presidente del directorio del IOMA. (Acta 365 – 01-02-1962)

- Se recibe una nota presentada por el Dr. Eduardo Maciel, en la que esboza el problema que se le plantea a los profesionales que, como el especialista en psiquiatría, se ven coartados en su accionar médico por la disposición del IOMA que limita a un máximo de 8 sesiones mensuales la psicoterapia, limitación ésta

que atenta al buen resultado de las curas y postula seguidamente se gestione ante el IOMA la extensión de estos casos de la norma que permita en casos clínicos complejos superar el límite mensual de visitas presentando la historia clínica del caso. Se resuelve cursar nota al Dr. Maciel poniendo en su conocimiento que el concejo directivo estima que la limitación es solo al efecto de su pago por la Obra Social. En futuros convenios la Agremiación Médica considerará la posibilidad de una ampliación como la solicitada en la atención de los enfermos psiquiátricos. (Acta 368 – 22-02-1962).

3) Reglamentación de aranceles

- Se recibe nota de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires proponiendo bases para una reglamentación del arancel libre parcial. Considera tres puntos fundamentales:

- 1) Antigüedad de 10 años en el ejercicio de la profesión.
- 2) Unificación de aumento sobre el arancel mínimo de un 50%.
- 3) No injerencia del mismo en tareas derivadas de un servicio de guardia.

Estos puntos son aprobados con el agregado de que en caso de ejercer una especialidad exclusiva la antigüedad mínima será de 5 años. (Acta 341 – 14-06-1961)

4) Pago de honorarios

- Se recibe una nota de un conjunto de médicos solicitando se aclaren las normas que rigen su relación con las Obras Sociales y Mutuales que mantienen convenio con la Agremiación en materia de pago de honorarios. Se resuelve poner en conocimiento que la totalidad de las facturaciones por prestación de servicios médicos debe efectuarse en forma individual ya que las obras sociales y mutuales no reconocen el trabajo en equipo. Se hace presente en la sesión el Dr. Silvestre Castelli, director del hospital de Gonnet acompañado por el contador de dicho Instituto con el objeto de acordar el trámite a seguir en la liquidación de honorarios por la parte del hospital a los médicos afiliados que en el mismo presten atención a afiliados de Obras

Sociales y Mutuales contratadas, dado que los mismos han otorgado carta poder a la Agronomía para dicho cobro. Después de una serie de aclaraciones de cuestiones presentadas por los miembros del consejo directivo se conviene en que dichos pagos se efectuarán por medio de la Agronomía Médica Platense a la que el Hospital girará los importes correspondientes acompañados de un duplicado de las planillas discriminativas de la atención prestada por cada profesional y aclara finalmente el Dr. Moirano que debe tenerse en cuenta en relación a lo acordado que la decisión está en manos de la Federación Médica en lo atinente a aquellos contratos firmados por la misma. (Acta 370 – 8-03-1962)

5) Carrera médico–hospitalaria

- El Dr. Moirano informa sobre a las gestiones realizadas para mejorar los sueldos de la carrera médico–hospitalaria. El Dr. Moirano informa que el primer ministro le comunicó que se planifica la elevación del sueldo mínimo entre 7 y 8 mil pesos a partir del mes de junio. Así mismo las mejoras salariales traerían aparejada una estricta aplicación de los reglamentos en lo atinente a la realización de las tareas en los centros asistenciales. (Acta 337 – 11-05-1961)

- Recuerda el D. Moirano la promesa efectuada por el Sr. Ministro de Salud Pública de la provincia de Bs. As. de informar a esta Agronomía la fecha de elevación del presupuesto de ese Ministerio al poder legislativo. A fin de que el concejo directivo pueda gestionar por donde corresponda se sancionen las mejoras propuestas en los sueldos de la carrera médica hospitalaria. Al respecto el Dr. Lara informa que tiene conocimiento que dicho presupuesto se halla aún en estudio en el Ministerio. (Acta 345 – 20-07-1961)

6) Centros de Salud

- Se hace presente el Dr. Orlando Arnera, expone al concejo directivo, el serio problema suscitado por la creación de Centros de Salud, a los médicos radicados profesionalmente en su zona de influencia, manifiesta que en dichos centros se desvirtuó la idea básica que les dio origen, esto es una función de carácter

preventivo, haciéndose en cambio una medicina total y gratuita, gratuidad que alcanza también a los Medicamentos recetados. El problema es que esto funciona como una puerta a lo que podría ser una competencia desleal basada en una derivación de pacientes posibilitada en la especial posición que se haya el médico ubicado en el Centro zonal. El Dr. Lara manifiesta que ya la Federación Médica de la Provincia ha planteado este problema ante las autoridades del Ministerio, llevando a su titular casos concretos de desviación absoluta del fin perseguido con la creación de dichos Centros, por lo que debe esperarse el resultado de esa gestión. (Acta 329 – 09-03-1961)

- El Dr. Varela informa sobre la reunión sostenida con el Dr. Chaneton referente al problema ocasionado por las actividades incompatibles de los centros de salud. Manifiesta el mismo justificando las desviaciones, aduciendo la necesidad de captar a la población efectuando una medicina asistencial, abriendo así el camino para poder desenvolver sin dificultades el fin propuesto, es decir la medicina profiláctica. Sin embargo el Dr. Colombo, presente en la sección menciona que esto no es así y hay una falta direccionalidad en la distribución de los centros de Salud, ya que en zonas como Berisso, donde prácticamente el 100% de la población está protegida por alguna mutual u obra social, se han instalado en un radio de 10 cuadras 2 de tales centros que al efectuar asistencia médica de carácter común se superponen innecesariamente a la labor de los médicos de las mutuales y obras sociales respectivas. Se propone seguir reuniéndose para continuar el debate en torno a este tema. (Acta 334 – 24-04-1961)

7) Agrerriación Médica de Berisso

- Dada la situación de conflicto suscitada con la Agrerriación Médica de Berisso y en virtud de haber agotado las tratativas correspondientes, se resuelve dar de baja como Afiliados de esta Agrerriación a todos aquellos profesionales que por su domicilio y órbitas de actividades deben pertenecer a la entidad Gremial de Berisso. Sin embargo y a los Efectos de no perjudicar el trabajo de estos médicos con obras sociales y mutuales, se acuerda mantenerlos por un tiempo prudencial en las listas de médicos que la Agrerriación tiene para la prestación de servicios, continuándose las gestiones para normalizar esta situación y consignándose que mientras dure esto se seguirá descontando el 5% sobre los honorarios percibido. (Acta 346 – 08-08-1961)

- De acuerdo a la resolución del concejo del 8 de agosto pasado se da de baja como afiliados de esta entidad a todos aquellos profesionales que por su domicilio y actividades profesionales deben incorporarse a la Agronomía Médica de Berisso. (Acta 349 – 14-09-1961)

8) Adelanto de honorarios y préstamos bancarios

- Dado los pedidos de adelanto de honorarios el concejo directivo comunica que pese a las buenas intenciones de ha agotado el fondo destinado a tal efecto. Además dada que esta situación ha superado las posibilidades, se propone se designe una subcomisión que redacte un reglamento que permita regular adecuadamente la concesión de honorarios por adelantado. Por unanimidad se resuelve designar para tal fin los Doctores Lara y Salomé. (Acta 322 – 7-12-1960)

- La Agronomía gestiona lograr un sistema de préstamos personales bancarios a médicos afiliados y avalados por la Agronomía. Luego de reseñar las distintas entrevistas a directivos bancarios y los resultados obtenidos, reconoce que en general no se ha encontrado eco favorable al sistema proyectado. El Dr. Moirano continúa expresando que a fin de agotar las instancias se ha concertado una entrevista con los directivos del Banco Comercial que a su juicio tendría un saldo favorable. El Dr. Touceda propone que también se realice tratativas con el Banco Río de la Plata. A continuación se trata el proyecto del seguro médico de vida y enfermedad presentados por los doctores Ladd y Touceda. A fin de poder implantar este proyecto de seguro médico se propone trasladar la carga del riesgo a una compañía de seguros a la cual la Agronomía Médica Platense abonaría una prima anual siendo colectivo el tipo de seguros para lo cual se recabarán informes y cifras de cooperativas de seguros. (Acta 333 – 13-04-1961)

- Informa el Dr. Moirano los resultados de su gestión con el Banco Comercial de donde surgen posibilidades favorables para la puesta en marcha del proyecto de préstamos personales a médicos agremiados con el aval de la Agronomía, aunque el monto ofrecido por dicho Banco sea reducido por carecer de fondos disponibles. La base para iniciar los préstamos sería alrededor de 1 millón de pesos que podría incrementarse progresivamente, y por otra parte abrir una cuenta corriente en dicha institución. El C.D. abala concretar las gestiones pertinentes. (Acta 334 – 20-04-1961)

- Se aprueba la reglamentación de solicitud de préstamos bancarios. Los pedidos o solicitudes deberán ser presentados en mesa de entrada de la Agronomía, en todos los casos se argumentarán los motivos por el cual el profesional solicita el préstamo que tendrían verdadero carácter de auténtica necesidad. En caso de posible falseamiento de los motivos, esto será pasible suficiente para producir una sanción. Todos los pedidos serán tratados por el Concejo Directivo, en la primera sesión siguiente al ingreso de la solicitud. Se dará un orden de prelación de acuerdo a los motivos invocados. Se resuelve reservar la suma de \$150.000 para la atención de casos de indudable urgencia. (Acta 340 – 06-06-1961)

- Se reciben varios pedidos de médicos afiliados que solicitan el aval de la Agronomía para solicitar un préstamo bancario en el Banco Comercial, asimismo también se reciben solicitudes a fin de lograr adelantos de los honorarios médicos. (Acta 358 - 29-11-1961)

- Se reciben varias notas solicitando el aval de la entidad para los préstamos bancarios con sumas de \$50.000 a los cuales la Agronomía les da el visto bueno. Estas notas serán presentadas en el Banco Comercial quien tiene un acuerdo con la Agronomía para los préstamos solicitados. (Acta 363 – 04-01-1962)

9) Salarios administrativos AMP

- El Dr. Moirano informa sobre la nueva estructura administrativa de la entidad, donde se contempla, menores de edad de 16 a 17 años 6 hs.de trabajo \$2500 pesos mensuales sin aportes, de 17 a 18 años \$2550 sin aportes, de 18 a 19 años \$2650 sin aportes, 19 a 20 años \$2750 sin aportes. Cumplidos 20 años de edad se incorpora a la escala mensual con un sueldo de \$3000 con aporte jubilatorio. Se considera un adicional por antigüedad de \$100 por año. Por matrimonio de \$100 mensuales y por hijo \$50 mensuales. Las horas extraordinarias se abonarán \$20 cada una. Licencias: desde los 6 meses de antigüedad hasta los 5 años, 12 días corridos, de 5 a 10 años 15 días corridos. Licencia por casamiento, 10 días corridos. Ausencias por enfermedad, justificadas 30 días al año, continuos o discontinuos que pueden ser extendidos a 90 días en casos especiales. Se conservará el puesto hasta 6 meses. Ausencias con aviso por asuntos particulares, 6 días por semestre. Ausencias sin aviso, sin percepción de haberes, 3 por mes, implican amonestación, y la reincidencia

caben sanciones. El personal femenino tiene una licencia especial con goce de sueldo durante un período de 6 semanas con periodos anteriores y posteriores a la maternidad y aportará \$3,20 trimestralmente a la caja de maternidad. En caso de fallecimiento de padres, hermanos, cónyuge o hijo el personal tendrá 3 días corridos de licencia con percepción de haberes. (Acta 332 – 06-04-1961)

- El Dr. Moirano informa que según el informe de la administración de la Agrerriación Médica Platense la misma cuenta a la fecha con un saldo favorable de \$534.081,73. (Acta 334 – 24-04-1961)

10) Propaganda

- El Consejo Directivo está preocupado porque algunos médicos publican en el diario avisos no conformes a la ética médica, incurriendo en propaganda médica. Por lo tanto se cita a aquellos profesionales que han tenido esta actitud y se cursa ante el Colegio Médico una resolución que dé normas rectoras en materia de publicaciones y propaganda periodística. (Acta 321 – 01-12-1960)

- Luego de una serie de intercambio de opiniones durante la reunión, los médicos citados reconsideran su postura y se avienen a reformar de inmediato su propaganda, para que en lo sucesivo sea conformada dentro de un marco de discreción. Luego de este compromiso son aceptados como socios sin inconveniente. (Acta 322 – 07-12-1960)

11) Buffet

- La entidad sigue estudiando la conveniencia económica de mantener el buffet por lo cual se creó una subcomisión integrada por los doctores Urrutia, Monteverde y Sabbione. (Acta 321 – 01-12-1960)

- Se hacen presente con el objeto de informar sobre la marcha del buffet comedor, los integrantes de la subcomisión respectiva Dres. Sabbione, Monteverde y Urrutia. Exponen con datos concretos, en cifra con los últimos ejercicios mensuales de dicho buffet comedor, el hecho de existir serias falencias en la administración y organización que hacen ilusoria una esperanza de mejoramiento, analizándose que históricamente este buffet generó

pérdidas económicas importantes. A pesar de la finalidad y el viejo anhelo médico de contar con el buffet, esta situación deficitaria llevo en 1 año a una pérdida global de más de 90 mil pesos. Pese a que se instrumentó una nueva estructuración de su funcionamiento, para lo cual se concesionó al señor Vallejo, desafortunadamente no se logró el éxito esperado. Si bien puede atribuirse a diversas causas, actualmente es injustificable continuar con el buffet, por el cual el Dr. Sabbione en nombre de la subcomisión propone concretamente el cierre provisorio del buffet comedor aprobando esta medida en tal sentido el concejo directivo por unanimidad. (Acta 327 – 01-01-1961)

- Informa el Dr. Moirano que ya han abandonado en virtud del convenio celebrado, la casa, los ex buffeteros de la entidad, recuerda el Dr. Agosti las deudas que los mismos tenían con la Agremiación y pregunta si las mismas fueron saldadas. Informa el Dr. Moirano que las mismas se extinguieron por el convenio suscripto excepto las correspondientes a comunicaciones telefónicas de larga distancia cuyo cobro está siendo procurado en conversaciones con el abogado de los deudores. (Acta 343 – 29-06-1961).

A fines de marzo de 1962, Frondizi fue derrocado, sucediéndolo en la Presidencia de la Nación, José María Guido, como veremos a continuación. Sin embargo este cambio de gobierno tuvo casi nula repercusión en el funcionamiento de la Agremiación Médica Platense.

José María Guido

José María Guido fue un abogado y político argentino, Presidente de la Nación Argentina desde Marzo de 1962 hasta octubre de 1963, que encontrándose primero en la línea de sucesión presidencial asumió las funciones de los poderes ejecutivo y legislativo como resultado del golpe militar del 29 de marzo de 1962 que derrocó y detuvo al Presidente Arturo Frondizi.

En la mañana del 30 de marzo, el General Raúl Poggi, líder de la insurrección victoriosa, se dirigió a la Casa Rosada para hacerse cargo del gobierno, y se sorprendió con el hecho de que los periodistas le comentaban que un civil,

José María Guido, había jurado como presidente en el palacio de la Corte Suprema de Justicia.

Guido era un radical intransigente que presidía provisionalmente la Cámara de Senadores, debido a la renuncia del Vicepresidente Alejandro Gómez. Teniendo en cuenta esto, la noche del golpe, y en una hábil maniobra, el Ministro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Julio Oyhanarte, consideró el derrocamiento de Frondizi como un caso de acefalía, correspondiéndole asumir la presidencia a Guido, por encontrarse en el primer lugar de la línea sucesoria según la Ley 252 (del 19 de septiembre de 1868, derogada por la ley 20972 promulgada el 21 de julio de 1975).

Los militares golpistas terminaron aceptando la situación y convocaron a Guido en la Casa Rosada para comunicarle que sería reconocido como presidente, en tanto y en cuanto se comprometiera por escrito a ejecutar las medidas políticas indicadas por las Fuerzas Armadas, siendo la primera de ellas anular las elecciones en las que había ganado el peronismo. Guido aceptó las imposiciones militares, firmó un acta dejando constancia de ello y fue entonces habilitado por estos para instalarse con el título de presidente, pero clausurando el Congreso Nacional e interviniendo todas las provincias.

Guido hizo cumplir las órdenes militares. Al día siguiente el Congreso anuló las elecciones del 18 de marzo de 1962 e intervino todas las provincias, para luego ser disuelto.

De este modo Guido asumió los poderes ejecutivo y legislativo del país, bajo control y supervisión de las Fuerzas Armadas, que se reservaron el derecho de removerlo.

Designó un equipo económico liberal (con figuras como Federico Pinedo y José Alfredo Martínez de Hoz).

Poco después (24 de julio) dictó un Estatuto de los Partidos Políticos que sirvió de instrumento para no legalizar al peronismo.

Su breve mandato estuvo marcado por los enfrentamientos armados entre facciones militares opuestas (*azules* versus *colorados*). Su gobierno sobrevivió a varias sublevaciones de las tres fuerzas armadas. (37)

El 20 de septiembre de 1962, el Comandante en Jefe del Ejército Argentino, el General de Brigada Juan Carlos Lorio se sublevó e intentó deponer a Guido y pasar a retiro a varios oficiales de su arma pero fracasó y Lorio fue relevado de su cargo por Juan Carlos Onganía. (37)

El 11 de diciembre de ese año también se sublevó el Brigadier General Cayo Alsina, comandante de la Fuerza Aérea Argentina, sin embargo dicho alzamiento fue desbaratado y Alsina fue reemplazado por Carlos Armanini. (37)

La última asonada contra su gobierno la llevó a cabo la Armada Argentina el 1 de abril de 1963, fue encabezada por el Almirante Jorge Palma y contaba con el apoyo del titular de la marina, Vicealmirante Enrique Grünwaldt. Sin embargo, este acto de insurrección corrió la misma suerte que los otros dos anteriormente mencionados, por lo que los cabecillas de esta asonada fueron arrestados y el nuevo jefe de la fuerza naval fue Eladio Vázquez. (37)

Finalmente en 1963 volvió a convocar a elecciones limitadas, con proscripción del peronismo, en las que resultó elegido presidente Arturo Illia de la Unión Cívica Radical del Pueblo (UCRP), que asumió el poder el 12 de octubre de 1963, saliendo segundo el voto en blanco que muchos peronistas utilizaron como forma de protesta. El Presidente Illia también sería a su vez derrocado por un golpe militar el 28 de junio de 1966. (37)

Durante la presidencia de Guido, Tiburcio Padilla funcionario del gobierno de Frondizi, continuó siendo el Ministro de Salud Pública de la Nación. Nada mejor que exponer las investigaciones de Veronelli (23).

En mayo de 1962, Padilla convocó a una conferencia de prensa en la cual, al tiempo que reseñaba las actividades de su primer mes al frente de la repartición, exponía sus ideas sobre la misión y funciones del organismo:

“[...] defender la salud pública por medio de las grandes campañas destinadas a combatir males como paludismo, Chagas-Mazza, tuberculosis, mortalidad infantil y lepra, problemas que están por encima de la salud individual.

[...] Señaló luego el Dr. Padilla —dice la crónica— que en el Chaco y Salta ha recrudecido últimamente el paludismo. En la primera de las provincias citadas se produjeron 2.283 casos, los cuales afectaron a braceros ambulantes que recorren la provincia en busca de trabajo, transmitiendo así la enfermedad.

Por tal razón —expresó— se debió incrementar la campaña que contra ése y otros males que se efectúa en esa zona del país, para lo cual es necesario destinar todo el presupuesto aplicado a esas campañas. Esa situación obligó a la cesantía en sus empleos de los agentes contratados, ya que a éstos se les abonaba el sueldo con fondos destinados a las grandes luchas.

[...] En lo referente a la suspensión de cursos sobre estadística matemática, que se dictaban en el Instituto Nacional de la Salud, dijo el ministro que la formación de técnicos estadígrafos no es competencia de la repartición, sino de los organismos universitarios correspondientes.

[...] Sobre la asistencia hospitalaria considera el Dr. Padilla que la misma debe estar a cargo de las autoridades municipales y que para su prestación debe establecerse un arancel que esté de acuerdo con las posibilidades económicas de los pacientes. Al respecto indicó que por la falta de dinero para pagar sueldos debieron congelarse vacantes de enfermeras en el Hospital de Niños, lo que motivó el cierre de numerosas salas para atender más eficientemente a los internados.” (38)

En ese mismo año de 1962 se disolvió la Escuela de Salud Pública del Ministerio y el Curso de Formación en Salud Pública de la misma se integró en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

En los meses siguientes el ministro visitó las provincias del Noroeste, donde se interiorizó de los **programas de lucha contra el paludismo y la enfer-**

medad de Chagas. En marzo de 1963 se realizó una reunión de autoridades provinciales en la cual el subsecretario Dr. Enrique M. Villa (39) detalló *“las condiciones dentro de las cuales debían formularse los nuevos planes de salud.”*

En ese año, Villa abandonó la subsecretaría, en la cual lo reemplazó Horacio Rodríguez Castells, a quien le tocó, al enfermar y fallecer sorpresivamente Tiburcio Padilla, quedar por primera vez a cargo del ministerio, en los primeros días de julio de 1963. En las elecciones presidenciales realizadas en ese mes fue elegido Arturo Umberto Illia.

En esa breve gestión se dictaron dos decretos que tendrían resonancias posteriores: en septiembre, atendiendo a una de las recomendaciones más urgentes del Informe de Consultores (*“la Comisión recomienda encarecidamente la creación de una unidad permanente de planificación, servida por profesionales capacitados, en número suficiente y con dedicación exclusiva a esta tarea”*), se creó el **Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud** (decreto 7.485 de septiembre de 1963) y casi en el final del interinato, el 8 de octubre, se dictó el decreto-ley 8.924, promovido por presiones políticas y sindicales, por el cual se otorgaba al **Consejo Nacional de Asistencia Social** (23), el carácter de **ente descentralizado**, con personalidad jurídica e individualidad presupuestaria. **La Asistencia Social parecía sentirse a disgusto y no querer echar raíces en el ámbito de Salud Pública.**

En octubre de 1963, Rodríguez Castells, subsecretario a cargo del ministerio, lo entregaba al médico salteño Dr. Arturo Oñativia, a quien acompañaba, como subsecretario, el pediatra porteño Dr. Bernabé Cantlon. (40).

Uno de los temas más significativos de esa época era el problema del estado de los hospitales y la necesaria reforma hospitalaria y asistencial. Si bien había en general acuerdo en la imperiosa urgencia del cambio, eran disímiles las opiniones de cómo hacerlo de la mejor manera posible. Por lo tanto, para entender la complejidad de esta problemática hemos elegido exponer uno de los estudios más medulosos de esa época aparecido en la Revista de la Confederación Médica en agosto de 1962 (41).

REFORMA HOSPITALARIA Y ASISTENCIAL

Se ha dicho hasta el cansancio que el estado actual de la asistencia médica hospitalaria no está a la altura del desarrollo económico de nuestro país.

Es sabido de la íntima relación que existe entre salud y economía y en tal interdependencia de una con otra, a tal punto, que es posible traducir en términos económicos los problemas de salud que afectan a una población o viceversa.

A través de las organizaciones médico-gremiales argentinas se ha expresado claramente la necesidad de reestructurar los servicios sanitarios, y sin entrar a analizar los distintos planes que se han efectuado en épocas anteriores, podemos afirmar sin temor a equivocarnos que todo o casi todo, está planeado y que sólo falta llevar a la práctica dichos planes, Si analizáramos los programas esbozados por los distintos gobiernos hasta la fecha, veríamos con asombro que sólo se ha iniciado la segunda etapa o sea de la ejecución y en pequeños porcentajes de todo lo que está escrito en los papeles.

Médicos, economistas, funcionarios, estadistas, enfermeras, educadores, ingenieros sanitarios, entidades de bien público, han expresado en muchas oportunidades su anhelo de reestructurar los sistemas actualmente existentes en materia de funcionamiento de hospitales públicos, sin que hasta la fecha se hayan concretado los arriba mencionados planes.

El derecho inalienable de la salud, que atañe a todo habitante del mundo, expresado a través de la carta de las Naciones Unidas y programada por el organismo máximo, la OMS, debe ser asegurado por el Estado y esa obligación del mismo está expresada en nuestra Carta Magna.

Si efectuáramos una rápida recorrida por los hospitales del país, nos encontraríamos con que en la mayoría de los casos, la Dirección está ocupada por un hombre que generalmente es un médico respetable, un gran clínico o un eminente cirujano, y carente en absoluto en la mayoría de los casos de los conocimientos que la técnica moderna hospitalaria exige para dirigir un establecimiento de esta categoría, y que el llamado administrador del

hospital es un funcionario de menor jerarquía que carece también de los conocimientos indispensables para la marcha del mismo. De la gratuidad de los servicios en nuestros hospitales no vale la pena insistir, por cuanto la misma, es un mito que se ha tratado de cultivar desde los ámbitos oficiales, sin que el rendimiento de la unidad hospitalaria pueda llegar a ser efectivo en algún caso. Nos encontramos con que el enfermo carente de recursos se ve obligado a ingresar a un establecimiento hospitalario y pagar las placas radiográficas, los guantes, los medicamentos, etc. o bien, alguna hermana de caridad le solicita voluntariamente “un aporte” para solventar los gastos médicos o quirúrgicos que demanden su probable curación, Esta gratuidad es una etapa ampliamente superada que los países de mediano o escaso desarrollo económico, lo continúan practicando. Qué podemos decir del presupuesto de Salud Pública, que el mejor de ellos, o sea el más abultado, alcanza escasamente a cubrir las necesidades correspondientes a las remuneraciones del personal y no más del 50 % de lo que corresponde a gastos de mantenimiento y conservación de inmuebles; cuando se analiza cualquiera de esos presupuestos se ve inmediatamente que del 80 al 90 % del mismo, cuando no el total, se invierte en medicina recuperativa o sea asistencia pura sin tener en cuenta para nada el concepto moderno de la medicina en su sentido integral, o sea de promoción, de protección y de recuperación de la salud. Esporádicamente en algún presupuesto aparece un rubro destinado a acciones llamadas de medicina preventiva y en los cuales apenas se invierte un 10 o un 15% en el mejor de los casos.

Exceptuando las provincias de Chaco y San Juan, donde existen planes de Salud Pública perfectamente delineados y que ya han mostrado su utilidad, nos encontramos con que el primer Estado Argentino hasta hace cuatro años, estaba en un nivel de atención médica y de organización médica hospitalaria que el mismo gobernador de la provincia calificó de 40 años de atraso con respecto a las modernas adquisiciones de administración hospitalaria; de ahí surge la necesidad de encarar nuevos programas de conducta con propósito de imponer estructuras acordes con los planes de desarrollo; y el resto del país vive el drama del atraso y de lo que alguna vez hemos calificado de subdesarrollo médico asistencial. Conviene notar inmediatamente que cuanto menos desarrollado económicamente es un

país, más es lo que necesita invertir en materia de asistencia médica, haciendo cuenta de la enunciación que hemos efectuado más arriba, ya que la enfermedad crea pobreza, y ésta a su vez engendra nuevamente enfermedad. Para cortar este círculo vicioso, de Winslow es necesario obrar con el mismo criterio con que actúa el ingeniero que al observar la cantidad de accidentes que se producen en la curva del camino a causa de ser muy pronunciada la misma, solicita una ambulancia permanente en el lugar, en vez de rectificar la estructura del camino y evitar los accidentes; y es así, como en la actualidad grupos de expertos de administración sanitaria en distintas partes del mundo orientados por planes de la OMS, tratan de aplicar programas definidos, concretos, acordes con la realidad económica, política y socio geográfica de la misma.

Si queremos resumir ahora el estado actual de las prestaciones médicas llamadas de caridad en el país, podremos decir en términos generales que son deficientes y que reclaman urgentes soluciones que los gobiernos de las distintas provincias argentinas han comprendido y en algunas ocasiones abordado soluciones de emergencia.

Anotamos inmediatamente que las deficiencias observadas responden a varios factores:

- 1) Los profesionales que trabajan en nuestros hospitales están mal remunerados y por ende dedican pocas horas de labor a esas unidades hospitalarias;
- 2) La provisión de materiales por los distintos ministerios no se hace en forma racional ya que no responde a una planificación correctamente efectuada desde los niveles superiores, y no hablemos de la falta de comunicación de muchas provincias argentinas, factores que agravan este problema. Quede bien aclarado que el aumento de los honorarios médicos no mejoraría automáticamente la calidad de asistencia médica, si ella no va unida a una mejor provisión de equipos y materiales y a una urgente necesidad de adiestrar personal en servicio y en escuelas especializadas;
- 3) La falta de un concepto definido en materia de educación sanitaria de la población, y de personal capacitado para esa función;
- 4) La falta de un concepto de seguridad social.

Nuestro país cuenta en la actualidad con dos escuelas de Salud Pública, una dependiente del Ministerio Nacional y la otra de la Universidad Nacional de Buenos Aires, donde se forman médicos, odontólogos y veterinarios diplomados en salud pública. Distintas escuelas de enfermeras están preparando este valioso personal, alma y vida de un moderno establecimiento hospitalario; existen además escuelas e institutos donde se forman trabajadores y otros auxiliares de la medicina.

A esta altura de las cosas, debemos manifestar que la calidad de nuestros profesionales puede equipararse a las mejores técnicas mundiales. Reconozcamos que la medicina avanza científicamente a pasos agigantados, y cada día es más costosa; del viejo método del examen clínico de la época de Laennec, hasta las modernas determinaciones electroforéticas, cirugía cardiovascular, intervenciones neuroquirúrgicas, han transcurrido etapas fundamentales. Los equipos son cada día más complicados y por ende más costosos. No obstante, no todos los establecimientos están en condiciones de adquirirlos, y aun teniéndolos, no siempre se cuenta con el técnico para manejarlos; ya no se trata de médicos solamente sino que la complejidad de la medicina actual necesita hoy del ingeniero, del químico, del educador, del psicólogo, del psicoterapeuta, del estadístico, del sociólogo y de toda una pléyade de trabajadores que constituyen el equipo sanitario.

Recordemos que la medicina, ya no es simplemente técnica, sino que forma parte de las ciencias sociales.

Pero no podemos olvidar que la gran inversión del Ministerio de Salud Pública en materia hospitalaria ni siquiera es aprovechada sino en un quinto o en un sexto de su capacidad, ya que las horas que el médico trabaja en el mismo, no son más que 3 ó 4 diarias. El público se beneficia en horas de la mañana, en la hora de la llamada "atención abierta"; el internado no recibe la atención profesional que requiere, porque las enfermeras después de la atención al público no son las más ni las mejores en calidad. ¿Por qué los médicos internos son pocos y se dedican más a los enfermos quirúrgicos, por qué no hay personal ni servicios de estadísticas en la mayoría de los casos, para registrar toda la actividad de 24 horas? Recuérdesse que el hospital

rinde poco y que en él se invierten en cantidad recursos que se aprovechan poco, y sólo pocas horas al día.

Pregunto entonces: ¿qué pasaría con un sanatorio privado donde se atendiera solamente 4 horas al día?, seguramente iría a la bancarrota en poco tiempo.

Recordemos también que nuestro país es uno de los muy pocos del mundo en querer solucionar los problemas médicos del gran público con el sistema de la llamada gratuidad, ¿pero es que acaso el público está satisfecho con el tratamiento que recibe, tanto del punto de vista médico, como humano? Evidentemente la respuesta es negativa.

De esta rapidísima vista que conocen muy bien los médicos y el personal de Salud Pública, y el único beneficiario que es la comunidad, se desprende que nuestro sistema hospitalario es caduco y reclama a gritos una reforma substancial.

La provincia de Buenos Aires, en un meditado análisis de los problemas que estamos describiendo y que no son ni más ni menos los que reflejan, lo que sucede en el resto del país, resolvió abocarse a la solución de los mismos, y llamó para ello a un grupo de técnicos para planificar ordenadamente las acciones de Salud Pública; el día 2 de mayo de 1958, el gobernador en su mensaje a la Legislatura, lanzó la idea de reforma hospitalaria. Se comenzó a hablar de reforma hospitalaria que en síntesis traduce la inquietud de los técnicos de elevar los niveles de atención mediante prestaciones, fomento, protección y recuperación de la salud por medio de prestaciones no a la parte privilegiada de la población, que no pasa del 10 % anual del total de habitantes, del país, sino todos aquellos que hoy se califican de indigentes y de económicamente incapacitados.

¿Qué es la reforma hospitalaria?

Ya hemos dicho anteriormente qué significa la elevación de los niveles de atención de los pacientes sanos y enfermos, es decir, otorgar a la comunidad prestaciones de fomento, protección, recuperación de la salud y no únicamen-

te medicina asistencial recuperativa. Veamos seguidamente qué etapas debe cumplir la llamada reforma hospitalaria:

- 1) Reestructuración de los hospitales.
- 2) Calidad profesional.
- 3) Medicina arancelada y racionalizada.
Financiación de la medicina arancelada.
- 4) Proyección del hospital a la comunidad.

1) *Reestructuración de los hospitales:* a) En esta etapa es preciso ubicarse como en todo problema de Administración de Salud Pública en la realidad social, política, geográfica, económica y antropológica de cada región. Pero es fundamental antes que comenzar un cambio de la estructura física del edificio iniciar una reforma de la mentalidad de todos los profesionales del arte de curar o sea del equipo sanitario. Vale decir iniciar una capacitación a todo nivel, capacitación que puede y debe realizarse en servicio, o sea en horas de trabajo, para lo cual es necesario comenzar con los médicos. Nuestros colegas que egresan de la Universidad desconocen el sentido administrativo que debe animar no sólo al director del establecimiento, sino al jefe de servicio, al encargado del departamento de enfermería, al coordinador del servicio de estadística, etc., ya que administrar, como se ha dicho mil veces, no es más que conducir y organizar seres humanos. Paralelamente a esta capacitación en servicio, debe remunerarse mejor al personal y lograrse paulatinamente, y esto va al fondo mismo de la reforma hospitalaria, trabajadores a tiempo pleno o llamados “full-time”, única forma de obtener un máximo de rendimiento del personal actualmente ubicado en establecimientos de esta índole.

Es evidente que hay una carencia enorme de médicos-técnicos a nivel, en materia sanitaria, pero la solución debe comenzar con un mejoramiento paulatino de la calidad del personal actual, desde el médico, a la mucama pasando por todas las jerarquías y simultáneamente, formar técnicos en las escuelas que más arriba hemos mencionado.

b) *Mejorar la planta física de los establecimientos:* No significa en modo alguno echar por tierra con todo lo que tenemos en la actualidad, sino sim-

plemente el aprovechamiento más funcional de los sistemas; por ejemplo, existen hospitales con pabellones separados que insumen ingentes cantidades de dinero para proveer de alimentación a los distintos pabellones, desde el departamento central de cocina, o bien la provisión de elementos necesarios para la atención de los enfermos hospitalarios en las distintas unidades. Ello significa gastos de personal, aumentos de horas de trabajo y, en síntesis, mala calidad y menor rendimiento en el trabajo. A veces reformar estructuras físicas con los materiales livianos sintéticos actualmente en boga, significan pequeñas erogaciones que se logran con suma facilidad e, incluso, con la colaboración de gente de la comunidad que participa activamente en el progreso de la reforma hospitalaria, para que adquieran un interés directo en realizar trabajos para el hospital, ya que es de la comunidad y el hospital presta servicios para ella.

c) *Reestructuración de la calidad de la asistencia médica*: O sea abarcar, como hemos dicho ya, los aspectos integrales de la salud desde el punto de vista físico, psíquico y social, como está perfectamente definido en el concepto de salud, definido por la OMS. Estas acciones de promoción no se realizan en la actualidad en los hospitales para la medicina moderna y la administración hospitalaria exige que cada hospital se convierta en un centro de salud, para lo cual necesita abarcar un área determinada y una población censada, única forma de planificar debidamente estas acciones de salud: de esta manera se evita llegar con la bomba extinguidora cuando estalla el incendio, o sea que cuando la epidemia acecha todo esté programado para ejecutar acciones, porque existen técnicas perfectamente estudiadas que predicen el estallido de una epidemia de polio, o de difteria o de sarampión, mediante el auxilio de las estadísticas, de las cuales la mayoría de los hospitales carece.

d) *Conocimiento de la población*: Debemos conocer la población donde vamos a trabajar, cuáles son sus recursos económicos, sus hábitos, su nivel educacional, su grado de desarrollo cultural y su interés en promover la salud. Hay que reconocer las características regionales, es decir, si es una población rural, si es una población urbana, si es industrializada, etc. Conocer el grado de mutualización y la cantidad de población económicamente activa.

- Conocer el grado de evolución gremial que hay en esa región.
- Conocer qué nivel médico y profesional en general hay en la misma.

Estos factores que hemos enumerado son fundamentales para decidir qué técnica vamos a emplear para aplicar la reforma hospitalaria, cuyo substrato no cambia, pero sí varía algunos aspectos que modifican la dinámica de su aplicabilidad.

Financiación de la reforma: Un hospital que entre a trabajar con el régimen de la reforma hospitalaria se basa en las siguientes premisas:

- a) Libre elección del médico por parte del enfermo y viceversa.
- b) Remuneración de los profesionales por arancel fijado por los organismos médicos gremiales y los no médicos a sueldo.
- c) Afiliación de la mayor cantidad posible de beneficiarios con un sistema de cajas mutuales con aportes de empleadores y empleados.

Vamos a ver qué significan estos tres puntos:

De la libre elección del médico por el paciente no podemos entrar a discutir porque está perfectamente demostrado que la medicina privada se basa en un derecho humano, que está amparado por la Constitución y las leyes de una forma auténticamente democrática de ejercer la libertad de trabajo. Indudablemente que los profesionales de cada hospital, ciñéndose a la reglamentación del mismo, deberán cumplir estrictamente con sus horas de trabajo y adaptarse a las técnicas de cada unidad hospitalaria.

La remuneración por aranceles es otra conquista del gremio médico, que ha dado resultado satisfactorio en la práctica. Exige algunas revisiones por el costo de la asistencia y del estándar de vida, pero es lógico que cada cual deba ser remunerado por la cantidad y calidad de su trabajo. Ya hemos dicho que el médico a sueldo, es una forma de retribución que ha fracasado, pese a que se la siga practicando en muchas instituciones y aún por el Estado. Pero los organismos médicos gremiales han dicho ya su última palabra: que el sistema ha fracasado y es una etapa superada.

En cuanto a la tercera cláusula, vale la pena extenderse, porque es quizá el eje de la organización de la reforma hospitalaria.

¿Qué cantidad de mutualizados hay y cuáles son los aportes? Una buena encuesta económica social es la respuesta a esta pregunta y es la base de partida para establecer el trabajo. Conviene recordar que del estudio detallado y serio que se haga dependerá el éxito o el fracaso del sistema.

Dinámica de acción coordinada: Nuestro grado de evolución sindical en la provincia de Buenos Aires, y en el resto del país, permite un estudio de las comunidades obreras. Las cajas mutuales de obreros, cuando entran en tratativas con los médicos lo hacen con amplio sentido social. La organización patronal debe ingresar en el sistema. Ningún empresario puede escapar hoy a una organización racional de la asistencia médica, donde se cumplen las leyes de medicina del trabajo, los exámenes pre-ocupacionales y toda la evolución que se ha alcanzado con el alto grado de industrialización del país y como parte integrante de una comunidad, lo hace con un gran sentido de responsabilidad. Médicos, obreros y empresarios se reúnen en una mesa común y acuerdan las bases de la organización. Hay esquemas que pueden fluctuar en detalles, en general con el dos por ciento de aportes por parte del empleador y del obrero se pueden basar los acuerdos. El tiempo dirá si estos recursos son o no suficiente, la experiencia inglesa y de otros países ha sido alentadora.

Medicina arancelaria: La ley 6.462 de la provincia de Buenos Aires establece que existen tres categorías de pacientes en la provincia:

- a) El indigente o económicamente incapacitado.
- b) El mutualizado perteneciente a obras sociales del Estado o mutuales privadas o semiprivadas.
- c) El paciente económicamente capacitado.

Financiación: Ya que reforma hospitalaria implica una nueva experiencia en el país, se ha estudiado el punto neutral de la misma, que es el de la financiación.

Al elegir planta piloto, como su mismo nombre lo indica, significa que dichos establecimientos requieren condiciones particularmente especiales. Veamos cuáles son los ingresos:

1° Aporte de los afiliados a las cajas mutuales ya existentes que efectúan convenios con la comisión administradora de cada hospital, ya sea por separado o cada caja o juntas dos o más.

2° Aporte de los afiliados, obreros, empleados, particulares, a las nuevas cajas que se promueven después de la encuesta económico-social de cada área.

3° Aporte de los enfermos privados que concurren espontáneamente al hospital o son enviados por distintos profesionales.

4° Aportes estatales por los beneficiarios de la ley 6.462, o sea los económicamente incapacitados.

5° Donativos.

6° Subsidios.

7° Otros aportes por leyes especiales.

8° Los provenientes de inversiones de la Comisión Administradora o Junta Directiva.

El simple enunciado de los ingresos en un hospital de reforma hospitalaria da idea aproximada de lo que ello representa en una organización que viene a romper viejos moldes de la medicina estatal. Analicemos brevemente cada uno de los rubros anotados:

Aporte de los afiliados a las viejas cajas: Estamos convencidos de que las actuales cajas mutuales, que luchan denodadamente contra los múltiples factores que atentan contra su subsistencia, al ofrecerles servicios integrales de salud, fomento, protección y recuperación para sus afiliados, no dudarán un solo instante en entrar a formar parte del nuevo sistema. Para ello les bastará considerar convenios con la Comisión Administradora de cada planta piloto, de acuerdo con las cláusulas que a no dudar deberán ser iguales para todos los establecimientos. No se deben establecer diferencias en este sentido.

Aporte de las nuevas cajas: Hay una masa de población en cada lugar que no está afiliada a caja alguna y hace trabajos independientes que, por supuesto,

necesita también de prestaciones médicas. Existen además pequeños sindicatos, sociedades de fomento, congregaciones de distintas nacionalidades que pueden también formar sus cajas. En algunas regiones será posible unificar la firma del convenio con la planta piloto correspondiente. Esta población, que puede ser de clase obrera, del campesinado, etc., debe ser catastrada económicamente antes de proceder a su agrupamiento. Puede así convertirse en una poderosa fuente de ingresos a la planta piloto.

Aporte de los enfermos privados: Un hospital que funcione bajo el régimen de reforma hospitalaria, es decir modernamente equipado, con todos los adelantos de la medicina actual, con un cuerpo de profesionales ávido de progresos y trabajando con ese entusiasmo que dan las empresas con miras al futuro, será un lugar de atracción para muchos enfermos que hoy buscan en la medicina privada refugio para sus males. No escapa a nuestra apreciación que los prejuicios de la palabra hospital irán desapareciendo a medida que los hechos vayan demostrando. El rendimiento apunta más y mejor. No se trata de competir con sanatorios y clínicas privadas. Pero sí de ofrecer buena medicina que es obligatorio en la reforma hospitalaria, y el público que se atiende y aporta puede y debe exigir atención de la mejor calidad.

Aportes estatales: En este orden, podemos afirmar que el Ministerio de Salud Pública de la Provincia está dispuesto a cubrir todas las prestaciones de las personas económicamente incapacitadas. Una vez más debemos reafirmar que no existe la intención de abandonar la asistencia hospitalaria porque los presupuestos no alcancen, sino porque se está reestructurando para ese extracto de población que está más sumergido y que tiene el derecho a la salud y a la mejor calidad de la atención, se vea realmente beneficiado.

El profesional que atiende en el hospital bajo el régimen de la reforma hospitalaria no sabrá nunca a qué sector pertenece el paciente que atiende; un simple sistema de claves y codificación en la historia clínica basta. El Estado se hace cargo de toda esa masa de población para que pueda gozar de los beneficios de la reforma, al igual que los demás enfermos.

Donativos: Como toda institución destinada a fomentar la salud de sus habitantes, que trabaja con programas definidos, cada hospital podrá beneficiarse de donativos, ya que la Comisión Administradora es la encargada de recolectar los fondos y de manejarlos con plena autarquía.

Subsidios: Es fácil prever que la organización regional, a través de sus legisladores, gestione recursos de parte de los poderes públicos; es una fuente que siempre se ha manejado en nuestro sistema de organización federal, y no podemos dejar de considerarla aquí.

Proyección del hospital a la comunidad: Finalmente, la consideración de este capítulo debe merecer la mayor consideración de aquellos que se abocan a una reforma hospitalaria. El concepto moderno establece que la comunidad única beneficiaria, que es la que presta recursos humanos y materiales debe participar activamente en todo aquello que significa la defensa, la protección y la promoción de su salud. La comunidad es generosa cuando se sabe estudiar sus costumbres, sus modalidades de vida, su grado de evolución cultural y si se sabe investigar el sin número de recursos que posee.

Acudir a las organizaciones naturales de cada comunidad, escuela, municipio, juzgado, clubes deportivos y culturales, clubes de madres, entidades vecinales y de fomento y sobre todo los organismos gremiales de trabajadores y profesionales, entidades religiosas de toda índole, sin discriminaciones de grupos raciales ni políticos de ninguna especie, es condición sine qua non para llevar adelante su plan de reforma hospitalaria o asistencial. Todo grupo humano, cualquiera sea su jerarquía y condiciones sociales, está en condiciones de aportar recursos para lograr el grado de desarrollo físico, psíquico y social que le corresponde por derecho. Entiéndase bien que la participación activa de una comunidad en el proceso de reforma no significa en modo alguno eliminar el principio administrativo de la unidad de mando, que en el caso específico de un hospital que funciona con sistema de reforma hospitalaria está dirigido por una Junta Directiva, compuesta por representantes de entidades patronales, obreras, del Ministerio de Salud Pública, como así también de los organismos médico-asistenciales competentes; que tiene a su cargo para hacer la administración del fondo y del personal del

establecimiento para la ejecución de las acciones de salud pública que están centralizadas en manos del director que es a la vez el presidente de la Junta Directiva. Este concepto de descentralización es también básico en el nuevo estructuramiento de reforma hospitalaria, ya que los gobiernos han documentado en distintas oportunidades que es imposible en la práctica manejar las acciones de salud a centenares de kilómetros de distancia, porque ello desvirtuaría el concepto moderno de la administración. Una vez que la comunidad, impuesta debidamente de sus derechos y obligaciones, entra a manejar un establecimiento hospitalario, como ya existe en muchos países organizados del mundo, y por primera vez en el país en el Hospital Planta Piloto N° 1, es evidente que el interés demostrado por los representantes de la comunidad en el trabajo de la causa pública da sus frutos a corto plazo, y quedan eliminados los trámites burocráticos, el sinnúmero de expedientes y los costos disminuyen como por arte de magia.

Dos claros exponentes de la Reforma Hospitalaria fueron el Hospital San Roque de Gonnet y el Hospital Alende de Mar del Plata.

Sintetizamos a continuación una breve historia del hospital más relacionado con la ciudad de La Plata, como así también el decreto con fuerza de ley.

Hospital Interzonal General de Agudos - San Roque (42)

Historia

Siendo Gobernador de la Provincia de Buenos Aires el Dr. Oscar Alende y Ministro de Salud Pública el Dr. Osvaldo Mamonni, el **22 de diciembre de 1960** la legislatura provincial sanciona la ley 6462, referente a la reforma hospitalaria. De acuerdo con esas normas el Ministerio de Salud Pública de la provincia, proyecta la acción del hospital a la comunidad; “haciendo participar a esta en forma activa en la dirección del establecimiento”.

Inaugurado el 19 de noviembre de 1961, coincidente con el 79 aniversario de la Ciudad de La Plata, se pone en funcionamiento el 3 de marzo de 1962

como un exponente de la reforma hospitalaria, denominándoselo Planta Piloto nº 2 – conjuntamente con el actual HIGA Alende de Mar del Plata – Planta Piloto Nº 1; en cuanto a la atención médica, actividades de rehabilitación física y social; investigación médica y de técnicas administrativas, educación sanitaria de la comunidad, capacitación de profesionales y técnicos, protección y fomento de la salud, coordinando sus actividades con las demás instituciones encargadas de la salud pública. Se incorpora el sistema de Residencias Médicas Hospitalarias, en las cuatro especialidades básicas.

Toda la actividad de este hospital –autónomo– era vigilada por una Junta Directiva presidida por el Director Dr. Silvestre Castelli e integrada por el Sr. Carlos Ctibor (representante patronal), Sr. Héctor Salguero (por los obreros), Dr. José Torres de la Puerta (representación de la comunidad), y los Dres. Francisco Unchalo, Noel Sbarra y Carlos Colombo (por el Colegio de Médicos, Federación Médica y Ministerio de Salud Pública respectivamente); “junta esta que maneja los fondos y elimina al mismo tiempo las trabas burocráticas que en materia de salud pública son inadmisibles”. (43)

Este modelo de gestión hospitalario determinado por la ley de la reforma **finaliza el 4 de octubre del año 1964** (Gobernador: Dr. Anselmo Marini, Ministro de Salud: Dr. Abelardo Costas). Distintas circunstancias políticas y el no haber comprendido que el enfoque médico social de la medicina cambiaba, hicieron que cesara su funcionamiento original, pasando por diversos períodos.

Decreto-ley 7528/62

Fijando una contribución anual del estado para solventar gastos que demanden los hospitales de la provincia

La plata, 25 de septiembre de 1962.

VISTO que por imperio de la Ley número 6462 y su complemento número 6488, se dispone la implantación de un régimen experimental para otorgar a la comunidad un

servicio hospitalario concebido de acuerdo a las más modernas técnicas de administración y adaptado a los actuales conceptos sociales de la asistencia y

CONSIDERANDO:

Que en la puesta en marcha de los establecimientos pilotos hasta la fecha, en lo que va del transcurso del año, se ha podido comprobar que las retribuciones a percibir, a que faculta el artículo 1º de la Ley número 6462, no compensan la totalidad de los costos de funcionamiento de dichos establecimientos hospitalarios;

Que ello se origina en que los aranceles y derechos sanatoriales que configuran tales retribuciones son los mínimos fijados por el Colegio de Médicos de la Provincia, que difieren cuantitativamente y cualitativamente de los establecidos para los organismos asistenciales privados;

Que, por otra parte, dichos hospitales experimentales prestan los servicios de fomento y prevención de la salud que son propios de los demás establecimientos estatales además del simple aspecto sanatorial con que cuentan los organismos asistenciales privados.

Que mientras los montos de las recaudaciones a que autoriza la Ley número 6462 no cubran los gastos de funcionamiento de tales dependencias estatales el Gobierno de la Provincia debe arbitrar los recursos necesarios para la continuidad de la prestación de sus servicios;

Que los recursos acordados por la Ley número 6488, han resultado insuficientes para la cobertura de los gastos calculados para el presente ejercicio presupuestario.

Por ello,

EL COMISIONADO FEDERAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, EN EJERCICIO DEL PODER LEGISLATIVO DECRETA CON FUERZA DE LEY

ARTICULO 1. Anualmente la Ley de Presupuesto fijará una contribución del Estado para solventar los gastos que demanden los hospitales de la Provincia incluidos en

Reforma Hospitalaria de acuerdo a la Ley número 6462 por los mayores servicios que prestan y que no se refieren a la común atención sanatorial.

ARTICULO 2. Fíjase para el Presupuesto 1961/62, a efectos de cumplimentar lo dispuesto en el artículo anterior, la contribución que se detalla a continuación;

Hospital de Gonnet	\$ 17.000.000
Hospital Mar del Plata	\$ 33.300.000

ARTICULO 3. El gasto que demande el cumplimiento del presente Decreto-Ley en el ejercicio 1961/62, se atenderá con cargo al Anexo XIII, Ítem 1, Partida Principal 5, Partida Parcial 4 del Presupuesto de Funcionamiento.

ARTICULO 4. El presente Decreto-Ley será refrendado por todos los Ministros en Acuerdo General.

ARTICULO 5. Comuníquese oportunamente a la Honorable Legislatura.

ARTICULO 6. Comuníquese, publíquese, dese al Registro y Boletín Oficial y archívese.

AMP DURANTE EL GOBIERNO DE GUIDO

En el transcurso del gobierno de Guido la AMP siguió teniendo una actividad normal con reuniones semanales de su Consejo Directivo, y bajo la continuidad de la Presidencia del Dr. Juan Jorge Moirano, elaborándose 53 actas durante dicho período. Los temas que se trataban eran similares a la etapa anterior agregándose la problemática del Hospital de Gonnet debido a la reforma hospitalaria y destacándose por su importancia la lucha por la libre elección y la relación conflictiva con IOMA.

Siguiendo nuestra metodología de trabajo, nada mejor que conocer esta historia a partir de sus protagonistas, que será a través de las propias actas del Consejo Directivo de la AMP, las cuales hemos clasificado temáticamente y cronológicamente:

1) Hospital de Gonnet

El Dr. Moirano informa al concejo directivo acerca de lo acordado en la reunión que se celebrara con autoridades del Hospital de Gonnet, menciona los diversos tópicos estudiados y las conclusiones a que se arribó luego de analizar el proyecto de reglamentación del funcionamiento del Hospital que elaboraron sus directivos, proyecto éste que estará sometido a la aprobación final por parte de una comisión que se acordó crear y que estará integrada por un representante de los médicos de la zona de influencia del hospital Gonnet, un representante de la Agremiación Médica Platense, un representante de los médicos del plantel del Hospital y finalmente por uno del Ministerio de Salud Pública de la Prov. de Bs. As. (Acta 377 – 10-05-1962)

Se toma conocimiento de la nota cursada por el Director del Hospital de Gonnet acerca de la reglamentación para el ingreso y actividad dentro del Instituto referido de los médicos clasificados como autorizados. La intervención de la Agremiación en el trámite de cobro se limitara al control de las panillas de asistencia que el Hospital le remitirá previamente a su remisión a la obra social o mutual que corresponda, por último el mismo Hospital retendrá el porcentaje de colaboración a la entidad gremial a la que mensualmente girara su importe total. (Acta 380 – 14-06-1962)

Bajo la presidencia interina del Dr. Agosti, se toma conocimiento de una circular emitida por el Hospital de Gonnet en la que se impone a los profesionales actuantes de dicho instituto una serie de condiciones a las que deberán ajustarse en caso de continuar el desempeño profesional en el Hospital. Entendiendo que alguna de esas condiciones afectaría legítimos intereses de los médicos el concejo Directivo resuelve elevar la cuestión a la Federación Médica. (Acta 392 – 18-10-1962)

2) Carrera Médico-Hospitalaria

Se toma conocimiento de una nota cursada por el Dr. Silvestre Castelli en la que informa a la Agremiación acerca de un proyecto de reforma de Carrera Médica Hospitalaria que presentara al Ministerio de la Salud Pública

de la Provincia de Bs As y por la que propugnan fundamentalmente una eximición de la obligatoriedad en materia de antigüedad para concursar cargo de Director del establecimiento a aquellos profesionales con títulos de médicos sanitaria organizador y administrador de hospitales. El concejo directivo acuerda cursar recibo de la comunicación efectuada poniendo en conocimiento del Dr. Castelli que el concejo no comparte el criterio expuesto, aunque si bien estima digno de consideración la posibilidad de conceder puntaje adicional a aquellos profesionales que acrediten su graduación como médicos sanitarios y administradores y organizadores de hospitales. (Acta 397 – 06-12-1962)

Se toma conocimiento de la nota cursada por la asociación de personal del Instituto General San Martín y otra de curso similar del Instituto Médico Platense, en la que se realizan diversas consideraciones acerca del anteproyecto de reforma de la Ley de Carrera Médica Hospitalaria aparentemente propiciado por el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires. En relación a esta cuestión y estimando imprescindible un estudio exhaustivo de la misma el concejo directivo acuerda encomendar tal tarea a una comisión que integrarán los Doctores Moirano, Ladd, Serricchio y Lara, quienes producirán el informe respectivo para su posterior consideración en reunión conjunta extraordinaria del concejo directivo con afiliados de la entidad. (Acta 402 – 14-03-1963)

El Dr. Moirano informa, dado que el Ministerio niega la posibilidad de un anteproyecto de reforma al reglamento de la Carrera Médica Hospitalaria, sería totalmente ineficaz toda deliberación acerca del mismo dado que por ahora no habría modificaciones. De todos modos si bien no existe confirmación de tal reforma a la Carrera Médica Hospitalaria la comisión directiva de esta Agrupación coincide en la necesidad de nombrar una comisión especial para que recoja las sugerencias en relación a una posible reforma realizadas a través de las entidades primarias y estas entidades primarias sugerirían algunos artículos los cuales no estén funcionando del todo bien En base a esta ponencia que cuenta con el asentimiento unánime de los presentes del concejo directivo se designa una comisión formada por los Doctores Andrés Touceda, Alberto Agosti, Asdrubal Campaña, a fin

de que en el plazo de 70 días presenten un informe respectivo acerca de la actual funcionamiento de la Carrera Médica Hospitalaria y la dificultades inherentes a la misma. Por otra parte se decide cursar una nota a la Federación Médica afirmando el rechazo absoluto a todo proyecto de reforma de Carrera Médica Hospitalaria que no surja de las entidades representativas de los médicos. (Acta 404 – 28-03-1963)

3) Seguro de Salud

Se trata a continuación, la idea generada por la Federación Médica, el tema del Seguro de salud. Se resuelve expresar apoyo a la idea básica del mismo haciendo la salvedad que cualquier mecanismo de ese tipo que se proyecte implantar deberá ser exhaustivamente estudiado y analizado por las entidades gremiales Médicas de la provincia de Buenos Aires que deberán además tener la posibilidad de participar en el control de aquellos aspectos del sistema que tenga directa relación con el quehacer médico. (Acta 413 – 19-06-1963)

4) Libre elección

Se cursa nota a la Federación Médica solicitándole se aboque a la solución de fallas existentes en el contrato con la obra social de Correos y Telecomunicaciones tales como la exigencia de una orden de atención para cada práctica que debe ser extendida exclusivamente por médicos de la obra social, trámite éste que posibilita la derivación de pacientes en contra de los principios de la libre elección. (Acta 379 – 07-06-1962)

Se considera luego, la posibilidad de actuación de la Agremiación frente a la intensiva campaña de afiliación que efectúa TIVE, entidad asistencial privada basada en un sistema de atención mediante pago de cuota mensual. No existiendo la posibilidad de una acción coercitiva franca, dado que dicha entidad es de constitución anterior a la norma gremial que lo prohíbe, se acuerda la conveniencia de mantener una entrevista con integrantes de la misma que son a la vez afiliados de la Agremiación, en la que se les expondría las razones que tienen las entidades gremiales para aspirar a la desaparición de organismos del tipo de TIVE. Sin embargo pese a poder hacerlo no se los combate

frontalmente prefiriendo para no herir bruscamente intereses más o menos atendibles esperar su espontánea desaparición por falta de apoyo económico, esto es fundamentalmente de clientela afiliada situación que de no producirse obligaría a las entidades gremiales a una acción más enérgica. (Acta 380 – 14-06-1962)

En relación a posibles violaciones a normas gremiales prohibitivas en aceptación de cargos en Obra Sociales o Mutuales que no hayan ingresado en el sistema de libre elección del médico se resuelve citar aquellos profesionales que hayan incurrido en este tipo de tareas para el día martes próximo 4 de septiembre a fin de conversar sobre la situación planteada. (Acta 387 – 30-08-1962)

Bajo la Presidencia del Dr. Agosti, se hace presente en la sesión el Dr. Oscar García citado oportunamente por el consejo directivo; el Dr. Agosti informa al Dr. García que la invitación formulada obedece al hecho de que el concejo está formalmente en conocimiento de que habría aceptado un cargo en la obra social YPF, contraviniendo expresas oposiciones gremiales que prohíben, solicitándole confirme o niegue la exactitud de tal información. El Dr. García confirma tal información expresando que desconocía la disposición aludida por el Dr. Agosti, haciendo una serie de consideraciones relativas de las mismas, afirmando concretamente que la considera injusta y desproporcionada de sentido gremial. Al cabo de un prolongado debate en torno a la cuestión, en cuyo transcurso el Dr. García se niega a presentar su renuncia al cargo según se lo solicita al concejo directivo se retira el mencionado profesional acordando el concejo proponer la consideración de la situación para la futura decisión. (Acta 388 – 06-09-1962)

Por otra parte se detectan otros profesionales que han aceptado cargos rentados en la obra social YPF, dos de los cuales se expresan invocando razones económicas que no van a acceder a la proposición de renuncia efectuada por la Agremiación Médica por lo cual seguirán en su cargo y reconocerán que su actitud resulta violatoria de las normas gremiales con la consecuente pasible sanción de acuerdo a lo que emita el concejo directivo de la entidad. Analizando la comisión directiva estas cuestiones de profesionales que están a sueldo en la obra social de YPF, el organismo resuelve por unanimidad de

acuerdo a las actuaciones que le confiere y las atribuciones en los incisos “H” e “I” del estatuto Art. 24 de La Agrería Médica, adoptar la siguiente resolución:

1. Suspender a los doctores mencionados como afiliados de la Agrería Médica Platense en tanto persistan en su actitud de la trasgresión de las normas gremiales.

2. Suspenderlos en su condición de médicos inscriptos para atención de obras sociales y mutuales. (Acta 388 – 06-09-1962)

A continuación a petición del Dr. Moirano se considera la actual situación del convenio que tiene la Agrería Médica en relación a la obra social Naval dado que como consecuencia de las sucesivas reformas sustanciales introducidas en la reglamentación dicho convenio hace prácticamente ilusoria la real aplicación del principio de libre elección del médico. En consecuencia el Concejo Directivo acuerda dirigirse a la Federación Médica solicitando se arbitren los medios para regularizar tal situación o en su defecto se disuelva el convenio aludido en el ámbito de la jurisdicción de la Agrería Médica Platense. (Acta 401 – 07-03-1963)

Se toma conocimiento de una nota presentada por AMSA S.A., que propone a la Agrería un convenio de asistencia para sus abonados según los mecanismos expuestos en entrevista personal con el Dr. Moirano. Informada la cuestión por la presidencia el concejo directivo acuerda informar a dicha entidad que en conocimiento de que la misma AMSA presta sus servicios en otras zonas de la Provincia por mecanismos opuestos a las directivas de la Federación, la Agrería estima que cualquier tratativa encaminada a la firma de convenio deberá ser realizada con la entidad Provincial. (Acta 415 – 04-07-1963)

5) IOMA

Finalmente plantea el Dr. Varela el problema de indudable gravedad que origina la resolución por la que el IOMA ha abierto sus registros de Afiliación a toda clase de organismos y entidades ya sean deportivas, empresarias o

de cualquier naturaleza similar. Esta incorporación, estima absorbería todos aquellos núcleos financieramente capaces que constituyen hasta el presente la clientela privada del médico y a quienes éste debería prestar bajo esta nueva faz, asistencia médica con aranceles mínimos establecidos teniendo en mira sectores de población más o menos desguarnecidos financieramente. Debati- da la cuestión y existiendo en general acuerdo a lo expuesto por el Dr. Varela, se resuelve cursar nota a la Federación solicitando se acuerden medidas ten- dientes a analizar el problema. (Acta 374 – 12-04-1962)

Se resuelve cursar nota a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, solicitando informe a la Agremiación acerca del criterio adoptado ante la campaña de afiliación indiscriminada emprendida por el IOMA en especial en lo que refiere al ingreso a él mismo de sectores de elevado nivel económico. (Acta 375 – 26-04-1962)

Esta reunión es precedida por el Dr. Moirano. Se siguen recibiendo recla- mos por parte de algunos médicos agremiados de quitas en los honorarios presentados por parte de la mutual IOMA a los cuales la Agremiación Médica le hará el respectivo pedido de reconsideración y análisis de quitas indebidas. (Acta 396 – 29-11-1962)

En la reunión el hecho sobresaliente es la serie de médicos que solicitan adelantos de honorarios y por otra parte algunos médicos piden a la comisión directiva, se revea los descuentos que ha hecho el IOMA sobre su facturación. (Acta 400 – 21-02-1963)

6) Cobro indebido

Se toma conocimiento de una nota cursada por la Federación Médica en la que informa de un cobro directo efectuado por el Dr. Favalaro a la obra social de Luz y Fuerza resolviéndose cursar nota al mencionado profesio- nal solicitándole abone a la Agremiación el 5% que corresponde a aquellos honorarios denegados en razón de contratos de asistencia firmados por la Agremiación Médica Platense o sus entidades gremiales superiores. (Acta 373 – 05-04-1962)

La Agremiación cita a distintos colegas por cobro indebido en la mutual de Correos y Telecomunicaciones y también en la mutual de IOMA dado que se practicara un sumario correspondiente a fin de aclarar las denuncias pertinentes realizadas por distintos afiliados a las mencionadas mutuales. (Acta 383 – 19-07-1962)

A raíz de situaciones planteadas reñidas con la ética, de algunos profesionales en la atención de la obra social IOMA el tribunal disciplinario ha decidido en distintas formas un dictamen donde se aconseja la suspensión de determinados profesionales a fin de iniciarles sumario correspondiente y ver las actuaciones como se han llevado a cabo y demostrar o no si estos profesionales han realizado cobros indebidos con respecto a la obra social del IOMA. (Acta 385 – 02-08-1962)

Se reciben distintos expedientes que instruye el IOMA por presuntas trasgresiones a las normas contractuales. Se da lectura al acta labrada en base a dichas declaraciones de los imputados analizando los términos de las mismas y estudiando las demás actuaciones de dichos expedientes. Se acuerda de remitir el mismo al IOMA por intermedio de la Federación Médica exponiendo la opinión del concejo directivo en el sentido de considerar distintas problemáticas de acuerdo a las pruebas mandadas por el Instituto de obra social IOMA. (Acta 386 – 09-08-1962)

Se toma conocimiento de una nota cursada por la asociación Mutual del Personal de SIAM Di Tella en la que la misma consulta acerca de la actitud de adoptar ante una facturación de honorarios médicos realizada por la administración del hospital italiano invocando un convenio interno por los profesionales actuantes en el establecimiento. Se acuerda comunicar a la mutual que según el convenio vigente la facturación y el pago de honorarios médicos debe hacerse por la exclusiva vía de la Agremiación. Por otra parte se resuelve solicitar a la Asociación Médica Gremial del Hospital Italiano un descargo al respecto. (Acta 394 – 08-11-1962)

7) Obras Sociales

Informa el Dr. Serricchio que la mutual de AMOETRA ha rechazado considerable número de facturas en virtud de que los profesionales actuantes en cada caso no percibieron directamente del afiliado el 30% de sus honorarios facturando la totalidad a la mutual AMOETRA. Considerando que la reformas introducidas al régimen de prestación de servicios por AMOETRA entre las que se encuentran la percepción directa del 30% de honorarios, no han sido explícitamente informadas por la mutual, el concejo directivo resuelve solicitar a la misma abone las boletas rechazadas disponiéndose por otra parte informar a los afiliados acerca de las modificaciones aludidas. (Acta 416 – 18-07-1963)

Se hace presente en la sesión el Delegado en La Plata de AMOETRA el Sr. Juan Montenegro, quien expone al concejo directivo las dificultades financieras que han llevado a la mutual a la difícil situación en la que se encuentra en relación a la administración. Formula por otra parte que se considere la posibilidad de mantener la prestación de servicios con la formal promesa de la mutual de cancelar en el término de 45 días los honorarios correspondientes a los servicios que se presten a partir del presente. En cuanto a la deuda anterior señala que la mutual procurará cancelarla paulatinamente a medida que sus recursos lo permitan. Ante lo expuesto el concejo directivo resuelve solicitar al señor Montenegro concrete por escrito la propuesta de la mutual para cancelar la deuda actual y el mecanismo que estiman podría convenirse a tal fin paso previo para considerar la oportunidad de mantener la prestación de servicios. (418 – 01-08-1963)

Que por otra parte en conversación mantenida con el delegado de AMOETRA el Sr Juan Montenegro se convino en principio que la mutual cancelará la deuda existente mediante documentos escalonados en un plazo de 10 a 14 meses. (Acta 420 – 22-08-1963)

8) Adelanto de honorarios

Siguen llegando pedidos sobre el adelantamiento del cobro de honorarios, los cuales en su mayoría se les da viabilidad para que los médicos puedan recibir el dinero en forma adelantada. (Acta 372 – 22-03-1962)

Son varios los médicos que piden y a quienes se les otorga la solicitud de adelantos de honorarios debido a la situación económica. (Acta 385 – 02-08-1962)

Presenta el Dr. Serricchio un proyecto de reglamentación para la concesión de adelantos de honorarios a afiliados. Leído el mismo y efectuada algunas observaciones y agregados el concejo directivo aprueba por unanimidad el siguiente articulado:

1. La Agremiación Médica Platense establece un fondo de 200.000 pesos destinados a sufragar los adelantos de honorarios a percibir de obras sociales y mutuales que soliciten sus afiliados.

2. Las solicitudes que deberán hacerse por escrito serán registradas por riguroso orden de presentación en un registro habilitado a tal efecto acordándose las a un número de orden que constará en un recibo de la solicitud que se entregará al médico.

3. Se adelantará si así fuera requerido hasta un máximo de 10.000 pesos. No se consideraran adelantos solicitados correspondientes al último mes presentado al cobro y es requisito indispensable para cualquier solicitud de adelanto la cancelación total de adelantos anteriores.

4. Las solicitudes serán consideradas en la primera sección de la comisión directiva siguiente a su presentación. La contaduría de la entidad presentará en cada sesión un informe donde conste el monto de cada uno de los adelantos solicitados como así mismo la suma disponible en el fondo especial que fija el artículo primero.

5. Las solicitudes que conformen la petición excepcional por este beneficio podrán ser consideradas por el concejo directivo en aquellos casos en que sean debidamente fundadas requiriéndose para su resolución favorable una mayoría de los 2 tercios de los votos.

6. En aquellos casos en que el fondo previsto en el Art. Primero se agotara, los adelantos solicitados se otorgarán a medida que se recupere el mismo y de acuerdo al orden de ingreso de las solicitudes. (Acta 389 – 13-09-1962)

9) Préstamos bancarios

El Dr. Moirano informa que ha gestionado y obtenido la concesión de 10 préstamos en el Banco Comercial y se deberá comunicar a los interesados en turno la disposición de los mismos. (Acta 371 – 15-03-1962)

Informa el Dr. Moirano que ha gestionado y obtenido del Banco Comercial una ampliación de 500 mil pesos del fondo de préstamos personales para afiliados de la Agronomía. (Acta 399 – 14-02-1963)

Se recibe comunicación del Banco Comercial refiriendo que algunos afiliados han dejado de pagar el préstamo avalado por la Agronomía Médica. A raíz de esto se deberá citar a los mencionados profesionales de lo contrario la Agronomía deberá hacerse cargo en su situación de avalar estos préstamos. La idea es lograr la cancelación ante el Banco dado que los deudores no han pagado las cuotas correspondientes y una vez que la Agronomía se ponga al día tendrá los derechos de acreedor hacia los médicos deudores. Por otra parte a fin de garantizar los subsidios especiales el consejo directivo de la Agronomía Médica Platense resuelve colocar en depósito a plazo fijo por 90 días con un interés del 12% anual en el Banco Comercial la suma de 500.000 pesos correspondientes a los fondos propios. (Acta 406 – 18-04-1963)

El consejo directivo resuelve suspender preventivamente a aquellos médicos que no cumplieron con sus obligaciones abonando las cuotas en el Banco Comercial con el aval de la entidad y que además ni siquiera justificaron ante esta Agronomía su proceder ante las reiteradas citaciones que se les formularan por el atraso de las cuotas. (Acta 409 – 09-05-1963)

El consejo directivo resuelve intimar en un plazo máximo de 1 mes a aquellos médicos que no logren cancelar en su totalidad su deuda con la Agronomía Médica Platense contraída por no pagar las cuotas por los avales en

el Banco Comercial. Durante ese lapso se paralizarán las acciones judiciales oportunamente dispuestas. (Acta 410 – 16-05-1963)

10) Casa del Médico

Informa el Dr. Varela acerca de lo acontecido en la reunión que organizara en la Sociedad Médica en acuerdo con el Colegio Médico a efectos de en conjunto con la Agremiación unificar criterios para la elaboración del proyecto de casa del Médico. En la misma se resolvió en primer término, el ofrecimiento de la presidencia de la comisión al Dr. Mammoni quien acepto el cargo acordándose luego la búsqueda de un terreno de determinadas características lugar más o menos céntrico y de alrededor de 20 x 30 ó 40 mts, para la construcción del proyectado edificio. Asimismo se resolvió gestionar sendas entrevistas con el Ministerio de Salud Pública y el Interventor Federal a efectos de conseguir apoyo para la concreción del proyecto. Finalmente se resolvió solicitar a las autoridades integrantes de la comisión en aval oficial para las actuaciones presentes y futuras. (Acta 376 – 03-05-1962)

Informa el Dr. Varela acerca de las gestiones realizadas por la comisión pro Casa del Médico, mencionando la realización de una entrevista con el Sr. Ministro de la Salud Pública y la gestión de una audiencia con el Interventor Federal. Comunica asimismo la incorporación a la comisión de un delegado de la Federación Médica. (Acta 378 – 17-05-1962)

11) Buffet

Por último se considera la actuación del concesionario del buffet comedor de la Agremiación y debido a las continuas reclamaciones por parte de afiliados de la entidad, la falta de higiene y conservación de las instalaciones muebles y útiles como así también de los alimentos sumado a la concurrencia reiterada por personas totalmente extrañas al ambiente profesional médico y considerando que tales irregularidades y deficiencias han sido reiteradamente señaladas a los señores del concesionario se acuerda por unanimidad haciendo uso de las facultades la recisión del convenio respectivo de la concesión del buffet. (Acta 402 – 14-03-1963).

CAPÍTULO 2

1963 – 1966

AMP EN LA REPÚBLICA PERDIDA

Este período se desarrolló bajo la presidencia de la Nación de Arturo Umberto Illia.

Arturo Umberto Illia fue un médico y político argentino miembro de la Unión Cívica Radical. Illia llegó a la presidencia de la Nación en elecciones controladas por las Fuerzas Armadas en las que se prohibió la participación del peronismo. Durante su gobierno se anularon los contratos petroleros firmados por Frondizi con compañías extranjeras, se impulsó la explotación del petróleo y los recursos estratégicos por parte del Estado, se fomentó la industria nacional, se destinó el 23% del presupuesto nacional a la educación (la mayor cifra en la historia del país) (45), el PBI y el Producto Externo Industrial crecieron (el último a un vertiginoso 19% en 1964), bajó la desocupación, se disminuyó la deuda externa, se llevó adelante un plan de alfabetización y se sancionaron las leyes de salario mínimo, vital y móvil y la llamada Ley de Medicamentos. (46)

Una de las principales características que destacan los adeptos a Illia es su ética y honestidad siendo ejemplo de esto el hecho de que Illia vivió casi toda su vida en su humilde casa de Cruz del Eje, donde se dedicaba a la medicina, y que nunca utilizó su influencia a su favor, a punto tal de tener que vender su auto estando en el ejercicio del mando y de negarse a utilizar fondos públicos

para financiar sus tratamientos médicos. Luego de su gobierno, mantuvo su activa militancia política, rechazó la jubilación y se ganó la vida trabajando en la panadería de un amigo. (47)

«A mí me derrocaron las 20 manzanas que rodean a la casa de gobierno», señalaba Illia.

Sin embargo, su personalidad austera y tranquila le perjudicó durante su gobierno, ya que fue utilizada por los sectores de poder afectados por sus medidas para instalar la falsa imagen de un presidente *lento*.

Arturo Illia asumió el 12 de octubre de 1963. Su primer acto de gobierno consistió en eliminar parte de las restricciones que pesaban sobre el peronismo. Desde la Revolución Libertadora las manifestaciones de ese partido estaban prohibidas por el Decreto Ley 4161/56. Cinco días después de que Illia asumiera el gobierno, los simpatizantes del peronismo realizaron un acto conmemorativo por el 17 de octubre en Plaza Miserere.

Se levantaron algunas restricciones electorales, habilitando la participación del Partido Justicialista en los comicios legislativos del año 1965, aunque la prohibición al general Perón siguió en pie. También se levantó la prohibición que pesaba sobre el Partido Comunista y se promulgaron penalidades a la discriminación y violencia racial.

Arturo Frondizi había iniciado en su gobierno una política de explotación petrolera basada en la locación de obras de los yacimientos a empresas privadas reservando a la empresa estatal Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF) la actividad de exploración y la compra de la producción a las empresas concesionarias. A las objeciones de carácter económico y comercial (como el traslado del riesgo empresario a YPF que debía realizar la inversión en nuevas exploraciones, o el aumento de los precios de los combustibles), la plataforma electoral de Illia denunciaba la política por ser consideradas concesiones y no locaciones. Además por considerarla contraria a los intereses nacionales se comprometió a anular los contratos de concesión.

El 15 de noviembre de 1963 Illia firmó los Decretos 744/63 y 745/63 que anulaban dichos contratos por “*vicios de ilegitimidad y ser dañosos a los derechos e intereses de la Nación*”. Esto lejos de beneficiar al gobierno lo dejaría con mala fama internacional y sumaría nuevas fuerzas, esta vez internacionales y muy poderosas, a la coalición que lo derrocaría.

El 15 de junio de 1964 se publica en el Boletín Oficial la Ley 16.459, del salario mínimo, vital y móvil, previo a la constitución del Consejo del Salario, integrado por representantes del gobierno, los empresarios y los sindicatos.

Entre los objetivos del proyecto figuraba la necesidad de “*evitar la explotación de los trabajadores en aquellos sectores en los cuales puede existir un exceso de mano de obra*”, “*asegurar un ingreso mínimo adecuado*” y “*mejorar los salarios de los trabajadores más pobres*”.

Con los mismos objetivos, se promovió la Ley de Abastecimiento, destinada a controlar los precios de la canasta familiar y la fijación de montos mínimos de jubilaciones y pensiones.

La Ley 16.463, también llamada Ley Oñativia en homenaje al Ministro de Salud Arturo Oñativia, sancionada el 23 de julio de 1964 y promulgada el 8 de agosto de 1964 (48), fue aprobada por todos los bloques, excepto UDELPA y la Federación de Partidos del Centro. Establecía una política de precios y de control de medicamentos, congelando los precios a los vigentes a fines de 1963, fijando límites para los gastos de publicidad, imponiendo límites a la posibilidad de realizar pagos al exterior en concepto de regalías y de compra de insumos. La reglamentación de la Ley mediante el Decreto 3042/65 fijaba además la obligación para las empresas de presentar mediante declaración jurada un análisis de costos y a formalizar todos los contratos de regalías existentes.

Esta ley surge, a partir de un estudio realizado por una comisión creada por el Presidente Illia sobre 300.000 muestras de medicamentos. Muchos de estos medicamentos no eran fabricados con la fórmula declarada por el laboratorio y su precio excedía en un 100% al costo de producción.

Partidarios, opositores y observadores imparciales coincidieron en que esta política tuvo un peso decisivo en el proceso político que culminará con el derrocamiento del presidente a manos de un golpe militar.

Otras medidas en el sector de la salud pública fueron, por ejemplo, la obligatoriedad de incorporar un porcentaje de yodo en la formulación de la sal de mesa, la creación del Servicio Nacional de Agua Potable, que financiaba las obras necesarias para asegurar la provisión de agua a las localidades rurales, y la ley de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional.

Durante su gestión de gobierno, la educación tuvo un peso significativo en el Presupuesto Nacional. En el año 1963, su participación era del 12%, en el año 1964, del 17%, en el año 1965, del 23%. (49)

El 5 de noviembre de 1964 se pone en marcha el Plan Nacional de Alfabetización, con el objetivo de disminuir la tasa de analfabetismo que para la época se estimaba en poco más del 10% de la población adulta. En junio de 1965 el Programa contaba con doce mil quinientos centros de alfabetización y su tarea alcanzaba a trescientos cincuenta mil alumnos de dieciocho a ochenta y cinco años de edad.

Entre 1963 y 1966 se graduaron de la UBA 40.000 alumnos, cifra más alta en toda la historia de la casa de estudios.

En materia económica, el gobierno de Arturo Illia tuvo una política de ordenamiento del sector público, de disminución de la deuda pública y de impulso a la industrialización. Se creó la Sindicatura de Empresas del Estado, para un control más eficaz de las empresas públicas.

La evolución del Producto Bruto Interno durante ese período fue del -2,4% para el año 1963, del 10,3% para el año 1964 y del 9,1% para el año 1965. La evolución del Producto Bruto Industrial fue del -4,1% para el año 1963, del 18,9% para el año 1964 y del 13,8% para el año 1965. La deuda externa disminuyó de 3.400 millones de dólares a 2.600 millones.

El salario real horario creció entre diciembre de 1963 y diciembre de 1964 un 9,6%. La desocupación pasó de 8,8% en 1963 a 5,2% en 1966.

Illia mantuvo la proscripción política del ex presidente Juan D. Perón, líder del principal partido opositor. En 1964 impide el ingreso a la Argentina del ex presidente Perón, solicitando a la dictadura militar de Brasil que detengan el avión en el viajaba hacia Buenos Aires. (50)

Se establecieron multas y embargos sobre los bienes de varios dirigentes sindicales debido haber aprobado el Plan de Lucha contra el gobierno. En 1965 prohibió que se realizaran actos de homenaje a las personas asesinadas en los fusilamientos de 1956 y a Felipe Vallese, y reprimió con la policía el intento de la oposición de realizar los actos, con numerosos heridos y detenidos (51). Ese mismo año suspendió la personería gremial de los sindicatos del Calzado, la Construcción, Sanidad y del Caucho. (51)

El gobierno del Presidente Arturo Illia debió convivir con su propia debilidad derivada del hecho de haber sido elegido en elecciones no libres, a causa de la proscripción del peronismo, muchos de los cuales votaron entonces en blanco, obteniendo la segunda minoría. La falta de reconocimiento de legitimidad al gobierno de Illia por parte de los ciudadanos peronistas, se vio agravada por un plan de lucha del movimiento obrero, afectado por la decisión del gobierno de sancionar una legislación sindical sin consultar a los sindicatos.

La Sociedad Rural y la Unión Industrial se habían unido en una asociación anti estatal llamada ACIEL (Acción Coordinada de las Institutos Empresarias Libres). Ambas atacaron persistentemente el déficit del Estado, la inclinación del gobierno por los controles de precios y de cambio, su proteccionismo a las empresas públicas como YPF y la decisión de mantener congelados los arrendamientos agrícolas.

La corporación de prensa nacional y extranjera colaboró en la campaña de desprestigio que se inició contra el presidente y los miembros de su gabinete acusados de lentitud e inactividad. Diarios como El Mundo y Crónica publi-

caban caricaturas en las que se veía a Illia representado como una tortuga. La CGT llevó a cabo el “operativo tortuga” que consistió en sembrar el centro de Bs. As. con esos animalitos que llevaban pintadas en su caparazón las palabras “Illia o gobierno”.

Finalmente para entonces, Estados Unidos, en el marco de la Guerra Fría, ya comenzaba a promover abiertamente el Terrorismo de Estado y la instalación de dictaduras militares permanentes en América latina, impulsadas desde la Escuela de las Américas instalada en Panamá, dentro de la llamada Doctrina de la Seguridad Nacional.

La idea del golpe no solo era reclamada por sectores de la prensa conservadora y del poder económico, sino que también era apoyado por algunos partidos políticos como la Unión Cívica Radical Intransigente liderada por Oscar Alende y el Movimiento de Integración y Desarrollo liderado por el derrocado ex-presidente Arturo Frondizi, y también por algunos sectores del movimiento sindical.

En síntesis los militares tuvieron la tarea de ejecución de una compleja coalición derechista conformada por un grupo de poder, que en su interior contenía núcleos de carácter político-económico, agrupándose varios actores.

El 28 de junio de 1966, en una fría mañana de invierno se produjo el golpe militar en medio de la indiferencia de la ciudadanía.

El General de División Julio Rodolfo Alsogaray, el Jefe de la Casa Militar Brigadier Rodolfo Pío Otero, el coronel Luis Perlinger y un grupo de oficiales se presentaron en el despacho presidencial para solicitarle a Illia el retiro de la Casa de Gobierno, asegurándole en todo momento su integridad física. Éste se negó rotundamente y luego de una fuerte discusión donde manifestó «*El comandante en jefe de las Fuerzas Armadas soy yo* » los militares tuvieron que abandonar el despacho. Ante la fuerte negativa los efectivos policiales ingresaron con pistolas lanza gases, mientras que las tropas rodearon por completo la Casa Rosada. Perlinger volvió a solicitar al presidente que se retire, caso contrario no podía garantizar la seguridad de las personas que lo acompañaban. Ante esta situación Illia optó por dejar el lugar.

Rodeado por sus colaboradores bajó por la escalera hasta la planta baja, cruzó por la entrada y se dirigió a la calle, y como no disponía de vehículo porque lo vendió durante su presidencia abandonó el lugar en un taxi que lo llevó a la casa de su hermano en Martínez.

Al día siguiente asumió Onganía, autodenominando al golpe «Revolución Argentina».

La Salud Pública ocupó una de las prioridades en el gobierno de Illia, y en este aspecto nada mejor que rescatar las excelentes descripciones de Veronelli de las vicisitudes de esa época varias de las cuales hemos extractado en su obra (23)

Arturo Oñativia fue el ministro de Salud Pública durante la presidencia de Illia. Desde los comienzos de la gestión se perfilaron las discrepancias que habrían de separar paulatinamente a Oñativia de su subsecretario Cantlon.

Arturo Oñativia había nacido en Salta en 1914 y había estudiado medicina en Buenos Aires, donde frecuentó tanto el **Instituto de Semiología** creado por Tiburcio Padilla, como el Hospital Rivadavia.

Preocupado por la alta prevalencia del bocio endémico en las provincias del norte argentino, fundó en Salta, en 1955, el **Instituto de Endocrinología**.

Oñativia era un hombre del interior, de ese Noroeste con tradición secular de pobreza. Conocía, por haberla visto y estudiado por años, la desnutrición que se padece y se transmite de generación en generación, herencia perversa que quería detener.

Decía el ministro en 1963: *“Tiene este Gobierno sensibilidad para ubicar en la política del desarrollo del país, los agudos problemas de la salud pública y buscar afanosamente sus soluciones en una acción conjunta con el esfuerzo médico privado, con los gobiernos provinciales y municipales y con la cooperación de los organismos sanitarios internacionales. [...] No desconocemos la magnitud de la tarea y nuestras propias dificultades. Primero, en las puertas de la Capital Federal, su población suburbana y el conglomerado del Gran Buenos Aires, con graves*

problemas de saneamiento, vivienda, desocupación plena o semidesocupación que agravan los índices de mortalidad infantil. Vastas regiones del país que padecen el abandono y el atraso del medio rural, con escasa productividad económica, bajo consumo y poco rendimiento. Y como lógica consecuencia, sus secuelas de miseria, hambre, analfabetismo y enfermedades epidémicas y endémicas que aún esperan la solución de su control o erradicación definitiva. [...] En diversos aspectos, vivimos aún el conocido esquema del círculo de Winslow: “La pobreza y la enfermedad forman un círculo vicioso; hombres y mujeres se enferman porque son pobres y se empobrecen más porque están enfermos, y empeoran sus enfermedades porque siguen empobreciéndose. [...] Necesitamos romper este círculo vicioso y, para ello, es necesaria una vigorosa política con sentido nacional, de esfuerzo y sacrificio, sobre tres amplios sectores del conocimiento humano, indiscutiblemente unidos con simultaneidad de propósitos y fines, como son: Educación, Desarrollo Económico y Salud Pública. [...] Este rápido enunciado mide la extensión y las consecuencias del problema.

Frente a ello tropezamos con nuestras propias dificultades: un organismo de salud pública nacional deformado y desvirtuado en sus finalidades primordiales. Una administración desquiciada, que enerva y paraliza su política sanitaria, originando una burocracia parásita (52) que ha reemplazado su organización técnica. Que no aumentó su plantel de sanitaristas y auxiliares técnicos, sino que se dio el lujo de perderlos, postergarlos o esterilizarlos. Que ha paralizado sus fuentes de abastecimiento propio en medicamentos, mecánica, automotores, ropería, etc., mientras asistimos al desmantelamiento de hospitales y servicios. [...] No contamos con un informe serio sobre nuestro patrimonio. Un escalafonamiento de su personal profesional, administrativo y auxiliar, manejado arbitrariamente por el favoritismo y la política. Y como consecuencia de todo esto, una tendencia a autarquías que origina verdaderos ministerios paralelos, reemplazando el buen concepto de la autonomía de servicios que, con responsabilidad y eficacia manejen sus propios presupuestos y personal. [...] Y finalmente, una situación de angustia financiera, que repercute desfavorablemente en las actividades específicas del Ministerio.” (53)

Respecto de la propiedad y administración de los establecimientos nacionales, puntualizaba: “El comienzo de la política de transferencias, iniciado en 1957,

que pretendió entregar el manejo de los hospitales nacionales a las provincias y municipalidades trajo como consecuencia un estado de incertidumbre, de anarquía y de caos en los servicios asistenciales nacionales, con el resultado final de un desmantelamiento en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos técnicos y mantenimiento presupuestario. [...] En muchas provincias se estableció la atención administrativa a cargo de la Nación y la técnica por las provincias, sistema que agravó aún más el panorama de crisis hospitalaria, pues ni la Nación ni las provincias atienden satisfactoriamente las necesidades del hospital. Y, salvo excepciones, la triste realidad que hoy contemplamos es esta de la falta de adecuada atención hospitalaria en muchos pueblos o ciudades del país; el espectáculo de hospitales que siendo de nuestro pueblo, agregan a su postergación económica y social, la falta de una adecuada asistencia médica que alivie la enfermedad y el dolor. [...] Mientras no se resuelva una efectiva política de desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno auge de las autonomías económicas provinciales, no les permitirán a éstas, entre otras cosas, absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial. Mientras tanto, Salud Pública de la Nación debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales.”

En octubre de 1965, al cumplirse dos años de gestión, Oñativia dispuso que se difundiesen **“los puntos fundamentales de la gestión realizada”** en una publicación que contuviese los diagnósticos de cada uno de los múltiples asuntos que el ministerio trataba de resolver, así como las estrategias en curso en cada uno de ellos. Sentía una gran responsabilidad por la herencia recibida y fundamentaba su decisión de una rendición de cuentas a los dos años de gestión en las características particulares de la tarea que se le había encomendado: [...] **“Cuando el esfuerzo principal debe orientarse hacia una amplia reorganización y reestructuración de un organismo joven, creado sobre la base de una hipertrofia de organismos anteriores y que fue sedimentando vicios en sus esquemas orgánicos y de planteles humanos, el balance es más necesario para poner en evidencia los aciertos o defectos de la actual orientación sanitaria.”**

La Introducción de la obra, que se tituló **“Política Sanitaria Nacional”**; estaba fechada en abril de 1966 y la edición se terminó de imprimir a fines de

mayo, constituyéndose en la memoria de una gestión, **ya que el 28 de junio las Fuerzas Armadas obligaron al presidente Illia a abandonar la Casa de Gobierno**, rodeado por un escaso número de simpatizantes.

Es importante destacar que en la publicación ministerial, la presentación de los problemas identificados, los lineamientos propuestos y los resultados logrados, fueron precedidos por una **reseña de la historia sanitaria, que se afirmaba fracturada**:

*“Desgraciadamente para el país, si se vuelve la mirada hacia el pasado en busca de enseñanza en los esfuerzos y realizaciones de otras épocas, se llega a la conclusión de que el capítulo de la salud pública no solamente ha sufrido una disociación con la evolución de la medicina nacional, sino que fue víctima de un prolongado olvido, de una postergación y frustración injustificadas que desvirtuaron sus objetivos. Esto trajo graves consecuencias para el cuidado y protección del potencial humano de la Nación. [...] Este defecto... **señala la falta de autenticidad y continuidad de los esfuerzos como uno de los factores más serios de la crisis nacional.** [...] Como en otros campos o niveles de la evolución y desarrollo nacional, en la salud pública no hubo un esfuerzo que sumaran las nuevas generaciones sobre la experiencia de las que le precedieron. **Se rompió la continuidad de una tradición, de una doctrina, de una política orgánica y adaptada a las exigencias y necesidades del momento o integrada al desarrollo socio-económico de un país que cambia rápidamente.** [...] Desde que esta continuidad en el pensamiento sanitario nacional se quiebra y se abren en el campo de la salud pública las etapas de los retrocesos — como en otros tantos de la vida de la República— se vive el drama de una autenticidad perdida o desvirtuada. **Faltó la capacidad de sedimentar conocimientos y experiencias del pasado argentino para realizar el presente y construir para el futuro.** [...] Es por esto que cuando toca enfrentar los aspectos esenciales de la salud pública y **capítulo en un campo virgen**, aún no explorado, dada la magnitud de los problemas que deben solucionarse, la carencia o déficit manifiesto de información y de medios materiales y humanos que se disponen para resolverlos en amplitud y profundidad. [...] Sin embargo, la tradición y la doctrina del sanitarismo argentino, rica en realizaciones y sugerencias para el futuro, fue hecha realidad desde la segunda mitad del siglo pasado, por*

*hombres que el ideal por la higiene pública los convirtió en apóstoles de una causa al servicio de su pueblo. [...] Descuidando esta tradición, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, surgido del ex Consejo Nacional de Higiene, que nació y se nutrió de la obra de estos hombres, ejerciendo una verdadera gravitación nacional, se estructuró progresivamente hacia un organismo burocrático y centralizado en la Capital Federal. [...] Por estos antecedentes, nacen dos premisas capitales para la actual Política Sanitaria Nacional. **Primero:** Establecer, en su doctrina, la visión real de los grandes problemas sanitarios, conviviendo en el terreno con el hombre argentino y sus necesidades. **Segundo:** Devolver al organismo de la Sanidad Nacional, **su función rectora, normativa y de asesoramiento** a través de una definida línea de descentralización operativa hacia provincias, municipios y comunidades.” (54)*

La distribución de las acciones y las responsabilidades entre el Estado y la sociedad civil fue una preocupación permanente de esa gestión, que se proponía también, como explícitamente había pretendido Noblía, **integrar la salud pública a los planes generales del desarrollo social y económico:** “*las acciones de salud pública deben formar parte y coordinarse con otras actividades que tiendan a establecer el bienestar económico, social y cultural de los pueblos [...] los programas de salud pública deben integrarse en los múltiples y complejos aspectos del desarrollo socio-económico de los pueblos.*”

Se revisaban los indicadores demográficos, económicos, sociales y sanitarios, que ubicaban a la Argentina “*en el nivel inferior de los países desarrollados, pero alejada de los “subdesarrollados”*”, para destacar que se trataba de promedios en los cuales primaba la concentración macrocefálica en la Capital y el gran Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe; “*porque nadie ignora que en vastos núcleos de poblaciones del interior esos indicadores sociales sufren caídas verticales, que urge precisar en su verdadera magnitud, para orientar un auténtico desarrollo que estimule las economías regionales del país, con una política de descentralización e integración efectivas.*”

“*Es necesario* —afirmaban las autoridades ministeriales— *superar los factores de despoblación del interior, la carencia de fuentes de trabajo,*

salarios insuficientes y miseria ambiental, evitando las migraciones internas que han creado focos de «sumergidos» en medio del área de desarrollo metropolitano y de las grandes ciudades. Que los índices de mortalidad infantil se uniformen y descendan para todo el país y no se tengan provincias con tasas de cien y más por mil y zonas donde éstas alcanzan características de verdadera catástrofe social, con cifras de más de 200 muertos por mil entre los recién nacidos de 0 a 1 año. Que los porcentajes de alfabetización no se vean modificados por la deserción escolar impuesta por las pésimas condiciones socio-económicas del ambiente rural y que al lado de poblaciones bien alimentadas, no padezcan otras regiones el espectro del hambre y la desnutrición por falta de los elementos más indispensables (con valores calóricos de 1.300 a 1.700 y con ingestión de 37 a 45 gramos de proteína).”

El ministro sabía mejor que muchos técnicos que los promedios esconden a veces más que lo que muestran, y en particular en lo referente a situación alimentaria, sabía que en cada región se presentaban características propias y diferentes. Propició la creación de Centros Regionales de Investigación Nutricional, que completaran la visión nacional del Instituto de la Nutrición creado por Escudero y que tenía sede en la Capital.

“Resolver el efectuar el diagnóstico y tratamiento de los problemas médico-sociales de las poblaciones, se tiene la impresión de que iniciáramos en Argentina el estudio e investigación de este problema de la desnutrición, como el de la sobrealimentación, supone el esfuerzo mancomunado de toda la sociedad y la coordinación estrecha de todas las acciones concurrentes de salud, de educación, de política agropecuaria, de industrialización, conservación y distribución de alimentos. [...] La incorporación del concepto salud en la dinámica del desarrollo nacional, significa que la planificación sanitaria y la económica deben tener una acción conjunta y la colaboración entre sanitarios y economistas ha de ser estrecha y permanente, ya que estos últimos no deben ignorar las repercusiones de las acciones de salud en los cambios del medio ambiente, en las tasas de crecimiento, morbilidad, mortalidad y en la composición de la población.”

Finalmente se destacaba la participación de la comunidad en los programas de salud pública: *“la aparente apatía o indiferencia de los grupos sociales en contribuir a*

solucionar sus propios problemas no es más que falta motivación, de educación social, de ausencia de medios y de recursos. En esto radica la responsabilidad de los gobiernos.”

La participación que se pretendía era de mayor amplitud y profundidad que la ensayada en los Hospitales de la Reforma bonaerense.

En 1964/1965 se realizó el **“Catastro Nacional de Recursos y Servicios en Salud”**, respondiendo a una necesidad perentoria: *“la mayor dificultad que hubo que vencer fue la falta de una información que permitiera establecer, cuali y cuantitativamente, el estado actual de los equipos existentes (radiodiagnóstico, radioterapia, laboratorios, etcétera). Además, la falta o desactualización de los inventarios de la casi totalidad de los organismos y depósitos del Ministerio”*.

Después de realizado el **“Catastro”**, que permitió no sólo conocer en su real medida el patrimonio del Ministerio, sino descubrir la existencia de valiosos equipos e instrumental (entre el 35 y el 45% se encontraba en desuso), se decidió reorganizar la **“Dirección de Estadísticas y Economía Sanitaria”** (55).

Las camas hospitalarias totales en el país se estimaban, en 1963, en 129.435, de las cuales 31 mil dependían de la Nación, algo más de 40 mil de las provincias y 18.000 eran privadas. El catastro de 1964/65 arrojó un total superior: 141.869. Las de dependencia nacional habían aumentado en mil quinientas, las provinciales casi en tres mil **y las privadas en diez mil**.

En las camas públicas, y sobre todo las nacionales, se constataban bajos rendimientos que provenían de índices bajos de ocupación y elevados promedios de estadía. Por acuerdo del Ministerio con el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y con el Consejo Federal de Inversiones (CFI), se desarrolló un procedimiento para la determinación de costos hospitalarios. Se continuaba considerando la existencia de una **“crisis hospitalaria nacional”** y se afirmaba que **“desde los informes de los expertos de la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1957-1958, nada se hizo por recuperar el tiempo perdido.”**

“Para asegurar una correcta solución de la crisis médica nacional, oficial y privada, se avanza ya hacia la implantación del Seguro de Enfermedad,

o con carácter más amplio, el de Salud, resueltos en un Régimen de Seguridad Social.

*“Concretar esta doctrina, será cumplir con los enunciados de la Constitución Nacional vigente que, en su artículo 14, de acuerdo con la reforma de 1957, establece que **el Estado otorgará los beneficios de la Seguridad Social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable.**”*

Provenzano compartía con el ministro el propósito de explorar y promover la aclimatación en el país de **mecanismos de participación de la comunidad**, análogos a los que existían en los países anglosajones, en los cuales los hospitales “*voluntarios*” eran muchas veces sostenidos y administrados por las comunidades. Creían ambos (también lo había sugerido Coni), que el Estado, actor inicial de nuestro desarrollo sanitario, había ahogado o expropiado algunas veces la capacidad de la sociedad civil local, de la **comunidad**, para orientar y administrar sus organismos productores de servicios, y creían que debía trabajarse para devolvérsela. ...“*si los hombres quieren seguir siendo civilizados, o llegar a serlo*” —había advertido Tocqueville— “*el arte de asociarse debe crecer y perfeccionarse...*”, y las actividades médico-sanitarias podían ser un sujeto privilegiado para la asociación voluntaria.

Por fuera de la acción de los “*servicios sociales*”, **crecía la preocupación de los gremios médicos frente a las empresas médicas de prepago**. En las provincias en las cuales estas organizaciones crecían con mayor velocidad, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza, la corporación médica solicitaba el apoyo del Estado para **contener un proceso que amenazaba con convertirlos en empleados**. En Santa Fe se obtuvieron en 1967 un par de decretos que introducían regulaciones; dos años después la Corte Suprema de la Provincia declaraba la inconstitucionalidad de algunos de sus artículos.

El universo poblacional al que apuntaban estas organizaciones era el señalado por Carrillo como “*personas de medianos recursos, (que) no pueden pagarse una asistencia privada en sanatorio, **pero tampoco pueden** —psicológicamente— **ser carne de montón en un hospital**”.* (56)

En 1965 el Ministerio presentó un proyecto de ley sobre “*servicios de atención médica para la comunidad*” como uno de los mecanismos que pensaba que convenían ensayarse en aquellos casos en los que se considerase que existían condiciones favorables para ese efecto, el cual había obtenido media sanción en el Congreso cuando el gobierno fue derrocado por las Fuerzas Armadas.

La corporación médica se opuso al proyecto ministerial, aduciendo que “*tiende a la implantación del sistema de estatización de la medicina y funcionarización de los profesionales, conceptos reiteradamente rechazados por los organismos médico-gremiales. Se considera una circunstancia agravante el hecho de que el nuevo régimen pueda considerarse como una etapa previa a la implantación del seguro de salud, ya que supondría colocar a los médicos como prestatarios directos de los servicios del seguro.*” (23)

La presunción de la corporación médica era correcta: el gobierno quería avanzar hacia una seguridad social que cubriese la atención de la salud de la mayor parte de la población. Provenzano aclaró los propósitos del gobierno y respondió a los cuestionamientos de la corporación médica.

En mayo de 1966 se realizó el **IV Congreso Nacional de Seguridad Social**, en el cual se presentó el *Anteproyecto de Código de Seguridad Social* en cuya elaboración había participado Provenzano como representante de la **Confederación Médica Argentina**. En su informe sobre las Prestaciones de Salud y Asistenciales decía: “...*la multiplicidad y diversidad de los sistemas ya existentes en nuestro medio conspiran contra la pretensión de involucrarlos en un único cuerpo de doctrina, máxime si se tiene en cuenta que algunos sectores — entre ellos las asociaciones de profesionales de las ciencias médicas— han tomado posición frente al problema propiciando soluciones que difícilmente armonizan con las aspiraciones de otros sectores. Y el Estado, por su parte, requiere para sus fines una legislación equilibrada, un común denominador que englobe las prestaciones de la seguridad social aunando los intereses de todos sin desnivelar el fiel de la balanza. [...] Son tantas las dificultades —en nuestro país— para estructurar un ordenamiento adecuado de las prestaciones médicas, que se ha abierto paso en muchos espíritus el criterio hedonístico de que es preferible no innovar en la ma-*

teria y reforzar, en la medida de lo posible, los servicios de organizaciones ya existentes. [...] Esto último tendría validez si nuestro panorama sanitario-asistencial requiriese soluciones cuantitativas y no cualitativas. Pero los problemas son más profundos. Nadie desconoce hoy que el panorama sanitario de la población es poco satisfactorio en amplias zonas del país, a pesar de los esfuerzos estatales y privados que adolecen, en términos generales, de ineficacia más que de insuficiencia.

Por otra parte, si partimos de la base de que el estado satisfactorio de salud de la población es uno de los pilares del desarrollo económico social, se deduce que la organización de las atenciones médicas asume un carácter de prioridad ineludible para nosotros, precisamente en momentos en que la República está esforzándose por concretar un incremento en sus niveles de desarrollo.

*[...] El espíritu que ha guiado la redacción del capítulo correspondiente del código de la Seguridad Social del Consejo Federal de Seguridad Social está de acuerdo con el que informa un planteo general: **un Sistema de Seguridad Social debe ser amplio en el otorgamiento de sus prestaciones de salud y cubrir a la mayor parte de la población; y ello por razones humanas y financieras.***

No es posible la financiación de un sistema de esta naturaleza sin que se cumpla estrictamente el principio de la solidaridad social. Todos —o los más— deben contribuir con su aporte económico; y como la obligación de aportar engendra el derecho a recibir beneficios, la justicia exige que esos derechos se satisfagan, cualquiera sea la situación económica del requirente.”

Decía Provenzano en otra parte del Informe: “[...] el Seguro de Salud atenderá sus prestaciones a través de la capacidad instalada actual (consultorios médicos privados, servicios asistenciales de cualquier tipo). **Esto es imprescindible, ya que dicha capacidad se adecua en buena medida a las necesidades del país; y el seguro no estaría en condiciones de afrontar la erogación que representa el instalar servicios que se superpondrían a los ya existentes.** Con todo, en aquellas zonas desguarnecidas del país, sin servicios locales o sin profesionales en número suficiente, los organismos de aplicación del seguro podrán organizar el otorgamiento directo de las prestaciones. [...] **No es éste, sin em-**

bargo, el criterio reiteradamente sostenido por el cuerpo médico del país. En el justo temor de que desaparezca el ejercicio liberal de la profesión, absorbido por un ente dispensador de empleos, y la consiguiente transformación del médico en un agente burocrático sin posibilidades de superación, ha luchado por que la Caja de Seguro de Salud sea un organismo financiador, y no prestatario directo de los servicios.

Fruto de esa lucha son, entre otras, las leyes de creación y los decretos reglamentarios del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires y del Seguro de Enfermedad de la Provincia de Salta. Sin embargo [...] se hace necesario rever aquel concepto restringido y adecuarse a las reales necesidades de la Nación. Por eso es que el Código permite la posibilidad, en casos excepcionales, de que el seguro de salud pueda instalar centros asistenciales cuando las circunstancias lo determinen....” (57)

No estaría completa una reseña de la gestión ministerial de Oñativia sin mencionar el estudio del tema de la producción, importación y comercialización de medicamentos y la formulación de los proyectos y la sanción de las leyes 16.462 (económica) y 16.463 (técnica).

En 1963 y como parte de un estudio conjunto de la OEA, el BID y la CEPAL sobre la tributación en la Argentina, se elaboró y difundió un estudio sobre *“Incidencia de los gastos en medicina en los presupuestos familiares”*.

Para los grupos de menores ingresos, la proporción que representaban los medicamentos (62.6%), era mayor que lo representado por médicos y sanatorios.

En 1964 se dictó el decreto 7.650 de *“congelamiento del precio de los medicamentos”*, que obligaba a efectuar la reinscripción de los medicamentos.

Los laboratorios productores reclamaron, pidiendo se dejara sin efecto la medida, pues los medicamentos *“tenían”* que ser más caros, aduciendo, como suelen hacer, los costos de la investigación que dicen realizar. Se sancionó un decreto que obligó a los laboratorios a presentar información, cuyo análisis demostró la existencia de múltiples factores distorsivos de los precios en las etapas de produc-

ción y comercialización. Sancionadas en agosto de 1964 las leyes, se trabajó intensamente para elaborar los decretos reglamentarios, que establecieron normas para reclasificarlos y para determinar los precios de venta.

Debía trabajarse con extremo cuidado, pues el subsector de mayor vulnerabilidad financiera estaba representado por los laboratorios de capital nacional, y se pretendía que las normas no los perjudicaran. En los archivos del Ministerio se habían llegado a registrar 33.000 especialidades, que después de la reinscripción se redujeron a 17.832. Una resolución ministerial de principios de 1965 creó la **Comisión Consultiva de Medicamentos**, formada por los Dres. **Alfredo Bandoni, Luis Camponovo, Luciano Hug, Alfredo Lanari y Agustín Marenzi**, todos ellos profesionales de reconocido prestigio académico.

La presión para que las leyes no se sancionasen, luego para que no se reglamentasen y finalmente para que se derogasen fue múltiple e intensa; por vías diplomáticas y a través de diversos organismos financieros, por ejemplo, el grupo conocido como “*el club de París*”, hicieron llegar al Ministro de Economía y al mismo Presidente de la Nación el mensaje de que estas leyes obstaculizaban las relaciones normales y podían determinar que no se renegociasen deudas anteriores o nuevos créditos.

El ministro estaba convencido que desde 1957, cuando se sacó de la jurisdicción del Ministerio el Laboratorio de Investigaciones Farmacológicas y sobre todo desde 1959, cuando se eliminó todo respaldo legal ministerial, ***“el organismo rector de la sanidad nacional no fue más que un simple espectador de la deformación permanente del mercado y de la estructuración de vicios que fueron alterándolo en profundidad en todos sus aspectos [...] Las medidas reglamentarias de ambas leyes es el punto de partida de un complejo proceso en el que juegan intereses que dificultan su necesaria regulación. Proceso que tendrá que ir completándose durante un largo período de tiempo hasta conseguir la normalización del mercado en sus distintas etapas.”***

Para el control técnico se creó un laboratorio de control de drogas y medicamentos que se fue equipando progresivamente y alcanzó un alto grado de desarrollo.

Con el fin de profundizar y conocer aún más la política sanitaria de la época, hemos seleccionado algunos conceptos de la visión que tenía Bernabé Cantlón, Subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública de su gestión durante 1965-1966, años después de haber dejado el cargo (58).

Dr. Bernabe Cantlon (58)

Subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública (1965-1966)

Una de las urgencias fundamentales del nuevo Ministerio fue poner en marcha un Plan de Lucha contra la Mortalidad Infantil. Fue realmente una de las prioridades del Gobierno Constitucional. Se actualizó la Dirección de Maternidad e Infancia y se puso al frente de la misma al doctor Tomás Banzas, en ese entonces Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, quien no era afiliado radical, pero sí demócrata capaz y decente.

Se había observado en los últimos años una curva prácticamente plana como expresión representativa de una mortalidad infantil, que por lo elevada resultaba un permanente reclamo de obras más efectivas. De modo que de inmediato se adoptaron una serie de medidas para conseguir el descenso de dichas cifras. Banzas, junto con un personal muy escaso, comenzó su tarea y en cinco meses se hizo el plan, se consiguieron los fondos y se puso en marcha lo programado. Ya en marzo de 1964 funcionaban 244 Centros Materno Infantiles en todo el país, y a fines de 1965 dicha cifra alcanzaba a 316. Así rendimos un homenaje real a Alfredo L. Palacios, quien fue oficialmente invitado al Ministerio para participar en la ceremonia del comienzo de esta lucha.

El dinero que se logró se distribuyó cuantitativamente en todo el país, de acuerdo a las posibilidades económicas de cada provincia y a las cifras de mortalidad. La Capital Federal no recibió un peso. No se alquiló ningún local, todos los centros se constituyeron en base a la rehabilitación de los ya existentes, en locales que se habilitaron en las escuelas y en los sindicatos. Y esto de los Centros ubicados en las escuelas y sindicatos determinó varios hechos positivos:

- 1º) Disminución de gastos.
- 2º) No había ningún problema en el control de los horarios de los médicos.

“No gastamos inútilmente, utilizamos un material ya existente, de modo que el dinero se podía volcar íntegramente en la parte específica: sueldos, compra de leches, vacunas y los diferentes elementos necesarios para habilitar los Centros”. Se intensificó la campaña educativa para lograr que más madres dieran el pecho a sus hijos, de modo de evitar la malnutrición y las diarreas, causas fundamentales de la morbi-mortalidad infantil. Además, cada día se demuestra con mayores razones que el niño alimentado al pecho presenta un desarrollo afectivo mucho mejor y se alejan las posibilidades de trastornos emocionales.

Todas estas medidas redujeron rápidamente la mortalidad infantil.

Mientras esta y otras medidas de ordenamiento se realizaban, el Ministerio creó el Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud, organismo encargado de determinar y suministrar las pautas generales de la planificación sanitaria, información básica, fijación de prioridades, evaluación permanente, etc.

Una de las primeras acciones de esta unidad de planificación fue la realización del primer Catastro Nacional de Obras y Servicios. Por primera vez se supo en el país cuántos hospitales, cuántos sanatorios, cuántas camas, cuál era su estado, cuánto personal, qué grado de equipamiento, su complejidad, su grado operacional, etc. Se estableció así el número de camas que correspondían al Ministerio, a las provincias, Obras Sociales, etc. En 1963 las cifras de camas se distribuían de la siguiente manera. **Camas hospitalarias:** Ministerio de Asist. Soc. y S. Púb. 32.625, Otros Ministerios Nacionales 10.424, Ministerios Provinciales 43.342, Municipalidades 21.336, Mutuales 1.889, Privadas 29.173, Obras Sociales 3.080, **TOTAL 141.869**

“El total de camas, pues, alcanzaba a: 141.869, mientras que los datos que existían en el Ministerio a nuestra llegada indicaban un total de 129.435 camas. De esto se concluye que casi el 80 % de las camas pertenecían al Estado.

Como dijimos antes se visitaron cada uno de estos establecimientos y repetimos se analizó”:

- 1°) Estado físico del establecimiento.
- 2°) Personal.
- 3°) Equipamiento.
- 4°) Funcionamiento.
- 5°) Estadística (prestaciones, etc.).
- 6°) Complejidad.

Los resultados del Catastro analizados luego en detalle “demostraron la falta de actualización y veracidad de la información existente, o supuesta, en cuanto al conocimiento de establecimientos u organismos sanitarios o asistenciales, número de camas y su tipo, equipos, personal y su clasificación, etc.

“Nuestra llegada al Ministerio coincidió con uno de los brotes más importantes de *Virus Hemorrágica* o *Mal de O’Higgins* o, en una terminología más moderna, *Fiebre Hemorrágica Argentina*”. Esta última denominación caracteriza mejor a la enfermedad y la ubica geográficamente. Como Subsecretario presidió entonces la Comisión Nacional Coordinadora, que se constituyó por Decreto N° 4299 del Poder Ejecutivo; dicho decreto dice en su parte fundamental: “Que el brote epidémico de *Fiebre Hemorrágica* actualmente en pleno desarrollo obliga a adoptar diversas medidas referentes a una exhaustiva investigación acerca de su origen, epidemiología y fisiopatología para encauzar su profilaxis y terapéutica, etc. En las investigaciones efectuadas en otros países y en el nuestro sobre enfermedades o procesos similares no han permitido lograr métodos de prevención ni recuperación eficiente.

Se facultó, además, a la Comisión Nacional Coordinadora para incorporar representantes de otras instituciones oficiales o privadas cuando lo considerara oportuno.

Es de señalar que desde el comienzo formó parte de la Comisión un representante de la provincia de Buenos Aires y en los últimos tiempos se habla incorporado –de acuerdo al artículo 2° del decreto– un representante de Cór-

doba, ya que habían aparecido los primeros casos en el sur de dicha provincia. Se logró de inmediato un presupuesto inicial para el ejercicio que finalizaba en octubre de 1964. Cada una de las instituciones que integraba la Comisión presentó sus necesidades en personal y material; en breve tiempo se hicieron las licitaciones y luego los diferentes organismos se encargaron del estudio e investigación de la Fiebre Hemorrágica, trabajando independientemente, pero coordinando su labor y realizando frecuentes reuniones para analizar la marcha del brote infeccioso e intercambiar ideas sobre las investigaciones que se llevaban a cabo. El doctor Bernardo Houssay, quien concurrió a la firma de los convenios entre el Ministerio y los representantes de las distintas instituciones que integraban la Comisión, dijo en esa oportunidad que: “Era la primera vez que en el país se lograba tan rápidamente una coordinación completa entre instituciones tan diversas y que esta coordinación permitía augurar el mejor de los éxitos”.

“Posiblemente haya influido en la rapidez de la constitución de la Comisión el dramático hecho de la presencia del brote, que en algunas localidades de la provincia de Buenos Aires alcanzaba cifras muy altas. Es de notar que recibimos la investigación a fojas cero y sin elementos que permitieran la inmediata puesta en marcha de un programa tan serio como lo es el de la investigación de la Fiebre Hemorrágica. Investigaciones anteriores que decían haber logrado una vacuna muy efectiva no dejaron ningún informe en el Ministerio ni en el Instituto Malbrán. Al Ministerio no le correspondía la función asistencial, pero dada la urgencia, el alto número de enfermos y las dificultades que presentaba la provincia de Buenos Aires, concurrimos a diferentes lugares donde la epidemia se hacía más intensa, facilitando personal técnico y elementos para las diferentes tareas. Se imprimieron hojas clínicas especiales, se mejoró la más rápida denuncia de cada paciente, se editaron folletos explicativos de los primeros síntomas de la enfermedad, etc.; es decir, se hizo una campaña intensa en todos los aspectos del problema y se puede decir que desde entonces la lucha contra la fiebre hemorrágica está seriamente encarada”.

Se dispuso, pues, la reorganización de las Delegaciones, dictándose el Decreto N° 2083 el 24 de marzo de 1964, que tuvo por objeto efectuar un ordenamiento de las reglamentaciones existentes, fijando expresamente sus responsabilidades,

atribuciones y derechos. Este decreto fue luego perfeccionado por un nuevo Decreto N° 8115 del 21 de setiembre de 1965, el cual se establece que el cargo de Delegado debe ser desempeñado por un médico sanitarista.

El decreto consta, además, de una serie de capítulos donde se establecen las atribuciones fundamentales de las Delegaciones: “Coordinación, apoyo, asesoramiento y promoción con las autoridades sanitarias provinciales con el fin de uniformar métodos, procedimientos e interpretación de los problemas sanitarias”. Pero fundamentalmente lo que se perseguía con la vigencia de este decreto era alcanzar “la máxima descentralización ejecutiva de la Sanidad Nacional a nivel Regional (provincias) y local (municipios y comunidades)”.

El funcionamiento correcto de las Delegaciones Sanitarias Federales era el paso previo para la posterior regionalización sanitaria nacional.

Por otra parte es indispensable conocer como estaba organizado el Gremialismo Médico en esa época (59), para lo cual hemos utilizado las concepciones que tenían los propios dirigentes médicos gremialistas durante 1964 (59).

Organización actual médico gremial argentina

“En la República Argentina se ha alcanzado, en el momento actual, una organización que para países como el nuestro, estructurado políticamente de acuerdo con un concepto federalista puede servir de modelo”.

No significa esto que se haya alcanzado el ideal. El esquema de organización existe y se ha proyectado en todo el país, en el que funciona de acuerdo con las necesidades y características regionales, pero sigue estando en manos de un número relativamente reducido de médicos, cuyo inagotable entusiasmo mantiene y difunde la inspiración gremial. Sin duda adquirirá su mayor vigor y su gran poder moral cuando se haya incorporado a ella, con idéntico afán de propender al progreso social, y profesional, la totalidad de los médicos del país.

Excluyendo las científicas o académicas, existen en la actualidad dos tipos de organizaciones médicas.

A) Las de índole gremial, de afiliación voluntaria, y B) las de inscripción o matrícula obligatoria que revisten el carácter de entidades de derecho público (Colegios o Consejos Médicos).

Nos ocuparemos aquí de las de orden gremial. Esquemáticamente, sus bases están constituidas por entidades primarias, denominadas asociación, centro o círculo, a las que se afilien los médicos de un partido o distrito. Están gobernadas por una comisión directiva, electa por sus afiliados, cuyos integrantes duran habitualmente dos años en el ejercicio de su mandato. Estudian, planifican, aconsejan y resuelven los problemas propios de su jurisdicción, dentro de las normas de sus respectivas federaciones.

Las federaciones abarcan todo el ámbito de las provincias en que actúan. Son gobernadas por una mesa ejecutiva, o consejo directivo, y la asamblea. Sus autoridades son elegidas por los delegados de las entidades primarias. Encaran los problemas de carácter provincial o los que por su índole afectan a dos o más entidades primarias, y procede de acuerdo con sus estatutos y las normas generales de la Confederación Médica de la República Argentina.

Esta última se integra con las 24 federaciones y/o entidades equivalentes existentes en la República que hayan solicitado su afiliación y aceptado sus estatutos. La jurisdicción es de orden nacional y actúa en los problemas que se plantean en ese nivel o los que atañen a dos o más federaciones.

Sus finalidades y objetivos están claramente especificados en el artículo 4 su estatuto, que a continuación transcribimos.

a) Defender los intereses morales y materiales de los médicos, fomentar el espíritu de agremiación y solidaridad y velar por su prestigio y por el fiel cumplimiento de las normas éticas profesionales y gremiales.

b) Coordinar la acción de las entidades médicas que la componen y vincularlas solidariamente en la defensa de los intereses profesionales comunes.

c) Establecer vínculos con las entidades médico-gremiales internacionales.

d) Propiciar la creación de Federaciones Médicas en las provincias en donde no las hubiere.

- e) Fomentar el espíritu de cooperación entre los médicos.
- f) Organizar congresos, asambleas y simposios médicos (científicos, médico-sociales y médico-gremiales).
- g) Gestionar ante los poderes públicos la sanción de leyes, reglamentaciones, ordenanzas etc., tendientes a mejorar las condiciones de trabajo de los médicos y la sanidad de la población.
- h) Colaborar en el estudio de los problemas asistenciales y sanitarios y los que atañen a la medicina preventiva.
- i) Promover el estudio de los asuntos médico-gremiales, médico-sociales y la educación sanitaria de la población.
- h) Promover la incorporación de los médicos agremiados al gobierno de la universidad en función y representación de los graduados a través de sus organizaciones regionales respectivas.
- k) Asumir o colaborar en la defensa de cualquier profesional médico cuando hubiese sido afectado en sus intereses profesionales, morales o materiales sin razón legal y siempre que medie un pedido formulado por la entidad médico-gremial de la jurisdicción a la que pertenezca el interesado.

¿Es el gremialismo médico una práctica extendida en América?

Los principios seguidos por el gremialismo médico en Argentina han sido, puede decirse, los mismos que informan la doctrina enunciada en la Carta Médica de La Habana, de diciembre de 1946: el derecho de todo individuo de América a disfrutar de la salud; el derecho de todos los médicos del continente a ser respetados en el ejercicio de la profesión y a gozar de protección integral; la necesidad de que sean los médicos quienes tengan a su cargo la dirección y el gobierno de las instituciones de carácter médico-social: la obligación de los gobiernos de América de conceder a las organizaciones médicas la participación en la estructuración de nuevos sistemas de prestación de servicios médico-sociales.

Sin embargo, influyen factores que no permite que esta lucha se desarrolle con total amplitud, en primer término, una preparación predominantemente informativa con escasa base humanista, tiende a encarar al estudiante de medicina y al médico recién graduado con problemas puramente técnicos y lo

alejan de los problemas sociales que son la inevitable causa y consecuencia del dolor y de la enfermedad.

Por otra parte, la difícil situación económica de nuestras jóvenes generaciones médicas, las coloca en posición desventajosa y en puntos de vista parciales para comprender desde el principio el gran papel de elemento transformador y rector que les confiere el ejercicio de su profesión. El mal que señalamos reconoce, pues, dos causas: una de educación, otra económica.

Esto sucede en Argentina poseedora de una clase media extendida, importante y culta, en la que es parte de singular gravitación el sector médico. Es de suponer que el problema adquirirá mayor gravedad en aquellos países donde las mismas circunstancias no se hallan presentes.

En segundo término, el médico que tiene ya varios años de profesión, en raras ocasiones ha podido consolidar una situación económica que le permita desenvolverse con independencia en la lucha por sus aspiraciones gremiales y ve con angustia cómo se van limitando las fuentes de trabajo a medida que organizaciones de tipo comercial o mutual van absorbiendo la mayor parte de la demanda de asistencia. Otro factor que por momentos ha tornado a esta lucha áspera y difícil ha sido la gravitación de acontecimientos políticos que han determinado que se impidiera a algunos profesionales, por razones de partido o de ideología, ejercer su profesión o acceder a cargos técnicos. En este aspecto la Confederación Médica de la República Argentina ha seguido una política inflexible y sentada una doctrina que aplicó invariablemente en todos los casos, con el convencimiento de que al trabarse la libertad de un médico se infiere serio agravio e importante perjuicio al núcleo social en que actúa.

Pero quizás más importante que todo esto es que los principios gremialistas no se han identificado aún con el sentimiento y la cultura de la mayor parte de los médicos. Esta cuestión adquiere gravedad por el solo hecho de ser enunciada. De cada diez médicos, dos se dedican a la práctica del gremialismo, dos la conocen, cuatro la intuyen y dos la ignoran totalmente. Desde luego se ha avanzado desde la época en que el empaque de los médicos los hacía mirar con desconfianza y desdén a los pocos colegas de vanguardia que levantaban la

antorcha del gremialismo, pero no podemos dejar de señalar que éste adquirirá toda su fuerza moral y todo el empuje dinámico que necesita para realizar sus ideales cuando en todos los médicos se desarrolle un espíritu de solidaridad con la cosa común, de interés apasionado por los problemas sociales, de intención permanente de perfeccionamiento técnico y de conocimiento de su trascendente misión para el progreso social.

La lucha que hoy se libra en el campo profesional en relación con los poderes públicos, por el perfeccionamiento técnico, por la solución de problemas que tienen indudable base económica y educativa, por lograr una salud integral para nuestros semejantes, por elevar la condición económica y la dignidad profesional de los médicos, debe ser acompañada por una acción vigorosa, sistemática, compleja, duradera que no ofrezca posibilidades al fracaso, para la formación de una conciencia gremial auténtica, que haga presa en todos los médicos de cada país y se haga carne con la esencia de su profesión.

Esa conciencia gremial debe significar conocimiento de los problemas técnicos asistenciales y sanitarios, comprensión de los problemas sociales y de sus determinantes económicos, educativos y ambientales, ambición de superación y de progreso, devoción por principios de libertad y de democracia, seguridad de saber aplicar todo lo precedente en el ejercicio de la función pública, espíritu inagotable de lucha. Ése debe ser el punto de partida para la solución de los problemas de salud de los pueblos latinoamericanos.

Conclusiones

De todo esto pueden inferirse algunas conclusiones, en las que intentaremos sintetizar nuestras consideraciones acerca de la evolución, la organización y el futuro del gremialismo médico en Argentina, y su influencia en los problemas fundamentales de la salud de nuestro pueblo (59):

1- La participación de los médicos en los problemas sociales de la medicina se inició a principios de siglo y ha ido evolucionando de una práctica individualista a un mayor interés por los problemas de la colectividad, alcanzando su madurez en la cuarta década, hasta llegar a su organización actual, modelada con el concepto federalista que caracteriza a la estructura política de nuestro país.

2- Actualmente la Confederación Médica de la República Argentina encara problemas de primera magnitud, tales como señalar una política sanitaria nacional con objetivos definidos, establecer un seguro de salud, promover una profunda reforma de los hospitales, crear la colegiación médica y propiciar una legislación de la medicina del trabajo.

3- Para el futuro próximo y alejado se constituye en problema de fondo la adopción de un sistema de seguro de salud.

4- Es necesario mejorar las condiciones de la lucha gremial médica en el continente, a fin de conseguir la realización de los postulados de la Carta Médica de La Habana. Para ello es fundamental:

a) Dotar a la enseñanza de la medicina, además de sus fundamentos técnicos, de un contenido social y dar a los estudiantes posibilidad para que tengan conocimiento directo de los problemas que afligen a los distintos núcleos humanos a fin de que al graduarse hayan adquirido cabal comprensión del papel trascendente que les corresponde en la solución de los grandes problemas sanitarios, asistenciales, económicos y sociales.

b) Mejorar las condiciones económicas del médico y ejercer una tenaz oposición a los sistemas de explotación de los profesionales, propendiendo al establecimiento de adecuadas condiciones de trabajo y remuneración en los cargos públicos, así como una política de gobierno que les asegure la posibilidad de adquirir todos sus elementos de trabajo.

c) Repudiar enérgicamente todo acto privado u oficial que viole el derecho a la permanencia y posesión de los cargos técnicos, según lo establecido en la Declaración de Bogotá, de octubre de 1956.

d) Tratar de incorporar a todos los médicos de los respectivos países a la lucha por estos principios y todos aquellos que forman la doctrina de la Confederación Médica Panamericana.

Entre las conquistas más importantes del gremialismo médico de esa época, se encuentra el haber logrado la derogación de leyes que perjudicaban a la profesión médica como la ley 14.397.

A continuación transcribimos la satisfacción por la labor cumplida y el haber coronado con éxito la lucha gremial como lo señalan las publicaciones de ese entonces (60)

El Decreto ley 7825, sancionado el 19 de setiembre de 1963 y puesto en vigencia el 25 del mismo mes, reemplaza en el ámbito nacional a la Ley 14.397 para profesionales universitarios. Este hecho corona los esfuerzos realizados por la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) que a lo largo de 9 años de oposición activa a la Ley 14.397, ha logrado el reconocimiento oficial de las razones que la asistían.

No hemos de insistir en los argumentos que esgrimió la COMRA para oponerse a la aplicación de la ley resistida. A lo largo de todos estos años se abundó en publicaciones, conferencias, mesas redondas y reuniones del Consejo Federal que mantuvieron ampliamente informado al gremio médico, como lo demostró la circunstancia de que el mismo acatará la disposición de no afiliarse a la Caja ni hacer los aportes correspondientes. Sólo el prestigio y la fuerza gremial de la COMRA impidieron en ese lapso que no concretaran medidas judiciales contra los profesionales morosos.

Sin embargo, consideró la Confederación que no era suficiente la mera oposición a la Ley 14.397, y se impuso por ello la tarea de abocarse al estudio de un instrumento legal que la reemplazara en beneficio del gremio médico. El Decreto-ley 7.825 responde en general al proyecto elaborado por la Confede-

ración y complementado con los aportes valiosos de la Agrupación de Profesionales Universitarios, que incluye a representantes de las otras profesiones involucradas en la ley.

Aspectos fundamentales de la nueva ley de Previsión

1° No se trata de una ley de jubilaciones sino de una ley de Previsión. En el artículo 26 se establece que el goce del beneficio no obliga al cese de la actividad profesional. De acuerdo al artículo 38, la Caja está facultada para otorgar préstamos al afiliado destinados a la financiación complementaria para la adquisición, construcciones y reformas de inmuebles destinados a vivienda, consultorio, estudio u oficina; instalación de locales para el ejercicio profesional; compra de instrumental; financiación de gastos de asistencia médica para el afiliado y sus familiares; compra y reparación de automóviles, equipos técnicos, etc. El artículo 23 establece que la prestación es compatible con cualquier otra jubilación o actividad que ejerciera el beneficiario.

2° La Caja es una entidad autárquica dirigida por sus beneficiarios, los cuales integran el Directorio a través de representantes elegidos en elecciones directas, secretas y obligatorias. Por ley, los fondos de la Caja están exclusivamente destinados a la atención de sus necesidades y de las obligaciones a que se ha hecho referencia en el apartado anterior.

3° La cuota de afiliación es proporcional a los años de ejercicio profesional y no a un porcentaje determinado sobre los ingresos del ejercicio privado, como lo establecía la ley resistida. El monto del beneficio puede ser voluntariamente incrementado, duplicando, triplicando o cuadruplicando los aportes por lo menos durante dos años. El beneficio ordinario es de \$ 10.000, estando la Caja facultada para incrementarlo, con el consiguiente aumento proporcional de los aportes, si la inflación así lo aconsejare. Debe recordarse que el promedio de haber jubilatorio otorgado por la ley 14.397 no sobrepasó la suma de \$ 2.500.

Sin duda, una de las mayores preocupaciones del gremialismo médico era concretar el Seguro Social contra la Enfermedad en la Argentina como lo demuestran varias publicaciones de la época (61, 62).

En efecto, en el relato oficial de las Jornadas Médico Gremiales realizadas en Santa Fe, los días 21 y 22 de diciembre de 1963 en homenaje a la memoria del Dr. Juan Lazarte, el Dr. Sergio Provenzano señalaba (61):

“Hace muchos años que se viene hablando en la República de la notoria declinación de sus instituciones sanitarias y asistenciales y su lógica consecuencia, el empeoramiento paulatino de los indicadores de salud de la población. Y hace muchos años también que las oficinas internacionales, los organismos del Estado y las instituciones médico gremiales propugnan como solución adecuada la implantación de un sistema de Seguridad Social que proteja contra los riesgos de la enfermedad. Toda la experiencia internacional y los estudios escrupulosos realizados en nuestro país hasta el momento tornan aleatorio el que comencemos esta exposición planteando el interrogante de si es necesario o útil el implantar entre nosotros un seguro contra la enfermedad. Hay mucho dicho resuelto y estudiado hasta el cansancio. Lo que sobra es doctrina; lo que no puede faltar es decisión para plasmarla en hechos”.

Los doce principios de la seguridad social

En octubre del de 1963 se reunió en la ciudad de Nueva York la Decimo-séptima Asamblea de la Asociación Médica Mundial. Uno de los puntos principales del temario fue la revisión de los principios o condiciones básicas para la colaboración del gremio en cualquier sistema de seguridad social que proteja contra los riesgos de la enfermedad. Aquellas condiciones básicas habían sido adoptadas en la Segunda Asamblea General reunida en Ginebra en 1948, y ratificadas en otras tantas asambleas mundiales en 1950, 1952 Y 1955. En nuestro país, los principios de Ginebra constituyeron la base de discusión en numerosos Consejos Federales, Jornadas y mesas redondas, y a ellos ajustó su doctrina la Confederación Médica de la República en los últimos diez años.

En la asamblea de octubre de 1963, los principios de la Seguridad Social fueron discutidos nuevamente y actualizados y el texto definitivo se aprobó por unanimidad. Entre las delegaciones que participaron activamente en el

debate estaba la COMRA y, sintetizando hoy la experiencia recogida, podemos afirmar:

a) Que los problemas y las aspiraciones del gremio médico son muy similares en casi todos los países del mundo occidental.

b) Que sólo una acción solidaria y firme de las asociaciones médicas nacionales es capaz de impedir que los avances del Estado concluyan con el ejercicio liberal de nuestra profesión.

c) Que los principios sancionados coinciden con la posición del gremio médico argentino, expresada a través de sus organizaciones representativas.

Estos principios son los siguientes:

1. Las condiciones de la práctica médica en cualquier plan de Seguridad Social serán determinadas de acuerdo con los representantes de los organismos profesionales.

2. Todo plan de Seguridad Social debe permitir que el paciente consulte al médico de su preferencia y que el médico trate sólo a los pacientes de su elección, sin que los derechos de ambos se vean afectados de ninguna manera. El principio de libre elección debe ser aplicado también en los casos en que el tratamiento médico o parte de él es dispensado en centros asistenciales.

3. Todo sistema de Seguridad Social debe estar abierto a todos los médicos diplomados, pero ni la profesión médica ni el médico individualmente deben ser obligados a participar si no desean hacerlo.

4. El médico debe tener libertad para ejercer su profesión en el lugar de su preferencia y para limitar su práctica a la especialidad en la que está calificado. Pero las necesidades médicas del país deben ser atendidas y la profesión, toda vez que sea posible, debe ver la manera de orientar a los médicos jóvenes hacia las regiones donde más se los necesita. En los casos en que se considere que estas regiones están desfavorecidas en relación con otras, los médicos que van a ellas deben ser ayudados a fin de que puedan disponer de equipos adecuados y un nivel de vida a tono con sus responsabilidades profesionales.

5. La profesión debe estar debidamente representada en todos los organismos oficiales encargados de los problemas concernientes a la salud o a la enfermedad.

6. El secreto profesional debe ser respetado por todos aquellos que colaboran en cualquier etapa del tratamiento de un paciente o en el control del mismo.

7. Debe ser garantizada la independencia moral, económica y profesional del médico.

8. Cuando la remuneración de los servicios médicos no está estipulada por acuerdo directo entre el médico y el paciente, debe darse adecuada consideración a la gran responsabilidad que significa el ejercicio de la medicina.

9. La remuneración de los servicios médicos debe tomar en cuenta los servicios prestados; no debe ser estipulada enteramente de acuerdo con la posición financiera de la autoridad encargada del pago o como resultado de decisiones unilaterales del Gobierno; y debe ser aceptada por los organismos que representan a la profesión médica.

10. El control de las cuestiones médicas debe ser ejercido únicamente por médicos.

11. En el mejor interés del paciente, no debe ponerse restricción alguna al derecho de los médicos de prescribir los Medicamentos o cualquier otro tratamiento que estimen necesario.

12. El médico debe tener la oportunidad de participar en cualquier actividad cuyo fin sea mejorar su conocimiento y posición en su vida profesional.

Como puede apreciarse, en estos doce principios está fielmente interpretada la posición del gremio médico argentino frente al Seguro contra la Enfermedad que necesariamente ha de implantarse entre nosotros. Entiendan los Poderes públicos, las entidades patronales y las organizaciones sindicales obreras, que los médicos no buscan privilegios que, por otra parte, jamás han poseído. El médico no elude sus responsabilidades, pero defiende sus derechos (61).

“Los médicos se organizaron gremialmente para equilibrar y ordenar sus propias relaciones, pero terminaron por planificar la sanidad del país, escarbaron en las entrañas de sus pueblos y ciudades, tomaron conocimiento directo de sus necesidades y de sus miserias, y están hoy en condiciones de proponer la mejor solución para los graves problemas sanitarios y asistenciales que lo carcomen. ¿No tienen derecho, acaso, a que se tomen en consideración sus puntos de vista? Los médicos sabemos perfectamente que el Estado y grandes núcleos organizados de la población también tienen sus puntos de

vista, y comprendemos que en la medida en que se pretenda imponer compulsivamente cualquiera de ellos, el sistema que se adopte entre nosotros estará condenado al fracaso. Felizmente el diálogo se ha entablado de nuevo en el país” (61).

En otro informe, El Dr. Osvaldo H. Mammoni señalaba las conclusiones de la Reunión Interdistrital del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires sobre el seguro de enfermedad y las bases de un Seguro de Salud (62).

Seguro de enfermedad. Base de un seguro de salud

En la reunión interdistrital del colegio de médicos de la Provincia de Buenos Aires, efectuada el 1° de Junio de 1963, se resolvió mantener los siguientes puntos de vista (62):

1. Que es conveniente y necesario el seguro integral de enfermedades en la Provincia de Buenos Aires.
2. Se consideran servicios médico-integrales a las prestaciones médicas, odontológicas y farmacéuticas con los adelantos más modernos de la ciencia.
3. Este seguro abarcará a toda la población pudiera cumplirse en las etapas que la reglamentación establezca.
4. Se debe dar particular énfasis a la promoción, protección y recuperación de la salud.
5. Se debe asegurar que la financiación no grave injustamente a los usuarios.
6. En la financiación debe participar el Estado, las fuerzas económicas y los usuarios.
7. En el gobierno del seguro estarán representados el Estado, las fuerzas económicas, los usuarios y los prestatarios.
8. Debe ser de carácter obligatorio.
9. Libre elección del médico y del lugar de asistencia por el enfermo y viceversa.
10. Trato directo entre el médico y el paciente.
11. Libertad para prescribir.
12. Libre ejercicio de la profesión.
13. Percepción de honorarios por arancel.
14. Secreto profesional.

15. El ingreso de los médicos será optativo.
16. En la financiación, el Estado se hará cargo de los indigentes y de los incapacitados económicamente, total o parcialmente. Los empleadores financiarán por cantidad de empleados a su cargo y los usuarios por ley.
17. Debe aprovecharse todo lo existente en material asistencial, cualquiera sea su jurisdicción.
18. Ver la posibilidad de encauzar este proceso a regionalización sanitaria y a reforma hospitalaria, puesto en marcha en la provincia de Buenos Aires.
19. Para evitar distorsiones en el sistema, de deben fijar a todas y cada una de las partes constituyentes, cláusulas estrictas para el funcionamiento.
20. Debe ser autárquico.
21. Ningún artículo de esta ley podrá oponerse a la ley 5413/58 de creación del colegio de médicos de esta provincia.

“Para terminar, diré que es indudable que existe un clima favorable entre médicos para la implantación de un seguro de enfermedad, pero también que es imprescindible un estudio profundo de los recursos y fundamentalmente la consulta a los organismos médicos gremiales que ya han tratado este tema en diversos congresos. Hago hincapié en este aspecto porque a través de los seguros de salud que se han implantado en diversos países del mundo hay una experiencia formada al respecto” (62).

Algunos seguros muy discutidos como el de Gran Bretaña y Alemania que en estos momentos ha llevado a la indiferencia de los médicos, o el seguro de Nueva Zelanda que hizo caer dos gobiernos o el seguro de Japón que llevó a la indigencia a tres generaciones de médicos, nos hace recapacitar y pensar de que si bien estamos firmemente convencidos de que no se puede hablar de desarrollo sin seguridad social y no se puede hablar de seguridad social sin un esquema claro de seguro de salud, en éste debe participar en su elaboración y en su gobierno, los médicos que la han debatido largamente este tema” (62).

Recomendaciones para un “seguro de enfermedad”

El colegio de médicos ha reiterado, permanentemente que la asistencia- caridad del Estado debe ser transformada en un sistema que no humille al indi-

viduo beneficiado y que además haga participar activamente a la comunidad con conceptos de solidaridad humana (62).

La aplicación de un “seguro” debe ser progresiva a abarcando grupo sociales y comenzando por un seguro de enfermedad.

Debe guardar los siguientes principios:

SOLIDARIDAD: debe tenerse bien presente este aspecto, que significa apoyo al individuo enfermo por la comunidad sana:

SUBSIDIARIDAD: El Estado debe acudir a suplir las necesidades del individuo cuando éste es económicamente incapacitado.

GENERALIDAD: Lo ideal es cubrir todos los estratos sociales, pero en un comienzo debe abarcar la clase dependiente para luego englobar a toda la comunidad, con prescindencia de su nivel económico;

IGUALDAD: Las prestaciones deben ser iguales para todos, sin discriminación del nivel social de cada uno.

CALIDAD: Debe ser integral al comienzo recuperación de la salud, luego promoción, protección y rehabilitación.

UNIDAD: centralización normativa- descentralización ejecutiva.

Además, en el VII Congreso Argentino de Medicina Social, realizado en Santa Fe entre el 5 y 9 de diciembre de 1965, el tema central fue el Seguro de Salud para la República Argentina (63) cuyos aspectos tratados se señalan a continuación.

SEGURO DE SALUD PARA LA REPÚBLICA ARGENTINA

- a) Aspectos Doctrinarios.**
- b) Jurídicos y Legislativos.**

c) Financieros.

d) Administrativos y Organizativos.

e) Profesionales y Estructura de las prestaciones.

Guión de trabajo para las Federaciones

a) Aspectos Doctrinarios:

1-0) La medicina como función social

1-1) La Seguridad Social: historia, evolución y concepto (Carta de Mendoza).

1-2) La Seguridad Social en América latina (México-Chile).

1-3) La salud como derecho (Constitución Nacional).

1-4) Seguro de Salud/Enfermedad.

1-5) Servicio de Salud.

b) Aspectos Jurídicos y Legislativos:

2-1) La Constitución Nacional (Art. 14 bis y 67 sobre Código de Seguridad Social).

2-2) Las Constituciones provinciales.

2-3) Responsabilidad a nivel de las diferentes jurisdicciones; nacional, provincial, municipal, comunal.

2-4) Leyes de previsión (Mutualidades - Obras Sociales).

2-5) Leyes de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, Estatuto del Peón, etc.

c) Aspectos Financieros:

3-1) Sistema de contribución (Estado/Patrón/Usuario).

3-2) Sistema retributivo-contributivo.

3-3) Rentas generales.

d) Aspectos Administrativos y Organizativos:

4-1) Características del Sistema.

4-2) Administración por las partes interesadas (participación profesional).

4-3) Evaluación de recursos humanos (técnicos y profesionales) y materiales (hospitales, equipos, etc., nacionales, provinciales y municipales).

4-4) Planificación: centralización normativa. Ejecución descentralizada.

4-5) Campo de aplicación.

4-6) Régimen de las prestaciones (en consultorio, a domicilio, internación).

e) Aspectos Profesionales y Estructura de las prestaciones:

- 5-1) Alcance de las acciones.
- 5-2) Asistencia en consultorio, a domicilio, internación, laboratorios, radiología, etc.
- 5-3) Reforma hospitalaria; sanatorialización de los hospitales.
- 5-4) Libre ingreso del profesional al Seguro.
- 5-5) Dedicación: tiempo completo y tiempo parcial.
- 5-6) Libre elección del profesional o sanatorio. Especialidades.
- 5-7) Especialización profesional.
- 5-8) Sistema de remuneraciones (arancel, sueldo, reembolso, libre retribución, etc.).
- 5-9) Control profesional de las prestaciones –uso y abuso del profesional y del enfermo–.

Sin embargo, el tema más trascendente que ocupaba la mayor atención en el gremialismo médico de la Provincia de Buenos Aires y sobretodo de la ciudad de La Plata era la relación con el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA). Esta relación con el IOMA siempre fue ambivalente pasando por períodos amistosos y otros conflictivos a partir de convenios en donde siempre las partes, es decir el gremio médico por un lado y el IOMA por el otro trataban de lograr sus mejores objetivos intentando privilegiar sus intereses.

El IOMA fue creado en 1957 por Decreto N° 2452 del 20 de febrero. Posteriormente es reglamentado el funcionamiento del mismo por el decreto N° 2918 que con fecha 30 de mayo de ese mismo año dicta el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Recién en noviembre de 1960, el IOMA se constituyó en una entidad autárquica con la sanción de la ley 6323 cuyos artículos dada su importancia exponemos a continuación (64).

LEY N°6323

DECLARANDO ENTIDAD AUTÁRQUICA AL INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE BUENOS AIRES.

Departamento de Salud Pública.

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sanciona con fuerza de LEY

Art. 1° créase el instituto de Obra Médico-Asistencial de Buenos Aires como entidad autárquica, con capacidad para actuar pública y privadamente, de acuerdo con las funciones establecidas en esta ley. Realizará en la provincia todos los fines del Estado en materia Médico-asistencial para sus agentes en actividad o pasividad y para los sectores de la actividad privada que adhieran a su régimen. Esta institución es sucesora del actual instituto de Obra Médico Asistencial.

Art. N° 2 Para el cumplimiento de sus fines el I.O.M.A. tendrá las siguientes atribuciones:

Dirigir y administrar los organismos que se crean por la presente ley y los que en el futuro se incorporen;

Estudiar y adoptar las medidas tendientes al perfeccionamiento de sus servicios de obra médico-asistencial;

Colaborar con el estudio de antecedentes que oriente la actividad de la entidad autárquica, hacia el "seguro social integral" en su evolución ulterior;

Recaudar sus recursos, conceder y pagar las prestaciones, disponer la inversión de fondos y rentas y realizar los demás actos de administración inherentes a la naturaleza del instituto.

Art. N° 3 El I.O.M.A será administrado por un directorio cuyo presidente designará el Poder Ejecutivo con acuerdo del Senado y siete vocales que representarán a los siguientes grupos de afiliados:

Uno por los agentes de la administración; un representante del magisterio; uno por los del poder judicial y uno por los del poder legislativo;

- Uno por los empleados y obreros de las municipalidades;
- Uno por los jubilados y pensionados del Instituto de Previsión Social de la Provincia;
- Uno por las entidades gremiales adheridas.

Los representantes de los apartados a), b) y c) serán designados por el poder ejecutivo a propuestas de los grupos de afiliados correspondientes y mediante el procedimiento que determine la reglamentación y el del apartado d), de una terna que elevará a su requerimiento la central obrera en la provincia.

Todos los miembros de directorio deben ser argentinos y el presidente, además, poseer el título de médico.

Art. N° 4 El directorio será asesorado por una comisión técnica ad-honoren integrada por tres delegados en representación del Colegio de Médicos, del Colegio de Farmacéuticos y de la Federación Odontológica de la provincia de Buenos Aires, respectivamente.

El número de miembros de la comisión será ampliado con representantes de las entidades comprendidas en los servicios auxiliares de las profesiones mencionadas, cuando celebren convenios con el I.O.M.A.

La designación y remoción de los delegados es privativa de las entidades que representan. Los dictámenes e iniciativas de la comisión técnica podrán ser fundados y sostenidos en las reuniones del directorio.

Art. N° 5 El presidente durará cuatro años en sus funciones; los vocales durarán dos años en sus funciones, pudiendo ser designados nuevamente.

Por esta primera vez y en todos los casos en que el Directorio se renovara íntegramente, se establecerá por sorteo la duración de los mandatos a fin de que pueda cumplirse la renovación anual por mitades.

Art. N° 6 En caso de ausencia transitoria del presidente lo reemplazará el vicepresidente que el directorio elija entre sus miembros en su primera reunión, gozando de la misma remuneración que el titular mientras ejerza la presidencia. La remuneración del presidente será la que determine el respectivo presupuesto.

A los representantes a que hace referencia el inciso a) del artículo 3°, se les concederá licencia sin goce de sueldo en los cargos que ocupaban al ser designados vocales del directorio del I.O.M.A. Los vocales percibirán la remuneración que fije la ley de presupuesto.

No podrán ser designados miembros del directorio:

- a) Los concursados civilmente o declarados en estado de quiebra;
- b) Los condenados por causa criminal por delitos comunes.

Art. N° 7 El presidente y los vocales serán responsables personal y solidariamente de los actos del directorio, salvo expresa y fundada constancia, en caso de que hubieren estado en desacuerdo con las resoluciones adoptadas. En caso de vacancia de los miembros vocales del directorio, la designación del reemplazante se efectuará de acuerdo con lo establecido en el artículo 3° y su duración en el cargo será hasta completar el período del reemplazo.

Los miembros del directorio podrán ser sancionados por el cuerpo, con apercibimiento, suspensión o exclusión definitiva del directorio. Para este caso será necesaria la mayoría de los dos tercios de votos de la totalidad de sus miembros.

Art. N° 8 El directorio tendrá las siguientes atribuciones y deberes:

- a) Administrar los bienes del I.O.M.A.;
- b) Llevar el inventario general de todos los valores y bienes pertenecientes a la repartición;
- c) Representar en juicio a la entidad, sea como demandada o demandante, transigir y celebrar acuerdos judiciales o extrajudiciales;
- d) Realizar convenios de compraventa, permutas o locación de bienes muebles. Tomar en locación bienes inmuebles;
- e) Aprobar el proyecto de presupuesto de gastos y cálculo de recursos.

- f) Elevar anualmente al Poder Ejecutivo una memoria de la labor desarrollada;
- g) Dictar los reglamentos internos para el funcionamiento de la repartición;
- h) Habilitar en el interior de la Provincia o en su capital, las delegaciones o agencias que sean necesarias para el mejor cumplimiento de sus fines;
- i) Convenir con los distintos colegios, entidades, gremios o profesionales, los aranceles que regirán en la prestación de los servicios médico-asistenciales. Para ello, el directorio deberá considerar las necesidades del servicio, su costo, comodidades ambientales, situación geográfica de la prestación efectiva de ese servicio y toda otra circunstancia que pueda gravitar su monto;
- J) Sancionar a los afiliados que, en su carácter de tales, cometan faltas o violación de los principios que surgen de la presente ley y su reglamento y cancelar la autorización a los profesionales y a todos los servicios adheridos que incurran en faltas graves, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 73 del Código de Procedimientos en lo Penal. Las sanciones deberán ser dadas a publicidad;
- k) Acordar o denegar los beneficios establecidos por esta ley;
- L) Aceptar las adhesiones de las municipalidades;
- m) Autorizar la incorporación de las instituciones previstas en el artículo siguiente;
- n) Proponer al Poder Ejecutivo el nombramiento, ascenso y remoción del personal del instituto a propuesta de su presidente.

Art. N° 9 El directorio podrá autorizar la incorporación al régimen de la presente ley de los funcionarios y empleados de las distintas entidades nacionales, provinciales o particulares. Esta incorporación no podrá ser individual sino colectiva.

Art. N° 10 El presidente del directorio es el superior jerárquico de la entidad, y sin perjuicio de las demás facultades y obligaciones que se establezcan en la presente ley, son sus deberes y atribuciones:

- a) Hacer observar la presente ley, su reglamento y disposiciones del directorio;
- b) Convocar al directorio y presidir sus sesiones;
- c) Representar a la entidad en todos los actos y contratos;
- d) Autorizar el movimiento de fondos;
- e) Elevar al directorio las propuestas de nombramientos, ascensos o remoción del personal.

Art. N° 11. El directorio podrá sesionar con la presencia del presidente o vice-presidente y cuatro de sus miembros. Las resoluciones serán adoptadas por mayoría de votos de los presentes. El presidente tendrá voz y votará solamente en caso de empate. Las resoluciones del directorio son irrecurribles en lo concerniente al mérito del acto y sólo podrá interponerse recurso jerárquico ante el Poder Ejecutivo cuando se cuestione la legitimidad del mismo.

Art. N° 12. Todas las decisiones del directorio serán ejecutadas por intermedio del presidente. Ningún miembro del directorio tendrá funciones ejecutivas sino por expresa delegación de éste. El directorio se reunirá como mínimo una vez por semana sin perjuicio de las reuniones extraordinarias que serán convocadas por el presidente o por medio de la mayoría de los demás miembros del directorio.

Art. N° 13. Los recursos del instituto estarán constituidos por:

- a) El dos por ciento del sueldo, jubilación o pensión o bonificaciones sujetas a descuentos jubilatorios de los afiliados directos;
- b) La contribución de la Provincia por un monto equivalente a la mitad del aporte (1 %) de los afiliados directos en actividad y al de los jubilados y pensionados comprendidos en el régimen legal del Instituto de Previsión Social de la Provincia;
- c) Los ingresos provenientes de donaciones y legados;
- d) Con los aportes provenientes de los contratos que el I. O.M. A. celebre con las entidades cuya incorporación faculta la presente ley;
- e) El superávit que se establezca al cierre de cada ejercicio que pasará como recurso propio al ejercicio siguiente.

Art. N° 14. Gozarán de los beneficios que otorga la presente ley, los afiliados y su grupo familiar, de conformidad con lo que establezca la reglamentación. Considerense afiliados a todo el personal en actividad dependiente de la Administración Pública, Poder Legislativo, Poder Judicial y a los jubilados y pensionados comprendidos en el régimen legal del Instituto de Previsión Social de la Provincia.

Art. N° 15. La afiliación y, en consecuencia, el aporte que se establece por la presente ley, serán obligatorios para todo el personal aludido en el artículo anterior, con exclusión de aquellos funcionarios que por las disposiciones legales vigentes gozan de un sueldo establecido por la ley que no puede ser disminuido.

Art. N° 16. Las municipalidades de la provincia de Buenos Aires podrán adherir al régimen creado por la presente ley. La adhesión que hubieren hecho para el anterior Instituto de Obra Médico-Asistencial mantendrá su vigencia, si no se renunciare a ella dentro de los treinta días de la promulgación de esta ley.

Art. N° 17. Los familiares que revistaban a cargo de afiliados fallecidos y los ex agentes podrán continuar gozando de los beneficios del I. O. M. A. con sujeción a lo que se establezca en la reglamentación.

Art. N° 18. Los afiliados de las distintas instituciones cuya incorporación hubiere sido autorizada por el directorio, gozarán de los mismos beneficios asistenciales establecidos por esta ley en la forma que oportunamente determine la reglamentación.

Art. N° 19. El instituto proporcionará a los beneficiarios las siguientes prestaciones:

- Asistencia médica general en consultorio y domicilio;
- Asistencia médica especializada;
- Servicios auxiliares técnicos, laboratorios, radiografías, fisioterapia, oxigenoterapia, masoterapia, etc.;
- Internaciones en establecimientos asistenciales;
- Asistencia odontológica;
- Provisión de medicamentos.

La prestación de los servicios enumerados será reglamentada a medida que se vayan instituyendo.

Art. N° 20. El I.O.M.A. Podrá ser intervenido por el Poder Ejecutivo en los siguientes casos:

- a) Cuando se comprobaren irregularidades en el cumplimiento de la presente ley;
- b) Cuando el funcionamiento de la entidad se encuentre seriamente afectado por razones imputables al directorio.

En todos los casos, la intervención deberá ser debidamente fundada. La intervención no podrá exceder de un plazo máximo de sesenta (60) días y sólo tendrá como fin

la normalización de la entidad, debiéndose deslindar a los correspondientes efectos, las responsabilidades que surjan de la actuación de cada uno de los miembros del directorio.

Si fuere necesario ampliar el término fijado originariamente podrá hacerlo por un plazo máximo de treinta (30) días.

Art. N° 21. Deróguense los decretos-leyes números 2.452/57, 8.113/57 y 10.899/57 y la ley 6.011 y toda otra disposición que se oponga a la presente.

Art. N° 22. Los funcionarios excluidos por el artículo 15, podrán adherir al régimen de la presente ley en forma voluntaria e individual.

Art. N° 23. Facultase al Poder Ejecutivo para que, por única vez y a los efectos de la designación de los vocales del directorio para su constitución inicial, prescinda de las consultas referidas en el artículo 3°, segunda parte.

Art. N° 24. Quedan transferidas a la dirección del I. O. M. A. creada por esta ley, todos los bienes, créditos, derechos y obligaciones de su antecesora.

Art. N° 25. Autorízase al Poder Ejecutivo para que disponga de los fondos necesarios de Rentas Generales, a fin de cubrir el déficit que resultare en el balance de transferencia del I. O. M. A. a su sucesora, si lo considerare necesario por el examen de las causas que lo motivaron.

Art. N° 26. El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley, dentro de los sesenta días de su aprobación.

Art. N° 27. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable legislatura de la provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a veintisiete días del mes de octubre de mil novecientos sesenta.

HÉCTOR PORTERO. ARTURO A. CROSETTI.,
Juan Carlos Monti, Juan José Raimondi

Secretario de la C. de DD. Secretario del Senado.

Departamento de Salud Pública.

La Plata, 11 de noviembre de 1960.

Cúmplase, comuníquese, publíquese, dese al Registro y "Boletín Oficial" y archívese.

ALENDE.

OSVALDO H. MAMMONI.

Decreto 12.976.

Registrada bajo el número seis mil trescientos veintitrés (6.323)

Felipe Díaz O'Kelly.

En 1961, se sanciona el Decreto n° 438/961, reglamentario de la ley 6323.

EL PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES,
EN ACUERDO GENERAL DE MINISTROS

ARTICULO 1°: Establézcanse como normas complementarias del decreto 438/961 y como función orgánica y obligatoria de toda repartición de la administración pública, entes autárquicos y descentralizados de la provincia de Buenos Aires, las siguientes:

Distribuir y certificar para sus agentes en actividad la documentación que el instituto de Obras Médico Asistencial expida y requiera para el cumplimiento de la identificación y registro de los afiliados.

Distribuir las credenciales que el I.O.M.A emita para sus beneficiarios.

Retirar las credenciales cuando el afiliado pierda su condición de tal por causal de cesantía, exoneración, renuncia, suspensión, licencia sin goce de sueldo, etc., definitiva o transitoriamente, remitiéndola al I.O.M.A de inmediato.

Comunicar al I.O.M.A, las bajas de personal que se produzcan por renuncias, cesantías, exoneración, fallecimiento, licencia sin goce de sueldo u otra causal que implique la cesación o alejamiento del agente de la función.

A pesar de las buenas intenciones y las diferentes gestiones por lograr que el IOMA funcionara adecuadamente, lejos estaba en el año 1964 de cumplir su cometido. Prueba de ello son los informes que circulaban en aquella época (65).

SITUACIÓN DEL IOMA EN 1964

Cuando las autoridades de la intervención del Instituto de Obra Médico Asistencial se hicieron cargo de las mismas, el 23 de Octubre de 1963, se encontró una institución agonizante colocada al borde de la paralización de servicios por la cesación de pagos que contaban con un atraso del orden de los siete meses. Hecha una evaluación del déficit que soportaría el instituto a Diciembre de 1963, se estableció que sería del orden de los 323 millones de pesos. De inmediato la intervención se abocó a la tarea de reducir este déficit con varias medidas, una de ellas, la restitución del medio punto del aporte estatal sobre los sueldos de los empleados públicos, arbitrariamente disminuido por el ex interventor, General Imaz, suma que significaba un monto del orden de los 87 millones de pesos y que se obtuvo de inmediato al encontrar eco favorable en el Poder Ejecutivo de ese entonces durante el Gobierno del Dr. Arturo Umberto Illia y que posibilitó reiniciar los pagos para acotar la deuda atrasada y que en esa fecha se hallaba reducida a 120 días.

Debemos analizar brevemente las causales del déficit restante de los 236 millones de pesos, para poder comprender las medidas que de inmediato se propugnaron para poder solucionarlo. El instituto, cuyos recursos se basan en el aporte estatal y en el aporte de un porcentaje de los sueldos de sus afiliados directos en la administración pública, hubo de soportar en esos últimos tres años crecientes erogaciones por gastos de servicios asistenciales producidas por el aumento del costo de la vida, contando siempre para solventarlos los mismos recursos, dado que los sueldos de los empleados habían permanecido congelados durante ese lapso. De ello surgen cuatro posibilidades funda-

mentales para producir el equilibrio necesario entre las entradas y salidas. 1°) Aumentar la cuota de aportes en lo que se refiere al porcentaje de contribución de los empleados y del Estado. 2°) La pronta sanción de la ley nacional de regulación de precios en los Medicamentos. 3°) La adecuación, dentro de lo posible, de los sueldos de los empleados de la administración pública, de acuerdo al alto costo de la vida. 4°) El estricto contralor por este instituto de las prestaciones realizadas para evitar los excesos y el uso indebido de los mismos, que permitiría una sustancial reducción de los gastos: abona lo dicho la circunstancia de haberse diligenciado durante el corto lapso de vigencia de la intervención de esa época más de 40 sumarios por irregularidades.

En lo que se refiere a la faz administrativa, la intervención encontró que las distintas Divisiones trabajaban, pero sin un plan orgánico, que hacía que este trabajo fuera inoperante y así es como se propugna una reorganización que posibilite la horizontalización del IOMA hacia todo el territorio de la provincia, para lograr un estrecho contacto de la institución con sus afiliados y los servicios prestatarios, siendo necesario para tales fines cumplir con la ley creando las Delegaciones necesarias en los 121 partidos de la Provincia e iniciando el “operativo Credenciales” para dotar a todos los afiliados de la misma y sanear las existentes. A los mismos fines iniciar de inmediato la mecanización electrónica del instituto que produciría como efecto inmediato: 1°) el exacto contralor de los servicios. 2°) Agilización real de los trámites administrativos. 3°) Realizar un estudio estadístico con vista a los planes futuros y que hasta la fecha el instituto no contaba.

Con todo lo expuesto se fortalecería en forma definitiva este instituto que cumple una elevada función social y pasaría a ser el pilar fundamental del futuro seguro de salud que el gobierno de Illia pensaba instituir en todo el territorio de la Provincia.

En otro orden de cosas, por intermedio de la División Relaciones Públicas la Intervención decidió poner en marcha un plan de esclarecimiento y propaganda en todo el ámbito de la provincia para posibilitar el mejor conocimiento del mismo, sus ventajas y beneficios estando en ese momento en estudio, conjuntamente con el ministerio de educación un plan de promoción a través de

la escuela en todas sus etapas, además del informe periódico por medio de la radio, los diarios y la televisión.

El instituto contaba en 1964 con 370 empleados con los que se evacuaban las consultas y necesidades administrativas de más de 500.000 afiliados y las liquidaciones mensuales de 5.500 profesionales, 155 farmacias, 366 sanatorios y 423 especialistas de análisis biológicos.

Otra prueba concluyente de las dificultades que tenía el IOMA en aquella época es la conferencia de prensa que brindó el entonces Director del IOMA Dr. Ricardo Berri, el viernes 15 de mayo de 1964 y que exponemos a continuación (66).

CONFERENCIA DE PRENSA viernes 15 de mayo de 1964

“Pese a que los medios de difusión han vertido con claridad las reiteradas declaraciones de esta intervención, atención que desde ya agradezco, ante la insistencia de determinados sectores en no querer comprender esas informaciones aclaratorias, que a fuerzas de repetidas pueden molestar, les pido disculpas al volver a requerir de vuestra amabilidad y al tener que insistir sobre algunos temas ya extensamente debatidos a través de la información periodística”.

1°. El P.E. al asumir encontró a la Institución agonizante colocada al borde de la paralización de los servicios por la cesación de pagos, con un atraso existente de 5 a 7 meses.

2°. Se arbitraron medidas urgentes para solucionar esa situación:

Restitución del medio punto de aporte estatal que representaba la suma de 87 millones.

Racionalización administrativa produciendo efectividad en el trabajo realizado y tratando de lograr la horizontalidad del IOMA en toda la provincia para lograr un estrecho contacto de la Institución con sus afiliados.

Aumento del porcentaje de los aportes al 4%. Tratando de llegar a la brevedad dentro de las posibilidades económicas de la Provincia al aporte igualitario.

Solicitando la inmediata puesta en marcha de la Ley Nacional de Regulación de precios de los Medicamentos.

Ejercitando el estricto contralor de las prestaciones por medio de las inspecciones, la realización del Operativo Credenciales, la creación de Delegaciones en los 121 partidos de la Provincia y la compilación electrónica.

Con la incrementación del número de afiliados voluntarios.

“Con estas medidas las deudas han sido colocadas cerca de los 120 días (Se están firmando los pagos de diciembre) claro está que con referencia de las liquidaciones presentadas en término.

Esta circunstancia significa la recuperación de prestigio del Instituto injustamente perdido, llevando tranquilidad y confianza a los esforzados profesionales en el arte de curar y a los angustiados afiliados que en muchos lugares de la Provincia no se le reconocía por las causales enumeradas, el legítimo derecho de usar servicios de ellos mismos contribuían a pagar con el porcentaje que se deducía de sus magros sueldos.

Entendemos que con todas estas medidas el déficit del instituto podría ser conjugado pero en un plazo algo prolongado por lo cual esta intervención está arbitrando los recaudos legales necesarios para lograr un anticipo importante sobre los recursos calculados para este Instituto en el presente ejercicio, que permitiría normalizar los pagos para la primera quincena de junio colocando las deudas con los servicios prestatarios a sesenta (60) días, es decir dentro de lo que estipulan las cláusulas contractuales, hecho que permitiría colocar al Instituto en esa situación por primera vez en forma estable desde su creación”.

“En lo que se refiere a la normalización institucional puedo adelantar que el Señor Gobernador de la Provincia tendrá a su consideración en breves días

los elementos necesarios para proceder a la elaboración del proyecto de modificación de la Ley 6323 para su elevación a la Honorable Legislatura, con lo que se concretaría la aspiración manifiesta por los afiliados y compartida por las autoridades”.

Director de IOMA
Dr. Ricardo Berri

Durante nuestra investigación histórica tuvimos la oportunidad de entrevistar al Dr. Ricardo Berri, ex director del IOMA durante la presidencia del Dr. Illia. Conocíamos por referencia al Dr. Berri, quien actualmente cuenta con 88 años, gozando de plena lucidez, de una extensa trayectoria dentro del radicalismo como hombre capaz y de probada honestidad. Nos recibió con trato amable y sincero, cuya entrevista resumimos a continuación (67).

Entrevista al Dr. Ricardo Berri el 18/03/2015

El Dr. Ricardo Berri asumió como Interventor del IOMA el 30/10/1963, según decreto del entonces gobernador Anselmo Marini, y se retiró como Presidente del Directorio del IOMA el 28/6/1966, renunciando a sus funciones a raíz del golpe militar de Onganía.

“Cuando asumí, había un desastre económico en el IOMA” señala Berri, “incluso se debían varios meses de sueldo, no había vehículos y existía un gran desaliento del personal”. “Trabajaba 14 hs por día, incluso sábado y domingo para tratar de mejorar las cosas. IOMA tenía un director administrativo, otro contable y el restante médico, que era Jorge Lynch. En ese momento decidí crear un departamento técnico incorporando al Dr. Eduardo Acebal. El Estado había reducido los aportes al IOMA al 1%, pero aún así IOMA contaba con la mejor biblioteca de la seguridad social del país y el Instituto era la base del Seguro de Salud.”

“Durante mi gestión se aprobó la nueva ley que significa aumentar los aportes al 2,5%. Se construyó el edificio del IOMA que está en la calle 46 entre 12 y 13 y se logró conseguir como ente autárquico un préstamo del Banco Provincia del

50% del presupuesto, depositándose en una cuenta IOMA con 2 años de crédito y a muy bajos intereses”. “La nueva ley 6982 aprobada en noviembre de 1964 cambiaba la constitución de directorio, dado que ahora estaría integrado por 3 representantes del Estado y 3 ligados a los usuarios, surgidos por elecciones por padrón electoral. Se siguió una organización en base al Sistema de Seguridad Social en el mundo, y se utilizó los principios de Helsinki”.

Según los colaboradores de la época, el Dr. Ricardo Berri era tildado como “aprendiz de brujo” por sus ideas brillantes y la incorporación de estrategias europeas como el uso del troquel en la venta de los medicamentos en las farmacias.

La filosofía de Berri era “dar el ejemplo de arriba para abajo y honestidad a más no poder”. “Los funcionarios no podían usar el auto por razones particulares y menos luego después de las 17 hs.”

Según el propio Berri las causas de la crisis del IOMA en esa época tendría tres factores principales: 1). pocos ingresos, 2). despilfarro, y 3). el Estado tomaba plata de las cuentas del IOMA.

“Sin embargo, pese a todas las dificultades, había que seguir adelante, y la clave era dialogar y pactar los convenios con las instituciones médicas como con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, evitar el corte de los servicios por la demora en los pagos de las prestaciones médicas, como frecuentemente reclamaba la Agronomía Médica Platense”.

Para tener una cabal idea de la envergadura y los alcances de las cifras de atención médica cubiertas por el IOMA en aquella época hemos resumido la memoria y balance en lo que se refiere a la División Médicos durante 1964 (68).

IOMA Memoria y balance 1964. División Médicos

Cumpliendo con las tareas que le son propias, la División efectuó el control de los servicios médicos prestados por 6.718 profesionales adheridos, ya que como es notorio, su actividad es el núcleo central de la labor que se realiza en esta Dirección. Claro ejemplo de ello, lo constituyen las prescripciones emanadas de los

facultativos, quienes indican y canalizan las actividades subsidiarias de auxiliares de la medicina, establecimientos sanatoriales, farmacias etc.

Los médicos atendieron el lapso comprendido en esta memoria, gran número de pacientes, de acuerdo con el detalle que ilustran los siguientes datos:

La Plata: visitas en consultorio: 337.734, visitas a domicilio: 97.067,
Total: 437.801,

Interior, visitas en consultorio: 595.911, visitas a domicilio: 197.524,
Total: 793.435

Así mismo se controlaron 55.510 liquidaciones de honorarios médicos, de los cuales corresponden 17.307 a La Plata, y 38.203 a Interior. Se requirió la colaboración de Inspección Técnica para realizar encuestas relativas a facturas, en número de 66.

Con la intervención de los organismos competentes, se terminaron las investigaciones por irregularidades cometidas por profesionales médicos adheridos, motivando la aplicación de sanciones consistentes en dos suspensiones y 10 exclusiones definitivas.

El reclamo generalizado por parte de las gremiales médicas, e incluso por alguna de las autoridades de IOMA como lo señala en la entrevista que hicimos al propio Berri sobre la necesidad de modificar la ley 6323 de 1960, llegó a concretarse con la nueva ley 6982 que no solo ratificaba, sino que mejoraba la conformación del IOMA, como fue sancionada el 30 de noviembre de 1964 y cuyo texto exponemos a continuación (69).

LEY 6.982

RATIFICANDO CREACIÓN DEL INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL – I.O.M.A. Y DEROGANDO LA LEY 6323

El Senado y Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires, sancionan con fuerza de LEY

Art. 1° Ratifícase la creación del Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.), que funcionará como entidad autárquica con capacidad para actuar pública y privadamente de acuerdo con las funciones establecidas en la presente ley y realizará en la Provincia todos los fines del Estado en materia Médico Asistencial para sus agentes en actividad o pasividad y para los sectores de la actividad pública y privada que adhieran a su régimen.

La actividad del organismo se orientará en la planificación de un sistema sanitario asistencial para todo el ámbito de la Provincia, teniendo como premisa fundamental la libre elección del médico por parte de los usuarios, reafirmando el sistema de obra social abierta y arancelada.

Art. 2°. El I.O.M.A. será administrado por un directorio integrado por un presidente y seis vocales. Deberán ser argentinos y el presidente poseer el título de médico.

Art. 3°. El presidente será designado por el Poder Ejecutivo, con acuerdo del Senado, tres (3) vocales en representación del Estado que deberán ser: un (1) egresado de Universidad, Facultad de Ciencias Económicas en Ciencias de Administración, un (1) abogado y un (1) médico preferentemente sanitarista, designados también por el Poder Ejecutivo y los otros tres (3) en representación de los afiliados, elegidos por el voto secreto y obligatorio y con representación de la minoría de acuerdo con el procedimiento que establezca la reglamentación. Entiéndase por afiliado toda persona que es titular del servicio asistencial y para ejercer el derecho de elegir y ser elegido deberá tener una antigüedad de un (1) año en tal carácter.

Art. 4°. El presidente y los vocales durarán cuatro (4) años en sus funciones pudiendo ser reelectos. Durante ese período el presidente sólo podrá ser destituido por el procedimiento que señala el artículo 134° "in fine" de la Constitución. El directorio tendrá facultades disciplinarias con respecto a sus miembros.

Art. 5°. En caso de renuncia, fallecimiento, exclusión o cualquier otro impedimento, las vacantes de vocales que representan al Estado serán cubiertas inmediatamente por el Poder Ejecutivo dentro del término que fije la reglamentación de la ley y las de los afiliados por medio de la incorporación de los suplentes, que a tal efecto se elegirán en igual número que los titulares y conjuntamente con éstos en la elección general prevista en el artículo 3°.

Art. 6°. Para excluir a alguno de sus miembros, el directorio deberá hacerlo en sesión especial convocada al efecto y se necesitará el voto afirmativo de los dos (2) tercios de la totalidad de sus miembros.

Art. 7°. La remuneración de los miembros del directorio será la que fije el respectivo presupuesto, concediéndole licencia sin goce de sueldo en los cargos que ocupaban al ser designados vocales del directorio del I.O.M.A.

Art. 8°. No podrán ser miembros del directorio los concursados civiles declarados en quiebra o condenados en causa criminal. Cuando por cualquier causa cesen en su condición de afiliados, cesarán de pleno derecho en el cargo de vocales.

Art. 9°. El presidente y los, vocales serán responsables personal y solidariamente de las decisiones adoptadas, salvo constancia en actas y fundada de su disidencia.

Art. 10°. El directorio deberá ser asesorado por una comisión técnica cuyos miembros representarán a las organizaciones de médicos, farmacéuticos y odontólogos que regulen las respectivas matrículas profesionales y desempeñarán sus funciones sin remuneración alguna.

Art. 11°. El directorio tendrá los siguientes derechos y obligaciones:

- a) Elegir de entre sus miembros, en la sesión constitutiva un vicepresidente para reemplazo eventual o transitorio del presidente.
- b) Representar en juicio a la entidad como demandante o demandada y hacer transacciones judiciales o extrajudiciales para lo cual otorgará los poderes que estime convenientes.
- c) Administrar los bienes del I.O.M.A., llevando el inventario general de los mismos.
- d) Celebrar toda clase de contratos.
- e) Elaborar el escalafón y elevar al Poder Ejecutivo el presupuesto de gastos y cálculos de recursos, indicando las modificaciones necesarias en los porcentajes de aportes y una memoria anual.
- f) Convenir las prestaciones asistenciales y sus aranceles. Los aranceles serán los convenidos con las distintas entidades representativas de los profesionales y los establecidos en el decreto-ley 5.413/58.

- g) Establecer los montos, proporción y demás modalidades para cada una de las prestaciones que se atiendan.
- h) Sancionar, previo sumario, a los afiliados, profesionales y servicios adheridos sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 73° del Código de Procedimiento en lo Penal. Las sanciones serán publicadas en el "Boletín Oficial" y la prensa de las localidades respectivas.
- i) Crear organismos y dependencias para el mejor cumplimiento de sus fines.
- j) Acordar o denegar, en este último caso, por resolución fundada, los beneficios establecidos por esta ley.
- k) Atender la disciplina de los empleados, respetando los derechos conferidos por el decreto-ley 24.053, de 1957.
- l) Dictar la reglamentación necesaria para ejercer sus funciones.

2) Proponer al Poder Ejecutivo el nombramiento, ascenso y remoción del personal del instituto a propuesta de su presidente.

Art. 12°. El presidente representará a la entidad en todos sus actos y como superior jerárquico deberá:

- a) Hacer observar la presente ley.
- b) Ejecutar las resoluciones del directorio velando por su cumplimiento. Ningún miembro del directorio tendrá funciones ejecutivas sino por expresa delegación del presidente.
- e) Convocar y presidir las reuniones del directorio en las que tendrá voz y voto sólo en caso de empate.
- d) Ejercer el control de todos los servicios técnicos y administrativos, ordenando las investigaciones, sumarios o procedimientos que estime necesarios.
- e) Autorizar el movimiento de fondos.
- f) Adoptar todas las medidas de urgencia y actuar en todos aquellos asuntos que siendo de competencia del directorio no admitan dilación, sometiéndolos a su consideración en la sesión inmediata.
- g) Designar los miembros de las comisiones que el directorio constituya.
- h) Otorgar licencias e imponer sanciones de hasta tres (3) días de suspensión.
- i) Convocar al directorio a sesiones extraordinarias cuando lo considere necesario o lo requieran tres (3) de sus miembros.
- j) Elevar al directorio las propuestas de nombramientos, ascensos o remoción del personal.

Art. 13°. El directorio se reunirá como mínimo dos veces por mes y el número válido para sesionar será de cuatro (4) miembros incluyendo al presidente.

Art. 14° Las resoluciones del directorio son irrecurribles en cuanto al mérito del acto. Cuando se cuestione su legitimidad se podrá interponer recurso, que deberá ser fundado ante el Poder Ejecutivo, dentro de los cinco (5) días hábiles.

Art. 15° La prestación asistencial se realizará por los profesionales inscriptos en el Instituto a través de su entidad representativa o en forma individual.

Art. 16° Los recursos del Instituto serán:

- a) El aporte de los afiliados directos.
- b) La contribución del Estado empleador, por un monto igual al aporte de los afiliados directos.
- c) El aporte de la Provincia que cubrirá el déficit eventual que resulte de cada ejercicio.
- d) Los ingresos con motivo de donaciones, legados, contratos u otra actividad.
- e) El superávit que se establezca al cierre de cada ejercicio financiero, que como recurso propio será contabilizado en el ejercicio siguiente.

Art. 17° El aporte de los afiliados directos, será un porcentaje del 2%% de su sueldo, jubilación, pensión o bonificación sujetas a descuentos jubilatorios y descontado mensualmente.

Art. 18° Los aportes mensuales, patronales y personales establecidos para los afiliados, deberán ser depositados en la cuenta respectiva del Banco de la Provincia de Buenos Aires, dentro de los quince (15) días del pago del sueldo por el empleador, que será agente de retención y con la modalidad que establezca la reglamentación.

Art. 19°. Gozarán de los beneficios de la presente ley los afiliados directos y su grupo familiar de conformidad con lo que establezca la reglamentación.

Art. 20° Será obligatoriamente afiliado todo el personal en actividad dependiente del Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial, organismos de la Administración Pública,

jubilados y pensionados del Instituto de Previsión Social de la Provincia y el de las municipalidades que se adhieran.

Art. 21°. Quedan excluidos de la obligatoriedad que fija el artículo 20°, aquellos funcionarios cuyo cargo sea electivo y los jueces del Poder Judicial, los cuales podrán solicitar su afiliación voluntaria al I.O.M.A., la que será resuelta por el directorio.

Art. 22°. Serán afiliados voluntarios:

- a) Los afiliados de las entidades que adhieran a este régimen
- b) Los ex agentes que hayan sido afiliados obligatorios ininterrumpidamente durante tres (3) años.
- c) Los familiares que hubieran estado a cargo de afiliados fallecidos.
- d) Los agentes transitorios mientras desempeñan su empleo.
- e) Los funcionarios con cargos electivos que estuvieran afiliados al finalizar el mandato.

Art. 23°. Se considerarán afiliados a cargo las personas que integran el núcleo familiar del afiliado directo.

Art. 24°. El directorio podrá autorizar la incorporación a los beneficios de la presente ley, de entidades públicas o privadas de acuerdo a los términos, que fije la reglamentación, teniendo como base a aquellas entidades de cierta índole económica o de relación laboral. La incorporación será colectiva.

Art. 25° Las municipalidades de la Provincia se podrán adherir al régimen de la presente ley, mediante ordenanza respectiva.

Art. 26° El Instituto otorgará a los afiliados las siguientes prestaciones:

- a) Medicina general y especializada en consultorio y domicilio.
- b) Internaciones en establecimientos asistenciales.
- c) Servicios auxiliares: análisis de laboratorio, radiografías, fisio y radioterapia, masoterapia.
- d) Asistencia odontológica.
- e) Provisión de Medicamentos.

f) Cualquiera otra prestación que resuelva el directorio.

Dichos servicios serán prestados por el profesional que elija el afiliado, dentro de los adheridos a este régimen asistencial. Donde éstos sean arancelados deberán regirse de acuerdo a los convenios vigentes.

Art. 27°. El I.O.M.A. podrá ser intervenido sólo por ley que así lo autorice, designando el Poder Ejecutivo el Interventor, que tendrá las facultades y deberes del presidente y directorio, en los siguientes casos:

- a) Cuando se comprueben irregularidades “prima facie” en el cumplimiento de la presente ley.
- b) Cuando el funcionamiento de la entidad se encuentre seriamente afectado por razones imputables al directorio.

En todos los casos, la intervención deberá ser debidamente fundada; no podrá exceder del plazo máximo de noventa (90) días y sólo tendrá como fin la normalización de la entidad, debiendo deslindar a los correspondientes efectos las responsabilidades que surjan de la actuación de cada uno de los miembros del Directorio.

Si fuere necesario ampliar el término de la intervención, el Poder Ejecutivo podrá extenderla por un plazo de sesenta (60) días más.

Art. 28°. Cuando el directorio lo considere pertinente, podrá solicitar la información necesaria y realizar inspecciones o pericias, con miras a comprobar la eficiencia en la prestación de los servicios, la efectiva prestación de los mismos y el cumplimiento de la reglamentación. En cada caso el inspector o funcionario del Instituto levantará el acta respectiva, la cual merecerá plena fe, salvo prueba en contrario.

Art. 29°. Derogase la ley 6.323 y toda otra disposición que se oponga a la presente a excepción del decreto-ley número 5.413/958.

Art. 30° Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Anastasio A. Pérez Vélez. Ricardo Lavalle.
Anastasio A. Pérez Vélez. Ricardo Lavalle.
Evaristo C. Iglesias Ricardo A. Cucchi Lagrava.
Secretario de la C. de DD. Secretario del Senado.

La Plata, 30 de noviembre de 1964.

Cúmplase, comuníquese, publíquese, dese al Registro y, "Boletín Oficial" y archívese.
MARINI Abelardo Costa.

Publicada en el "Boletín Oficial" el 24 de diciembre de 1964.

AMP en la república perdida

Durante el gobierno de Arturo Umberto Illia, la AMP desarrolló su actividad normalmente siendo presidida por el Dr. Juan Jorge Moirano hasta el 30 de noviembre de 1964 y a partir de esa fecha por el Dr. Alfredo Serrichio. En total se llevaron a cabo 70 reuniones del Consejo Directivo, 37 (Acta 425 hasta 462) presididas por el Dr. Moirano, y 33 (Acta 463 hasta 496) presididas por el Dr. Serrichio.

Los temas que dominaron la atención del Consejo Directivo fue la lucha por la libre elección, la relación con IOMA, los conflictos en el hospital Gonnet y la reglamentación de la carrera médico-hospitalaria. En menor medida se trataban el adelanto de honorarios y los préstamos bancarios.

La AMP llevó a cabo una política muy firme para lograr que se respeten los principios básicos de la institución y mantener a los médicos dentro de los cánones éticos indispensables para su normal funcionamiento. Es por eso que la mayoría de las veces sus autoridades no dudaron en aplicar las sanciones correspondientes e incluso llegar a la expulsión para aquellos colegas que no entendieron el significado y la trascendencia que tiene una entidad gremial. Se diría que el "modus operandi" fue el siguiente.

Luego de verificar las altas faltas al código de comportamiento de los estatutos de la AMP, se instruye 3 sanciones:

1º Expulsión del médico como afiliado de la AMP

2º Exclusión del médico adherido para la atención de los afiliados de obras sociales y mutuales.

3º Las resoluciones tomadas por la AMP se comunican a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y al Colegio Médico Distrito 1.

Para tener una cabal idea de los temas que desvelaron al Consejo Directivo de la AMP nada mejor que recurrir a las propias actas de las reuniones (70).

1) Libre elección

Se citan a los profesionales que ingresaron en relación directa con la Obra Social YPF; en ese sentido los profesionales citados admiten tal circunstancia, afirmando que pese a comprender que ellos se enfrentan con disposiciones gremiales en contrario no renunciarán a dicho cargo. Ante ello el concejo resuelve intimarlos para que en breve plazo regularicen su situación bajo apercibimiento de aplicación de las sanciones correspondientes. (Acta 432, 19-12-1963)

Se considera la situación derivada de la actitud asumida por aquellos profesionales afiliados a la institución que ingresaron como médicos en relación directa a la Obra Social de YPF, violando expresas disposiciones en contrario emanadas de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y negándose posteriormente a renunciar a dicho cargo tal como se lo solicitara este concejo directivo. Por lo tanto en tales circunstancias se hace pasible de las sanciones gremiales aplicadas en casos similares acordándose por unanimidad la siguiente resolución:

1º) suspender a los Doctores en cuestión, como afiliados de la Agremiación Médica Platense, en tanto persista su actitud violatoria de los principios gremiales.

2º) excluirlo de la lista de médicos de la Agremiación Médica Platense para la atención de Obras Sociales y Mutuales. (Acta 433, 14-02-1964)

Se considera posteriormente la cuestión referida a la versión según la cual varios profesionales han ingresado a la Obra Social SEGBA contraviniendo las

normas que congelan las vacantes en organizaciones asistenciales que no opten por contratación de servicios de acuerdo a los principios gremiales respectivos. Con el fin de aclarar tal situación el concejo resuelve citar a los profesionales en número de cinco los cuales están cuestionados a los efectos de solicitar la confirmación o denieguen la versión apuntada. (Acta 463, 30-11-1964)

Informa luego el Dr. Serrichio sobre el resultado de las entrevistas mantenidas con los médicos involucrados en la atención de la Obra Social de la empresa SEGBA (Servicios Eléctricos de Gran Buenos Aires). De acuerdo a las expresiones de dichos profesionales, resultó comprobada por su declaración la relación de dependencia de estos médicos, en algunos casos se señala que cumplen sus tareas prestando asistencia contra la presentación de orden de la obra social a la que posteriormente cobran sus honorarios. Por lo tanto ante el pedido de los profesionales se les concedió plazo hasta el día 28 para procurar una regulación de su situación ante el informe realizado el concejo resuelve cursar nota a los Doctores Mario Díaz y José Guarnieri, intimándoles a renunciar a sus cargos de la obra social por cuanto su desempeño viola expresas disposiciones gremiales referidas a la congelación de vacantes. (Acta 464, 14-12-1964)

Por último el concejo Directivo considera la situación de los Doctores cuyas relaciones con la Obra Social de la empresa SEGBA se realizan bajo relación de dependencia. Analizadas las mismas y producido el informe de la mesa ejecutiva sobre los aspectos fundamentales y resultados de las gestiones cumplidas el concejo directivo tras breve debate resuelve por unanimidad:

1° Imponer a aquellos Doctores que trabajan bajo la prestación y el cobro de aranceles la sanción de amonestación.

2° Intimarlo a rescindir de inmediato toda la relación de trabajo que implique vinculación directa o indirecta de carácter individual con la Obra Social de la empresa SEGBA bajo apercibimiento de sanción de mayor magnitud.

3° Comunicar la presente resolución a la Federación y Colegio Médico de la Prov. de Buenos Aires y publicarla en el boletín informativo de la institución. Imponer a aquellos Dres. que han reconocido la relación de dependencia, la sanción de expulsión como afiliados de la Agreración Médica Platense, darles de baja en las listas de médicos adheridos para la atención de Obras Sociales y

Mutuales. Señalar la presente sanción como grave antecedente de impugnación gremial. Comunicarla a la Federación y Colegio Médicos de la Prov. de Bs. As. y publicarla en el boletín informativo. En ese sentido se procede lo mismo con los otros médicos sancionados. (Acta 465, 28-12-1964)

Se toma conocimiento de nota cursada por el colegio de Farmacéuticos en la que esta institución solicita informes respecto de las relaciones de la Agremiación con varios sindicatos locales, como así mismo de las que pudieran existir entre esos organismos y un núcleo de médicos locales cuya nómina se adjunta. Acuerda el concejo de la Agremiación señalar al citado organismo que la institución no mantiene relación de convenio con ninguna de las organizaciones gremiales mencionadas y que en cuanto a los profesionales consignados les está vedado por disposiciones gremiales formalizar convenios directos de asistencia médica. (Acta 477, 6-9-1965)

Expone el Dr. Giraldes el informe que en común con el Dr. Fernández Quintela realizara sobre la base de las actuaciones e investigaciones que les encomendara el Concejo de la Agremiación acerca de la presunta contratación de servicios que realizara la Policlínica Privada con la Unión Obrera Gastronómica de esta ciudad. Del informe antedicho aún no resulta en claro la relación dado que la Unión Obrera Gastronómica refiere que ellos dependen de la Cruz Azul de Buenos Aires, organización ésta que existía por convenio de asistencia. Por lo tanto será necesaria una mayor investigación para probar la relación y la conexión entre la Policlínica Privada de esta ciudad y la Unión Obrera Gastronómica. (Acta 478, 20-9-1965)

Con la presencia de los Dres. Cáceres y Falvo en representación del directorio de la Policlínica Privada de La Plata se inicia la sesión que se convocara especialmente para notificar a las autoridades de ese instituto acerca de las investigaciones que una comisión especial integrada por los Dr. Fernández Quintela y Giraldes realizaran como consecuencia de la denuncia efectuada por un afiliado de la Agremiación de relaciones contractuales extra gremiales de la Policlínica con la filial local de la Unión Trabajadores Gastronómicos. En tal sentido la presidencia impone a los representantes de la Policlínica Privada del informe final elevado por la mencionada comisión especial de

que presuntivamente se desprende que efectivamente dichas relaciones fueran concretadas. Expresa al respecto el Dr. Falvo y posteriormente el Dr. Cáceres que no existe ni ha existido convenio alguno con dicha entidad gremial, que la Policlínica Privada ha prestado servicios médicos a afiliados de la misma de acuerdo a aranceles del libro verde cobrando los mismos a la UTGRA. Advierte que luego de haber sido notificado por el Dr. Giraldes que ello constituía una forma de relación que transgredía también las normas gremiales ya que conformaba una especie de convenio de hecho la Policlínica Privada suspendió también esa forma de relación que recalca se mantuvo en el convencimiento de que no significaba transgresión gremial. Acerca de ello la presidencia requiere a los Dr. Falvo y Cáceres eleven nota exponiendo el proceso relatado y señala por otra parte que en principio cabe entender que la relación que existiera conformaba un evidente transgresión que en el caso de la Policlínica Privada se agrava por los antecedentes de actuaciones más o menos similares de la misma que en su momento hicieron pasible a su Directivo de un llamado de atención. (Acta 482, 8-11-1965)

Referente a la relación entre el directorio de la Policlínica Privada La Plata y la Mutual de Gastronómicos y la filial local de la UTGRA se da lectura a la nota remitida por esa mutual. Los directivos de la UTGRA con el fin de concertar la posición refieren que nunca ha existido un convenio de asistencia y que en ningún momento se firmó contrato alguno con la Policlínica Privada a la que sí solamente se remitían órdenes de atención de sus afiliados y abonaban periódicamente los servicios prestados por tal concepto. Expresa por último la presidencia que entiende cabe considerar la resolución final que corresponda a las actuaciones mencionadas y hace referencia en tal sentido a las conclusiones ciertas que cabe extraer de la misma y que pueden resumirse en los siguientes puntos:

Existió sin lugar a dudas una relación de hecho en la Policlínica Privada y la UTGRA constituida principalmente por ese sistema de pago consentido y acordado por aquella

No se puede considerar empero que se haya acreditado la firma de un convenio que regulara esa situación.

Existen antecedentes de un llamado de atención a los miembros del Directorio de la Policlínica Privada por una causa similar.

Debería computarse como circunstancia atenuante que al iniciarse las actuaciones y comunicarse ello a la Policlínica Privada, sus directivos suspendieron la modalidad de relación que mantenían con la UTGRA. Sometida concretamente la cuestión a consideración del concejo directivo el mismo se pronuncia por unanimidad en el sentido de considerar que existió transgresión a las normas gremiales y que cabe por ello imponer una sanción a los miembros del Directorio de la Policlínica Privada. Al considerar el tipo y magnitud de la sanción a aplicar se debate y se discrepa acerca del punto, arribándose finalmente a una votación nominal que arroja el siguiente resultado:

-Por la suspensión como afiliados de los Dres. Falvo, Cáceres, Pampa, Mariani y Basso. Votan los Dres. Lozanno, Giraldes y Fernández Quintela. Por la amonestación de los citados Profesionales votan los Dres. Varadi, Albertalli, Valenzuela, Corra y Saravi.

Queda en consecuencia aprobada por mayoría la sanción de amonestación. (Acta 483, 22-11-1965)

El Consejo Directivo resuelve por unanimidad, vista el acta realizada con fecha 11 de febrero de 1966, según la cual, el afiliado Dr. Néstor Cordone reconoce haber ingresado como médico en relación de dependencia directa con funciones asistenciales a la Dirección de Sanidad Naval y, considerando que tal actitud viola expresas normas gremiales preexistentes que prohíben toda vinculación directa en funciones médicas asistenciales con aquellas obras sociales u organizaciones similares que presten gratuita u onerosamente el beneficio de la atención médica, sin respetar los principios gremiales respectivos que en su exposición el Dr. Néstor Cordone no ofrece atenuantes computables al considerar su caso, que por el contrario cabe valorar como circunstancia agravante el hecho del conflicto existente con la Dirección de Sanidad Naval.

El Consejo Directivo resuelve:

1ero: imponer al Dr. Néstor Cordone la sanción de expulsión como afiliado de la Agremiación Médica Platense.

2do: excluirlo de las listas de médicos adheridos para la atención de obras sociales y mutuales.

Poner la presente resolución en conocimiento de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y del Distrito 1° del Colegio Médico. (Acta 490, 7-3-1966)

A raíz de inconvenientes suscitados por la atención directa en algunos sanatorios de La Plata y afiliados de la Obra Social YPF luego de un amplio debate en el seno de la AMP, el Consejo Directivo adopta por unanimidad la siguiente resolución:

1° - Los médicos suspenderán, cualquiera sea su lugar de actuación profesional, la atención de beneficiarios de la Obra Social de YPF por cuenta de la misma. La atención continuará prestándose atribuyendo a dichos beneficiarios el carácter de pacientes privados.

2° - Para la reanudación de los servicios por convenios, será condición improrrogable el cumplimiento de los siguientes puntos:

a- Reconocimiento de los aranceles mínimos de ley fijados por el distrito del Colegio de Médicos

b- Firma de Convenio de Asistencia con la AMP o FEMEBA según corresponda, mediante el cual se otorgue plena vigencia en la atención de los beneficiarios de la obra social al principio gremial de la libre elección del médico por el paciente.

c- Reconocimiento por parte de la obra social, de la aplicación del arancel mínimo del Colegio de Médicos para todas las prestaciones médicas realizadas a partir del 1 de enero del año en curso. Resolvió así mismo el Consejo Directivo, poner en conocimiento de todas las obras sociales y mutuales que hasta el presente han contratado la prestación de servicios médicos sin intervención de la AMP o de FEMEBA, que si en plazo prudencial no se formalizan los respectivos convenios a través de la entidad médica gremial que

corresponda, será interrumpida la atención contractual de sus beneficiarios, los que en consecuencia serán considerados como pacientes privados. (Acta 492, 11-4-1966)

2) IOMA

Se considera seguidamente la situación que crea el considerable atraso en que se halla el IOMA en materia de pago de honorarios acordándose dirigir nota a la Federación Médica solicitando se gestione enérgicamente la regularización de los mismos. (Acta 427, 31-10-1963)

Se toma conocimiento de notas cursadas por el IOMA comunicando haber denegado el pedido de reincorporación que presentara ante algunos profesionales que estaban en una situación de sancionados. (Acta 434, 20-2-1964)

Se hace presente en la sección un grupo de afiliados de la entidad con el objeto de señalar su inquietud ante la prolongada mora del IOMA en lo que se refiere al pago de honorarios médicos. Luego de un breve análisis de la situación se pone en conocimiento de los mismos copia de nota cursada por la Obra Social a la Federación Médica en la que denuncia la eminente cancelación de deudas por servicios a sus afiliados por un monto de aproximadamente 200 millones de pesos. Se toma conocimiento de comunicación remitida por el IOMA informando acerca del aumento de la cuota de afiliación dispuesta recientemente que asciende en total al 4% sobre el monto de las asignaciones de los afiliados. Al respecto se dispone retener en lo sucesivo al personal de la entidad de la Agronomía Médica el 2,5 % quedando el resto a cargo de la misma. (Acta 443, 27-5-1964)

A continuación informa el Dr. Moirano que sobre la aparición de una reglamentación producida por el Distrito 1 del colegio de Médicos que el IOMA incorporara a las normas de trabajo donde se reserva sólo a los especialistas reconocidos como tales por el Colegio la facturación de honorarios correspondientes a síndromes clínicos debiendo los profesionales que no se hallan en tal situación facturar honorarios por visita. A raíz de esto señala que se realizaron entrevistas con las autoridades del IOMA en conjunto con el Presidente de la Federación

con el objeto de aclarar los alcances de la citada reglamentación como así mismo para resolver cual sería el trámite a seguir con la factura de síndromes denunciadas con posterioridad al 1º de abril que la obra social rechazaba aludiendo vigencia a partir de tal fecha de las normas en cuestión. Expresa que finalmente convino previa visación por parte de la Agremiación se daría las mismas tramite de pago. (Acta 444, 11-6-1964)

Inicia la sesión el Dr. Moirano exponiendo los antecedentes pormenores del diferendo producido entre la Federación y el IOMA. A tales efectos da lectura a las circulares emitidas por la Federación comentando y ampliando sus puntos básicos, señala por último la grave proyección adquirida por el conflicto como consecuencia del ataque directo que las autoridades de la Obra Social IOMA han llevado a la existencia misma de las entidades gremiales médicas destacando la necesidad de una férrea unidad médica que brinde bases firmes a la acción gremial que será necesario desarrollar para superar con éxito el grave momento que se viene.

Expresa luego el Dr. Cassini que el cuerpo médico del Hospital Italiano, en numerosa reunión realizada para analizar el problema resolvió brindar solidario apoyo a la acción de la Federación proponiendo paralelamente se procure por medio de una acción conciliadora una solución para el conflicto. Estima que tal puede ser la posición que adopte esta reunión ante expresiones del Dr. Fernández que considera prácticamente imposible una acción conciliadora frente a la actitud adoptada por las autoridades del IOMA, señala el Dr. Cassini que si bien es fundamental e indiscutible la necesidad de brindar todo el apoyo necesario de las instituciones gremiales no cabe desechar de plano la instancia propuesta que demostrara una vez más la buena voluntad del Gremio Médico en esta emergencia. Expresa luego el Dr. Pérez Núñez, previo esbozo de las cuestiones fundamentales que llevaron al consejo directivo de la Federación a disponer de las medidas de fuerza que debe enfocarse la presente cuestión como decisiva para el futuro ejercicio de la profesión médica en la provincia de Bs As. Por su parte el Dr. Martiarena estima que no cabe agotar más instancia de conciliación que las cumplidas ya por la Federación debiendo solo pronunciarse por un apoyo total y solidario a la gestión gremial, pues considera que en caso contrario solo se permitirá un deterioro de la posición

Médica que estima justa y razonable. En torno a los posiciones expuestas se formaliza animado debate en cuyo transcurso se formulan diversas variantes acerca de cuál habría de ser el mecanismo conciliatorio que eventualmente se resolviera aprobar. Por último y que debiera aprobar por unanimidad el apoyo total y solidario a la gestión que cumple el consejo directivo de la Federación Médica se resuelve por amplia mayoría encomendar al Consejo Directivo de la Agremiación la designación de una comisión integrada por profesionales ajenos a los organismos directivos de las entidades en conflicto para que procuren establecer contacto entre la Federación y el IOMA, posibilitando en tal forma la tratativas conciliatorias que resuelvan el actual diferendo. (Acta 446, 16-7-1964)

Con la presencia de los presidentes de las siguientes entidades primarias de la Agremiación se inicia la sesión. Asociación de profesionales del Hospital Español, Instituto Medico Platense. Hospital Italiano, Hospital San Juan de Dios, Hospital de niños, Sanidad de la UNLP que concurrieron a la invitación oportunamente formulada por el Dr. Moirano, exponiendo en detalles los antecedentes mediatos e inmediatos del actual conflicto con el IOMA como así también los alcances que ha tomado el mismo. Expresa, ya que en virtud del planteo formal por parte de las autoridades de la obra social de la adhesión directa de médicos, el diferendo se proyecta hacia la desintegración de la unidad médica traducida en la existencia de entidades gremiales que contratan los servicios de sus profesionales adheridos. Señala por otra parte el Dr. Moirano como imposible o inconveniente la asunción por el Colegio Médico de las funciones actualmente a cargo de estas entidades gremiales tal como aparecen propiciándolo los citados funcionarios dado el carácter de entidad de derecho público con funciones más específicas delegadas por el Estado y con un estatuto dado por ley que provee su intervención, medida perfectamente viable en el caso que el organismo asumiera la conducción gremial en un conflicto como el presente. Luego de un breve cambio de ideas de los delegados presentes, y formuladas las aclaraciones que se solicitaron informa el presidente acerca de la presentación por parte de algunos funcionarios del IOMA, dos en total de sus renuncias como afiliados a la entidad y revocación de la carta poder. Señala que a juicio del concejo correspondería llevar a consideración de una asamblea de afiliados tales renuncias que entienden en algún

caso que habría que considerar como transgresión a normas gremiales, y así se resuelve por unanimidad. Así mismo se decide cursar nota a todas las entidades primarias de la Agreración invitándolas a realizar reuniones con sus afiliados en las que se les informen minuciosamente sobre el actual conflicto y sus proyecciones. (Acta 447, 23-7-1964)

Se toma conocimiento de las adhesiones recibidas de la asociación Profesionales del Hospital de Niños, Hospital Italiano, Sanidad de la UNLP, Hospital de Gonnet, Hospital Español, Hospital Melchor Romero, solidarizándose con esta entidad y la Federación Médica en relación al conflicto existente con el IOMA. (Acta 448, 30-7-1964)

Se toma conocimiento de las notas presentadas por los afiliados que renunciaron a esta entidad a raíz del conflicto con el IOMA mediante los cuales se solicita el retiro de las mismas. Luego de analizar los alcances de la situación considerada y con posterioridad a un breve debate el concejo resuelve aceptar el retiro de las renunciaciones advirtiendo la reserva de obstruir oportunamente las actuaciones que pudieran corresponder para esclarecer la conducta gremial de dichos profesionales. Esta resolución se pondrá en conocimiento de las entidades primarias de la Agreración a cuyos presidentes se acuerdan invitar en la próxima sesión, en la que se solicitara el aporte de todos los elementos de juicio que permitan aclarar debidamente la situación gremial de los citados afiliados. (Acta 449, 6-8-1964)

Con la presencia de los presidentes de entidades primarias de la Agreración el concejo analiza cual ha de ser la actitud a asumir ante el retiro de las renunciaciones presentadas por afiliados de la entidad en ocasión con el conflicto con el IOMA. Informa en primer término en Dr. Moirano que el cuerpo coincide en el temperamento de aceptar dicho retiro sin perjuicio de iniciar las actuaciones sumariales que pudieran corresponder para esclarecer la posible comisión por parte de dichos u otros afiliados de hechos anti gremiales violatorios de las normas impartidas por la Federación en ocasión del citado conflicto. Existiendo un sentimiento unánime al respecto el concejo ratificó su decisión de aceptar el retiro de las renunciaciones e instruir las citadas actuaciones. A tales efectos se resuelve cursar nota a todas las entidades primarias

como así mismo a los círculos locales de toda la provincia por intermedio de la Federación solicitando se aporten los elementos de juicio que se estimen útiles para agotar la investigación dispuesta. (Acta 450, 13-8-1964)

Se toma luego conocimiento de nota cursada por la Federación dando traslado de la reglamentación que ha dispuesto el IOMA para la facturación de síndromes clínicos entendiéndose que de la misma surgen alteraciones sustanciales al régimen convenido como así mismo la carencia de disposiciones que regulen la percepción de honorarios. En caso de rechazo de la facturación por síndrome el concejo resuelve solicitar a la Federación gestione la reforma de la citada reglamentación. (Acta 455, 17-9-1964)

Se resuelve elevar a la Federación Médica a los efectos que correspondan una presentación realizada por un grupo de especialistas en psiquiatría exponiendo su discrepancia con la reciente reglamentación para la facturación de prácticas de la especialidad dispuesta por el IOMA. (Acta 470, 12-4-1965)

Se toma luego conocimiento de nota de la Federación donde se informa acerca de los médicos inscriptos directamente en el IOMA en jurisdicción de esta Agrupación. Luego de analizar dicha nomina se dispone la confirmación del carácter directo de las adhesiones y la invitación para la inscripción en esta Agrupación a quienes no lo hayan hecho todavía. (Acta 484, 6-12-1965)

Informa la presidencia acerca de la situación originada con la decisión del IOMA por la que se desconoce los aranceles mínimos establecido por el Colegio de Médicos para el año en curso. Se destaca ante tal decisión y ante el fracaso de las gestiones realizadas por la Federación Médica para lograr su revisión, que dicha institución resolvió suspender los servicios al Instituto a partir del 1 de febrero de 1966.

Informa luego que la mesa directiva que en gestión común realizada con la de la Federación Médica resolvió publicar una amplia solicitada periodística para informar a la población y a los médicos acerca de los pormenores que han hecho lugar a la decisión de suspender los servicios. (Acta 488, 31-1-1966)

El Sr. Presidente Dr. Serrichio destaca la amplia consulta realizada con las obras sociales al cabo de numerosas reuniones y analiza en particular la interrelación referida al IOMA. De último, comenta y da lectura a la solicitada publicada en común con la Federación Médica en la que se reseña paso a paso todas las gestiones realizadas en relación con el IOMA. Acto seguido y sobre el mismo tema informa en extenso el presidente de la Federación Médica y el secretario general sobre estos aspectos. Se promueve luego reavivar el debate y participación de numerosos afiliados de la Agremiación Médica. (Acta 489, 10-2-1966)

El Consejo Directivo resuelve difundir entre los asociados la nota múltiple enviada por la Federación sobre la situación con el IOMA, como así también informar acerca del estado actual de la situación relacionada con las obras sociales y mutuales debido al atraso que tienen en el pago de los honorarios médicos y cuáles serían las medidas más convenientes a adoptar por la institución. (Acta 491, 21-3-1966)

3) Hospital Gonnet

Se toma conocimiento del conflicto suscitado entre el cuerpo médico del Hospital de Gonnet y el interventor del mismo y se destaca que luego de la entrevista mantenida con el Sr Ministro de salud pública de la provincia se puede afirmar que las autoridades apoyan la subsistencia de la reforma hospitalaria señalando en lo que se refiere a la relación de los médicos con el interventor, que existe por parte del mismo la intención de considerar favorablemente el diálogo con los profesionales. (Acta 432, 19-12-1963)

Se hace presente en la sesión una delegación de la asociación de profesionales del Hospital de Gonnet, encabezada por el Presidente del mismo Dr. Jorge Soler, con el objeto de informar al concejo sobre lo resuelto por la asamblea que los profesionales del Hospital realizaran en el día de la fecha. Luego de esbozar un panorama de la actual situación del Hospital como así mismo de la gestión realizada por el interventor del mismo el Dr. Soler al par que los demás delegados solicitan al concejo directivo inicie de inmediato gestiones ante la Federación Médica y poderes públicos para obtener en la medida de

lo posible una solución adecuada para lo que estiman grave peligro para la prosecución de la experiencia emprendida con la reforma Hospitalaria. (Acta 438, 2-4-1964)

Informa luego el Dr. Moirano que conjuntamente con la Federación Médica se entrevistó al Ministro de salud pública con el objeto de plantear la posición de las entidades gremiales frente al estado actual de la reforma hospitalaria conviniéndose posteriormente en la realización de una reunión conjunta con representantes del Circulo Médico de Mar del Plata, Hospital de Gonnet y Federación Médica para procurar bases comunes para una acción conjunta frente a las autoridades. (Acta 439, 9-4-1964)

Se toma conocimiento de copias obtenidas de circulares emitidas por AMOETRA mediante las que se comunica a los afiliados de la mutual que dado el conflicto existente con la Federación Médica se ha convenido con el Hospital de Gonnet la atención de los mismos. Analizada coincidentemente la nota presentada por la Asociación de Profesionales del citado Instituto informando acerca de una disposición comunicada por la intervención del Hospital que rechaza la resolución de los profesionales de no prestar servicios a los afiliados de la aludida mutual, apoyada tal medida en un dictamen emanado de la asesoría de gobierno de la Provincia, el concejo directivo resuelve elevar la cuestión con todos sus antecedentes a la Federación Médica para su inmediata consideración y solución. (Acta 442, 15-5-1964)

Se toma conocimiento de una nota presentada por la Asociación de Profesionales del Hospital Manuel Gonnet informando acerca de las resoluciones adoptadas por una asamblea extraordinaria de sus afiliados ante la acción ministerial que culminara con la separación de su cargo del Dr. Palatnik. Informa luego el Dr. Moirano sobre lo acontecido en la reunión que se celebrara en la fecha con dirigentes de la entidad primaria en cuyo transcurso se señaló a los mismos la irregularidad del procedimiento de fuerza adoptado que obstaculiza sensiblemente la acción gremial que pudiera desempeñar la Agrería. Luego de un prolongado cambio de ideas al respecto los mencionados dirigentes se comprometieron a restituir el hospital a sus autoridades como paso previo para posibilitar la acción de esta institución; tal compromiso ha

sido posteriormente ratificado y comunicado por nota a la que se acompaña otra en la que se señalan los puntos mínimos de solución que la entidad primaria juzga deben cumplirse. Luego de un breve debate el concejo directivo resuelve comunicar a la misma que la Agreración iniciará de inmediato las gestiones correspondientes para procurar una solución del conflicto dentro de los postulados adoptados por la Federación Médica en relación a la reforma hospitalaria. (Acta 453, 10-9-1964)

Acto seguido informa el Dr. Moirano acerca del desarrollo de la entrevista que mantuviera con el Ministro de salud pública y miembro del concejo directivo de esta entidad. En el transcurso de la misma se expuso ante el Sr Ministro la posición de las entidades gremiales frente al conflicto existente en el Hospital de Gonnet aclarando en principio la no intervención de ninguna de ambas instituciones en los hechos ya consumados. Se planteó luego la inoportunidad de la medida oficial por la que se separó de su cargo al Dr. Marcos Palatnik que si bien puede tener plena justificación legal resulta absolutamente insuficiente como parte del proceso de normalización del hospital Este debe encararse integralmente sobre la base de la evaluación recientemente realizada y constituye un acto que lógicamente ha sido interpretado como hostil por parte de los profesionales del mismo como medida conducente a una normalización que es aspiración unánime y donde se solicita al Sr. Ministro la revisión de la aludida resolución. Ante ello, el referido funcionario expreso que tal posibilidad estaba anulada por el estado parlamentario que había adquirido la cuestión provocando una interpelación por la que debería defender la acción cumplida que estimaba completamente correcta señalando en consecuencia que debía proponer cualquier decisión sobre el problema. Ante tal circunstancia y pese a la buena voluntad demostrada por el Dr. Costa para la discusión del tema se dio por finalizada la entrevista. Toma luego conocimiento el concejo de una nota recibida de la Asociación de Profesionales del Hospital de Gonnet la que informa haber obtenido una entrevista con el Ministro de Salud Pública para el día de mañana a las 17 hs. y para la que se solicita la designación de un veedor por parte de esta Agreración para asistir a la misma acompañando al delegado de la Asociación. En relación al tema informa el Dr. Moirano que fue consultado telefónicamente por un alto funcionario del Ministerio sobre si la Agreración avalaría con su presencia tal audiencia en cuyo defecto se cancelaría la misma. Sobre tales

bases se produce un animado debate con los miembros del concejo referido al proceso en general del conflicto y en especial a la cuestión de la entrevista ya mencionada. Como culminación del mismo mociona el Dr. Lara se dirija a la Asociación de Profesionales una nota en la que se señalen concretamente las objeciones que la acción desarrollada hasta el presente merece por parte de este concejo principalmente debido a la violación de las vías gremiales que corresponden en numerosas gestiones y acciones emprendidas. Adoptado tal criterio por unanimidad se acuerda luego designar a los Dres. Ladd y Sarabi para acompañar, no en carácter de veedores sino como representantes de esta Agremiación a la Asociación a la entrevista aludida otorgando a los mismos mandatos para circunscribir a los siguientes puntos.

1º: Señalar la inoportunidad de la remoción de su cargo del Dr. Marcos Palatnik.

2º: Solicitar se considere la posibilidad de sustituir las actuales autoridades del Hospital en evidente divorcio con el apoyo médico del mismo por profesionales que no merezcan o hayan merecido objeciones por parte de las entidades médicas superiores

3º: Solicitar no se innove en lo que se refiere a cargos y estructuras de la reforma hospitalaria hasta tanto se realice la nueva reglamentación ante una ley acorde con la evaluación realizada. (Acta 454, 14-9-1964)

Informa el Dr. Moirano que el día martes pasado se realizó una entrevista con directivos de la Asociación de Profesionales del Hospital de Gonnet a quienes se impuso del contenido de la nota que el concejo resolviera remitir en la sesión pasada. En el transcurso la reunión se recibió nota del ministerio de salud pública cancelando la entrevista concedida a la Asociación de Profesionales como consecuencia de la vigencia de la medida de huelga, ante tal situación se solicitó a los directivos presentes el levantamiento de la misma a efectos de posibilitar la reanudación de las negociaciones solicitud que los mismos resolvieron poner a consideración de una asamblea de los profesionales del hospital. (Acta 455, 17-9-1964)

Informa el Dr. Moirano que luego de la reunión celebrada el martes pasado con los directivos de la Asociación de Profesionales del Hospital de Gonnet en la que se le solicitó el levantamiento de la huelga como medida previa como para iniciar gestiones ante el ministerio, cuestión que los mismos decidieron someter hacia una asamblea no se han registrado novedades al respecto. Posteriormente en reunión celebrada en la Federación con directivos de la misma y representantes de los hospitales de reforma de Gonnet y Mar del Plata los directivos de la Asociación de Profesionales del Hospital local resolvieron entregar al concejo directivo de esta Agremiación la conducción del conflicto a cuyos efectos se les requirió como paso inicial el levantamiento del estado de huelga, medida que prometieron adoptar y comunicar oficialmente. (456, 24-9-1964)

Informa el Dr. Moirano que la Asociación de Profesionales del Hospital de Gonnet comunicó en forma oficial su decisión de someter al concejo directivo de la Agremiación la conducción total del conflicto suscitado en el Hospital Gonnet, en tal sentido y como medida previa procedieron a suspender la aplicación de la medida de fuerza vigente. En virtud de ello se gestionó y obtuvo una entrevista con el Sr. Ministro que empero solo recibió al informante y de la cual no se obtuvo resultados concretos de ninguna naturaleza. Posteriormente el funcionario citado obtuvo otra entrevista con los presidentes de la Federación y Colegio Médico ante quienes expuso su proyecto de trasladar la carrera Médica Hospitalaria a los profesionales que se desempeñan en los hospitales de Gonnet y Mar del Plata cuestión ésta que en principio fue objetada por los dirigentes señalando que manifestarán como necesaria la consulta en sus respectivos organismos. Posteriormente y por conducto periodístico adquiere estado público la firma del decreto 7855 que deroga el 12481 reglamentario de la ley 6462 incluyendo los profesionales que cumplían funciones en los hospitales de reforma, en los regímenes de carrera Hospitalaria confirmando de tal manera el desconocimiento por las partes de las autoridades oficiales de la opinión de las entidades representativas Médicas a las que por otra parte burlan prácticamente al someter a su consideración una resolución ya firmemente adoptada. En torno a los elementos de juicio expuestos se produce un prolongado cambio de ideas entre los componentes del concejo que finalmente y por unanimidad resuelven lo siguiente:

Vista la noticia periodística aparecida en el día de la fecha que informa acerca de la firma del decreto 7855 en momentos que las entidades gremiales Médicas se encontraban gestionando una solución adecuada al conflicto suscitado en la planta piloto número 2 de reforma hospitalaria Hospital de Gonnet la Agremiación Médica Platense resuelve:

Declarar su absoluto desacuerdo con los alcances que según la aludida fuente tiene el decreto 7855.

Disponer que sus médicos agremiados no ocupen cargos de ninguna naturaleza en la planta piloto número 2 del Hospital de Gonnet según el sistema que consagra el decreto citado.

Continuar en conjunto con las demás entidades médicas de la provincia el estudio de la estructuración definitiva de la reforma hospitalaria.

Comunicar la presente resolución a la Federación y Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires. (Acta 457, 1-10-1964)

4) Carrera Médico-Hospitalaria

El concejo directivo considera la situación referida a la cesantía del Dr. Rolando Llanos en su cargo de Carrera Médica Hospitalaria y el fracaso de las gestiones realizadas por la Federación Médica a instancia de esta Agremiación ante el poder ejecutivo provincial. Ante ello se resuelve someter la consideración del problema a una Asamblea extraordinaria de afiliados que se acuerda convocar para el próximo día 16 del corriente con el siguiente orden del día:

Consideración de la posición a adoptar frente a la violación de la ley de carrera hospitalaria Arts. 38 y 40 constituida por la cesantía sin sumario previo del Dr. Rolando Ángel Llanos.

Designación de dos asambleístas para firmar el acta. (Acta 466, 8-3-1965)

Acto seguido y con la presencia del actor letrado de la Agronomía, Dr. Coquet se realiza un minucioso análisis de los aspectos legales referidos al proceso que concluyera con la cesantía del Dr. Llanos en su cargo de carrera Médica Hospitalaria. Al cabo del mismo se estructuran las consideraciones médicas legales que apoyan en la faz jurídica por posición adoptada por la Institución en esta emergencia. (468, 29-3-1965)

Se toma conocimiento de nota cursada por el Colegio de Médicos informando que de acuerdo al despacho de comisión de legislación el organismo se ha expedido señalando que el poder ejecutivo provincial ha violado el régimen de carrera Médica Hospitalaria con el traslado y posterior cesantía del Dr. Rolando Llanos. (Acta 471, 26-4-1965)

Informa la presidencia que de acuerdo a la resolución oportunamente adoptada por el concejo directivo se notificó al Dr. Rolando Llanos su expulsión como afiliado de la institución en comunicación del siguiente tenor. Visto que el afiliado Dr. Rolando Ángel Llanos no acató en su condición de médico de la dirección de sanidad de la policía de la prov. de Buenos Aires el paro de las actividades Médicas dispuesto por la Asamblea Extraordinaria del 30 de marzo de 1965 y considerando que el Dr. Rolando Ángel Llanos era quien debía el mayor y más total acatamiento a la resolución antedicha en razón de ser precisamente su presentación de fecha 19 de febrero de 1965 la que dió origen al proceso que la provocara, que esa circunstancia obliga a considerar su actitud con la máxima severidad y que no pueda considerarse como atenuantes para su caso los motivos expuestos. (Acta 475, 12-7-1965)

5) Adelantos de honorarios y Préstamos bancarios

Se concede adelantos de honorarios a varios profesionales y también se conceden las solicitudes de aval de trámite para los préstamos en el Banco Comercial. (Acta 430, 5-12-1963)

A continuación el tesorero de la entidad de la Agronomía Médica Platense informa que se ha agotado el fondo de 200 mil pesos destinados a adelantos a

profesionales. Ante ello y por unanimidad el consejo resuelve incrementar definitivamente dicho fondo en 100 mil pesos más. (Acta 432, 19-12-1963)

Informa la presidencia que el Banco Comercial ha informado acerca del incumplimiento por parte de algunos afiliados de las obligaciones emergentes por el préstamo obtenido mediante el aval de esta Agremiación. Resuelve el concejo trasladar la cuestión a la asesoría letrada para que la misma adopte los recaudos que correspondan. (Acta 476, 2-8-1965)

Se da lectura al proyecto de reglamento de anticipo de honorarios médicos que elaborara la comisión designada a tal efecto. Tras breves consideraciones el Concejo aprueba dicho proyecto que sustancialmente reglamenta 2 tipos de adelantos, ordinarios y extraordinarios, de 20 mil y de 40 mil pesos respectivamente a otorgar sobre la facturación de los afiliados a obras sociales y mutuales y hasta un 80% del monto total de la que haya sido presentada con más de 30 días de antelación de la fecha de la solicitud. (Acta 485, 13-12-1965)

Se decide otorgar adelantos de honorarios en forma ordinaria y en forma extraordinaria a aquellos médicos que han llenado los requisitos de acuerdo al nuevo estatuto y reglamento. (Acta 487, 24-1-1966)

Por otra parte se analiza las circunstancias de algunos médicos agremiados que han incumplido con las obligaciones bancarias emergentes de los préstamos obtenidos en el Banco Comercial con el aval de la Agremiación. Pese a los reiterados pedidos que cancelen sus deudas ya que estas han sido financiadas con los fondos sociales de la entidad, y aún, en muchos casos se ha notado un total desprecio por cumplir con las obligaciones contraídas, el Consejo Directivo, con el propósito de procurar una solución adecuada y decorosa que se traduzca objetivamente en cumplir pagando las deudas refiere:

1º - imponer la sanción de expulsión como afiliados a aquellos agremiados que no han dado ningún tipo de solución a su situación de morosos, 2º- excluirlos de la lista de médicos adheridos para la atención de obras sociales y mutuales; y 3º poner en conocimiento de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y del Distrito Médico I. (Acta 490, 7-3-1966)

Del análisis de la lectura de las actas durante este período, surge la real envergadura de las luchas quijotescas que ha tenido que librar la AMP para mantener los principios institucionales y lograr el equilibrio necesario para evitar rupturas con entidades del Estado, Obras Sociales, Mutuales e incluso con los propios agremiados. Los conflictos han sido constantes pero también la búsqueda de las soluciones no tuvo descanso. En definitiva, se trató de:

1)- Mantener al gremio médico unido respetando hasta las últimas consecuencias la libre elección, llegando incluso hasta la expulsión de aquellos que no acataran este principio.

2)- Lograr una relación de convivencia y de mutua conveniencia con el IOMA pese a las idas y vueltas de los convenios, la falta de respaldo en muchos casos de la Federación Médica y el atraso de los pagos de los honorarios médicos que muchas veces llegaba al límite con los conflictos de corte de servicios.

3)- Equilibrar y mediar entre los médicos que cumplían servicios en el Estado y bajo la Salud Pública con las reformas hospitalarias sostenidas por las autoridades y decretos que en muchos casos desembocaban en verdaderos conflictos con toma de hospitales y cesantías a los responsables como en el caso del Hospital Gonnet.

4)- Velar por el cumplimiento de los artículos de la Carrera Médico Hospitalaria, y respaldando a aquellos profesionales que padecieron situaciones de injusticia y avasallamiento de sus derechos, especialmente en los concursos para cargos hospitalarios.

5)- Apoyar y ayudar económicamente a los médicos agremiados con el adelanto de honorarios pero también reclamar e incluso perseguir jurídicamente a aquellos colegas morosos que no cumplieron con los pagos de las cuotas de préstamos bancarios otorgados oportunamente.

CAPÍTULO 3

1966 – 1970

AMP DURANTE LOS BASTONES LARGOS

Durante este período en que analizaremos la historia de la Agronomía Médica Platense, la República Argentina estuvo sometida bajo el poder de un gobierno militar presidido por Juan Carlos Onganía.

En el transcurso del gobierno de José María Guido, Onganía se reveló como uno de los líderes de la facción azul en el seno del ejército; a diferencia de los colorados, que consideraban al peronismo un movimiento clasista afín al comunismo y que debía ser erradicado, los azules apreciaban su carácter nacionalista y cristiano y lo consideraban una fuerza moderada, útil para contener el avance de las ideas de extrema izquierda. Al asumir Arturo Umberto Illia, Onganía decidió pasar a un segundo plano. Sin embargo, a raíz de la insatisfacción de sectores exteriores, la prensa, y grandes empresas con la política nacionalista y socialdemócrata de éste, y a la decisión de Illia de revocar la proscripción del peronismo, fue derrocado por un golpe de Estado que se autodenominó Revolución Argentina, encabezado por los titulares de las tres Fuerzas Armadas –el teniente general Pascual Ángel Pistarini (Ejército), el brigadier general Adolfo Álvarez (Fuerza Aérea) y el almirante Benigno Varela (Armada)– y que designó a Onganía como presidente. (71)

Onganía inicialmente nombró como su ministro de economía al democristiano Jorge Néstor Salimei, aunque dentro de gobierno coexistían otras

corrientes políticas (nacionalistas y liberales) (72) pero el 3 de enero de 1967 lo reemplazó por el economista liberal Adalbert Krieger Vasena, quien revocó las medidas de nacionalización y control de capitales, y contuvo la inflación congelando los salarios y devaluando un 40% la moneda nacional. Se alejó, sin embargo, de la ortodoxia liberal afrontando obras públicas, con lo que mantuvo el ritmo de la actividad industrial. La participación de los salarios en la renta nacional estuvo cercana al 43% durante el período 1967-1969. En lo laboral se sancionó una ley de arbitraje obligatorio, que condicionó la posibilidad de hacer huelga. (73)

La Noche de los Bastones Largos

Un mes después del golpe de Estado, las universidades públicas argentinas estaban entonces organizadas de acuerdo a los principios de la Reforma Universitaria, que establecían la autonomía universitaria del poder político y el cogobierno tripartito de estudiantes, docentes y graduados.

El estallido ocurrió el 29 de julio de 1966 cuando estudiantes y docentes manifestaban en la Universidad. La represión fue particularmente violenta en las facultades de Ciencias Exactas y Naturales y de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

La policía tenía órdenes de reprimir duramente. El nombre proviene de los bastones largos usados por la policía para golpear con dureza a las autoridades universitarias, los estudiantes, los profesores y los graduados, cuando los hicieron pasar por una doble fila al salir de los edificios, luego de ser detenidos.

Fueron detenidas 400 personas y destruidos laboratorios y bibliotecas universitarias. Como resultado de esta política represiva, cientos de científicos e investigadores se exiliaron, lo que constituyó una significativa “fuga de cerebros”.

El Cordobazo

El 29 de mayo de 1969 ocurrió en la ciudad industrial de Córdoba uno de los mayores levantamientos populares de masas de toda la historia argentina. Se lo denominó el Cordobazo.

El estallido tuvo como antecedentes otras grandes movilizaciones estudiantiles, en algunos casos acompañadas por obreros, en Corrientes, Tucumán y Rosario. Todas ellas reprimidas con gran violencia por la dictadura militar, en la que ya habían muerto dos estudiantes. Para el día 30 de mayo, la CGT combativa de Córdoba, encabezada por Agustín Tosco, había convocado un paro general en toda la nación. El gobierno militar estableció el toque de queda en Rosario y Córdoba. Los puntos de la convocatoria fueron:

- Repudio a los asesinatos de la dictadura y en homenaje a las víctimas.
- Aumento general de salarios del 40%.
- Funcionamiento de las comisiones paritarias para renovar los convenios colectivos.
- Defensa de las fuentes de trabajo.
- Establecimiento de las libertades democráticas y sindicales.

Ya desde el 28 de mayo el clima de efervescencia había motivado un inmenso despliegue policial en toda la capital cordobesa. Pero el 29 por iniciativa de Tosco, Secretario General del gremio de Luz y Fuerza, se resolvió un paro activo: los obreros dejaron sus puestos de trabajo y marcharon al centro de la ciudad. A los de Luz y Fuerza se unieron miles de trabajadores que provenían de grandes fábricas metalúrgicas, como Renault, FIAT, Perkins y otras. También columnas numerosas de estudiantes universitarios. Estas columnas de obreros y estudiantes hicieron retroceder a los destacamentos policiales y tomaron el control del centro de la ciudad, algunos barrios y las principales radios y comisarías barriales. A las cinco de la tarde, el ejército se hace cargo de la situación y reprime violentamente a los ciudadanos. Los tanques del ejército, aviones y diversos batallones de gendarmería se despliegan por la ciudad, disparando armas de fuego contra los manifestantes, contra techos y viviendas. En respuesta, y a pesar del toque de queda y del despliegue militar, la resistencia popular incendió

el casino de suboficiales de la aeronáutica y se atacaron comisarías y puestos policiales. Aparecen francotiradores en los techos de los edificios más altos: sus balas se llevan también un número indeterminado de miembros de las fuerzas policiales y militares. Finalmente, durante la noche el ejército logra controlar la capital de Córdoba.

En las capitales de todas las provincias argentinas se habían efectuado, también, manifestaciones y concentraciones. La sucesión de revueltas populares, obreras y estudiantiles, son consideradas por algunos historiadores como la verdadera causa de la posterior caída del gobierno de Juan Carlos Onganía.

En junio de 1969 renunció el gabinete en pleno. El nuevo ministro de economía convocó a paritarias para descomprimir la presión laboral, pero las aguas siguieron revueltas. Conflictos gremiales, paros activos, y puebladas como el Cordobazo se manifestaban en todo el país. También empezaban a surgir las guerrillas urbanas como el ERP y Montoneros (74).

El secuestro y muerte del general Pedro Eugenio Aramburu por parte de la guerrilla Montoneros, que tuvo lugar el 29 de mayo de 1970, terminó de debilitar su gobierno y el 8 de junio los 3 comandantes depusieron al general azul. El general debió renunciar de modo humillante al dejar su renuncia de forma personal en la sede del Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Armadas. (75)

En cuanto a la salud pública y los aspectos sanitarios como así también la problemática de la industria farmacéutica y las diversas medidas que tomaba el gobierno y afectaban a los médicos, durante este período, es fundamental seguir lo señalado y analizado por Veronelli (23) de cuyos escritos hemos seleccionado algunos fragmentos, indispensables para entender mejor los alcances y las repercusiones de las decisiones políticas.

Después del derrocamiento del presidente Illia, el nuevo gobierno firmó, en ese mismo año de 1966, la adhesión de nuestro país al Club de París; con consecuencias en lo referente a la producción de medicamentos de acuerdo a los preceptos de la economía liberal de mercado. En febrero de 1967 el gobierno “de facto” sancionó una ley *“en cuya elaboración había tenido participación la*

industria farmacéutica” (ley 17.189) destinada a “*orientar el proceso hacia una paulatina liberalización del sistema*” y para ello, los precios de los medicamentos serían fijados en su primera etapa de producción, **por los fabricantes e importadores, siendo la autoridad de aplicación la Secretaría de Estado de Industria y Comercio**: el gobierno pagaba sus compromisos.

Pero en febrero de 1968, frente a un aumento sostenido e injustificado del precio de los medicamentos, la Secretaría de Salud Pública intervino para que se sancionase la ley 17.663, destinada a contener la tendencia alcista de los precios de los medicamentos. “*Las leyes 17.189 y 17.663 han posibilitado a la industria farmacéutica ajustar sus niveles operativos*”, decía el Secretario de Salud Pública. Y agregaba: “*Sin embargo, el comportamiento de la oferta de medicamentos en el transcurso de la vigencia de las citadas leyes no guardó una relación homogénea, lo que se tradujo en aumentos de los precios que superan los niveles que razonablemente corresponderían para la recuperación de la industria, luego de los años en que la misma estuvo sometida a regulación de precios*”.

Las leyes 18.233; 18.611 y 18.691, originadas en Salud Pública y “*teniendo en cuenta primordialmente, como bien superior, la salud de la población*”, retrotrajeron los precios a fechas anteriores, los congelaron y terminaron concediendo al Ejecutivo poder para regular el mecanismo de formación de precios y el desarrollo de la industria y el mercado. La ley 19.152 estableció rebajas en los “*medicamentos básicos sociales*” y las 19.253; 19.360 y 19.603 modificaron diferentes aspectos de la comercialización de los fármacos. (76)

El Laboratorio del Instituto de Farmacología se abandonó a la destrucción entrópica; las autoridades competentes —que ya no eran las de salud pública— no tenían la intención de controlar a empresas serias y responsables, y si no lo eran tanto, era mejor no enterarse.

En el nuevo Ministerio de Bienestar Social se creó una **Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad** —ya que el nuevo gobierno tenía, igual que el anterior, mucho interés en el tema, con la diferencia muy importantes del enfoque corporativo que el nuevo gobierno le adosaba—, pero los grupos interesados en la independencia del conjunto de “*obras sociales*”,

sobre todo de las “sindicales”, que antes habían propiciado la autarquía de la Comisión, se nuclearon ahora para consolidar la nueva repartición y obtener influencias ante el ministro.

En la **Secretaría de Salud Pública** se designó a un médico que había adquirido prestigio como investigador, el Dr. Ezequiel Dago Holmberg, quien llevó como subsecretario al Dr. Alberto Mondet, que había sido uno de los asesores de confianza en el ministerio de Oñativia. Esta circunstancia y la calidad intelectual y humana de Holmberg determinaron que el relacionamiento entre las dos gestiones fuera más de prosecución que de adversación, aunque, como se mencionó antes, algunos temas fueron sacados del ámbito de Salud Pública (como la regulación del precio, primero, y de otras normas luego, en relación con los Medicamentos).

La gestión de Holmberg continuó las grandes líneas que se habían trazado en la gestión anterior (77). La estructura del ministerio se organizó sobre la base de las unidades de la gestión anterior, excepto algunas reasignaciones como la **lucha contra la enfermedad de Chagas**, en la cual se transfirió a **las provincias una buena parte de la responsabilidad ejecutiva**. La Dirección de Estadísticas y Economía sirvió de base para que, manteniéndose a su director, se transformase en la Dirección Nacional de Información Técnica.

La ley 17.102 suscitó, nuevamente, la oposición de la corporación médica, así como de las organizaciones de clínicas y sanatorios, que evocaron el fantasma de la obligatoriedad de la contratación con el Estado de las prestaciones requeridas por las obras sociales, lo cual reduciría los ingresos de los prestadores privados. **Los hospitales de la comunidad sólo funcionaron bien en aquellos lugares en los que existía una comunidad y no solamente un aglomerado de habitantes**. Las acciones de desarrollo de la comunidad no se mantuvieron y se buscó estimular la participación con variados intentos por inducir a las “*fuerzas vivas*” (los ricos y notables locales) a participar en la **administración de los servicios**, experiencias que en general no fueron muy felices.

La ruptura del orden constitucional había tenido sus naturales efectos en las provincias, donde los gobernadores fueron reemplazados por interventores, y

éstos tuvieron que reemplazar a los ministros. Algunos interventores preguntaron a sus allegados de confianza cuál era el médico más entendido en esos asuntos en la provincia y, después de asegurarse de su “*limpieza ideológica*”, les ofrecieron el cargo.

*“Alberto Ozores Soler, distinguido sanitarista que se desempeñaba como delegado federal, contaba que cuando el **Interventor de la Provincia de Jujuy** preguntó quién era el médico más entendido en salud pública, casi todos le hablaron de un antiguo salubrista que había ocupado altos cargos nacionales e internacionales y había regresado pocos años antes. Carlos Alberto Alvarado aceptó el ofrecimiento y fue designado ministro de Salud Pública.*

Reunió al grupo de jóvenes salubristas que trabajaban en la provincia y en la delegación y les pidió su opinión individual sobre cuánto tiempo creían que él podría durar como ministro en un gobierno como el que existía entonces. Algunos le contestaron —siempre existen esos “entusiastas”— que cuando el gobierno se diera cuenta de la valía del ministro, duraría por siempre.

*Otros calcularon que dos o tres años, algunos que uno o dos. Alvarado les agradeció los deseos de éxito y les dijo que, personalmente, estimaba que podría durar entre seis meses y un año; les pidió que pensasen qué cosas podían hacerse en ese tiempo que mejorasen, en forma duradera, la salud de los jujeños. Yo había leído sobre la labor de Alvarado en la lucha antipalúdica en el país y sobre su paso por la OPS y luego por la OMS, pero cuando, poco después de este episodio, lo conocí personalmente, la sabiduría de adecuar su plan al tiempo (presumiblemente) disponible me pareció, y así se lo manifesté, una de sus lecciones más importantes. Estudiando, años después, las condiciones de gestiones sanitarias exitosas, **esa previsión del tiempo y el poder disponible para formular el plan de acción se revelaron como una de las claves del éxito**”. (78)*

Por decreto 2.318 de 1967 se creó la **Comisión Coordinadora de Obras Sociales Sindicales**, integrada por representantes de las **Secretarías de Trabajo**, de **Salud Pública**, de **Promoción y Asistencia de la Comunidad**, la cual dirigió la realización de una encuesta sobre 1.124 entidades sindicales, de las cuales unas 400 poseían Obras Sociales; la mayoría de éstas correspondían a industrias

manufactureras, pero también a servicios públicos y privados, comercio, transporte, actividades rurales y actividades extractivas. La magnitud de la población cubierta era amplia, el área geográfica de la cobertura mayoritariamente local (sólo un 10% de las mismas tenía cobertura nacional). Más de cuatro quintas partes de estas Obras Sociales prestaban servicios médicos, que les insumían alrededor del 80% de las erogaciones. Los aranceles exhibían importantes diferencias según las provincias, siendo los mayores los de la provincia de Buenos Aires y los menores los de Santa Fe.

Se decía en el Informe: *“Existe una gran atomización de obras y servicios sociales sindicales. [...] Cada gremio ha ido montando sus propios servicios sociales y a su vez, en aquellos con menor grado de centralización, cada seccional organizó su propia asistencia local. Dichas circunstancias no han sido modificadas mayormente, por lo que hoy presentan las Obras Sociales un grado deficiente de estructuración y coordinación, lo cual debe tener evidentemente su incidencia en cuanto al aprovechamiento de los recursos y esfuerzos. [...] Es necesario llevar a cabo una coordinación amplia y eficaz de los servicios que prestan tantas obras sociales en forma aislada, tendiente a integrar el planeamiento de sus prestaciones y su racional distribución, en función de la amplitud y localización de las necesidades.”* (79)

Fueron Holmberg y Mondet quienes tuvieron que responder a los reclamos de las asociaciones gremiales médicas sobre el nomenclador y el valor de los aranceles. Y fue también Holmberg quien hizo conocer a los dirigentes médicos las características de la ley en la cual se estaba trabajando, **que uniformaría las cuotas de afiliación, establecería los porcentajes que las obras sociales debían destinar a salud y dispondría una organización descentralizada en los ámbitos provinciales, promoviendo la agrupación en una gran obra social al conjunto de las que actuaran en la provincia** (80). La integración entre los establecimientos públicos y las obras sociales no se mencionaba, pero, al coincidir los límites o ámbitos jurisdiccionales de ambos sistemas, podría producirse en el futuro.

En febrero de 1970 se sancionó la **ley 18.610**. La ley generalizaba **la obligación de aportar a una obra social para todos los asalariados**. Para el caso

de que no existiera esa obra social, los fondos debían depositarse a la orden de la asociación profesional de trabajadores de la actividad respectiva que hubiera sido signataria de convenios colectivos de trabajo, la cual debía crear o adecuar la respectiva obra social. Se creaba también el **Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)**, organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, que actuaría como autoridad de aplicación y ente controlador.

La ley aprobada tenía poco parecido con el proyecto en cuya elaboración había trabajado la Secretaría de Salud Pública.

En su exposición inicial, el nuevo Secretario de Salud Pública reseñó la evolución institucional y pasó revista a siete áreas problemáticas: organización del sector, atención médica, saneamiento ambiental, recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros y legislación. En cada una de ellas, describió sucintamente los tres grandes subsectores del sector salud, el oficial o estatal, el de obras sociales y el privado, señalando los problemas más importantes de cada uno y la ausencia de coordinación entre ellos, lo cual conspiraba, contra la calidad y la extensión de la cobertura de las prestaciones.

“[...] consideramos impostergable —dijo el Secretario— la iniciación de los estudios destinados a la definición de un sistema racional de atención médica para todo el país y su financiación, que contemple nuestras realidades regionales, nuestros recursos, nuestras necesidades y nuestras aspiraciones, tanto de la población como de los profesionales que la han de brindar.

[...] La solución integral del problema de atención hospitalaria sólo ha de obtenerse, como ya se ha dicho, a través de la adopción de un sistema con financiación sólidamente asegurada, que permita establecer una adecuada regionalización y organizar una red de establecimientos de complejidad creciente que afronte con eficacia las necesidades de toda la población.

*[...] Un comentario especial —por su actualidad— merece la tan discutida ley 17.012, referente a los hospitales de la comunidad, que por sí sola no puede dar solución integral a los problemas que hemos referido. **Es solamente un mecanismo, entre varios otros, que puede contribuir a elevar el nivel de la aten-***

ción médica. Como tal podrá ser aplicada —como ya lo ha sido con éxito— en aquellas comunidades en las que resulte conveniente, de acuerdo al estudio previo que la misma ley establece [...] el complejo desnutrición-infección, constituye un problema especial con causas asociadas y potenciadas recíprocamente, responsables en gran parte de la elevada mortalidad infantil que se registra en el país. La alta mortalidad de menores de un año y la registrada entre uno y cinco años conspira contra el crecimiento demográfico y se suma a las descendentes tasas de natalidad de nuestras regiones más densamente pobladas.

[...] La extensión y magnitud (de los problemas alimentarios y nutricionales) en vastas zonas del país determinó la intervención de la secretaría con el apoyo técnico y financiero para la ejecución de programas provinciales de asistencia alimentaria. El objetivo de los mismos es efectuar la dación de leche o de otros alimentos a los grupos vulnerables y/o vulnerados, desde el punto de vista biológico, geográfico y socio-económico-cultural [...] Desde luego, la formulación de una política alimentaria nacional es responsabilidad intersectorial.”

Se delineaba el programa de salud en las áreas rurales, que se ejecutaría “con la visita de un agente sanitario previamente capacitado, a todas las viviendas de áreas rurales, realizando acciones de salud elementales como la vacunación y promoviendo el contacto profiláctico y asistencial de esas comunidades con el hospital.”

En una entrevista reciente, Ezequiel Holmberg afirmó: “***Cuando se elaboró el proyecto de ley de obras sociales, en 1968/69, se tomó como base un estudio que llevó casi dos años. Sin embargo, la ley que se aprobó difería significativamente de la propuesta original. Cuando se produjo el Cordobazo todas las decisiones adquirieron tinte político. Por ejemplo, nosotros proponíamos que todo trabajador de una jurisdicción provincial, incluyendo los empleados nacionales que desarrollaran su actividad en la provincia, debían aportar a una caja provincial, lo que suponía que los fondos no debían salir de las provincias. Pero eso no se respetó y hasta el día de hoy las obras sociales sindicales reúnen el capital en Buenos Aires y después reparten a las provincias, pero***

en el camino normalmente queda un 25%. Eso limitó marcadamente la otra responsabilidad que tenían que asumir las provincias, la de empezar a administrar el presupuesto de salud, en lugar de decir, “si el gobierno nacional pone la plata, qué me importa. Hoy las obras sociales son una escuela de corrupción y malgasto.”

De todos modos, la dirigencia sindical nacional permaneció como administradora de una gran parte de los fondos, bajo el control de una repartición de poco poder político, mucho menor que el detentado por los dirigentes sindicales que contaron, además, a partir de allí, con una tremenda capacidad económica (81).

El Censo realizado en 1970 había registrado una población algo superior a 23 millones, el crecimiento medio anual intercensal seguía descendiendo y alcanzaba un valor (17.8 por mil) equivalente a la mitad del que exhibiera en el período 1895-1914. La proporción de extranjeros también disminuía (9.5%); los menores de veinte años representaban un 38.3% y los mayores de 60 un 11%. Como resultado del envejecimiento poblacional la tasa de mortalidad general había cesado su descenso y comenzaba a ascender ligeramente, la mortalidad infantil se mantenía oscilando alrededor de 60 por mil nacidos vivos. **En el Gran Buenos Aires se concentraba ya más de un tercio de la población (8.3 millones)**, poco menos de 3 millones en la Capital y poco más de 5 en el aglomerado bonaerense.

Teniendo en cuenta que estos años bajo el gobierno de facto de Onganía fueron muy conflictivos, especialmente en lo referente a la sanción de las leyes sobre el funcionamiento y financiamiento de las obras sociales y su repercusión sobre la actividad médica, consideramos de suma importancia conocer el pensamiento del Dr. Ezequiel Holmberg, Secretario de Estado de Salud Pública entre 1966 y 1970, como así también aspectos de su gestión, seleccionados de sus propias expresiones (82).

El entonces Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública fue ubicado a nivel de Secretaría de Estado, dentro del Ministerio de Bienestar Social, de reciente creación.

Esta situación de respeto por la estructura y las responsabilidades establecidas fue perdida posteriormente cuando ocuparon el Ministerio de Bienestar Social, funcionarios con mentalidad diferente y con conceptos distintos sobre la función de servicios que debe inspirar el accionar de todos los integrantes de la Administración Pública. Para algunas personas parece que resulta difícil controlar la ambición personal y poner al servicio de su futuro político los recursos que ofrece un Ministerio.

Como política básica, continuamos la implementación de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva. Fue así que se llevó a cabo la transferencia de los Hospitales Nacionales a las respectivas provincias, por entender que esa medida era fundamental para el ordenamiento del sector y el redimensionamiento de la Secretaría, ajustándose a la política adoptada. Sin duda que al hacerlo no compartimos la opinión entonces sostenida por algunos sectores, y que todavía hoy se esgrime, como lo acaba de hacer el Dr. Cantlon, de que previamente los establecimientos debían ponerse prácticamente a nuevo.

La transferencia de los establecimientos y sus presupuestos a las provincias les iba a permitir programar las acciones contando con todos los recursos en operación en sus respectivos territorios, evitando la superposición de esfuerzos y estructuras y el derroche de recursos, Y controlar el proceso administrativo con mayores posibilidades de introducir criterios de responsabilidad, eficiencia y eficacia.

También se decía, y se repite hoy, que las provincias no tenían capacidad administrativa. Es posible que en algunos casos fuera verdad. Nadie corre si antes no aprendió a caminar. Nuestro argumento era que la Secretaría de Estado debía ayudar a esas administraciones a caminar para que algún día pudieran correr, pues de seguir con la centralización, nunca tendrían oportunidad de comenzar.

Dentro de esta política de transferencia a las provincias, la Nación se reservaba la responsabilidad planificadora y programadora a nivel global. Además, financieramente asumía el compromiso de aportar recursos importantes para los hospitales cabecera de región.

En éstos, especialmente, se concentraron los esfuerzos tendientes a modificar la estructura y el funcionamiento de los hospitales. El modelo no podía ser otro que el de las llamadas Plantas Pilotos N° 1 y N° 2, los hospitales de reforma de Gonnet y Regional de Mar del Plata, en la provincia de Buenos Aires. Todavía hoy, sin temor a equivocarse, puede decirse que constituyeron las experiencias más valiosas del país en materia asistencial. Quienes lo destruyeron detuvieron la modernización de la atención hospitalaria en un cuarto de siglo.

Siguiendo esa política y con esos modelos, se encararon los hospitales de Comodoro Rivadavia, de Güemes, de Eldorado, de Ushuaia, etc. Esa línea de acción nos llevó a retomar la idea de los hospitales de la Comunidad, del Dr. Oñativia, idea que también tuvo su principio de aplicación que todavía perdura y que sería interesante reconsiderar en la actualidad, a la luz del giro que está tomando la financiación de la salud. Esa ley, creo que vigente todavía, tiene mucho de rescatable y actual. Hablaba de aranceles. Posiblemente ahora no fuera motivo de huelgas, como lo fue entonces.

Dentro de esta política de integración racional de esfuerzos, incluimos también el concepto de atención médica integrada, tomando al hospital como centro base para todos los programas de salud. Deseábamos terminar con la incoordinación de las prestaciones, la multiplicación de necesidades y la visualización del individuo fragmentado. Los distintos programas, algunos llamados “verticales”, otros “grandes luchas”, debían dejar de ser propiedad de un grupo al margen de las otras acciones, para convertirse en quehacer de todos. El primer paso que se debía dar en ese sentido, era el de crear la conciencia necesaria para producir el cambio que, por ser conceptual, era más difícil.

El empeño estaba dirigido a formar profesionales con un enfoque médico moderno, a la vez que ajustado a nuestra realidad. Para ello era necesario que se conociese el país médico, la Salud Pública con todos sus problemas, tal cual era. Las reuniones de Autoridades de Salud Pública, nacionales y regionales, fueron uno de los medios idóneos para lograr los objetivos. A ellas concurren, además de los funcionarios, decanos de facultades, profesores, dirigentes gremiales médicos e invitados especiales, que podían aportar a los temas. El enfoque sanitario de los problemas comenzó a ser algo común a todos, la

utilización racional de los recursos se convirtió en meta y la integración de esfuerzos en la herramienta apropiada.

Dentro de este planteo, los residentes fueron considerados piezas importantes. Algunos éxitos se lograron mediante programas de rotaciones por el interior del país, mientras que algunas provincias iniciaron las “pasantías” en sus jurisdicciones que, sin duda, fueron experiencias valiosas y que deberían estimularse decididamente. Estos programas en algunos casos sirvieron también para radicar profesionales en el interior de las provincias.

Los esfuerzos encaminados a integrar recursos con el sector privado no lograron progresos significativos. Desafortunadamente, actitudes políticas que poco tenían que ver con los problemas que se analizaban, perturbaron las relaciones. En otros casos intereses mezquinos crearon dificultades. Los principios de acuerdo que se alcanzaban a nivel de grupos o reuniones de trabajo se perdían en cuanto se intentaba su implementación. Recuerdo, por ejemplo, el caso de Trelew, donde se procuró cumplimentar prestaciones con un establecimiento privado: todo anduvo bien hasta que intervino la entidad gremial; allí terminó la conversación.

El tiempo transcurrido desde entonces y algunos hechos de significación que han tenido lugar, como la sanción de la ley de Obras Sociales, la unificación de los nomencladores en uno con vigencia en todo el país, la aceptación por parte de todos de un nuevo enfoque de la asistencia médica, llamada medicina social, han de facilitar las acciones tendientes a integrar los sectores, a los que se ha querido presentar como antagónicos o competitivos entre sí, cuando deben ser complementarios.

La ley de Obras Sociales 18.610 de marzo de 1970, no obstante no satisfacer plenamente nuestros deseos, fue un paso decisivo en el comienzo del ordenamiento de la financiación de las prestaciones médicas.

La instrumentación de la ley deberá conducir a la organización del sistema financiador de la salud, compuesto por las Obras Sociales, el sector oficial y el privado, frente al cual se estructurará el sistema de prestadores, integrado

por el recurso privado y el oficial. El registro de prestadores, instituido por la ley 19.710, puede ser considerado el inicio de este sistema. También debe ser desarrollado con seriedad.

Un tema importante en la Secretaría de Salud Pública lo constituyen los llamados programas de las “grandes luchas”, que en un tiempo eran administrados por las correspondientes direcciones generales. También en estos casos, se hace necesario la descentralización, la transferencia a las provincias y en algunos casos, la integración con las demás acciones. La tuberculosis, la lepra, las enfermedades mentales, la enfermedad de Chagas, etc., deben pasar a ser responsabilidades de las provincias.

En el caso de Chagas, al igual que el paludismo, se realizaron los primeros ensayos para producir la transferencia. Estábamos convencidos de que programas de esa índole no podían ser administrados desde la Plaza de Mayo. Difícilmente se lograba disponer de todos los recursos y elementos necesarios para la ejecución de las acciones, en un lugar determinado y en el momento necesario. Además, mantener fuera de las acciones a los que deberían ser los mayores interesados, no parecía demasiado lógico y seguramente no contribuía a crear conciencia del problema. Pensamos que debía ser la propia comunidad la que se responsabilizara de la ejecución de los trabajos, previa instrucción y capacitación, dejando al Estado la programación, el asesoramiento, la supervisión y el suministro de los elementos y equipos. Los primeros ensayos se hicieron en el Chaco, en Córdoba y Río Negro. Ignoro qué suerte corrieron esos intentos.

Medidas como las apuntadas permitirían a la autoridad nacional replantear con seriedad y decisión, el tema de la investigación en problemas como el Chagas. Hasta el presente los esfuerzos han sido dirigidos a combatir la vinchuca. Poco o nada se ha hecho procurando conocer su biología y los problemas fundamentales de la endemia. La erradicación del vector concentró los esfuerzos, aún cuando pueda aparecer como poco probable alcanzar el éxito por ese camino. La investigación, que con su aporte de conocimientos puede llevarnos al control del problema, mereció escasa atención por parte del sector salud hasta estos últimos años en que se ha dado comienzo a un programa

interesante a nivel de la Secretaría de Ciencia y Técnica del que participan diversos centros de investigación.

En la cuestión de los Medicamentos, al problema contribuyen un número grande de factores. De entre ellos, merecen mencionarse: industria nacional y extranjera compitiendo, con apoyo de afuera ésta, meramente copiadora aquélla; ninguna haciendo real investigación en el país; número elevado de laboratorios y de productos medicinales; precios en progresivo aumento y gravosos en relación a los ingresos de la población; imposibilidad de ejercer un control de calidad serio por parte del Estado, con la consiguiente autorización meramente burocrática de nuevos Medicamentos; propaganda costosa y hábilmente diseñada y ejecutada, despreocupada e irresponsable participación profesional en el problema. Con esto basta. Se podría seguir.

El Ministro Oñativia había logrado la sanción de dos importantes leyes relacionadas con el tema: una, la llamada “económica”, se refería a la comercialización y fijación de precios; la otra, la “técnica”, tomaba los aspectos de producción y de calidad de los productos. Por razones que no son del caso analizar, primó el interés por la primera, cuya aplicación generó polémicas y desentendimientos importantes y continuos. Posiblemente su instrumentación, en un país con estabilidad económica, hubiera sido más fácil. Pero como la realidad era y es otra, el cumplimiento de lo legislado se hacía difícil, si no imposible. Sin dejar de reconocer y aceptar la responsabilidad del sector salud en la materia, resultaba discutible también que el tema fuera exclusivo de su jurisdicción, máxime cuando no se contaba con los recursos idóneos ni con la información necesaria para hacerlo.

El frondoso arsenal de Medicamentos registrados y la cantidad de pedidos de seudo nuevos productos que anualmente se aprobaban, mediante un trámite casi exclusivamente burocrático, dificultaban la aplicación de cualquier medida y, por supuesto, el control de los precios. Se procuró depurar los listados y limitar la aprobación, para llegar a un número de productos que fuera manejable. Al mismo tiempo se proporcionaron recursos a la industria para salir de la rutina copiadora e incorporarse al trabajo creador. Demás está decir que el resultado fue muy cercano al cero.

El problema básicamente sigue en pie. Quien quiera encararlo con seriedad, no con productos MBS, tiene un enorme campo de acción y sus aportes pueden ser fundamentales para el sector salud. La industria lo sabe; de ahí su propaganda populachera y demagógica, tendiente a evitar seriedad en los enfoques. Argumento: costos; balances en rojo. Siempre la misma cantinela. La evidencia es otra: los laboratorios se expanden; no cierran: se pasan de mano. En fin, Medicamentos constituye un problema difícil, pero no por eso debe dejarse de lado, como se lo ha hecho actualmente.

Uno de los aspectos más interesantes pero a su vez contradictorio fue que en el gobierno de facto de Onganía continuaron colaborando en el área de Salud Pública muchos funcionarios del gobierno radical anterior dándole cierta continuidad a varias ideas de Oñativia como los Hospitales de la Comunidad. Prueba de esto son las declaraciones de Julio Bello, Subsecretario de Salud Pública de la Prov. de Buenos Aires durante 1969 y 1970 (83).

“Comencemos con una anécdota: a Onganía lo fuimos a saludar con un equipo de amigos. La visión que yo tenía de Onganía era la de los diarios y la televisión, así muy duro, con bigotes, aunque las veces que lo habíamos visto, realmente nos pareció un hombre de agallas, con el que se podía conversar, que emitía juicios, charlaba, se reía, casi humano, digamos.

Entonces fuimos a saludarlo y durante la conversación le hice la objeción sobre el hospital de la comunidad; entonces Onganía me contestó: “Ustedes son siempre igual; aceptan las revoluciones, las transformaciones, en todos los campos menos en los campos que le tocan a ustedes, porque usted, como es médico, tiene ideas para vivienda, para educación, pero ideas de transformaciones de salud, «no».” Yo me quedé calladito, y él siguió hablando y de allí salí convencido y aun estoy seguro de que fue Mondet, el que le había vendido a Onganía la idea que la expresión en Salud Pública, de participación de la comunidad, eran los hospitales de la comunidad. Por eso no conseguimos modificar la política por nada durante nuestra gestión, pues para él el Hospital de la Comunidad era parte esencial de la política de participación de la comunidad, era la implementación en salud pública de algo teórico que no había podido ser cuajado en las otras áreas, entonces esto era seguramente

una cosa muy cercana y querida en el pensamiento del Presidente, pero de eso nos enteramos después.

Releyendo las publicaciones de Medicina Social producidas durante la gestión del Dr. Oñativia aparecen muchas de las ideas que aparecieron como centrales durante la Revolución Argentina. Entonces uno que conoce a la gente de Salud Pública, observa que gran parte del elenco directivo de la Secretaría de Salud Pública provenía del elenco radical, cuando no del personal formado por la gestión del Dr. Noblía, salvo los funcionarios más tradicionales. Por ejemplo: Rodríguez Campoamor. Era un hombre del gobierno radical, un hombre de prestigio e incluso estaba actuando en una función importante dentro del tema de la administración del gobierno. El mismo Dr. Mondet había sido asesor del gobierno anterior, y estaba actuando allí. Muchos de nosotros habíamos sido nombrados por Nosiglia: yo, interventor en el Hospital Madariaga, de Misiones, un puesto importante; Osorio Soler, era delegado sanitario; Carlos Sosa, Sonzini, Duarte, la mayoría quizás, digamos, de los responsables políticos en este tema de salud, proveníamos de planteles técnicos del Ministerio y de alguna forma habíamos trabajado en algunas de estas ideas. El fortalecimiento de las delegaciones sanitarias federales, era una idea que ya había sido impulsada por Nosiglia desde años antes. La ley de Hospitales de la Comunidad fue una propuesta del gobierno radical, de Oñativia, la transferencia de servicios también; el hecho de la regionalización, por supuesto; la racionalización administrativa también. La determinación de costos provenía de una experiencia previa del CFI. Si uno se pone a buscar un poco se encuentra cierta paternidad en la gente de Noblía, ya que el 80 % de la conducción del área de salud estatal venía de experiencia formativa durante su gestión en los años 60 a 62. Aparece entonces que había como una cierta continuidad en nombres, en las distintas administraciones que en cierto modo permitieron concretar algunas cosas en el área de salud. Repasando los informes de las dos reuniones en mayo del 67 y en septiembre del 68 de la Asociación Argentina de Salud Pública, que nucleaba a la gente que trabajaba en Salud Pública en esa época, aparecen casi los mismos nombres. Por ejemplo, estaban en la Comisión Directiva Roberto Ceruti, Lila Badaracco, Jorge Mera, Nélica Busso, Pablo Abadía, Carlos Canitrot, Rodríguez Campoamor, gente que participaba de

la Asociación de Salud Pública y que también tenía influencia de alguna manera en las decisiones. Las reuniones transitan por la misma temática: racionalización de la oferta, planificación, jerarquización de la estadística, y de información, etc.”

Frente a las decisiones, medidas, decretos y leyes que realizaba el gobierno de facto de Onganía y que a consideración del Gremialismo Médico, significaba un avasallamiento sobre las libertades y derechos laborales de los médicos, hubo una mancomunada acción de resistencia por parte de la mayoría de las gremiales y círculos médicos de todo el país.

En este sentido, merece analizarse la lucha entablada por la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) en especial sobre dos aspectos: 1)- La relación de los médicos con la obras sociales y mutualidades, y 2)- El proceso de intervención a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Como prueba de ello, exponemos a continuación lo señalado por la COMRA en junio de 1968 (84, 85).

1) Los médicos argentinos, las Obras Sociales y Mutualidades

El Consejo Federal de la CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA reunido en la ciudad de Catamarca el 12 de abril último, en representación del cuerpo médico del país, se dirige a la opinión pública y especialmente a los sectores interesados con el fin de esclarecer conceptos con referencia a la situación actual y a las relaciones de los médicos con las Obras Sociales y Mutualidades.

1° Los médicos, al convenir aranceles para Obras Sociales y Mutualidades por debajo de sus honorarios privados, sacrifican parte de sus ingresos para posibilitar a los sectores de menor capacidad económica el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos en un nivel de Igualdad con los sectores más pudientes.

Esta posición que desde ha ce años vienen manteniendo las filiales provinciales de esta Confederación tiene su origen en la vocación social de los

médicos argentinos que entienden no ha sido suficientemente valorada y no ha recibido justa reciprocidad.

2° Consecuente con esta actitud del Cuerpo Médico se han suscripto en distintas oportunidades y en diferentes ámbitos del país convenios para la prestación de servicios médicos a los afiliados de las entidades de referencia. Estos convenios establecen una prestación de carácter optativo y en ningún caso configuran una relación de dependencia de los profesionales con respecto a las Obras Sociales y Mutualidades. En su articulado siempre se ha establecido el derecho de las entidades médico gremiales a fijar periódicamente el monto de los aranceles, así como también el de las Obras Sociales y Mutualidades a aceptarlos o rechazarlos. Los convenios han determinado siempre una clara relación Igualitaria, privada y optativa.

3° El Cuerpo Médico considera irrenunciable su derecho a fijar sus honorarios privados y la variante de éstos, como son los aranceles para Obras Sociales y Mutualidades a través de entidades médico gremiales representativas o los Colegios o Consejos Profesionales y estima improcedente cualquier intromisión que interfiriendo las relaciones entre las partes contratantes dificulte el diálogo armónico entre las mismas.

4° Frente a los últimos acontecimientos que amenazan vulnerar aspectos principistas y prácticos de las relaciones entre médicos y Obras Sociales y Mutualidades la CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA declara que sigue atentamente el curso de los mismos y que eventualmente habrá de poner en juego toda su fuerza gremial en caso de concretarse avances sobre los derechos de sus representados.

2) El proceso de la intervención a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires

El origen del conflicto tuvo comienzo con la sanción del decreto N°7307/67 del 9 de agosto de 1967 del Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires que puso en práctica el artículo 41 Q de la Constitución provincial que establece un régimen de incompatibilidades según el cual los médicos no podrán

desempeñar simultáneamente más de un cargo rentado, ya sea nacional, provincial o municipal, y consecuentemente las irregularidades ocurridas en los concursos abiertos para cubrir determinados cargos asistenciales y la violación de normas contenidas en la carrera hospitalaria vigente.

Aquel decreto, dictado apresuradamente, y sin medir las consecuencias determinó por una parte que en numerosos establecimientos asistenciales quedarán vacantes cargos indispensables para la atención médica de la población, y por otra, obligó a un crecido número de médicos a optar por uno de los cargos que detectaban muchos de ellos obtenidos por concurso. Lo primero obligó al Poder Ejecutivo a realizar excepciones discriminadas y lo segundo significó la pérdida de cargos legítimamente obtenidos.

Ya en el mes de noviembre de 1967, el presidente de la Confederación, de común acuerdo con las autoridades de la Federación entrevistó al señor Ministro de Bienestar Social, en procura de una solución para la situación planteada aportando sólidos argumentos en defensa de los derechos de los profesionales a quienes se les aplicaba ahora disposiciones legales de cuyo incumplimiento no eran responsables.

Se sucedieron luego numerosas alternativas que llevaron finalmente a una Asamblea de la Federación Médica de la Provincia, realizada en la ciudad de Azul el día 24-9-67 y otra en Mar del Plata, el 26-11-67. En ambas asambleas se toman resoluciones que el Consejo Directivo comunica a sus filiales con fecha 21 de diciembre de 1967 y que son las siguientes:

Ningún médico podrá aceptar designaciones con carácter interino ni formalizar contratos, para cubrir vacantes originadas por la aplicación del decreto número 7307/67.

Los médicos rentados, concurrentes y ad honórem no podrán aceptar traslados a servicios ajenos a aquellos en los que actualmente se desempeñan ni cambio o ampliación de sus funciones destinadas a cubrir vacantes originadas por la aplicación del mismo decreto.

No inscribirse a partir de la fecha, en ningún concurso que se convoque a nivel estatal (nacional, provincial o municipal) en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires o formar parte de ningún jurado de concursos para llenar cargos médicos en toda la Provincia de Buenos Aires.

No aceptar designaciones como consecuencia de concursos ya realizados y cuyo nombramiento y aceptación no se haya efectivizado hasta el día de la fecha.

Los profesionales médicos funcionarios deberán dar estricto cumplimiento a las normas establecidas por los Códigos de Ética del Colegio de Médicos de la Provincia y de la Confederación Médica de la República Argentina.

La situación hizo crisis el 4 de enero de 1968 en que el señor Gobernador de la Provincia, General Imaz, entendiendo que las medidas dispuestas por la Asamblea, de la Federación Médica configuraban un alzamiento, citó a una reunión de su gabinete que se realizó el día 5 y en la cual el Poder Ejecutivo Provincial resolvió intervenir la Federación, congelando simultáneamente todas las cuentas bancarias por decreto N° 9/68 y designando interventor al Dr. Alfredo Giménez Zapiola, quien se hizo cargo de sus funciones el día 6.

Tan inusitada resolución movilizó de inmediato a todas las entidades médico gremiales de la provincia y fue comunicada por telegrama a la Confederación Médica de la República Argentina, al Colegio de Médicos y a la caja de Previsión de la Provincia.

El domingo 7 de enero se reunió en el local de la Confederación el Consejo Directivo de la Federación médica de Buenos Aires, asistiendo a la sesión el Presidente y miembros de la Mesa Ejecutiva de la Confederación, así como también algunos miembros del Consejo Superior del Colegio y representantes de las diez circunscripciones provinciales.

Ese mismo día comenzaron las gestiones de mediación en el conflicto por parte del Presidente de la Confederación, Dr. Oscar R. Monzo, quien terminada aquella sesión y en horas de la noche se reunió con los dirigentes de la Federación,

acordándose en principio que las bases para una solución aceptable serían que la Intervención pasara a manos de un médico que representara a una institución ya fuera Confederación o Colegio, para luego, llamar a elecciones sin proscipciones en el menor tiempo posible para normalizar la Federación.

Esta fórmula surgió de un análisis sereno de la situación y con vistas a recuperar la entidad injustamente intervenida.

El lunes 8 de enero dio comienzo el paro dispuesto por la Asamblea de la Federación que contó con el apoyo total de los médicos en toda la provincia.

En una nueva reunión de los directivos de la Federación con el Presidente de la Confederación llevada a cabo el lunes 8 de enero se concretaron las bases aceptables de arreglo que el último sostendría en una entrevista a realizarse en horas de la noche del mismo día con el señor Ministro de Bienestar Social de la Provincia, Dr. Jorge D. Pittaluga, con la presencia del Presidente del Consejo Superior del Colegio de Médicos de la provincia. Dr. Osvaldo Mammoni.

Las citadas bases consistirían en:

1° Se entregaría la Intervención al Colegio de Médicos por ser éste un organismo de ley que vigila y controla el ejercicio ético profesional.

2° Se justificaría esa transferencia en el hecho de que la índole de las funciones de la Federación hace indispensable la presencia de un médico al frente de la misma, argumento que sumado al hecho de que en breves días podría estar terminado el inventario de bienes y balance, justificaría que el Interventor designado, de profesión abogado, planteara la necesidad de su relevo.

3° Llamado a elecciones sin proscipciones en el plazo más breve posible para reintegrar la Federación a sus legítimas autoridades entre tanto respeto absoluto de las entidades primarias.

4° El Interventor Médico realizaría con el Subsecretario de Bienestar Social las tratativas necesarias para resolver el diferendo que dio origen a todo el

conflicto, vale decir, aplicación del decreto sobre incompatibilidades, regularización de los concursos, respeto de la carrera médica, etc.

5° Suspensión por ambas partes de publicaciones y medidas de fuerza durante el desarrollo del proceso mencionado.

El Presidente de la Confederación, en presencia del Presidente del Consejo Superior del Colegio de Médicos planteó todos los puntos al señor Ministro de Bienestar Social, quien expresó su conformidad total, quedando solamente a discutir el plazo de transferencia de la intervención al Colegio de Médicos.

Nuevas gestiones del Presidente de la Confederación y de los directivos de la Federación ante el Subsecretario de Salud Pública de la Nación redujeron ese plazo a quince días.

En horas de la madrugada del día 10 de enero, los dirigentes de la Federación concretaron con el Ministro de Bienestar Social la fórmula de solución, en un pacto que dio en llamarse de “caballeros”.

Ese día la Federación procedió al levantamiento de las medidas de fuerza, dando comienzo así al cumplimiento del pacto.

Por su parte, el Poder Ejecutivo provincial, designó Interventor en reemplazo del Dr. Giménez Zapiola, al Dr. Héctor L. Fraschina, cuyo nombre surgió de una terna de Consejeros propuesta por el Consejo Superior del Colegio de Médicos.

Durante el lapso de la intervención del Dr. Fraschina se suscitaron numerosas incidencias derivadas del requerimiento de las entidades primarias para que aquél llamara a elecciones. Por fin, en la Asamblea Extraordinaria de Entidades Primarias de la Federación citada por el Interventor y que se realizó en la ciudad de La Plata el 24 de marzo de 1968, éste suscribió la convocatoria a elecciones de autoridades para completar el período interrumpido por el decreto de intervención, para el 8 de abril de 1968.

Esta convocatoria no fue aceptada por el Poder Ejecutivo provincial por entender que el Interventor no tenía facultades para hacerlo y además porque a su juicio no estaban reunidas las condiciones necesarias para la normalización de la entidad.

Lógica derivación de este hecho que la renuncia del Interventor Dr. Héctor L. Franschina que fue aceptada, nombrándose en su reemplazo al Dr. Mario Malfatti.

El problema se agudizó nuevamente y fue entonces llamado el Presidente de la Confederación por las autoridades provinciales para tratar de superar el conflicto. El nombrado, actuando en identidad de opinión con los directivos de la Federación, expresó que sólo podría hallarse una solución satisfactoria si el Gobernador recibiese a los dirigentes médico-gremiales, cosa a la que se había negado sistemáticamente hasta entonces para definir y aclarar aspectos que se interpretaban como dilatorios por parte del gobierno.

Así se llegó a la audiencia realizada el día 8 de abril de 1968 del señor Gobernador con los dirigentes mencionados y en ella quedaron concretadas las bases para la convocatoria a elecciones y que fundamentalmente consisten en:

El Poder Ejecutivo se compromete a normalizar definitivamente la Federación dentro de un plazo máximo de noventa días, sin que esto signifique un término inamovible sino que por el contrario puede ser acortado en cuanto las entidades primarias den cumplimiento a requisitos que se consideran indispensables para proceder a la convocatoria a elecciones.

El Gobernador expresó que consideraba necesario que aproximadamente un 50% de las entidades primarias presentaran en forma correcta la documentación requerida para obtener la personería jurídica y que impartirá las órdenes que correspondan para obviar cualquier demora de carácter burocrático, aceptando además la designación de un representante de los médicos para que actúe como gestor y veedor ante la Dirección de Personas Jurídicas, otorgándole también acceso directo al señor Gobernador para informarle de cualquier dificultad que pudiera surgir.

El desarrollo del largo proceso permite calificar de exitosas las gestiones de las autoridades médico-gremiales que lograron que sus puntos de vista fueran aceptados totalmente, con el agregado de que las primeras tratativas se realizaron con el Poder Ejecutivo, en pleno período de ejecución de medida de fuerza resuelta por la Federación. Ello ratifica una vez más, que sólo con la solidaridad —que en este caso fue total— los médicos pueden hacer frente a los conflictos que de continuo se plantean en todos los niveles y que la defensa de los intereses de los profesionales es posible y exitosa únicamente en base al nucleamiento y la participación de todas las entidades representativas.

La Agremiación Médica Platense durante esa época, no solo representó un foco de resistencia del sindicalismo médico contra el autoritarismo de un gobierno militar sino que demostró una gran capacidad para difundir los ideales y defender las convicciones y principios gremiales irrenunciables, especialmente el de la libre elección. En este sentido, utilizó como herramienta indispensable para plantear su postura gremial el Boletín Informativo creado por el entonces presidente Dr. Alberto Poli, en enero de 1967 y que apareció con una periodicidad variable.

En el período de enero de 1967 a mayo de 1970, durante el gobierno nacional de facto, se publicaron 12 Boletines Informativos, 1 a 5 en 1967, 6 y 7 en 1968, 8 a 11 en 1969 y el 12 en 1970.

El contenido de los Boletines informativos fue sumamente variado, pero manteniendo indefectiblemente las banderas del gremialismo médico en su lucha por mejorar la actividad profesional no sólo en beneficio de los médicos, sino también en la relación médico-paciente y en pos de garantizar la calidad de la atención en virtud de lograr una mayor salud de la población.

Por lo tanto, hemos decidido extraer y resumir lo más significativo de estos Boletines Informativos y en especial las Editoriales que expresan en gran medida el pensamiento del gremialismo médico de esa época.

Boletín Informativo N° 1. Enero de 1967 (86)

Entrevista con el señor ministro de bienestar social

El día martes 17 de enero se llevó a cabo una entrevista con el señor Ministro de Bienestar Social, Dr. Jorge Darío Pitaluga, a solicitud de esta Entidad Gremial, que tenía preocupaciones referidas al problema de la cesantía masiva de los médicos que revistaban en Carrera Médico Hospitalaria; respecto de las bonificaciones del año 1966, impagas; y las publicaciones aparecidas en torno al anteproyecto de Seguro de Salud. En la entrevista celebrada en tono cordial, con marcada buena disposición de las partes, la Agronomía Médica Platense hizo notar al señor Ministro la necesidad de una más estrecha comunicación con el objeto de obviar situaciones conflictivas que derivan generalmente de la falta de comunicación.

Respecto de los médicos cesanteados, se le solicitó al Ministro, información de cuánto iba a ser el porcentaje jubilatorio; éste comunicó que oscilaría entre el 67 y el 82 %. Se le expuso la necesidad de que cuando se tomaran medidas de esa magnitud, los profesionales debieran ser preavisados con el suficiente lapso y de ser posible luego de efectuar el llamado a concurso para cubrir las vacantes; que las medidas deben ser uniformes para evitar malas interpretaciones, y la necesidad de dar a los colegas que han prestado servicios tan útiles a la población, satisfacciones sea en forma de actos académicos, homenajes, etc. Que además y de acuerdo con sus méritos, debía otorgárseles por intermedio de una auditoría médica el título de Consultores. Se le hizo conocer nuestra inquietud en lo que respecta a la lentitud del trámite jubilatorio ordinario; prometiendo el señor Ministro, que una vez que estuviera en nuestro conocimiento el número de expediente en trámite él se preocuparía de acelerar el curso, en un lapso que oscilaría entre 2 y 3 meses.

En lo referente a las bonificaciones impagas de 1966, el señor Ministro manifestó que el Estado sufría una grave crisis económica financiera, que primeramente se había preocupado por el pago de los aguinaldos y posteriormente se contemplaría el pago de la deuda. Se le hizo conocer la intranquilidad de los médicos y la necesidad de abreviar el trámite, para evitar situaciones con-

flictivas. Este problema ha quedado pendiente de una contestación definitiva por parte del señor Ministro.

Con respecto a las publicaciones sobre Seguro de Salud, se le transmitió la situación de incomodidad de los médicos ante la aparición de informaciones periodísticas, que determinan particulares estados de ánimo o motivaciones en la población, sin que hayan tomado previo conocimiento los prestatarios, que debieron ser los primeros en conocer los proyectos a efectos de hacer llegar su opinión. Se le hizo notar la poca claridad del proyecto en lo referente a quien fija el valor de las prestaciones, ya que en él no se habla de las atribuciones del Colegio de Médicos. Objetamos también la constitución del Directorio y le hicimos llegar nuestra preocupación acerca de la situación de los Hospitales del Estado y de la Ley de Carrera Médico Hospitalaria.

El señor Ministro, manifestó que en su oportunidad hará llegar a las entidades gremiales, copias del anteproyecto, del cual está aún en estudio la segunda parte, referente a cálculo de recursos y estudios actuariales; que el Seguro no será de aplicación inmediata y comenzará en su oportunidad por zonas a determinar. Aclaró que dispuso publicar el proyecto a efectos de conocer las objeciones y críticas que al mismo se hicieran; y solicitaba le hiciéramos llegar las objeciones que estimáramos fueran de utilidad para su consideración. Reiteramos al señor Ministro la necesidad de la comunicación previa en este tipo de problemas, con los organismos médicos y las ventajas derivadas de tal proceder.

Boletín Informativo N° 2. Marzo de 1967 (87)

Conducción gremial Organización gremial - niveles respectivos

Recientes enfrentamientos de opiniones entre Entidades Gremiales, deseosas todas de salir en defensa de los profesionales, han revelado que no está claramente delimitado, en la mente de sus afiliados, el campo de su jurisdicción. La intención ha estado siempre correctamente orientada, las formas de

realización no. Queda pues la obligación de aclarar conceptos. En el ámbito de su jurisdicción la Agronomía Médica Platense es la entidad que nuclea a todos los médicos, sus afiliados; a ella, y sólo a ella, cabe pues, actuar representándolos en totalidad, sin parcialidades. La responsabilidad de la conducción gremial le es privativa. Nadie que no sea ella, puede ser quien exprese el sentimiento de los médicos. Nadie que no sea ella puede realizar tratativas a nombre de los profesionales.

No aceptar los razonamientos precedentes significaría introducir un factor de disociación que haría peligrar la unidad médica. Esto no implica en modo alguno que la Agronomía Médica Platense, a través del Consejo Directivo, vaya a llevar una conducción despótica, sin sensibilidad a la crítica, cualquiera que ella fuere, que pudiera formularsele. Nada de eso. Las puertas de la Agronomía Médica Platense están permanentemente abiertas a las inquietudes de sus afiliados, y éstos deben tener la certeza de que serán escuchados, oídos e interpretados. Precisamente estas razones hacen que ningún afiliado a la Agronomía Médica Platense pueda emitir juicio aislado o corporativamente, acerca de la conducción gremial, o acerca de temas concomitantes, fuera del ámbito de la propia Agronomía Médica Platense, y menos dirigiéndose al público. No puede, porque, si lo hace en sentido concordante, nada aporta de positivo con ello en favor de lo médico y su movimiento gremial; y porque si fuera en sentido discordante, está reglamentados estatutariamente los medios para su expresión; el Consejo Directivo, ansioso de escuchar la crítica, la asamblea, sistema libre de expresión donde los médicos imponen su criterio a sus representantes de turno. Pero lo que no podrán realizar individual o colectivamente los agronomiados, será imponer un estilo conductivo, porque éste, como el actual, es el resultante de un veredicto electoral que lleva al gobierno de la institución a quienes lo desarrollan, por voluntad de los médicos, libremente expresada.

La Federación Médica es la entidad que crearon los Círculos y Agronomías Médicas, despojándose para ello de parte de sus facultades, que delegaron en ella, con el objeto de darle fuerza y unidad al movimiento gremial médico en la Provincia de Buenos Aires. De este modo, la Federación Médica actúa sólo por mandato de entidades primarias que la constituyen, y pasa a ser un mecanismo de coordinación de las mismas, supervisora y ejecutora de las de-

cisiones de asamblea. No toma decisiones directas respecto de los médicos, porque éstos no son afiliados de la Federación; regula el funcionamiento de sus entidades primarias y actúa en su nombre.

Las Asociaciones de Profesionales o Gremiales de Hospitales son representativas de los médicos que trabajan en el establecimiento y el ámbito de su jurisdicción no pasa de los muros del mismo. Todo problema que preocupe al médico del hospital, y que trascienda los límites del mismo, debe ser encarado y resuelto por la Agremiación Médica Platense a quien, sin embargo, pueden y deben dirigirse como nucleamiento médico para hacerle conocer su criterio cuando así lo estimen.

Problema Hospital Gonnet

El día 20 de febrero, el afiliado de esta Agremiación, doctor Francisco J. Schifino, se presentó ante la Agremiación solicitando se le informara si existían impedimentos gremiales o legales para asumir la dirección del Hospital de Gonnet que le fuera ofrecida oficialmente por el subsecretario de Salud Pública de la Provincia doctor H. Suparo.

Ante ello que permitía suponer la existencia de un plan oficial tendiente a modificar el status de la ex Planta Piloto, se realizó una reunión extraordinaria del Consejo Directivo, cuyo objeto básico era el de brindar una respuesta al doctor F. Schifino, y por otra parte, analizar, a la luz de la información que pudiera obtenerse los alcances de la acción proyectada por el gobierno.

A dicha reunión fueron invitados a concurrir el presidente de nuestra entidad primaria, Asociación de Profesionales del Hospital "Ricardo Gutiérrez" y el ex presidente de la Asociación de Profesionales del Hospital de Gonnet.

Merced a algunos datos aportados por el primero de ellos pudo saberse que, al parecer, el proyecto oficial tendía a poner en funcionamiento el Hospital de Gonnet, dotándolo para ello con servicios extraídos del Hospital "R. Gutiérrez" y de otros establecimientos asistenciales oficiales, y aun creando otros

nuevos, ajenos a todo ámbito hospitalario actual, para cuyas jefaturas se hacían ya, aunque extraoficialmente, nombres concretos.

De todo ello, era dable deducir que se proyectaban hechos sin precedentes, ajenos a toda reglamentación y a la ley de Carrera Hospitalaria. En vista de ello el Consejo Directivo resolvió solicitar una entrevista al Ministerio de Bienestar Social, para conocer oficialmente la posición concreta de las autoridades; resolvió asimismo aconsejar al doctor Schifino, supeditara su decisión ante el ofrecimiento, a la posición que en definitiva adoptaran las entidades gremiales médicas, una vez conocido oficialmente el proyecto que lo involucraba. Se dispuso, por último, vista la falta de respuesta del Ministerio y con el propósito de evitar hechos concretos que pudieran quedar al margen de las normas gremiales, publicar una "solicitada" periodística, el día 24-2-67, en la que se aconsejaba no asumir cargos o funciones en el Hospital de Gonnet, hasta tanto el Ministerio de Bienestar Social no hiciera conocer a las entidades gremiales médicas su proyecto en relación al mismo. Estos hechos fueron puestos en conocimiento de la Federación Médica de la Provincia para una acción coordinada y común.

Con el fin de conocer distintas opiniones fueron consultados numerosos colegas, entre ellos los ex médicos de Gonnet, que actualmente se encuentran fuera de cargos oficiales de carrera. A este requerimiento debemos informar que los mismos respondieron poniendo en manos de la Agronomía las soluciones que facilitarían la cancelación definitiva del conflicto. Esta Agronomía entiende que es un deber destacarlo, desde que su desplazamiento constituyó un acto de injusticia realizado en 1964, y tanto más, si se tiene en cuenta los informes aprobatorios y encomiables de la comisión encargada de la evaluación de las tareas desarrolladas en ese experimento, que además aconsejó continuar la experiencia. Invitados a conversar con el Consejo Directivo de esta Agronomía, los doctores José Lagruta, Bruno Tosí, Rodolfo Cosentino y S. Trinca, el día 8 de marzo, se les expuso con amplitud cuál era la situación tal cual se veía desde las entidades gremiales médicas, se les puso en conocimiento de los 6 puntos resueltos en asamblea de Federación que más adelante se transcriben; se les hizo notar cuál es el pensamiento de esta Agronomía referido a los médicos que quedaron rele-

gados del Hospital de Gonnet y se les hizo saber el pensamiento de subsecretario de Salud Pública, doctor Suparo, a través de la información recogida por las autoridades de la Federación Médica de la Provincia, en el sentido de que los traslados a realizarse al Hospital de Gonnet podrían ser transitorios si la experiencia que con ellos se realizara demostraba que era negativo para la estructuración de la salud pública desde el punto de vista de la Regionalización Sanitaria. Esta circunstancia movió al Consejo Directivo, que tiene conocimiento de un informe técnico presentado por el contador Cédola y el doctor Souillá a las autoridades del Ministerio, sobre cuál debe ser la estructuración y los servicios que deben existir en el Hospital de Gonnet, que se contradice frontalmente con la estructura que el mismo Ministerio pretende ahora darle, a poner de manifiesto a los doctores Lagruta, Tosí, Cosentino y Trinca, lo peligroso que podría resultar dicho traslado, si no se ve respaldado por la entidad Gremial Médica y enmarcado dentro de la ley de Carrera Médica Hospitalaria, que si bien entendemos debe reformarse desde muchos puntos de vista, garantiza en cambio en su espíritu y en su contenido, el trato no discrecional para con los profesionales.

Los doctores Lagruta, Tosí, Cosentino y Trinca –que delegó representación en ellos– coincidieron plenamente con este Consejo Directivo y dijeron aceptar su traslado al Hospital de Gonnet a cargos interinos de Carrera Médico Hospitalaria, para ser concursados dentro de los plazos legales, siempre y cuando el traslado de los servicios fuera dentro del marco de la ley, es decir definitivo, y no a título experimental; aceptaron también el ingreso de los antiguos médicos de Gonnet que no ocuparan cargos en carrera, con carácter de interinos y dejaron por expresa y propia voluntad la conducción de las tratativas con el Ministerio en manos de la Agreración Médica.

La posición de ambos grupos médicos, los antiguos de Gonnet y los propuestos para ser trasladados al mismo, los enaltece al concepto gremial, por cuanto fortalece la posición de las entidades médicas y elimina la posibilidad de un manejo discrecional de los médicos o una interpretación no del todo taxativa en cuanto a espíritu y letras de la ley de Carrera Médico Hospitalaria, por parte de las autoridades de turno del Ministerio de Bienestar Social.

Esta Agremiación urge además públicamente al Ministerio de Bienestar Social a habilitar el Hospital de Gonnet con el estilo y los servicios que su responsabilidad conductiva le dicten; pero haciéndole notar que debe respetar principios gremiales elementales; que significan justicia; y las leyes, que por ser impersonales y obligatorias evaden a los conductores de turno al manejo discrecional de la cosa pública, forma única de que siendo los hombres esclavos de las leyes no pasen a ser esclavos de los hombres.

Esta Agremiación ha dicho reiteradamente a las autoridades del Ministerio de Bienestar Social, que su acción no tiende a interferir sus programas ni sus realizaciones; pretende solamente el diálogo, que siempre es constructivo, con el objeto de esclarecerle sobre aspectos legales y gremiales, cuya no observancia por parte de esa secretaría de Estado, implicarían hechos injustos que enervan las relaciones y que constituyen un factor que impide las realizaciones que se programan. Debe recordarse que es precepto fundamental de la conducción de la Salud Pública, dado como recomendación por la OMS, que *las acciones deben realizarse con los profesionales y no para los profesionales*. La autoridad se demuestra cuando las decisiones que se toman concuerdan con un sentido lógico y resulta así un hecho natural, lo contrario significa imponer despóticamente un concepto y atrae siempre resistencias, generadoras de todos los fracasos conductivos.

Bases de solución para el Hospital de reforma aprobadas por la Asamblea de la Federación Médica en su oportunidad

Pasaje de los Hospitales de Gonnet y Regional de Mar del Plata al sistema de hospital común, como etapa de transición, ya que la solución definitiva será la aplicación de una nueva ley de re-estructuración hospitalaria, con bases de un hospital moderno, que nosotros auspiciamos y dado que hemos aceptado la finalización de la experiencia efectuada.

Retomo de los profesionales que revistaban en Carrera Médica Hospitalaria a sus respectivos cargos en la misma, computándose el tiempo de servicios en la Planta de Reforma a los efectos de antigüedad y puntaje en la carrera.

Reconocimiento de la antigüedad, a los efectos pertinentes, de aquellos profesionales, que sin revistar anteriormente en la Carrera Médico Hospitalaria, se desempeñaron en las Plantas Piloto.

Prosecución y conclusión de los sumarios instruidos ante las presuntas irregularidades imputadas a algunos profesionales de las Plantas Piloto.

Reconcurso total de los cargos directivos, funcionales y de grado en los hospitales de Gonnet y Mar del Plata, en concordancia con el punto c), y por el sistema claramente establecido para Carrera Médico Hospitalaria. Es oportuno recordar en este punto los serios vicios que, a nuestro criterio, afectan a los concursos efectuados, en cuanto al clima que rodeó a su llamado y a la incompleta integración de los jurados.

Renuncia por parte de la Federación a las impugnaciones gremiales originadas en la violación de las medidas dispuestas por la misma con respecto a la congelación de los cargos de las Plantas Piloto.

Boletín Informativo N° 3. Mayo de 1967 (88)

Editorial. Planificación de Salud Pública y Gremialismo

En el curso de los últimos años, los médicos nos hemos visto sometidos en cada cambio de gobierno, y esta alternativa se ha repetido varias veces, a los intentos planificadores de los arribados al poder. En cada ocasión se ha esgrimido, con diferente vocabulario, el mismo argumento: caducidad de la actual estructuración; obsolescencia de servicios y sistemas y, en cada oportunidad, se ha replanteado la estructuración del nivel ministerial central; la resultante final es: que después de idas y venidas, nada se ha cambiado; todo sigue tan mal como entonces; pero en cada vez los médicos, los principales actores del proceso, han sido tensionados, "estresados" por ensayos, improvisaciones o planificaciones: desubicándolos, preocupándolos; con posibilidades de hacer, necesidades de no hacer, racionalizándolos hasta lo irracional, etc., etc. La resultante final es que se han perdido, con sentido realmente de avance, horas de trabajo médico fecundo, y eso es irrecuperable.

En presencia de un nuevo intento de estructuración de la Salud Pública, la Agremiación Médica Platense que no dicta, no ha dictado, ni dictará normas de realización a gobierno alguno, porque no es esa su tarea ni su finalidad, sigue en cambio atentamente el proceso para interpretarlo, para comprenderlo; y sabiendo perfectamente cuáles son los cánones de la administración de Salud Pública, ha decidido controlar e impedir que de alguna manera se lesione a la profesión médica en sus legítimos intereses: sean ellos culturales, espirituales o materiales; y esa sí que es misión de esta Agremiación Médica Platense; y en la defensa de tales principios están puestas irrenunciables decisiones en juego.

La planificación de Salud Pública, o cualquier otra, tiene dictados ya y aceptados universalmente como normas, los siguientes pasos a seguir:

1º) INFORMACIÓN: *Nada se puede realizar, si no se tiene un exhaustivo conocimiento de un problema. Resulta pues imprescindible para ello montar todo un sistema informativo, que desde el punto de vista particular de Salud Pública debe encarar Estadísticas Vitales y Sanitarias: escrupulosamente recogidas y procesadas, para que sea una fehaciente expresión de la realidad; si esto no es así, se va al fracaso, y éste no puede consentirse; ir al fracaso por ignorancia, es intolerable y por apuros denota irresponsabilidad: que puede ser culposa, si el apuro está motivado en la urgencia de soluciones; pero que es dañosa, criminal, si solamente está motivado por la petulancia de querer demostrar que “se hace”, “se hace algo”, cualquier cosa con el objeto de “demostrar idoneidad” para conservar un cargo.*

2º) SE PROGRAMAN LAS ACCIONES *a cumplir para solucionar los problemas que la información probó que existen. Ej.: Información demuestra que en área de La Plata, existe un considerable número de accidentados y que de ellos un buen porcentaje queda imposibilitado para el desarrollo de sus tareas habituales, la programación para este problema debe orientarse en organizar un buen Servicio de Rehabilitación. Y en ello debe determinarse, la función a cumplir, el número estimado de pacientes que concurrirían, los ambientes necesarios para desarrollar su cometido, el personal médico y paramédico necesarios y el presupuesto de funcionamiento y capital que tal habilitación supone*

Lo mismo para cada actividad médica, tomando en consideración, además, si los pacientes son tributarios de la medicina privada o estatal, etc., etc. Como se ve, muy complejo.

Determinados para un área o región todos los problemas de Salud Pública, y programadas las soluciones se hace necesario determinar:

3°) LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES, *con que se dispone para realizar, ejecutar, un programa. Toda acción de salud impone que haya medios para trasladar a quien debe ejecutar, que existan los elementos con que realizarlos (instrumental, Medicamentos, etc.) en cantidad suficiente para que la acción sea eficaz. Todo esto supone fondos; fondos necesarios para realizar y hay que saber cuánto hay disponible.*

De la comparación de los fondos necesarios para cumplir una programación y de los existentes resulta siempre, aun en países ricos, un déficit.

4°) DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES. *No todo lo que hace falta tiene la misma magnitud, ni urgencia; y entonces, tomando en cuenta: 1°) la urgencia para resolver un problema, y en salud, urgencia es vida, y la magnitud del problema sanitario, es decir la incidencia en la población, se fijan las relaciones o prioridades elaborándose un listado ordenado de las mismas, y de acuerdo con las posibilidades económicas y financieras se las va ejecutando ordenadamente.*

5°) ASÍ LA EJECUCIÓN: *es el paso subsiguiente en la planificación, y para ella se hace imprescindible, contar con el personal técnico necesario, porque todo pudo haber sido previsto escrupulosamente, sesudamente; pero si el brazo ejecutor fracasa, todo habrá sido inútil, estéril. Cuando se dice necesario, se entiende que es en cantidad y calidad. Entonces hay que medir los resultados obtenidos, y ello es*

6°) EVALUACIÓN *de un programa, es decir, cuanto se ha recorrido de un camino para lograr un objetivo, y cómo se ha hecho, de tal modo que en esa mensuración, pueda el evaluador tomar conciencia de cuáles son los pasos a corregir*

para lograr un mayor éxito o rendimiento o impedir un fracaso: esto es evaluación dinámica y sobre la marcha, con los datos aportados por esa evaluación, modificar la planificación y la ejecución.

Para un tal tipo de modificación científica de las estructuras de Salud Pública, este ente gremial, compromete su apoyo, es decir para una modificación planificada. Pero no aceptaremos ser convidados de piedra de un proceso del que sólo tengamos información parcellar, verbal, incoherente, desordenada sobre algo que carezca de total organicidad.

No podemos aceptar más en nuestra condición de universitarios con plena conciencia de responsabilidades y deberes, que se pretenda “manejarnos”. Aceptamos en cambio ser dirigidos, es decir, ser conducidos por profesionales diestros, con elevada noción de su jerarquía, que sean intérpretes cabales de la realidad de la realidad tal cual se da y no como quieren verla, para que, conciliando en su magnitud los intereses en juego, les den recta solución. Toda ello con la coparticipación médica a todo nivel, pero no una coparticipación otorgada como una gracia por Señor feudal, sino concedida por convicción, por necesidad, porque así lo recomiendan organismos internacionales como la O.M.S. que algo más que nosotros sabe y que dice: las acciones de salud deben realizarse con la coparticipación de prestatarios y beneficiarios; no para ellos. Cuando quien dirige es realmente dirigente, no teme intercambiar opiniones con sus dirigidos, porque sabe que tal proceder aumenta el plano de sustentación de una auténtica autoridad. Es claro que ello supone una disminución del poder despótico u omnímodo; es claro también que este poder lo ejercen los déspotas, no los dirigentes.

Y la Agrería Médica Platense está dispuesta a tratar, en su nivel, con dirigentes; y a dar su opinión; y a oír; y a ser oída; y a colaborar diciendo lo que entiende que está bien y lo que está mal; y será propiciatoria de todas las modificaciones que haya que hacer, aun de las leyes; incluso la de Carrera Médico Hospitalaria. Pero mientras la ley no se modifique, la ley está en vigencia, y será celosa custodia de su espíritu y contenido, y no permitirá que sea distorsionada, interesadamente o no... y cuando la ley se modifique para adecuarla a otro plano de actividad médica también va a defender la nueva ley que todos los médicos elaboraremos. Pero tampoco permitiremos que nos dirijan arbitrariamente; siempre

habrá una ley, una norma legal impersonal, obligatoria y ecuaníme para todos: para los que trabajen de acuerdo con ella; para los que supervisen el trabajo de acuerdo con ella. En última instancia, lo que el gremio médico no quiere, no permitirá, es el trato discrecional, sujeto a la voluntad del mandón de turno: lo que está dispuesto a aceptar es la justicia, y el respeto por su condición humana y profesional de nivel universitario.

Y el gremio médico está ansioso por demostrar su capacidad y responsabilidad para el trabajo médico ordenado. Ya ha dado manifiestas muestras de ello. Actualmente trabaja sin organización coherente alguna. Ubíquense los que tienen la responsabilidad de la conducción, en el nivel y jerarquía que les imponen las circunstancias; expliquen con claridad su plan y verán como por arte de magia brotar los colaboradores activos de este proceso en desarrollo por todos esperado.

Reuniones con el señor Coordinador de la Región Primera Doctor Bustos

PRIMERA REUNIÓN

El día 12 de abril del corriente concurrió al local de la Agronomía Médica Platense el señor Coordinador de la Región Primera Dr. Bustos, con el objeto de mantener una reunión con el Consejo Directivo de la Agronomía, en forma oficial, ya que el Coordinador había participado de una reunión informal el día 20 de marzo de 1967.

En la oportunidad el Dr. Bustos insistió en la necesidad de superar las discrepancias que pudiera suscitar el cumplimiento de las disposiciones reglamentarias de la Regionalización Sanitaria y expuso la intención de lograr la colaboración de todos los médicos para la puesta en marcha de la misma, poniéndose a disposición del Consejo Directivo para contestar las preguntas que se le formularan.

El señor Presidente Dr. Poli, agradeció la concurrencia a nuestra casa del Coordinador y expresó la intención de colaborar en los problemas que se suscitaban por la puesta en marcha del proyecto de Regionalización. Aclaró que las

críticas que formulara involucraban un alto sentido de honestidad, señalando la necesidad de discutir los problemas antes de que los mismos tomaran estado público. Por su parte el Dr. Bustos expresó que estaba enteramente obligado a escuchar a las entidades médicas, cuantas veces fuera necesario.

Seguidamente el señor Presidente expresó la disconformidad de la Agronomía Médica Platense con algunos aspectos de la Reglamentación que obraba en nuestro poder por vía ministerial; específicamente señaló la necesidad de que los médicos tuviéramos representación en el Consejo Técnico Asesor, ya que es a este nivel donde deben juzgar las entidades Médicas y no en el plano del Consejo Sanitario que está integrado por representantes de la comunidad y que solamente integraríamos en carácter de información y asesoramiento cuando se solicitara.

El Dr. Bustos reconoció que Colegio de Médicos y Agronomía Médica Platense debían integrar los dos Consejos. Expresó que estaba recogiendo información con respecto a todos los problemas específicos y que los estudios que obraban en su poder serían actualizados luego de estas conversaciones.

El Dr. Poli señaló que ninguno de los procesos de regionalización debía implicar ir más allá de la Ley de Carrera Médico Hospitalaria, hizo hincapié en la necesidad de reestructurar los hospitales, pero comenzando por una mejor distribución de los servicios, la implantación de una historia clínica única y la necesidad de integrar el Departamento de Estadísticas, para obtener la información necesaria que permitiera una racional puesta en marcha de la regionalización. Con respecto a la anulación de los Concursos de Carrera Médica, el señor Presidente manifestó que la Agronomía Médica Platense fue receptora de quejas de numerosos médicos que se habían sentido afectados por la medida y que estimaba no existían justificativos valederos de parte del Ministerio de Bienestar Social para tomar tal decisión. Se le hizo notar también al señor Coordinador que si bien la ley de carrera era perfectible, constituía la única garantía que tenían los médicos para asegurarles equidad en el trato, justicia y estabilidad; señaló además que se recibían quejas de numerosos profesionales acerca del incumplimiento de los plazos de ley referidos a los llamados a concurso.

El Dr. Poce preguntó cuál era la razón de fondo que determinaba la anulación de los concursos y cómo justificaba que se cubrieran cargos en forma interina. El Dr. Deferrari aclaró que el error había partido del Ministerio al haber llamado a concurso; que se debió haber esperado la puesta en marcha de regionalización, pues existía frondosidad en el número de cargos concursados y el mismo había sido llamado sin un estudio previo de necesidades; que los cargos no estaban cubiertos interinamente en su totalidad, y que los estimados imprescindibles iban a ser concursados oportunamente.

El Dr. Bustos informó que había algunos cargos que habían sido cubiertos interinamente por el convencimiento que tenían las autoridades de la región de su necesidad; hizo notar que los concursos habían sido anulados antes de la fijación del ranking, con lo que estimaba que los médicos no habían sido lesionados; que los actuales interinatos iban a ser estudiados para determinar cuáles eran en verdad estrictamente necesarios.

El Dr. Poli expresó que había un error en el estilo conductivo puesto que la primera etapa debió iniciarse brindando información adecuada a todos los colegas, a efectos de que comprendieran claramente cuál era el desarrollo del proceso y tomar conocimiento del plan de Regionalización con todo detalle, si es que existía una planificación detallada. Sostuvo que era el Consejo Técnico Asesor el encargado de hacer el estudio que llevara a fijar los límites de la región, y que de ninguna manera nuestra participación en el Consejo Sanitario se reduciría a discusiones a nivel de la comunidad; que solamente concurriríamos a dicho consejo en función de esclarecimiento. Que esta actitud no implicaba renunciamiento ya que por el contrario la Agremiación Médica estaba abocada al estudio de todos los problemas que hacían a la salud de la población, y que con nuestra actitud de crítica pretendíamos situarnos en el nivel técnico que es el que corresponde a los profesionales médicos. Que no participaríamos en la conducción mientras permaneciéramos relegados al Consejo Sanitario; pero no obstante ello haríamos llegar nuestras críticas e inquietudes, mientras esperábamos la designación en el Consejo Técnico.

También el Dr. Poce señaló sus prevenciones acerca de las disposiciones reglamentarias que impedían la participación de los representantes médicos

a nivel del Consejo Técnico Asesor en forma activa y limitaban las funciones de los miembros del mismo al tratamiento exclusivo de los propuestos por el Coordinador, lo que confería a dicho mecanismo un carácter de verticalidad que estimaba inaceptable.

El Dr. Bustos estimó que el decreto debía ser modificado en todos los aspectos que fueran necesarios, pero que por el momento le había sido impuesto, y que oportunamente incorporaría las modificaciones que proponía la Agremiación Médica en lo referente al ordenamiento de las funciones y a la participación de las entidades médicas a nivel correspondiente; consideraba que el decreto era suficiente para comenzar el proceso y que sobre la marcha podría adecuarse a las nuevas circunstancias.

A continuación el Dr. Poli manifestó que la Agremiación Platense abrió una carta de crédito al Coordinador de la Región Primera, pero no depositaba confianza en el Ministerio de Bienestar Social que no recibía a las autoridades de la Agremiación Médica Platense.

Seguidamente el Dr. Bustos expone los objetivos correspondientes a su gestión en la Región 1 y las entrevistas de consulta efectuadas a nivel de distintos sectores de profesionales en forma directa y verbal. Considera la situación de algunos Hospitales como el Policlínico, Instituto del Tórax y Niños.

El Dr. Poce pregunta con qué recursos cuenta la Región la. para efectuar las reestructuraciones anunciadas, contestando el Doctor Bustos que los recursos son los existentes y los que se agreguen en función de la planificación que se está gestando. Durante el proceso de regionalización no se admitirán nuevas compras de material.

Con respecto al Hospital de Gonnet el Dr. Bustos expresó que en la Dirección de Región se piensa que puede funcionar como un hospital general de agudos o polivalente; que los cargos se cubrirán en forma interina y que luego de 4 a 5 meses se concursarán. Para estructurar el Hospital de Gonnet se ha designado una comisión de la que participará también el Dr. Christmann que actúa como asesor, comisión que también estará

integrada por representantes del Colegio de Médicos y de la Agronomía Médica.

Finalmente el señor Coordinador reitera la invitación a enviar delegados para formar parte de las distintas comisiones.

SEGUNDA REUNIÓN con el Señor Coordinador de la Región I

El día 28 de abril, tuvo lugar una segunda reunión con las autoridades de la Región I, a solicitud del Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense. Concurrieron a ella los miembros de la Mesa Directiva, siendo recibidos por el Director de Región a las 23 horas, en su despacho. El Dr. Bustos se hallaba acompañado por el Dr. Golijow miembro del staff.

En la oportunidad el señor Presidente expresó al señor Coordinador que los Directivos de la Agronomía Médica Platense concurrían en función de colaboración estricta y no a llevar planteos gremiales, de tal modo que la discusión se limitaría a ese terreno. Puso en su conocimiento que los médicos de La Plata se hallaban alarmados por las informaciones que recibían a través de las expresiones de grupos de colegas que habían sido entrevistados por el señor Coordinador, con motivo de la organización de la Región I.

Tales versiones hacían que numerosos colegas recurrieran a la Agronomía en defensa de sus intereses que interpretaban afectados por la puesta en marcha de la regionalización; así se habían entrevistado con el Consejo Directivo los integrantes de la Mesa Directiva de la Agronomía Médica de la Asistencia Pública, Cardiólogos del Hospital de Niños, un grupo de Hematólogos; y llegaban a nosotros toda suerte de versiones que involucraban en algunos casos desaparición o fusión de servicios, guardias hospitalarias o laboratorios. Se le expresó al Dr. Bustos que la Agronomía Médica Platense interpretaba que podía tratarse de una mala interpretación por parte de algunos colegas o que el problema derivaba de una insuficiente información por parte de los Directivos de la Región; pero que lo cierto era que entre los médicos había cundido una situación de intranquilidad de la que la Agronomía era caja de resonancia.

Por todo ello la Agremiación Médica Platense solicitaba al señor Coordinador que las futuras entrevistas las realizara con los especialistas que estimara conveniente, pero con participación de los Directores de Hospital, y que las mismas tuvieran el carácter de encuestas realizadas por escrito, ya que el Consejo Directivo había aconsejado a los médicos que respondieran a la Dirección de Región en igual forma, a los efectos de evitar situaciones conflictivas.

El Dr. Bustos contestó que él se había expresado con toda claridad y que prefería reunir a los médicos de especialidades afines de cada hospital para facilitar la comprensión de los problemas comunes y recabar sus opiniones; entendiendo que el contacto directo resultaba más práctico y rápido.

El señor Presidente le hizo notar que tal estilo favorecía las diferencias de interpretación que originaban luego situaciones defensivas por parte de los médicos que se consideraban agredidos por los cambios que presentaban, ya que desconocían el plan en detalle y no tenían claros los objetivos propuestos; estimaba que los directivos de la región debieron comenzar por promocionar el plan. Se le reiteró la necesidad de efectuar las encuestas por escrito, entregándosele una nota en tal sentido, e insistiendo los representantes gremiales en la necesidad de conocer los lineamientos de la política a desarrollar por el Coordinador a los efectos de difundirlos entre los colegas.

El Dr. Bustos aseguró que realizaría todas las entrevistas que fueran necesarias con Directores, Consejos Asesores, Jefes de Servicio y Médicos y con las Entidades Médicas, a efectos de aclarar todas las dudas y con la mayor celeridad posible. Prometió además remitir a la Agremiación Médica Platense la planificación a poner en práctica. Esta promesa no fue cumplida aún a pesar del prolongado lapso transcurrido y tampoco hemos recibido contestación a la nota que le entregáramos en el transcurso de la presente entrevista.

La entrevista continuó ya en forma oficiosa, pero estimando que lo oficioso debe también ser expuesto para evitar malas interpretaciones, resumiremos lo conversado al final de la reunión anterior.

Los Doctores Poli y Poce refiriéndose a la Regionalización en sí expresaron su opinión en el sentido de que para poner en marcha un proyecto de tal envergadura era necesario a posteriori de la promoción, proceder en primer término a efectuar la descentralización administrativa, que permitiera contar con los recursos necesarios para llevar a cabo el proceso en cada región; en segundo término era necesario fijar los límites de cada región, determinando también el área de influencia de cada hospital; en tercer lugar reunir información estadística sería que permitiera evaluar la actividad de cada servicio, para finalmente en cuarto término proceder a la reestructuración y agrupamiento de los médicos de acuerdo a las necesidades estimadas y en concordancia con un nuevo régimen de carrera médico hospitalaria que suplantaría al viejo, una vez completado su estudio. El invertir el orden del proceso y actuar improvisadamente y sobre la marcha, acarrearía sinnúmero de dificultades que harían peligrar a la postre el desarrollo del plan de regionalización.

El señor Coordinador expresó que no comprendía claramente lo que expresaban las autoridades gremiales, que no había procedido aún a tomar ninguna medida, ya que solamente se había limitado a recoger información que le serviría para ajustar sus planes, y que esta etapa le insumiría aún cierto tiempo antes de poder concretar medidas. Que los médicos serían respetados al igual que la Carrera Médico Hospitalaria y que por estas razones no comprendía con claridad lo que le expresábamos.

Reiterado que le fueron los conceptos sustentados por el Consejo Directivo, con mayor vehemencia, se dio por concluida la reunión en la Sede de la Región 1a.

Boletín Informativo N° 4. Octubre de 1967 (89)

EDITORIAL. A sueldo o por prestación

Entre las disyuntivas que se han planteado los propios médicos en su ejercicio profesional, ha estado aquella que los ha ubicado en la situación de decidir

si era conveniente atender: por un sueldo pacientes en cualquier cantidad o cobrar por cada prestación un honorario, aquél que fija como mínimo una entidad médica.

Pareciera hoy imposible que nadie pudiera, desde el punto de vista profesional, ni siquiera aceptar la posibilidad de pensar qué es lo que más conviene a los médicos. Un pensamiento rectamente orientado, un conocimiento circunstanciado de los hechos, pone a los médicos en el justo punto de sus aspiraciones y conveniencias y los ubica inflexiblemente en la tarea de cumplir con compromisos libre y espontáneamente contraídos.

Un pensamiento rectamente orientado...

Ha sido una aspiración largamente sentida por parte de los médicos el contar con un régimen de libre elección, con el fin de que entre ellos y sus pacientes no exista ninguna instancia que no sea la confianza, el deseo de ser atendidos por tal o cual médico. A diario se puede demostrar que siendo importantísimo el acervo científico de un profesional para lograr éxito en sus tratamientos, no lo es sin embargo todo; hay quien posee menor volumen de conocimientos y sus tratamientos son tanto o más efectivos que los de aquél. La razón estriba en que buena parte de las afecciones son funcionales, y para superarlas con un tratamiento puede hacer falta solamente o en gran parte la confianza del paciente en SU MEDICO tratante.

También no es menos cierto que un profesional puede desarrollar en plenitud sus posibilidades médicas, sólo cuando se halla en presencia de pacientes que se conjugan con sus modalidades, es decir, que de no poder actuar así, restringido en su potencialidad médica, debe tener la posibilidad de poder prescindir de tal o cual paciente, ejerciendo a su vez el muy humano derecho de libre elección del paciente por parte del médico, hasta en defensa de los intereses del propio enfermo. Esta reciprocidad en la dupla paciente médico, médico paciente, en lo que hace a la libertad de elección, no puede ser hoy honestamente cuestionada por nadie, las voces que se alzan esporádicamente en su contra son generalmente interesadas, no en mantener un sistema, sino una posición; pero lo que es peor es que el sostenimiento de esa posición no les coarta el ser usufructuarios activos del

régimen de libre elección contra el cual claman y al que se oponen. Por fortuna éstos son muy pocos y claudican ante el criterio lógico que se les opone.

Expresas escuetamente las razones éticas que hacen axiomática la libre elección, hay que recordar las motivaciones que la generaron gremialmente.

Un conocimiento circunstanciado de los hechos...

Previo a la vigencia de este régimen de libre elección que es producto de largas luchas, debe recordarse, aún se vive, que la única forma de atención de pacientes a cargo de Obras Sociales Mutuales, y/o entidades de beneficencia, era por un sueldo o asignaciones ridículas que resultaban del poder omnímodo de las directivas de las mismas, que fijaban a su arbitrio, sin consulta previa, los valores del trabajo médico.

Por un sueldo insignificante los clínicos debían “atender” a cantidades considerables de pacientes en consultorio y aun realizar visitas o domicilio en detrimento de la calidad de las prestaciones médicas, y en perjuicio directo de los pacientes, otra de las víctimas de la voracidad de esas entidades, únicas usufructuarias de los beneficios que acordaban, el trabajo médico y el aporte de los afiliados. Debe estar fresco en el recuerdo de los médicos un conflicto serio planteado en un hospital de esta ciudad que determinó la movilización triunfante de todos los médicos de la misma. Debe estar presente en el recuerdo de muchos cirujanos cuando una gastrectomía se pagaba \$100m/n por parte de la entidad hospitalaria, que celebraba convenios baratos a costa del esfuerzo médico. Deben recordar los anestesistas cuando no hace mucho una anestesia raquídea se pagaba \$10m/n un penthotal \$15m/n, un éter con Hombredanne \$20m/n y con aparato \$30m/n. Debe verse retrospectivamente cuando los anestesistas de La Plata jalonaron la quiebra de ese sistema al decidir no atender más por sueldo ni cobrar más a través de la entidad hospitalaria o sanatorial e impusieron a las Obras Sociales y/o Mutuales, el criterio de cobrar sus propios honorarios a través de su entidad gremial. Ése fue el ariete que posibilitó muchas de las conquistas presentes. Debe estar en la memoria de muchos cuánto esfuerzo costó imponer un libro de aranceles. Estas luchas por suerte no fueron vividas por las jóvenes generaciones, pero por desgracia parecen haber sido olvidadas por las anteriores.

La situación ha sido superada, el régimen actual de trabajo no merece comentarse porque se vive. Sus beneficios nos alcanzan a todos los que luchamos por él y a los que tozuda y malintencionadamente se oponen a él, en cuanto significa mantener posiciones al margen de compromisos espontáneamente contraídos.

La libre elección del médico es uno de los preceptos básicos que ha instalado el gremialismo médico en sus plataformas de acción, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires en su Asamblea de San Fernando de 1954 lo establece, lo fija la Confederación Médica Argentina en su Asamblea de San Luis en 1957, lo refrenda la Asamblea de Avellaneda para la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires de 1960; se establece en el punto II de los doce principios de Seguridad Social por parte de la Asamblea Médica Mundial celebrada en Helsinki en junio de 1964. El artículo 29 del Capítulo 1 del Código de Ética del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires aprobado el 21 de mayo de 1961 establece: "Art. 2° -Los servicios de la ciencia médica deben basarse en la libre elección del profesional por parte del enfermo ya sea en el ejercicio privado, en la asistencia por entidades o por el Estado".

Es decir que conceptualmente, gremialmente, éticamente, la libre elección es el imperativo insoslayable que se han fijado los médicos para la actividad profesional, quienes pretendan oponerse están conceptualmente equivocados, actúan anti gremialmente y son antiéticos. ¿Qué defienden? ¿Defienden un mejor nivel de trabajo profesional para todos? ¿Defienden mejor atención para los pacientes? ¿Defienden la unidad médica a través de la solidaridad?

Las respuestas son individuales, pero objetivamente aparecen defendiendo egoístas intereses personales frente al resto de los colegas.

La suerte está echada, la decisión es inquebrantable y aquellos que no se sumen a la acción gremial en común, que libremente, sin ninguna forma de coacción nos hemos fijado los médicos en tantas Asambleas, quedarán marginados definitivamente del gremio y señalados a fuego como aquellos que faltos de hidalguía, han trabado el progreso de la clase médica.

A - Relaciones con el Estado

Incompatibilidades

Ante el problema planteado por la promulgación del Decreto Ley 7305 sobre incompatibilidades, la Agronomía Médica Platense fijó claramente su posición en la solicitada publicada en su oportunidad en el diario “El Día”.

El 16 de agosto reunió al cuerpo médico en el Círculo de Periodistas para escuchar su opinión. Se leyeron notas que el Colegio de Médicos y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires le hicieran llegar al señor Ministro de Bienestar Social. Asimismo por autorización que le confiriera el Presidente del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Dr. Osvaldo H. Mammoni, fueron puestas en conocimiento de los asistentes las expresiones que tuvo el señor Ministro en una reunión que celebrara al mediodía del día 16 de agosto, en la que manifestó que iban a ser compatibles un cargo de médico asistencial con un cargo en función técnica y que el mismo supuesto se iba a dar en el Ministerio de Educación.

La Presidencia hizo constar a los profesionales presentes, que no obstante, debían presentar la opción por uno de sus cargos, tal cual se dispone en el decreto correspondiente. Expresó asimismo que según lo había comunicado la Federación Médica de la Provincia, los profesionales comprendidos en la opción, debían llenar una ficha especial confeccionada al efecto con la copia de la opción presentada ante el ministerio. Por otra parte, se aconsejó que los términos en que se presentara la opción fueran aquellos que sugirieran los letrados de las entidades médicas.

La Presidencia destacó que la Agronomía Médica, que específicamente entiende en los problemas médicos, no podía despreocuparse, como en este caso, de los problemas de la comunidad a la que se debía. A esta reunión concurrieron aproximadamente 300 profesionales de la ciudad.

Posteriormente el Consejo Directivo emitió un comunicado de prensa que fue publicado en el diario “El Día” aconsejando a los médicos pre-

sentar recurso de amparo ante la justicia, de acuerdo a indicaciones de su asesoría legal.

Por otra parte, el Consejo Directivo instó a enviar urgentemente a la Agreración, para su posterior envío a la Federación Médica, la ficha de los colegas afectados por la disposición gubernamental, documentación que permitirá tener un conocimiento real del problema.

Esta acción se cumplió con marcada reticencia, habiendo reunido solamente alrededor de 100 fichas, lo que imposibilita afrontar una correcta defensa de la situación.

Posteriormente el Consejo Directivo remitió a la Federación Médica de la Provincia la nota N° 256, en la que fija su posición frente al conocido decreto y cuyo texto se transcribe a continuación:

NOTA N° 256

La Plata, 28 de agosto de 1967.

Señor Presidente de la Federación Médica
Dr. Jorge R. Martínez
S/D

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud., por disposición del C. D. de esta Agreración, con el fin de exponer, sintéticamente, la posición de la Institución ante la cuestión promovida como consecuencia de la promulgación del D. L. 7305 sobre incompatibilidades.

Tal como oportunamente fuera puesto en conocimiento de los afiliados de la Agreración, por medio de una "solicitada", el C. D. ha interpretado que ante el problema cabe realizar las siguientes consideraciones:

1) Si bien no puede sustancialmente discutirse el propósito de racionalización administrativa que parecería animar la decisión de hacer efectivas las incom-

patibilidades dispuestas por la Constitución de la Provincia, si cabe hacerlo en relación al procedimiento elegido para ejecutar tal objetivo, y aun en lo que atañe al momento socioeconómico en que se realiza. Al procedimiento debe criticársele por su condición de verticalidad autoritaria, ajena a la realidad económica actual. Creemos que debió ser realizado como expresión final de un proceso meditado y planificado para una ejecución progresiva.

2) El mecanismo elegido trae como consecuencia la posibilidad cierta, de un grave desmantelamiento de los cuadros técnicos y administrativos que permiten al Estado el cumplimiento de sus objetivos; objetivos que, en relación con lo médico, tienen, sin desmedro de los demás, trascendente y excepcional importancia. Por ello en su momento se propició una revisión de carácter general y en relación a todos los sectores, de la medida dispuesta, que hiciera posible el desempeño de hasta dos cargos, sin entrar en especial a considerar la característica de los mismos.

3) En lo que se relaciona con las remuneraciones, se ha manifestado que, si como culminación del proceso se llega finalmente a la aplicación total de la incompatibilidad, deberá adecuarse a un nivel real y coherente la remuneración que corresponda a ese único cargo, llevando la misma, como mínimo, al doble de las asignaciones básicas actuales.

4) Por último y en lo que se vincula con la posterior declaración de “prescindibilidad” de los agentes, consideramos que ello no puede ser, de ninguna manera, el resultado de decisiones personales y arbitrarias de los funcionarios; tales declaraciones, sin perjuicio de la consideración individual que cada uno pueda merecer, deben estar plena y minuciosamente fundada en normas legales y claras y precisas que eviten la discrecionalidad y arbitrariedad.

Saludamos a Ud. muy atentamente.

Dr. Julio C. Poce - Secretario General

Dr. Alberto L. Poli - Presidente

Las autoridades de la mesa ejecutiva de la Agremiación Médica Platense fueron invitadas a participar de dos reuniones que realizó el Consejo Directivo de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires los días 31 de agosto y 3 de setiembre. En ellas se acordó dar a conocer la siguiente declaración que ha sido publicada en la nota múltiple N° 28 de la Federación Médica y que dice así:

CONSIDERANDO:

La repercusión del Decreto 7307/67 en el ámbito médico y las manifestaciones vertidas por el señor Ministro de Bienestar Social, Dr. Jorge D. Pittaluga, en oportunidad de la audiencia concedida el 31 de agosto de 1967 a la Mesa Ejecutiva de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; y resultando de sus expresiones que el Poder Ejecutivo no acepta la solución propuesta por las instituciones médicas, en el sentido de considerar la Carrera Hospitalaria (Decreto-Ley 3625) en situación similar a la de los docentes, a los efectos de la aplicación del artículo 41 de la Constitución de la Provincia;

SE RESUELVE:

1º) Lamentar que el Poder Ejecutivo no haya sabido encontrar la fórmula de satisfacer las aspiraciones médicas, lo que hubiera permitido dar solución a los inconvenientes que se plantearán de inmediato para la prestación de los servicios asistenciales.

2º) Destacar que, estando basado el rechazo de nuestra sugerencia en el respeto absoluto a la norma constitucional ya citada, la intención del Poder Ejecutivo, confirmada por el señor Ministro, de que el régimen de incompatibilidades se aplicará en tanto no se resienta la correcta prestación de los servicios, supondrá, de hacerse efectiva, cualquiera sea la fórmula que se emplee, similar desconocimiento de la norma constitucional y el incumplimiento en igual medida del Decreto 7307, en cuanto establece fórmulas imperativas de acatamiento. Por ello, son inaceptables los fundamentos con que se rechaza la posición médica. Además cabe agregar que cualquier régimen de excepción, podrá dar lugar a irritantes injusticias.

3º) Hacer saber que los médicos agremiados reclaman la vigencia plena de la Ley de Carrera Hospitalaria, y que no aceptarán que los alcances de la Ley de Racionalización desvirtúen ninguno de los derechos que ella confiere.

4º) Comunicar a los profesionales agremiados que no deberán aceptar, a partir de la fecha, designaciones en el orden provincial con carácter interino ni que se formalicen contratos sin concurso previo.

5º) Recabar del señor Ministro la finalización de todos los interinatos, y que se disponga que desde la fecha entre a jugar el plazo que determina el artículo 24º de la Ley de Carrera Hospitalaria.

A continuación se decidió hacer conocer lo resuelto en la entrevista personal con el señor Ministro, y asimismo citar a las entidades primarias que hubieran solicitado convocatoria de Asamblea Extraordinaria a reunirse con la Mesa Ejecutiva el jueves 7 de setiembre a los efectos de suministrarles toda la información que se dispone.

El día jueves 7 de setiembre participamos de una nueva reunión con el C. D. de la Federación Médica de la Provincia y en el transcurso de la misma se consideró el pedido de convocatoria a Asamblea Extraordinaria de la Federación Médica, efectuado por 13 entidades primarias.

En la oportunidad se dispuso la convocatoria para el día 24 de setiembre a las 9 horas en la ciudad de Azul. El orden del día fue el siguiente: 1º) Consideración del Decreto 7307 sobre incompatibilidades y de la Ley 7294 sobre racionalización administrativa. 2º) Consideración de las recomendaciones aprobadas en la Asamblea Ordinaria del 29-7-67 referente a los siguientes temas: a) Relaciones con las Compañías de Seguros. b) Exigencia del concurso para la designación en cargos públicos y privados.

Hospital de Gonnet

Como se recordará por lo expuesto en Boletines anteriores, la Agremiación Médica Platense había llegado a un acuerdo con los directivos de la Región 1ª en el sentido de que se cubrieran los cargos de médicos del hospital interinamente y por el término de seis meses, en virtud de la premura en habilitar el mismo, expresada por el señor Jefe de Coordinación, asimismo se había acordado que con la puesta en marcha del hospital se llamaba de inmediato a concurso para cubrir los cargos por el régimen de Carrera Médica Hospitalaria. Habiendo transcurrido casi 5 meses sin que se hubieran efectivizado las medidas citadas, el Consejo Directivo remitió al Coordinador de la Región 1ª la nota N° 235, que a continuación se transcribe, en la que se le retira el aval concedido y se insiste en el llamado a concurso a la brevedad.

Nota N° 235

La Plata, 25 de agosto de 1967.

Señor Coordinador de la Región Sanitaria I
Dr. Juan Carlos Bustos
S/D

Cumplimos en dirigimos a Ud. con el fin de poner en su conocimiento que el Consejo Directivo de esta Agremiación en su última sesión, ha decidido dar por cancelado el aval que la entidad brindara, como expresión de su justo sentido de colaboración, para concretar la reapertura y puesta en marcha del ex hospital de Gonnet mediante la cobertura de los cargos en forma interina y sin la realización de concurso.

Dicho aval, que fue el producto de un muy meditado y debatido análisis –en tanto significaba, en alguna medida, la resignación temporal de un principio médico gremial básico, como el de concurso– fue en definitiva, acordado en el entendimiento que el Gobierno, atendiendo al superior interés de la comunidad, procuraba una habilitación inmediata del hospital, que el trámite previo del concurso podía demorar.

El tiempo transcurrido, sin que se produzca efectivamente tal reapertura, prácticamente cuatro meses desde que nuestro representante en la comisión especial asintiera con el sistema del interinato, nos autoriza a pensar que no existió, o dejó de existir, esa apremiante urgencia para la habilitación del hospital; natural es entonces que reveamos una decisión que fue tan sólo adoptada teniendo en cuenta intereses comunitarios que, insistimos, suponemos que o no existen o han sido satisfechos por otra vía.

Sin otro particular, saludamos a usted muy atentamente.

Dr. Julio C. Poce - Secretario General

Dr. Alberto L. Poli - Presidente

Posteriormente concurrieron a la Agremiación el Coordinador de la Región 1ª, conjuntamente con el Director interino del Hospital de Gonnet Dr. Colombo, quienes manifestaron que estaban en la inteligencia de que los interinatos iban a durar seis meses, a partir de la habilitación del hospital de Gonnet, pero que no tenían fecha fija para la misma. En razón de tal situación solicitaron que la Agremiación reiterara su aval. El Consejo Directivo no opuso objeción mayor, pero expresó que la solución del problema no estaba más en sus manos, por cuanto existe una resolución expresa de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires al respecto. Quedó en claro en la reunión la necesidad de modificar los términos de Carrera Médico Hospitalaria.

Carrera Médica – fusión de hospitales

En oportunidad anterior informamos que de acuerdo a la reglamentación de la Ley 7016 que dispone la Regionalización Sanitaria en la Provincia de Buenos Aires, la Circunscripción 1ª, que fuera delegada al efecto por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, fue invitada a participar de las reuniones del Consejo Técnico Asesor por el Coordinador de la Región 1ª. En la oportunidad nuestros representantes doctores Poli y Poce, cuestionaron algunos capítulos de dicha reglamentación, especialmente los referidos a la constitución de los Consejos Técnico y Sanitario. Posteriormente en una nueva reunión se designó una comisión encargada de la redacción de un an-

teproyecto de Reglamentación del Consejo Técnico Asesor, que se constituyó con el Secretario de Región, tres Directores de Hospital y los representantes de la Circunscripción 1ª y del Colegio de Médicos. De ella surgieron dos despachos, uno de ellos que suscribieron los doctores Gneco, Spinelli y Poce y otro suscripto por el señor Secretario de la Coordinación.

El día 8 de setiembre, luego de tres meses de inactividad, fue citado el Consejo Técnico Asesor de la Región 1ª y hubo de considerar los dos anteproyectos citados. Cupo a la representación gremial, apoyada por el representante del Colegio Dr. Spinelli y el Dr. Gneco, una brillante defensa del anteproyecto suscripto por nuestros representantes y que hacía a la esencia de la participación gremial en el nivel jerárquico que corresponde al cuerpo médico. Quedó en claro que de no modificarse el texto del Decreto que posibilitara la asesoría obligada de parte del Consejo Técnico, la Circunscripción se iba a retirar del mismo muy a su pesar. Esta situación determinó que el Consejo por mayoría solicitara a las autoridades sanitarias de la provincia la modificación de la Ley 7016.

En consecuencia fue designada una comisión integrada por los Dres. Deferrari, Gneco, Poli y Spinelli, la que celebró reunión el día 12 de setiembre y elaboró un proyecto modificatorio del Decreto reglamentario 805, de la Ley 7016, en sus artículos 11, 12, 17, 21, 27, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, siendo eliminado el artículo 28 .

En la sesión del día 15 de setiembre del corriente, el Consejo Técnico Asesor de la Región 1ª, aprobó por unanimidad el anteproyecto de modificaciones y el mismo fue elevado al señor Ministro de Bienestar Social para su consideración.

En la misma reunión se constituyó la Comisión de Límites de Región, y fue aprobada la constitución de una comisión para el estudio de modificaciones a la Ley de Carrera Médico Hospitalaria, comisión que se integró con el Coordinador de la Región 1ª y el Secretario, un representante por los Directores de Hospital, representantes por el Colegio de Odontólogos, Analistas y Farmacéuticos y con los representantes del Colegio de Médicos y de la

Circunscripción 1ª de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Esta Comisión realizará sesiones todos los días viernes, a las 21 horas, y su función específica es la de fijar pautas para la modificación de la Carrera y no la redacción de articulado alguno, que queda reservada a las entidades de nivel superior.

También en esta sesión se leyeron las resoluciones ministeriales 2780 y 2781 del 7 de setiembre de 1967; por la primera la Maternidad de La Plata es anexada al Instituto General San Martín dando por terminadas las funciones interinas del Dr. Mevedof como Director de la Maternidad y siendo designado el mismo, Subdirector del Instituto General San Martín. Por la segunda resolución se fusionan el Instituto del Tórax con el Hospital San Juan de Dios, con el objeto de unificar y reestructurar sus servicios; por el artículo 2º de esta resolución, se designa Director al Dr. Francisco D'Ovidio y Subdirector al Dr. Arambarri, que se desempeñaba como interino, quedando el Dr. Belingi también como Subdirector.

El Dr. Poli en representación de la Federación Médica de la Provincia dejó clara constancia que si bien las entidades gremiales no objetaban la regionalización, estimaba que la misma no era un acto sino un proceso que debe realizarse en el tiempo y que estas resoluciones ministeriales significaban una transgresión a la Ley de Carrera Médica en su espíritu y en su contenido. En consecuencia hacía objeción formal a las resoluciones dictadas, no porque discrepáramos doctrinariamente con la conveniencia de las anexiones, sino porque supone tal circunstancia transgresiones a la Ley de Carrera; no se ve con claridad qué es lo que va a pasar con los Jefes de Servicios; no está muy claro un establecimiento con dos Subdirectores; y además porque los llamados a concurso se hicieron en un determinado servicio y para una sola función, además de otras implicancias que pudieran aparecer. En consecuencia, estimábamos prudente no innovar hasta tanto una nueva norma legal posibilitara las estructuraciones hospitalarias de acuerdo con los preceptos en boga, en tal caso los médicos quedarían sujetos a normas impersonales y obligadas que trascienden a los mandatarios de turno.

Boletín Informativo N° 5. Noviembre de 1967 (90)

Editorial. Nivel Universitario

La A.M.P., entidad que nuclea a los profesionales médicos de esta ciudad, ajenos a toda tendencia política o religiosa, creada con la finalidad de velar por el mejoramiento económico, moral y técnico de sus asociados; por la estricta observancia de la ética profesional; por la solución de los problemas médico-sociales y la creación del seguro médico; por la observancia y perfeccionamiento de la Carrera Médico Hospitalaria, etc., según reza su Estatuto en el capítulo de los fines, siente la imperiosa necesidad de hacer llegar a quienes se dirige algunas reflexiones acerca de la naturaleza, del cometido y de la proyección de la función profesional, como una forma de esclarecimiento en la toma de posiciones para la elaboración de un porvenir de grandeza para nuestra Nación Argentina.

¿Esta expresión que se realiza implica traducir toda la realidad? Evidentemente no. El mapa no es el terreno, ha dicho Korzyvski, militar polaco, en el año 1917, cuando al comando del segundo ejército ruso-polaco, consultaba cuidadosamente los mapas preparando un ataque contra los alemanes. Pero el mapa no señalaba un profundo foso y fueron apostadas precisamente allí las ametralladoras prusianas; y fue destruido el ejército de Korzyvski. Del mismo modo no hay por vía de la expresión simbólica, absolutamente nada que pueda reproducir la realidad. Quien ello pretenda carece del mínimo imprescindible de espíritu crítico: nadie puede asir toda la realidad, apenas si puede tener indicios fehacientes de la misma. Nadie pues tiene en sus manos ni en su cerebro la verdad absoluta; apenas si un indicio, un enfoque de la misma. Porque por más que se pretenda, descontada la honestidad como cosa verdadera, hacer expresiones conceptuales que excedan lo que hay de subjetivo, lo que hay de formativo de la personalidad de quien los enuncia, el concepto que se emite está preñado de ella, de tal modo que ningún individuo o grupo de individuos humanos, tiene la VERDAD, sino SU VERDAD y esa VERDAD SUYA puede ni siquiera ser la verdad de todos o aún menos pretenciosamente la de la MAYORÍA. O aún más si se quisiera recordar a Sócrates cuando antes de su muerte respondió a Tritón ante la pregunta de éste: ¿qué pensaría el

pueblo acerca de su muerte? El gran filósofo contestó que no le preocupaba el pensamiento de los más sino el de LOS QUE SABÍAN, rindiendo así tributo al CONOCIMIENTO, al SABER.

De esto debemos pues colegir que nadie tiene la verdad, que todos o cada uno tiene un enfoque de la misma y que más cerca está del criterio de verdad, quién más SABE. Esto lleva a la convicción de que quien esté interesado en hacer, o deba hacer, que tenga obligadamente como problema de conciencia, tener presente que su orientación puede ser adecuada o correcta, pero que aun así debe perfeccionar la misma si es que está bien intencionado, confrontándola con la de otros grupos humanos: Si es coincidente, llevará la tranquilidad de no equivocarse; y si no es coincidente deberá entrar de inmediato en el análisis desprejuiciado del problema con el fin de llegar a la posición más ecuánime posible. Cuando así se procede, surge naturalmente un principio de autoridad para los que conducen, y los conducidos consienten en ejecutar los actos de los conductores.

Por el contrario, cuando no es ese el proceder, los humanos soportan por un determinado período de tiempo a los mandones que entonces no conducen, sino que ejercen poder despótico, y entonces la conducción de esas características no es consentida. Estas ideas deben estar siempre presentes en la mentalidad de los dirigentes. ¿Y por qué estas expresiones dirigidas a los universitarios? ¿Qué es un profesional universitario? Es un individuo biológico que ha atesorado después de ingentes esfuerzos una cantidad de conocimientos cuya valoración cuantitativa y cualitativa, por parte de un cuerpo docente, le ha permitido obtener un título, que lo habilita para el desarrollo de una actividad. ¿Esto conforma toda la idea de un universitario? ¡NO!; porque ser universitario, no habilita solamente para el saber en una rama del conocimiento con exclusión de otras. Ser universitario conforma una manera de saber universal, humanístico. ¿Hay en estas formas de saber y aprender distintos con otras formas rígidas de aprendizaje? Evidentemente sí. Porque a nivel universitario, no se enseñan conceptos, sino que deben brindarse las distintas maneras de aprehenderlos con el fin de que en libertad cada individuo pueda desarrollar su personalidad dentro de un marco de los superiores intereses de la nación y de la humanidad.

En la mentalidad de algunos grupos conductores la uniformidad, es la aspiración: los grupos totalitarios de cualquier extremo, sueñan con ella: la resultante final es esta una voz que sea la de todos. Pero desconocen o se olvidan como o de que nace el conocimiento humano. Producto éste de la actividad de las células nerviosas debe saberse que más de 14 billones de las mismas pueblan la corteza cerebral en interrelaciones inmensamente numerosas para cada célula. Si el pensamiento surge de esa actividad, como pedir uniformidad para el infinito de las posibilidades de variación que surgen además espontáneamente. Sería como querer pedir que no haya día cuando aparece el sol, que no haya noche cuando se oculta. Sería oponerse a la propia naturaleza en desarrollo.

Es decir que un universitario o profesional, es un individuo que se forma, cualquiera sea el ambiente, dentro de un clima de libertad; permitiendo que se exterioricen sus esquemas interpretativos de acuerdo con su normal funcionamiento nervioso. Si así no fuera sería un individuo cargado de letras, pero no un UNIVERSITARIO, porque intrínsecamente éste, es otra cosa.

¿Pero es útil así con el sentido que se da el quehacer universitario?; ¿no es desquiciadora para la comunidad una actividad con esas características?

Si se hiciera un análisis superficial se diría que sí, que eso de exteriorizar cada uno la forma suya de pensar y proceder, produce choques, actitudes encontradas que lentifican los procesos. Por otra parte estos grupos de esclarecidos crean situaciones de preeminencia dentro de las comunidades que inquietan a otros sectores que se sienten así menoscabados.

Pero esto no es aceptable. Porque si bien es evidente que ejecutar a través de compulsas lleva más tiempo, no es menos evidente que no hay otra manera de no equivocarse o de equivocarse lo menos posible y ésta debe ser la única meta de quien se precie de ser dirigente. Por otra parte el mejor dirigente, es decir el que mejor hace hacer, es el que más sabe, porque menos errores ha de cometer; en consecuencia, un universitario por formación, es un dirigente natural para el pueblo que lo formó y a quien se debe. Por eso el pueblo, a través de sus organismos, debe crear permanentemente una clase dirigente sólida.

Se ha dicho que en este país hay una crisis dirigente: y es evidente. La crisis viene de muy atrás, y se está proyectando con mucha fuerza y muy adelante. La clase dirigente no es cuidada... Los profesionales emigran del país, del mismo país que los formó porque desde hace tiempo no hay cabida para su actividad; son permanentemente agredidos por sectores no esclarecidos, que ven su actividad como disociadora, simplemente porque no coincide con su propia forma de pensar. La ven como privilegiada, y entonces atacan a sus organismos rectores, logrados con su propio esfuerzo y debe saberse que su presencia es hoy lo único que permite la permanencia de un trabajo profesional. Su ausencia o liquidación significará la migración en masa de los universitarios argentinos o la anulación en su capacidad creadora. Ejemplos hay a montones en el mundo: la Inglaterra de la medicina socializada asiste impávida a la destrucción de su capital médico cultural: estancamiento y migraciones signan su presente. España pasa por iguales situaciones. Se supone que nadie querrá ser responsable hoy en este país del desastre que pudiera desencadenar tal conducción suicida. Sería considerado el Eróstrato de la cultura nacional y su nombre recordado por siempre...

¿Y entonces? Entonces llámese a los profesionales a colaborar en la construcción de lo que se desee, en cualquier nivel estatal o privado, y la respuesta inmediata será positiva. Escúcheselos, que a su vez los profesionales sabrán escuchar. Propóngaseles modos de acción y estos responderán: a veces coincidiendo, otras discrepando, pero siempre con la intención de hacer lo mejor, que por otra parte es lo que todos ambicionan y precisan.

Procúrese fortalecer a los profesionales y sus instituciones para bien de todos; no se los lleve a tener que defender sus instituciones para destruirlos luego, porque sería destruir a la vertebradura de la propia nación; sería, de lograrla, una victoria a lo Pirro.

En momentos en que el ser humano proyecta el ensanchamiento de sus horizontes científicamente; la erradicación del hambre y las enfermedades científicamente; busca científicamente nuevos elementos para la construcción, se intercomunica por satélites gracias a la ciencia; incrementa la producción por la automatización científicamente lograda; consigue gracias a los aportes cien-

tíficos nuevos combustibles para barcos y aviones; posibilita a los ejércitos elementos científicos para que el hombre viva con los valores éticos del mundo occidental y así hasta el infinito; en momentos en que la cientificación del mundo es imperativo de la hora y la defensa y protección del nivel universitario, un dogma; aquí, en este medio, los profesionales universitarios frente a la posible agresión ostentosa o encubierta de sectores no esclarecidos, se ven en la muy triste necesidad de tener que defender un mínimo de patrimonio de dignidad, por el bien supremo de la nación y de la humanidad a cuyos destinos están intrínsecamente unidos.

Estamos convencidos de que una tal lucha sería catastrófica para todos: agresores y agredidos. Hay que evitarla a toda costa conciliando intereses y proyectando las energías que se perderían a una función constructiva. No hacerlo así nos sería demandado por siempre por futuras generaciones argentinas.

Decisiones gremiales - Libre Elección del Médico

Con motivo de la decisión de la Circunscripción 1ª de acatar el mandato de las entidades gremiales superiores en el sentido de dar estricto cumplimiento a las resoluciones que libremente se formularan y adoptaran los médicos en distintas asambleas con el objeto de efectivizar la plena vigencia del régimen de **libre elección del Médico** sin restricciones ni excepciones; y que fuera cursada a todos los colegas de la Circunscripción por circular de fecha 31 de agosto de 1967, que diéramos a conocer en el Boletín n° 4 de la Agronomía Médica Platense; creemos oportuno hacer una breve síntesis de las instancias y oportunidades sucesivas en que fuera considerado el referido problema.

Día 2 de octubre: el diario “La Gaceta” bajo el titular “Se produciría una escisión entre los médicos agremiados de La Plata”, da cuenta de la constitución de una comisión ejecutiva provisional denominada Asociación Médica de Mutualidades y Obras Sociales, y de la convocatoria a una reunión.

Día 3 de octubre: Nota de semejante tenor a la anterior aparece en el diario “El Día” de La Plata, bajo el título “Médicos de Servicios Sociales se oponen a una intimación gremial. Llamamos a una asamblea”.

Llega a conocimiento de la Agronomía Médica una circular por la que una titulada “Comisión Ejecutiva Provisoria de la Asociación Médica de Mutualidades y Obras Sociales (AMMOS), invita a una asamblea extraordinaria a realizarse el día 3 de octubre a las 21 hs. en 43 n° 518, para tratar lo que llaman conminación de la Circunscripción 1ª de la Federación Médica y la fijación de fecha de asamblea para aprobar los estatutos y efectuar el llamado a elecciones. Esta invitación lleva la firma de los Dres. Juan Corti y Héctor Defeo.

El mismo día el Consejo Directivo de la Circunscripción 1ª envía telegrama colacionado a los colegas Dres. Corti y Defeo para que ratifiquen o rectifiquen su condición de promotores de la constitución de A.M.M.O.S., según terminas de la publicación periodística aparecida en los diarios “Gaceta” del 2 de octubre y “El Día” del 3 de octubre.

Los Doctores Corti y Defeo ratifican, por telegrama, ser firmantes de la invitación a Asamblea, pero sostienen desconocer el origen de las publicaciones periodísticas.

Día 4 de octubre: se recibe nota de los Dres. Juan Corti y Héctor Defeo, en la que expresan que convocaron a una reunión al solo efecto de considerar la actitud a asumir ante la opción que no los guía en ningún momento espíritu de alzamiento ni asumen la condición de promotores convocantes en rebeldía con intención de dividir al gremio.

El mismo día concurre al local de la Agronomía Médica el Dr. Héctor Defeo, manteniendo una conversación con el Sr. Presidente Dr. Poli, en la que se abordan el problema de la opción y términos de los telegramas cursados. En la oportunidad el Dr. Poli solicita a los médicos de mutuales se sumen a la decisión gremial.

Siendo las 21 hs. y hallándose reunido el Consejo Directivo, se recibe una nueva nota firmada por los Dres.: Héctor Defeo, Juan Corti, Carlos Pastor, Juan Perí. Alfredo Pezzotti, Jorge Cáceres y Leonardo Mendoza; por la que solicitan en su carácter de integrantes de mesas directivas de asociaciones de profesionales de Obras Sociales v Mutuales, se deje sin efecto la resolución

de la Circunscripción 1ª. En esa nota cuestionan las resoluciones de las asambleas de Federación, haciendo una interpretación particular del problema. Hacen la defensa de los afiliados de O. Sociales y Mutuales, estimando que la Circunscripción ha caído en un exceso que comparan a la aplicación del Decreto 7307 de incompatibilidades. Con el objeto de entregar esta nota concurrieron a la reunión del Consejo, los Dres. Corti, Cáceres, Defeo, Mendoza, Pastor y Pezzotti; retirándose sin querer dialogar. Forzado el Dr. Defeo a dialogar por la Presidencia, expresó una opinión personal. Posteriormente de iniciada la conversación con los restantes se retiró el Dr. Defeo por haber sido llamado con carácter de urgencia. El Consejo Directivo escuchó a los Dres. Mendoza, Pastor y Pezzotti quienes hicieron una prolongada exposición. A continuación el Sr. Presidente recordó las decisiones de las asambleas de las entidades superiores y expuso la posición del actual Consejo Directivo en defensa del principio de libre elección, expresando que la permanencia de médicos a sueldo en mutuales obstaculizaba la concreción de convenios ya firmados.

En la sesión el Consejo Directivo resolvió no reconocer la representatividad de los firmantes de la nota, refirmar la presentación de la Circunscripción, dejar sentado que las resoluciones de asamblea no concuerdan con la interpretación que le dan los firmantes de la nota. Por último rechaza la nota por no concordar con un criterio de veracidad y dispone citar a una reunión a los Dres. Corti, Cáceres, Defeo, Pastor, Pezzotti, Mendoza y Belinge, que tendrá lugar el día 11 a las 21 hs.

Día 6 de octubre: El diario “El Día” publica una solicitada del Sindicato de Obreros y Empleados de la Industria de la Carne de Berisso, considerada agravante para la profesión Médica.

En el mismo periódico, en su página 3 aparece una información sobre el problema bajo el título “Médicos de Obras Sociales piden el sin efecto de una medida y recaban la defensa colegiada”.

Día 7 de octubre: La Circunscripción 1ª da a conocer el siguiente comunicado, por intermedio del diario “El Día”,

Solicitada-Comunicado-De la Circunscripción 1ª de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires

1º) Se recuerda a los señores Médicos que el día 15 de octubre próximo vence inexorablemente el plazo para hacer opción entre el **TRABAJO A SUELDO** para Obras Sociales, Mutuales, entidades de beneficencia, policlínicas por abono, o entidades similares, con función médica asistencial, y el **TRABAJO POR LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO**, por intermedio de las entidades gremiales médicas, en virtud de los contratos que éstas celebran de acuerdo con los principios de arancel mínimo y libre elección del médico.

2º) Se hace saber a los señores Médicos Profesionales que para la reunión ordinaria de C.D., del próximo día miércoles 11 del cte., han sido citados los colegas doctores Héctor U. Defeo, Juan C. Corti, Carlos A. Pastor, Jorge Cáceres, Alfredo Pezzotti, Juan L. Peri y Leonardo Mendoza, quienes hicieron una presentación ante esta entidad el día miércoles 4 del cte., cuya transcripción parcial apareciera en el diario EL DÍA de fecha 6/10/67. En ocasión de hacer entrega de la misma se negaron manifiestamente a dialogar, no obstante invitación que expresamente se les formulara, ante numerosos colegas, por parte del C.D. Ahora se les ha formulado una citación, por escrito: entonces, en la intimidad del ámbito médico, único recinto adecuado para las controversias, les serán demostradas, objetivamente, las falacias de algunas de sus afirmaciones, y lo incorrecto de algunas de sus interpretaciones.

3º) Se hace saber a los señores Profesionales que el único ámbito en el cual deben ser debatidos los problemas médicos, es el de sus entidades gremiales y colegiadas. En el caso de que los profesionales eludan esta vía de deliberación o procuren apoyo en entidades ajenas a lo médico, para satisfacer intereses personales, **CABRÁ A LOS MISMOS TODO EL RIGOR DE A SANCIÓN GREMIAL**, y sus antecedentes serán girados al Colegio Médico para su juzgamiento ético.

4º) Se rechaza, por **MANIFIESTAMENTE ANTIGREMIAL**, la conducta de las autoridades del Gremio de la Carne, que pretenden interferir en la conducción y decisiones internas del gremio médico. En tal sentido, su

expresión resulta inconcebible y revela manifiesta inmadurez conductiva de parte de sus dirigentes, que, en última instancia, deben ser, juzgados por sus propios dirigidos. Desde otro punto de vista, esta Institución está deseosa de entablar conversaciones con el Gremio de la Carne, en torno a puntos de interés común; a tal fin se los invita a una reunión cuya fecha y lugar de realización se determinarán de común acuerdo.

Circunscripción I - Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (Agremiación Médica Platense -Agremiación Médica de Berisso -Asociación Médica de San Vicente).

El mismo día 7 de octubre la Federación Médica de la Pcia. de Bs. As. publica en el Diario "El Día" la siguiente solicitada:

SOLICITADA

Circunscripción I de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires

A LOS MÉDICOS

Con fecha 6-10-67 se ha recibido de la FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, la siguiente nota:

"Señor Presidente de la Circunscripción I, Dr. Alberto Poli. En cumplimiento de lo resuelto en reunión del Consejo Directivo realizada en la fecha, me dirijo al señor Presidente a efectos de expresarle el beneplácito de esta entidad por la conducta de la Circunscripción I en lo que hace a la defensa del principio de la libre elección del médico en su jurisdicción. "Al respecto debe saber el señor Presidente que cuenta con nuestro apoyo total para todo lo que signifique el respeto efectivo del principio por parte de los profesionales nucleados en la Federación Médica. Todo ello, como consecuencia de la voluntad tantas veces exteriorizada a partir del año 1960.

"Saludámosle con atenta consideración".

Dr. CARLOS A. DE LA PLAZA Secretario General

Dr. HORACIO MATURI Vicepresidente

Boletín Informativo N° 6. Mayo de 1968 (91)

EDITORIAL - No hay peor cuña

Desde este mismo sector del Boletín hemos expresado en “Planificación de Salud Pública y Gremialismo” (Boletín n°3), en “A sueldo o por prestación” (Boletín n°4), y en “Nivel Universitario” (Boletín n°5), las inquietudes del gremio médico por cuestiones de tal trascendencia como la arquitecturación de programas de acción para la Salud Pública con la coparticipación amplia de los prestadores de salud, a través de sus entidades representativas; el sentido eminentemente ético de los principios médicos gremiales universitarios referidos a la Libre Elección; y a la especial situación del profesional universitario y la necesidad imperiosa de que la Nación toda se preocupe por cuidar su acervo cultural.

Desde todos los sectores médicos se han hecho llegar a esta Entidad Gremial, salvo alguna voz aislada, plácemes por los conceptos ahí vertidos y, con respecto al artículo “Nivel universitario”, tal aprobación surgió desde distintos ambientes profesionales, de toda la Provincia y aún de otras; porque evidentemente traducen una forma de pensar que satisface modos individuales y colectivos de hacerlo.

Hemos recibido aún, por lo levantado del tono, expresiones de aprobación de funcionarios oficiales, que interpretaron cuál era el motivo real de esas formas expresivas: hacer resaltar hechos, hacer notar implicancias, predecir las consecuencias de errores de conducción. En esencia significaban realizar la crítica levantada con sentido positivo, de lo que el país está necesitando. Pero lamentablemente ideólogos hay que insisten tozudamente en sus tentativas de arrasar inconscientemente, o lo que es peor aún, conscientemente, con toda una modalidad de trabajo profesional, y resulta ser que algunos de esos ideólogos son médicos; médicos que actualmente usufructúan del régimen contra el que se lanzan, porque por encima de su actividad profesional pareciera que quisieran demostrar su “eficiencia” como funcionarios haciendo algo “distinto”, con el objeto de “quedar bien” con el sector gobernante al que se someten, en abierta inconducta con el gremio al que se deben y del que forman parte. Inducen además, por omisión o por torcida información

a error de opinión al sector gobernante que aún cree en ellos. “NO HAY PEOR CUÑA QUE LA DEL MISMO PALO”.

Debe quedar en claro, definitivamente, que lo ético, lo justo, lo universalmente aceptado, desde el punto de vista de las prestaciones profesionales médicas, son los Principios aprobados por la Asamblea Médica Mundial realizada en Helsinki, en 1964, que los adoptó por unanimidad. (Los mismos se incluyen en el presente Boletín). Dichos Principios fueron impresos como argumentos por el propio Ministerio de Bienestar Social en las Bases del Anteproyecto de Seguro de Salud. (T.II, págs. 27, 28, 29 y 30). Léanse todos y cada uno de sus párrafos, y se verá que resultan insuperables para interpretar cómo debe ejercerse la profesión.

Pero, ¿a qué viene todo esto?, se preguntarán ustedes. ¿Por qué esta generalización sin enunciar hechos? Esto viene porque hay toda una actividad orquestada para aparecer como salvadora de la comunidad, por cuyos intereses han súbitamente despertado como defensores a expensas del sector médico.

Veamos cómo. Se habla de Hospitales de la Comunidad, se dice que es necesario integrar los factores económicos zonales con el objeto de incrementar la base de sustentación económica de los Hospitales Estatales. Con tal motivo se proyecta la integración de Obras Sociales, Mutuales, Sindicatos, Empresas, etc.; con dichos Hospitales Estatales, los cuales se harían cargo de la atención de sus afiliados u obreros en franca competencia con el libre ejercicio de la profesión médica, anulando el sistema de trabajo sustentado en el Convenio colectivo y la Libre Elección del médico.

Se arguye que en los “Hospitales de la Comunidad” los médicos trabajarán “full-time”, que por ello se les pagarán “suculentas” asignaciones de hasta \$ 120.000 mensuales. De ello resultaría la panacea; hospitales con atención a pleno, buena atención para la comunidad, médicos muy bien remunerados; en síntesis: ¡el súmun!

¿Pero es realmente así? Veamos. Si ser humano es aquel que produce actos que se traducen en experiencias que pueden ser utilizadas por otros seres humanos,

analicemos la experiencia que vivimos y la que se vivió en otros ambientes. La que vivimos enseñó que cuando los profesionales trabajaron por un sueldo, humanamente buscaron de incrementar sus ingresos disminuyendo el tiempo de tarea con una asignación, o de lo contrario buscaron realizar el mínimo de tarea en un período fijo, con el objeto de disminuir la fatiga, en pro de las horas libres del trabajo privado. Resultado final: que la atención de pacientes, con remuneración por sueldo, no resulta la más conveniente, ni para el enfermo, ni para la responsabilidad del Ente Administrador.

La experiencia ajena enseña que cuando se trabajó por sueldo o asignación profesional fija, el interés por la superación profesional decrece; Inglaterra asiste hoy al éxodo de sus profesionales y a la declinación del nivel científico de la producción médica. Experiencia semejante se vive en España y otros países.

¿Es esto lo que se pretende? ¿Está en condiciones el país, a quien cuesta de 15 a 20 millones de pesos el formar un médico, de exportarlo sin cargo, como consecuencia de fallas garrafales de conducción? ¿No es que esto está en abierta contradicción con postulados de la llamada Revolución Argentina?

¿Son así los Hospitales de la Comunidad la panacea que se anuncia? ¿Dan realmente la solución integral a los problemas de salud? ¿O es que siendo éstos complejos, de una complejidad que supera la capacidad de los ideólogos, se pretende que se los solucionará mediante acciones efectistas, pretendidamente demostrativas de una ejecutividad, que, por lo inconsulta y apresurada, puede ser suicida? Porque si el nivel profesional fracasa, la atención para la comunidad será mala, aunque el Hospital se autofinanciara. ¿Es esto lo que se pretende? En tal caso la comunidad no contaría, y la finalidad de toda la acción sería de tipo exclusivamente financiero. ¿Es un Estado deshumanizado lo que se quiere? ¿No hay pues soluciones posibles? ¿Pretendemos ser los críticos de la negación? ¡No! ¿Existen soluciones? Sí que las hay, y en ellas debe partirse del supuesto que lo prioritario es una atención correcta para la comunidad, para lo que se hace necesario que los prestadores médicos desarrollen actividad ética, con las ansias de superación que da el tener que superarse para no ser superado; y esto no se logra con trabajo a sueldo. Que el hospital se autofinancie es una forma de decir, porque siempre alguien paga. Lo importante es que el Gobierno defi-

na, a punto de partida de su enorme acción recaudadora, cuál es su política: si constructora: haciendo puentes, caminos, escuelas, hospitales, etc.; si atenderá su inexcusable responsabilidad acerca de la Seguridad Social, con atención para Salud, vivienda, previsión, etc., o si actuará con un sentido armónico, atendiendo todas las necesidades, previniendo acciones inmediatas y/ o mediatas, en pro del bienestar general, y para esta modalidad de proceder está comprometido nuestro esfuerzo.

Breve resumen de la entrevista mantenida con el señor Gobernador General Imaz

Comenzó el Gobernador recordando la causa que lo había llevado a intervenir Federación, aceptando de antemano que respecto al tema Incompatibilidad “el Gobierno había cometido errores”, pero que aun así, era mejor haber aplicado el artículo 41 con fallas, que haberlo dejado de aplicar. Referente a la Asamblea del 24 de marzo, sostuvo que sus derivaciones atentaban contra el principio de autoridad, aunque reconoció que “los médicos no tenían la culpa, pues habían actuado de acuerdo con sus normas, y que el error había sido del Interventor, por lo que tuvo que reemplazarlo”.

En respuesta, el Dr. Martínez afirmó que la Asamblea del 24-III había sido legal, y que en consecuencia, en la fecha se encontraba reunida la Asamblea para elegir autoridades, pero que en consideración a la audiencia con el señor Gobernador, había pasado a un cuarto intermedio hasta las 19 horas. A continuación, historió la trayectoria institucional de la Federación y su participación decisiva en aspectos fundamentales que hacen a la Salud de la población, concluyendo en que “nada justificaba la grave medida dispuesta por el P.E., por primera vez, en los 25 años de la institución”, y que esta situación irregular justificaba la tremenda preocupación de los médicos por recuperar su Federación cuanto antes, convencidos que la verdadera intención del P.E. era la anulación de la entidad.

El General Imaz refirió que se había encontrado con dos instituciones médicas –Colegio y Federación– las cuales, según sus asesores, se colisionaban en sus fines y objetivos, por lo que el Gobernador había pensado que “una de

las dos estaba de más”, y que era Federación la que estaba fuera de la ley, por no tener Personerías Jurídicas sus entidades primarias.

Estos argumentos fueron rebatidos por los Dres. Martínez y Poli, —quienes en adelante se combinaron o alternaron en la exposición—, dando fundadas razones que justificaban la existencia de las dos entidades al abarcar diferentes aspectos del quehacer profesional. Aceptó el Gobernador lo expuesto, manifestando que ya se había convencido de la necesidad de normalizar la Federación, y que para ello había que cumplimentar, previamente, la Personería Jurídica de las entidades primarias.

Al exponerle que dicha exigencia era injusta por cuanto no se encuadraba dentro de la disposición oficial, y que obligaba a pensar en una nueva actitud dilatoria dada la extrema lentitud del trámite exigido, se le propuso, en cambio, que el Gobierno fijara una fecha cierta de elecciones, en la seguridad de que todas las Entidades Primarias cumplirían con la obligación legal, como ya varias de ellas lo estaban haciendo.

Respondió el General Imaz que notaba que los médicos dudaban de su palabra, afirmando que él nunca había dicho una mentira y que reclamaba “confianza en el Poder Ejecutivo”. Se le hizo notar, entonces, que la confianza que los médicos podían tener en el P.E. era la misma que el P.E. demostraba tener con los médicos, y que por otra parte, era difícil olvidar que el 10 de enero se había concertado “un pacto” con el P.E. y que hasta el día de hoy, no se sabía por qué no se había cumplido.

Inquirió, luego, el señor Gobernador si la inquietud de los médicos tenía su origen en que la institución había sido mal administrada por los interventores, porque sus instrucciones habían sido que la entregaran mejor aún de lo que la habían recibido.

Respondieron los Dres. Martínez y Poli que la institución estaba seriamente deteriorada, no precisamente en el proceso administrativo que continuaba funcionando por “vis a tergo”, sino en su reorganización estructural con miras a su proyección futura, estimando que la etapa elaborativa puesta

en marcha por el Consejo Directivo estaba prácticamente detenida, y que llevaría varios meses, luego de recuperada la institución, el lograr un status que permitiera participar activamente en el plan sanitario de la provincia, permitiéndose vaticinar que el año 1968 ya estaba prácticamente perdido para esta tarea.

El General Imaz, al parecer impresionado por los claros y contundentes conceptos vertidos por ambos dirigentes médicos, expresó sin reservas su adhesión a los mismos, ratificando que “toda institución intervenida, es una institución paralizada”. Luego de acotar el Dr. Pittaluga que “el plan sanitario provincial se halla a la espera de la normalización de la Federación”, el señor Gobernador manifestó que este aspecto de la situación sí le preocupaba vivamente y que por ello, estaba dispuesto a normalizar definitivamente la entidad en un plazo máximo de 90 días, pero que no existía plazo mínimo, y que apenas se cumplimentaran ciertos requisitos que él consideraba imprescindibles, dispondría el llamado a elecciones.

Agregó que se conformaba con que el 50 % de las entidades primarias hubieran obtenido su Personería Jurídica, y sin hacer cuestión estricta de este porcentaje. Que daría orden para que se obviara toda demora de tipo burocrático. Y ante la insistencia de los delegados presentes, en pro de soslayar toda maniobra dilatoria, concedió, finalmente, dos cosas más: la más significativa, el nombramiento de un representante de los médicos para que actuara como gestor y veedor ante la Dirección de Personas Jurídicas, el cual tendría acceso directo al señor Gobernador para ponerlo al tanto de cualquier dificultad. La otra, que se conformaba con que la documentación pertinente fuera presentada en forma correcta, y que apenas tuviera conocimiento de tal situación, procedería a normalizar la Federación.

Se le manifestó, entonces, al titular del P.E. que la posición expresada sería llevada al seno de la Asamblea, que en esos momentos esperaba el resultado de la audiencia.

Antes de finalizar la entrevista, se solicitó al señor Gobernador si se podía tener conocimiento previo de la versión oficial de la misma, –lo que fue con-

cedido—, a fin de evitar situaciones incómodas, como las originadas a raíz de la audiencia con el Consejo Superior del Colegio, el día 29 de marzo.

Para terminar, el señor Gobernador volvió a reiterar su amplia disposición al diálogo, y expresó su complacencia en poder volver a conversar a la mayor brevedad.

Boletín Informativo N° 7. Septiembre de 1968 (92)

EDITORIAL - Un gremialismo para el próximo decenio

Se ha afirmado que un artista, cuando produce su obra, no puede presuntuosamente decir: ésta es mi obra; puesto que ella traduce, en alguna medida, el sentir, el pensar de una época, es la expresión objetivada de un medio cultural, que el artista interpreta.

Cada era, cada época, tienen correlativamente con su expresión cultural, una realidad socio-económica, aquélla se ha traducido en la historia del arte como clasicismo, romanticismo, surrealismo, etc., y en la historia socio-económica se expresó como esclavitud, feudalismo, burguesía, capitalismo, socialismo; imperialismo, etc.

La era actual está signada por la falta de un elemento determinativo que la caracterice como ente estanco, tal como lo tuvieron sus predecesoras, la era actual se define por la ausencia de elementos dominantes definidos. Dicho de otro modo, la dinámica de esta época es un elemento más ostensible, el sucederse vertiginoso de hechos que lleva al envejecimiento prematuro de cosas, de pensamientos. Lo que ayer fue considerado verdad incontrovertible, hoy puede, en la medida que se aportan conocimientos, ser una mentira flagrante; lo que ayer se desconocía hoy sirve al progreso, al bienestar de la humanidad.

El pensamiento ha de estar dispuesto al cambio, al cambio como sistema, y al cambio en el cambio como idea o más un solo preconcepto, un solo

prejuicio; llegar a los juicios por vía de razonamientos en que juegue la lógica aristotélica, o no... de hoy en más será aleatorio.

Instituciones deben haber en las que con ese sentido rector adecúen sus estructuras, sus modos de hacer, al pensamiento cambiante...

Desde el punto de vista médico, el gremialismo en nuestra ciudad sólo tuvo, hasta que se consolidó efectivamente la Agremiación Médica Platense, formas institucionalizadas aisladas, aunque orgánicas, en los establecimientos de salud, públicos o privados. Su labor fue fundamentalmente la defensa del trabajo médico a fin de lograr algún convenio que asegurara a los colegas mínimas condiciones de estabilidad frente al discrecionalismo del sector patronal o para obtener mecanismos justos de ingreso a los cargos, por medio de concursos, o para lograr mejores remuneraciones en el trabajo médico. No debe olvidarse que el mayor volumen de las prestaciones médicas de un establecimiento asistencial, en relación a otro, se obtenía mediante la competencia de precios que, naturalmente, se realizaba a costa del médico...

Se afirma luego, alrededor del año 1957... la acción de la Agremiación Médica Platense y justamente su primera gran experiencia tiene origen en un conflicto que se suscita entre los médicos y el consejo directivo de un establecimiento sanitario local. Pudieron, en esa ocasión, existir errores de conducción, fruto de la inexperiencia, pero se logró el primer gran triunfo gremial, porque, por sobre todas las cosas hubo Unidad Médica, que fue magníficamente enfatizada por los conductores de entonces.

Producto de una madurez gremial creciente se celebran luego los primeros convenios colectivos de trabajo, con aranceles mínimos, con facturación y cobro a través de la entidad gremial y con Libre Elección del Médico.

Desde entonces se jalonan una serie de hechos que significan progreso constante de las condiciones de labor profesional: aumenta el número de convenios, se perfeccionan las normas de trabajo médico. La mejor medicina posible va llegando progresivamente a nuevos y mayores sectores de la población. Las Obras Sociales y Mutuales que pretenden, obstinadamente, mantener sis-

temas perimidos de trabajo médico, son muy pocas... casi no quedan. Lo que queda es un pequeño grupo de equivocados, tal vez resentidos, que pretenden volver atrás el curso de la historia, y un grupo de funcionarios, de niveles intermedios, que se alían con ellos pretendiendo someter a los médicos a trasnochadas planificaciones. Pero atrás nada vuelve, y menos el tiempo; están, en consecuencia, superados para siempre.

En el proceso de avance se hace imprescindible exteriorizar reiteradamente la Unidad Médica como expresión de nuestra fuerza. A cada cerrada oposición, a cada ataque alevé, ¡la fuerza de la Unidad Médica se opone y triunfa!... y allí andan, erráticos, los doloridos, los deseosos de revancha contra los triunfos médicos. Se procuran nuevas armas, utilizan distintos sectores para atacar, intentan destruir nuestras conquistas, pero caen, y caerán tantas veces como insistan porque frente ellos está la Razón y la mayor cuota de verdad.

Pero el tiempo marcha, y si las Obras Sociales y Mutuales, o los referidos sectores no pueden frenar o invertir el avance, tampoco los médicos podemos hacerlo; los convenios, las normas de trabajo deben perfeccionarse. Se han formulado desde distintos niveles variadas críticas al actual sistema de prestaciones, en razón, se dice, de permitir actos deshonestos, o fraudes en las facturaciones, de hacer posible que, por falta de controles y por el incentivo de una remuneración asegurada, profesionales aún inhábiles o faltos de pericia realicen prestaciones que pueden implicar riesgo para la vida del paciente... y lo cierto es que todos sabemos de algo así... También se critica la falta de documentación de lo producido médicamente... y también es cierto... Se asevera además que el nivel socio-económico de la población en general es tal que, aun amparados por Obras Sociales, a muchos se les hace difícil solventar, en la medida a su cargo, las prestaciones de una buena medicina, y ello también es verdad...

Otras cosas podrían agregarse, pero lo fundamental está dicho; y para tales cuestiones los médicos debemos dar interpretaciones y soluciones. En los aspectos del trabajo individual no hay duda que se impone un ordenamiento, y el mismo deberemos imponerlo nosotros mismos. Hay obligación de documentar el trabajo profesional: con historia clínica única, progra-

mada y elaborada por los propios médicos; ello es de primera prioridad y la Agremiación se ha dado ya a esa tarea, efectuando consultas a las distintas sociedades científicas, existe ya un anteproyecto para que en su momento, una vez iniciada su vigencia, sea obligatoriamente cumplimentado por todos los médicos que actúen en relación con Obras Sociales y Mutuales. Quede en claro que la historia clínica única que se ha de imponer es la que quieren los médicos.

Los fraudes en la facturación son, para nuestra satisfacción, escasísimos. Una evaluación del trabajo médico, realizada con medios de computación electrónicas por una Obra Social señaló un índice mínimo de incorrecciones, las cuales, en su mayor parte, pueden atribuirse a errores en el manejo administrativo de comprobantes, desprovistos de intenciones dolosas. De cualquier modo se hace imperioso que nuestras instituciones arbitren nuevas formas de procesamiento y control de las facturas, por medios electrónicos, para obviar dichos problemas y, a la vez, extraer el mayor caudal de información posible que permita oponer fundadas razones a cualquier observación o planteo de la contraparte.

En lo que hace al resguardo de la seguridad que los pacientes merecen, ello será factible a partir de la historia clínica única que, permitiendo la realización de una auténtica auditoría médica, hará posible eliminar a algún arriesgado irresponsable. Además, y en el futuro, a la responsabilidad del médico tratante deberá hacerse solidaria la responsabilidad del establecimiento sanatorial y hospitalario en el que dicho médico desarrolle su actividad. Será para ello necesario que tales instituciones cuenten, en las especialidades que sean capaces de atender, con jefes de servicio que supervisen el trabajo médico, impidiendo actos de irresponsabilidad profesional.

Se vierten al presente opiniones que piden, no ya la libre elección del médico, sino la del equipo, pero esto no ha de ser posible, ya que tales equipos tienen, necesariamente un jefe, que, naturalmente, distribuye la tarea, conformándose de tal forma un esquema que fácilmente puede implicar, en definitiva, un retorno a la explotación del médico por el médico; en esto no podemos ni daremos un paso atrás.

En consecuencia, y desde el punto de vista de nuestra actividad individual, a través del próximo decenio, los médicos estaremos obligados, por supuesto, a mantener nuestras conquistas y principios: Libre Elección, Arancel mínimo, convenio a través de la entidad gremial, pero deberemos a la vez afianzarlas, valorizando nuestra actividad con un mejor nivel profesional, mediante historia clínica única, auditoría, análisis estadístico y evaluación, por medios modernos, de la tarea médica, supervisión del trabajo que se desarrolla en establecimientos asistenciales privados, instauración en éstos de una carrera médica.

Desde el punto de vista institucional las Entidades Gremiales han de perfeccionar su quehacer. La fuerza, como medio para lograr un objetivo, sólo deberá utilizarse cuando no exista la posibilidad de diálogo. La razón deberá ser la gran fuerza del gremio. La fuerza como medio habrá de ser la expresión de excepción de un gremialismo cerril, que fenece...

Será imprescindible para ello estar correctamente informados Centro de Documentación e Información formarán, obligadamente, parte de la estructura de nuestras entidades, a través de sus catálogos los directivos tomarán el mejor y más amplio conocimiento de los hechos y estarán en condiciones de afrontar, con ventaja, las más serias lides de pensamientos o programas. Estarán en condiciones de enfrentar, con las mayores posibilidades de éxito, a aquellos sectores que, por espurios intereses, por mantener posiciones en los escalafones públicos, pretenden “construir”... o destruir sobre la permanente base del sojuzgamiento médico...

Será imprescindible que los dirigentes estén versados en todos los aspectos de la administración de la Salud Pública, de la Administración Hospitalaria, de la Administración de la Empresa Médica, que no en otra cosa devendrán las instituciones gremiales en el futuro.

Será imprescindible que haya una escuela para tales dirigentes: en el futuro no podrá ser dirigente médico el que emocionalmente agrade, sino el que conceptualmente esté más provisto, el que más sepa del quehacer que deberá desarrollar.

Será imprescindible imbuirse de la idea de que los médicos estamos inmersos en un medio social al que nos debemos, y al que debemos servir, pero también será imprescindible hacer notar a ese medio social que no podrá prevalerse abusivamente de la sensibilidad médica para lograr, a su costa, la elevación del nivel de salud.

Será imprescindible obtener tal jerarquía en nuestro quehacer gremial que debamos, por propia gravitación, estar presentes en todo proceso de la Salud Pública; hay que demostrar que sin los médicos nada podrá hacerse, porque además deberemos estar en la previsión anticipada de toda planificación: o conducimos o seremos conducidos, y en esto no cabe la opción...

Serán imprescindibles... tantas cosas más, que sería agobiante enunciarlas. Pero lo que no puede omitirse es que por sobre todas estas cosas, será obligado hacer que el médico, pieza fundamental en el engranaje salud, no pierda jamás su humana condición ni su necesaria individualidad. El médico, ese profesional tan en boca de todo el pueblo, debe seguir siendo ese ser ante quien se eleva la vista en actitud de fe, un poco como ante Dios; a quien se tiene al lado como amigo, quien dispensa su prestación con la humildad del más modesto servidor... El médico deberá seguir siendo ese profesional, tan lleno de romántico contenido en sus idealizaciones, tan repleto de sapiencia en su actividad científica, tan preñado de humanismo en su formación, que la Sociedad haga de él su custodio, uno de los factores y actores de su seguridad.

Pero para todo ello será importante que el médico tome conciencia de lo que su profesión plantea como problemas en su ejercicio, y que la Sociedad no lo desdibuje, no lo despersonalice en sus exigencias; si así lo hiciera transitará el pueblo argentino los mismos caminos de error que hoy recorren Inglaterra, España, y todos los países que no supieron cuidar su nivel profesional.

Solamente levantando la vista, podremos mirar al horizonte...

Conflicto con obras sociales nacionales

A raíz del conflicto por todos conocido la A.M.P. fijó su posición en solicitada publicada en los diarios “El Día” y “La Nación” el 13-VI-68.

SOLICITADA

A los afiliados de las Obras Sociales y Mutuales Nacionales La circunstancia de que en estos últimos días la Agrupación Médica Platense haya debido aparecer con solicitadas, referidas a la suspensión de servicios por cuenta de las Obras Sociales y Mutuales, nucleadas en un Consejo creado por la Ley 17.230, obliga a la institución a exponer los motivos de su conducta, expresiva del grado de sensibilidad social que anima sus actos.

Se hace necesario para ello que los beneficiarios de las Obras Sociales y Mutuales conozcan la génesis del problema: hay que remontarse a principios del año 1966. En tal época, y luego de un diferendo suscitado por la determinación por parte de Entidades Médicas de aranceles que, pese a haber sido incrementados por debajo de índices reales de aumento del costo de vida, fueran rechazados por numerosas Obras Sociales, se arribó en definitiva con éstas a un acuerdo a partir de la aceptación de dichos aranceles, a razón de m\$. 450 la Unidad de Trabajo Médico y, fundamentalmente sobre la base de una cláusula que preveía que, en sucesivo, su valor variaría de acuerdo con el incremento del costo de vida, y en relación a los índices que, al respecto, suministrara la Dirección Nacional de Estadística y Censos. Dicha cláusula demuestra su valor en ocasión de la renovación de convenio para el año 1967, oportunidad en la cual, evita enfrentamientos innecesarios, brindando bases ciertas para la determinación de los nuevos aranceles, que se convinieron a razón de m\$. 600. Se llega así a fines del año 1967. Para mediados de noviembre de dicho año, el incremento del costo de vida —a partir del mes de enero de 1967— llegaba al 33,5 %. No estaba contemplado el aumento producido en diciembre de 1967, con el cual dicho índice superaba, con largura, el 40 %. Es decir que, de acuerdo con las cláusulas anteriormente suscriptas, sin ninguna forma de presión, el valor de la unidad de trabajo médico, para 1968, debía determinarse en m\$. 840.

Pero los médicos, dotados de sensibilidad social, consideraron que, frente a la situación de sacrificio que se ha impuesto al país, se hacía necesario contemplar tal circunstancia, y resolvieron, dejando de lado sus justas y convenientes reivindicaciones, valorar su trabajo para Obras Sociales y Mutuales en m\$. 750 la unidad de trabajo médico. Existen además otros elementos de juicio que demuestran la buena voluntad con que actuaron y actúan, en esta ocasión. En enero de 1968 se produce, desgraciadamente, una falta de comunicación con el gobierno provincial, que culmina con la intervención de la Federación Médica. Sin la entidad madre en sus manos, los médicos se nuclean en torno a un Consejo Coordinador de Circunscripciones, organismo que resuelve, en atención al momento crítico que se vive, en llevar el valor de la unidad de trabajo médico a \$ 720. m/n., reduciendo; en definitiva, en alrededor de un 15 %, los valores que, de acuerdo al costo de vida —y a lo convenido— debían aplicarse en 1968. Sobre tales bases se han firmado convenios con las siguientes Obras Sociales y Mutuales: IOMA, IMMA, IOSE, Naval, DASA, SEGBA, Luz y Fuerza, Banco Provincia, Gastronómicos, Consejo Nacional de Educación, Círculo de Periodistas, Agua y Energía, ELMA, IP AKO, UOMA, Espectáculos Públicos, Personal Concesionarios Ford, M.O.A., Obras Públicas, Operadores Cinematográficos, Vitivinicultura, Fabricaciones Militares, Industria Lechera y Viajantes de Comercio. Hay algo aún que no se ha dicho: que después de haber determinado los valores del trabajo profesional, la nafta ha incrementado su precio en un 60%, siendo, como es, un elemento de considerable incidencia en el costo del trabajo médico; que a los médicos se les dice siempre que su profesión es un sacerdocio social —así lo han entendido constantemente— pero no parece haberlo hecho el mismo sector que hoy los enfrenta; los médicos por ejercer un sacerdocio, pagan más el servicio telefónico; pagan réditos sujetos a estrictos controles, pagan el cambio de dólar igual que aquel que importa objetos suntuarios, aunque esos dólares estén destinados a adquirir material de trabajo o bibliografía especializada, para mejorar las posibilidades técnicas y de equipo del médico, en beneficio exclusivo del paciente; pagan el automóvil, elemento indispensable de trabajo, un precio —duplicado por impuestos— sobre el que no se realiza ningún trato preferencial; pagan por último por su “Actividad Sacerdotal” (que no es otra que trabajo profesional personal y directo) el impuesto a las actividades lucrativas. ¿Por qué, pues, no renuevan

sus convenios las Obras Sociales y Mutuales llamadas nacionales, nucleadas, por Ley 17.230 en el Consejo Nacional de Obras Sociales? No firman porque se está usando de las mismas para realizar un manejo interesado, ajeno a sus propios intereses, por parte de sectores intermedios, y en pro de objetivos de grupo, a los cuales parece orientar el señor Sub Secretario de Salud Pública de la Nación doctor Mondet. Pareciera que esos grupos estuvieran necesitados de hacer “algo”, algo así como la gran “empresa nacional de salud” donde puedan contabilizarse cuantiosos ingresos y menguados egresos, algo así como la estatización de la medicina, sin que para ello importe poco o mucho el tipo de atención que habrían de recibir los actuales beneficiarios de las obras sociales y mutuales sin que tampoco importe pauperizar, más allá de los mínimos valores éticos, a la profesión médica. Para estos ideólogos de la planificación, que de esto nada hacen, la incomprensión de problemas, de suyo complejos, les hace optar por la solución fácil; la uniformidad; entonces, como no saben, o no quieren aprehender todas las gamas polifacéticas de la realidad económica y social de la República Argentina, a todo lo largo y ancho de su inmenso territorio –realmente continental– pretenden la validez de la premisa opuesta, que lleva a querer embretar en una Única solución a todas las distintas modalidades propias del problema salud, afirmando una sinrazón que vemos en abierta contradicción con claras afirmaciones del P.E. nacional, cuando, por boca del señor Presidente, postula las integraciones regionales. En cambio resulta clara la posición de las Obras Sociales de las Fuerzas Armadas que, al parecer, no comparten el criterio desarrollado por la Sub Secretaría de Salud Pública, y con preciso conocimiento del valor salud y del sistema que les ha estado brindando la mejor medicina posible, han obtenido su exclusión, mediante Ley número 17. 628, del “Pool” de Obras Sociales, suscribiendo los respectivos convenios con la Federación Médica. Por último se desea afirmar que los médicos no son empleados de las obras sociales y mutuales, ni están en relación de dependencia con respecto a las mismas. Lo que los médicos hacen es brindarles su trabajo por aranceles determinados teniendo en cuenta los sectores sociales que mayoritariamente agrupan, aranceles que están por debajo de los que habitualmente perciben por la atención de la clientela privada, y que se fijan, precisamente, para posibilitar el acceso de todos los pacientes a la mejor medicina posible, a la medicina que hoy, de no ser, así, pocos podrían solventar.

Crean los médicos que sólo la falta de ductilidad de quienes conducen, y el sometimiento de quienes son conducidos impiden, hoy que se suscriban las renovaciones de convenio. A uno y otro sector se llama a la reflexión. A su vez, reafirman los médicos su posición, y reiteran que quienes deseen acoger a los beneficios a que la sensibilidad médica da lugar, siempre serán bien recibidos.

Boletín Informativo N° 8. Febrero de 1969 (93)

EDITORIAL - ¿En beneficio de quién?

Los problemas que a diario se exteriorizan en el quehacer de una sociedad, de un pueblo, son siempre la expresión de algo que cambia: o cambian las relaciones entre los términos que componen el ente social, o cambian los propios términos del ente social, o cambian ambos a la vez. Lo cierto es que toda sociedad en que se produzcan mutaciones, se encuentra dinamizada, en movimiento...

¿Es esto positivo? Apriorísticamente podría decirse que sí... pero a poco que se profundice en el pensamiento, lo contrario podría también ser válido. La energía nuclear, liberada en forma explosiva, es destructora; liberada controladamente, sirve al progreso tecnológico y científico.

Analógicamente, dinamizar una sociedad puede ser constructivo, o no... según que ella encuentre en sus guías, líderes, dirigentes, gobernantes, la expresión clara de su sentir, de sus necesidades, de todo aquello que la lleve a cumplir su designio histórico, que la lleve a realizarse en plenitud; o, por el contrario, cuando esos supuestos no se dan, la frustración como sentimiento, y la desesperación como resultado, son la expresión de una brecha que se ensancha entre aspiraciones que se alejan y la realidad que seudoguías, seudodirigentes, seudolíderes, seudogobernantes le crean. En tal caso los grupos conductivos carecen de autoridad, aunque ejerzan mando... y si éste no pasa a sus legítimos titulares, la eclosión de la sociedad, en busca de sus auténticos conductores, puede llegar a ser violenta... Recorriendo la historia se encuentran ejemplos tras ejemplos en tal sentido... y es muy inteligente utilizar la experiencia ajena.

¿Es esto que se dice cierto? Debe analizarse, y si lo es, debe ser válido tanto como expresión total, cuanto como expresión parcial; a la comunidad cabe el gran juzgamiento; a nosotros, los médicos, a través de la entidad que defiende estrictamente sus intereses, les cabe la consideración de hechos que les son atingentes.

No es hecho nuevo que los profesionales del país se vean en la alternativa de tener que velar y realizar acciones en defensa de su legítimo patrimonio, de entrar en la consideración de hechos, no de programas que dinamizadores del sector profesional, entronizados en diversas esferas, lanzan a la circulación, de acuerdo con sus pareceres... o deban soportar cargas acerca del ejercicio profesional en su respectiva rama: o presiones que se ejercen en el terreno ideológico, que en tanto no perturbe al ente social, son de su sagrado e inviolable patrimonio espiritual; o interferencias en su desarrollo económico, con hasta persecuciones, a veces indignantes y lesivas para la humana condición, cuando de acciones impositivas se trata.

Y estos dinamizadores del sector profesional en general, ¿actúan en el terreno de lo que es médico? Rotundamente, ¡SI!

Véase cómo:

En el ámbito de la provincia de Buenos Aires los médicos han institucionalizado su quehacer en torno a:

Federación Médica
Colegio de Médicos
Caja de Previsión y Seguro Médico

¿Cuál es el ámbito de acción de cada uno de esos organismos?

Federación Médica es la encargada de defender gremialmente los intereses profesionales, al par que es quien ejecuta convenios colectivos de trabajo, mediante los cuales, con verdadera sensibilidad social, se posibilita, a los sectores semi desprotegidos de la sociedad, el acceso a la mejor medicina.

Para ello los médicos se avienen a cobrar un arancel mínimo, realizan y se someten a una tarea burocrática más agobiante que el propio ejercicio profesional y perciben sus haberes con descuentos que llegan hasta alrededor de un 30%, luego de haber transcurrido, a veces, hasta un año de la fecha en que se brindó la prestación.

Colegio de Médicos es la institución de ley regula el ejercicio de la matrícula, controla el ejercicio ético de la profesión, fija el valor ético mínimo del trabajo profesional, es asesor natural, desde el punto de vista legal, del Gobierno, que ha delegado en el Colegio parte de su potestad. En todas estas acciones ha demostrado tal mesura que jamás colisionó, aunque haya discrepado; y el valor del trabajo médico, como ético, siempre ha estado condicionado por un solidario análisis de los ingresos mínimos de la población y siempre, también, por debajo del real incremento del costo de vida.

La Caja de Previsión y Seguro Médico es la institución que vela por la seguridad social del médico y su familia. Es un ejemplo en materia previsional: brinda a sus beneficiarios la seguridad de que, en caso de enfermedad o muerte, su núcleo familiar ha de quedar realmente protegido; asegura a los médicos recién recibidos la posibilidad de adquirir los medios para ejercer su profesión: consultorio, instrumental, etc.; la casa habitación para su hogar, el vehículo para trasladarse; posibilita, asimismo, a grupos de profesionales la adquisición o construcción de clínicas. Todo con verdadero sentido social, para la clase a la que se debe y para la población toda, usufructuaria directa del quehacer médico, facilitado de este modo.

Bien, los dinamizadores a los que se hace alusión, que no son una entelequia, sino que tienen nombre y apellido: Dr. Alberto Mondet y Sr. Alfredo M. Cousido, encuentran que deben desarrollar una tarea y, en consecuencia, producen hechos que nada tienen de lógico sino que son el producto de absurdas concepciones. Véase cómo.

El Dr. A. Mondet, ideólogo extranjerizante para la realidad argentina, quiere hacer algo en materia de salud, lo que es laudatorio. Pero cuando se decide a ello, encuentra que la realidad que se le ofrece es tan heterogénea que no en-

cuentra bajo camino que reducirlo todo a un común denominador: su mente, no el país, es uniforme y, en consecuencia todo debe ser uniforme: el sueño dorado de un planificador simplificante. De nada vale que nuestro país ofrezca en su realidad geográfica tremendos cambios en cuanto a aspectos sociales, ecológicos o económicos. Nada vale tampoco para él la reiterada expresión presidencial del general Onganía, en el sentido que el país debe regionalizarse para mejor desarrollar...

Es que la idea está en hacer algo, algo que no sea complicado, algo que reditúe méritos a corto plazo. ¿Y qué se opone a ello? El sinsentido de su programación y la férrea decisión de los médicos de la provincia de Buenos Aires que exigen el respeto por su status profesional, por un digno ejercicio de la profesión como única forma de asegurar buena medicina para la población o la que vuelcan sus esfuerzos.

Se pretende reiteradamente desde ese sector nacional hacer aparecer el problema como un asunto económico, donde una diferencia de \$30 en el honorario médico origina el entredicho.

FALSO, por cuanto:

Del valor de la medicina, como hecho global, el trabajo médico representa sólo el 25 %. El 75 % restante, corresponde a Medicamentos, gastos sanatoriales, etc. Los \$ 30 en controversia sobre los \$ 720 que se cobran son alrededor del 4 % del honorario médico exclusivo y sólo apenas un 1% sobre el valor total de la medicina. Es decir, que desde el punto de vista médico estricto nada representan.

No siendo ése el interés, hay, en consecuencia, otro objetivo: la obtención de las leyes nacionales 17.230, 17.628 y 17.850, por parte de ese sector nacional, apunta directamente a: 1°) regular uniformemente la tarea profesional; 2°) a destruir el federalismo en materia de salud; 3°) a pulverizar instituciones médicas: Colegio a través de su ley, y desjerarquizar la tarea de Federación: el desiderátum: destruir oposiciones, aunque sean justas, y tener el comando unificado de todo el laborio médico en el país... ¿En beneficio de quién? ¿Del

país? ¿De la salud? ¿O de quien pretende tal objetivo, con mentalidad corporativa, aun a expensas del país y de la salud?

Y para ello se habrá destruido un sistema, sin posibilidad de viabilizar otro.

¿Y el señor Cousido?...

Este funcionario pretende, con criterio rígido e inconulto que hace recordar las peores épocas superadas, unificar cajas y aportes.

¿Cuál es su objeto? ¿Aliviar al Estado en materia previsional? Rotundamente, ¡NO! ¿Mejorar las condiciones de los aportantes? ¡NO! Todo lo contrario: será desmejorarlos hasta llevarlos a situaciones angustiantes. Y esto, ¿por qué? ¿Por qué malsanamente se confortan con el mal ajeno? Esto es desechable de plano. ¿O por qué siendo tan bueno el régimen previsional médico, ajeno a contribuciones estatales, es un “mal” ejemplo para el resto de una población que deambula años en procura de misérrimos beneficios? O ¿por qué, y definitivamente, cajas como la de Médicos son, en su eficiencia, reveladoras de su propia ineptitud para conducir el problema?

De cualquier modo aquí también se ve con claridad el criterio centralizante y avasallador de autonomías de un funcionario que antepone su criterio al presidencial, y aun a la filosofía expresa de la Revolución Argentina.

En ambos casos y de consuno, se asiste a tendencias corporativistas que repugnan al sentimiento argentino, y que, reiteradamente, han sido desechadas por las más altas dignidades del país.

Y a estos señores les caben los conceptos primeros, los que encabezan este escrito. Estos señores dinamizan la sociedad, pero sin interpretarla, sin siquiera entender el sentir argentino, que no es su sentir. Porque hacer hay que hacer, pero no lo que se quiera individualmente, sino aquello que sea factible con el hombre argentino, y no para el hombre argentino. Éste ha sido y será custodio de su acervo moral, cultural, institucional, a través de su orgulloso

sentir patriótico, que hace que sólo acepte como líderes a aquellos que se constancian con su pesar, y que tenga como legítimos gobernantes a aquellos en que la razón sea el fundamento de su autoridad. En caso contrario, los grupos conductores carecerán de ella, aunque ejerzan mando... Y el país no puede soportar otra frustración.

LEY 17.850

El Gobierno Nacional dictó recientemente la Ley N° 17.850 con alcance de orden público y apoyándose en el Estatuto de la Revolución

Sintetizando los alcances de la Ley 17.850, nos encontramos que la misma establece: 1) El congelamiento de las tarifas, aranceles, honorarios médicos, al valor que regía en diciembre de 1967 con un incremento de hasta un 15 %; 2) que la congelación es válida para los sistemas de Obras Sociales, Mutuales Estatales y para estatales, servicios sindicales y mutualidades nacionales, provinciales y municipales; 3) que tiene vigencia en todo el país; y 4) que a partir del 19 de enero de 1969, existirá un sistema, que entre otras cosas, contempla el régimen de arbitraje obligatorio, la uniformidad del valor de las prestaciones médicas, con diferencias zonales, realizándose una revisión del actual sistema de prestaciones de Obras Sociales y Mutuales.

Como se ve esta ley pareciera no tomar en cuenta que los médicos no son asalariados de las Obras Sociales; con ella desaparece la libre contratación con respeto de principios éticos-gremiales y lo que es más grave aún vulnera la Ley 5413/58, que determina la facultad de los Colegios Médicos para fijar el arancel mínimo ético para el trabajo profesional.

DECLARACIÓN DE LA ASAMBLEA DE TANDIL

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, el día domingo 18 de agosto se realizó en la ciudad de Tandil una asamblea de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. En consideración al problema emergente de la Ley 17.850, se trató en primer término el tercer punto de la orden del día

establecido, y luego de un amplio cambio de opiniones se aprobó por unanimidad la siguiente declaración:

Ante el deterioro de la atención médica de la población, como consecuencia de una desacertada política sanitaria oficial, y agravada ahora por la promulgación de nuevos instrumentos legales, que pretenden modificar el sistema de prestación de servicios a los afiliados de Obras Sociales y Mutualidades (Ley 17.850), se resuelve:

1° Orientar, a nivel de la Confederación Médica Argentina, una acción mancomunada y solidaria con las demás entidades provinciales con el fin de obtener un frente unido en todo el país, tendiente a lograr el pleno vigor de los principios que sustentan toda la acción médico gremial, la defensa de nuestras instituciones básicas y las leyes que las rigen.

2° Plantear en ese sentido, en el Consejo Federal del día 24:

- a) Defensa sin hesitación de las facultades de las entidades médicas para determinar aranceles mínimos éticos.
- b) Cumplimiento estricto de los convenios firmados rescindiendo los que no sean respetados.
- c) Rechazo de cualquier intento unilateral de modificación de las normas de trabajo que reglamentan la prestación de los servicios.

La Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires apoyará las medidas que, en consecuencia de lo que precede, resuelva el Consejo Federal del día 24.

3° Sostener en el ámbito de nuestra Federación:

- a) La vigencia plena de la Ley 5413/ 58, para lo cual el gremio médico compromete su decidido esfuerzo.
- b) Que se provea la solicitud al gobierno de la provincia de Buenos Aires en el sentido que concrete las acciones tendientes a la defensa de las normas federales constitucionales, seriamente afectadas por la Ley 17.850.

c) El respeto de los convenios firmados a nivel provincial o local, prestándose los servicios por sistema de reintegro en caso de que se pretenda desconocer lo pactado.

Cumpliendo lo dispuesto por la asamblea extraordinaria realizada en Tandil, la Federación Médica concurrió al Congreso Federal de la Confederación Médica Argentina del 24 de agosto último, con mandato en el que manifestaba su terminante oposición a la Ley 17.850, porque “Desconoce la facultad de los Colegios y Consejos de Médicos para establecer aranceles profesionales mínimos, con la alta finalidad de asegurar la dignidad de los médicos en la prestación de sus servicios, sin desmedro de los intereses sociales comprometidos”. Al propio tiempo, proponía expresar su total desacuerdo con el espíritu y la letra de la citada ley; procurar a nivel ministerial y presidencial el diálogo constructivo; no innovar con las situaciones en vigor y designar una comisión especial que se hiciera cargo de la conducción del problema.

El mandato de Buenos Aires fue aprobado y constituyó la base del memorial que se elevó al Ministro de Bienestar Social Ing. Conrado Bauer; pero la delegación se abstuvo de integrar la comisión especial, dado que se aprobó una moción que llevaba en el espíritu de negociación la posibilidad de fijar el galeno nacional en \$ 690 lo que representaba un gran avance para muchas provincias del interior pero iba en detrimento de la potestad de nuestros Colegios Médicos.

El 27 de agosto último se realizó la entrevista con el Ing. Conrada Bauer, con la presencia del Dr. Mondet, y no se obtuvo contestación positiva respecto al planteamiento principista y aún al de la unificación del galeno en el orden nacional. Posteriormente se envió otro memorándum al señor ministro, solicitando se equipararan los aranceles al de la provincia de Buenos Aires y comunicando la preocupación del gremio ante la situación y anunciando la reunión del 14 de setiembre del Confederal con el fin de adoptar una definitiva posición.

Mientras tanto en la provincia no tenían noticias de la aplicación de la ley; en el Ministerio de Bienestar Social reiteradamente se contestó a la Federación el no conocimiento oficial de la ley.

La Obra Social Naval comunicó “que a partir del día 9 de agosto del corriente año, las facturaciones remitidas a esa Obra Social sean encuadradas dentro de las disposiciones de la Ley 17.850/68”. Ante ello, el mismo día de recibida la nota, 9 de setiembre, la Federación envió un telegrama rescindiendo el convenio a partir del 10 de octubre próximo, según normas contractuales, al propio tiempo que se dispuso la publicación de solicitadas dirigidas a las entidades primarias y a los médicos, haciendo saber esa decisión.

La Federación mantuvo posteriormente una conversación con el Director de Sanidad Naval, quien manifestó su deseo de arreglo, contestando nuestra entidad madre que no estábamos dispuestos a percibir por nuestro trabajo menos de lo fijado por los Colegios de Distrito. En principio tienen a consideración la posibilidad de cumplir con el convenio, dentro de las limitaciones que a ellos les impone la Ley 17.850.

El día 18 de setiembre se recibió una comunicación del I.O.S.E. en igual sentido que la Obra Social Naval; en consecuencia, la Federación envió la rescisión del convenio dentro de los términos contractuales y se establece una comunicación personal a los efectos de encarar la posible solución del problema, sobre la base del respeto del arancel mínimo de los Colegios.

El sábado 14 se reunió el Confederal nuevamente; en primer lugar en sesión ordinaria, donde se procedió a la elección de autoridades, recayendo la presidencia en el Dr. Carlos P. Stelzer, de Santa Fe. La provincia de Buenos Aires y Capital Federal se abstuvieron de integrar el Consejo Directivo por razones conceptuales, que serán aclaradas en nota múltiple especial.

Continuó posteriormente el Confederal extraordinario y se consideró la actitud a tomar con respecto a la Ley 17.850.

La provincia de Buenos Aires presentó su moción, al final aprobada, que sustancialmente expresa “rechazar toda intermediación en el binomio paciente-médico y/o sus organizaciones; ratificar la defensa de los Colegios; ratificar el derecho de fijar aranceles; proclamar el fracaso de la Ley 17.230 y la Comisión Nacional de Obras Sociales; ratificar la necesidad de un arancel mínimo na-

cional para convenio con obras sociales y mutuales (que fue fijado en \$ 720). A esa moción se agregó pasar a cuarto intermedio, realizar gestiones tendientes a conseguir la vigencia de esos principios y, de no lograrlo, anunciar la posibilidad de rescindir los contratos en el orden nacional.

Resumen del estado actual de los planteles médicos en los hospitales de la plata, de acuerdo a la encuesta realizada por la Agremiación Médica Platense

Hospital de Niños

Cargos congelados o suprimidos	31
Supresión de cargos por Resolución 2580 del 16-VIII-68	19
Decreto de Racionalización	6

Instituto General San Martín

Cesaron en sus funciones por Decreto 14.496	18 médicos
Suprimidos por Resolución Ministerial 2580 del 16-VIII-68	50 cargos

Hospital Gutiérrez

Cargos suprimidos o congelados	9
Jubilados de oficio	3 médicos

Hospital Melchor Romero

Cargos médicos, congelados	19
Profesionales declarados prescindibles	3

Hospital San Juan de Dios

Cargos médicos congelados o suprimidos	6
Médicos a los que se jubila de oficio	7

Boletín Informativo N° 9. Julio de 1969 (94)

EDITORIAL - Frente a la renovación de autoridades de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires

En momentos que resultan cruciales para los médicos, en su ejercicio profesional, en su modalidad de trabajo, en la factibilidad de poder seguir elaborando con dignidad, en este momento precisamente, ha de producirse la

renovación de autoridades de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, y este hecho, que de suyo no debiera tener otra importancia que la reafirmación de sus actuales autoridades, o su cambio simple por otras, ya que la línea conductiva debiera ser la que los médicos, a través de sus entidades primarias, impusieran, adquiere en estas circunstancias una relevancia, una importancia tal, que obliga al par que a una serena reflexión, a un profundo análisis de la situación actual.

Del análisis que se propone depende, en buena medida, el porvenir médico: un futuro de grandeza, o la minimización de su acervo cultural y un achicamiento de su actividad en el concierto del quehacer social...

La historia reciente de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires está demasiado fresca en la mente de todos como para que se repita, pero se hace imprescindible señalar algunos hechos.

Cuando la Federación Médica fue intervenida se produjo en el concierto de lo médico una vibrante respuesta al poder avasallador, que determinó que éste debiera retirarse de la Institución mal intervenida, y los médicos celebramos la recuperación de la Federación, como el triunfo de la Unidad que ha sido y será el fundamento de nuestras mejores conquistas. Como el triunfo de un espíritu de Justicia sobre la arbitrariedad. Como el triunfo de la razón sobre la fuerza. En fin, como el triunfo de la Verdad.

En esa, como en toda lucha, quedaron jirones del vencido, y también del vencedor, y debimos consentir en que un grupo de dirigentes médicos dejaran su laborío, en condición de tales, por un tiempo.

Y también, como en toda lucha –que es el momento en que se tensan al máximo las estructuras– quedaron en descubierto nuestras fallas estructurales, muchas de las cuales sirvieron a la contraparte oficial para justificar su acción intervencionista, y, a fuerza de verdad, no pudieron, ni pueden hoy, ser controvertidas. Pero también debe convenirse en que esas mismas fallas ya habían sido advertidas por lo médicos. Nuestra Agremiación, en su actual conducción la había señalado ya. Véanse las actas

referidas a asambleas de Federación de tres años a esta parte y se podrá verificar esta posición.

La Federación Médica, de nuevo en manos de los médicos; debía tener su conducción: y se aceptó que la conducción quedara en manos de un grupo de profesionales que, aunque no mostraran en su quehacer un currículum brillante de laborío gremial, en cambio podían ostentar una adhesión no desmentida a los principios que el gremialismo médico expone; por otra parte se aceptó que su tarea debía estar orientada fundamentalmente a sostener lo existente para entonces, y a reordenar la Federación, y a reestructurarla para superar sus fallas orgánicas, ya por todos aceptadas. No era por cierto mucho, ni tampoco poco, teniendo en cuenta las limitaciones de un Consejo así constituido y así aceptado públicamente por sus propios componentes.

¿Qué sucedió? Primero que el Presidente elegido jamás apareció: que fue una entelequia inasible. Rudo golpe de inicio. La Vicepresidencia, que ni soñó llegar a desempeñar el cargo, debió asumir la conducción de la Federación, para lo que puso su empeño, aunque —según sus propias manifestaciones— no estaba preparada para ello.

Y la Federación, como Institución, se vio conducida por un grupo heterogéneo, muchos de cuyos integrantes recién se conocieron tiempo después, bastante después, de haber asumido la conducción. Y las desinteligencias en su seno se tradujeron en hechos, como el que culminó en la última Asamblea de Olavarría, en la que uno de sus integrantes enjuició a la conducción del C. D. de Federación en la firma del convenio con Sanidad Naval: esto terminó con la renuncia, como consejero, del fiscal de sus propios compañeros de conducción.

¿Ha sido mala la conducción de Federación en este período? No debemos definirla así: la conducción que se imprimió fue la expresión de las posibilidades que resultaron de la conformación de factores arriba enunciados; fue incoherente, falta de orientación precisa, sin rumbo definido; sin fuerza, sin imaginación creadora, sin previsiones; y como resultado de todo ello llena de prevenciones, de hipersensibilidades.

¿Esto obliga a enjuiciar a la línea dirigente? ¡NO! ¡Absolutamente NO! A quienes sacrificaron su tiempo, su quehacer profesional en favor de los demás, solo se les debe brindar el más sincero agradecimiento, la expresión del más caluroso aplauso y el reconocimiento por lo que hicieron; porque habrán hecho mucho o poco, bien o mal, pero brindaron de sí lo mejor, en favor de lo médico, en condiciones que muchos no eligieron... y cumplieron en la medida de sus posibilidades.

Al apresurarnos a expresar esto, queremos dejar en claro que no es nuestra intención enjuiciar hombres, o dirigentes o conductas, sino analizar situaciones para mejor proveer a las Instituciones que nos rigen, y en ello sí somos inflexibles.

Aclarado el concepto... ¿se cumplieron los objetivos fijados? Sólo a medias; apenas se pudo conservar lo existente y no se hizo absolutamente nada para adecuar la estructura de la Federación a la realidad y a las necesidades que clamorean a diario el gran cambio que Federación reclama.

Por todo esto, y por mucho más que sería largo enunciar, se impone a la consideración de los médicos que el cambio conductivo que deberá inexorablemente producirse en Federación ha de ser un acto trascendente que deberá llevar implícito un definido programa de acción, que deberá cumplirse inexcusablemente, y para el cual deberá contarse con los mejores hombres.

Y esto no es, no puede ser, un simple enunciado. Hasta hoy, encubierta o libremente, las líneas conductivas de Federación y los dirigentes que las ejecutaron resultaron más de acuerdo de partes, que de la expresión cabal de los deseos de las bases. Esto no hizo sino traducir una forma de realización que ha sido general en el país. Federación, en su ámbito, reprodujo esa situación general.

Pero somos universitarios por formación, y por ejercicio de nuestras tareas, y no podemos, sin claudicar en nuestra condición de tales, dejar de cumplir con autenticidad en el ejercicio de nuestra responsabilidad. Debemos empezar ahora, ya, a demostrar nuestra vocación democrática, ejercitándola sin reta-

ceos. Debemos demostrar a los demás que estamos en condiciones de conducirnos con autenticidad nosotros mismos, si pretendemos de alguna manera que cambie la conducción del país. No podemos exigir lo que no ejercitamos. No podemos pedir respeto por lo nuestro si no lo respetamos.

Esto como expresión debe ser axiomático en los hechos. Y lo decimos en momentos en que un nuevo acuerdo de dirigentes pretende escamotear a los médicos de la Provincia los beneficios de una auténtica representatividad en favor de grupos humano que, pudiendo estar bien inspirados, carecen de sensibilidad, de la sensibilidad de la que deben estar dotado los AUTÉNTICOS DIRIGENTES, con la visión que tal condición supone, y con el desprendimiento y desprecio que de lo personal deben hacer gala.

En consecuencia, la Agremiación Médica Platense llama a sus hermanas, todas las Entidades Primarias de la Federación, a una reunión conjunta, al margen de la Federación y previa al acto eleccionario, con el objeto de discutir, considerar, analizar, con antelación al mismo, sin forma alguna de limitación, el futuro programa de acción de la Federación, que así devendrá el programa auténtico de los médicos. Además, de la expresión de cada Entidad Primaria, resultan los nombres de los colegas que a su juicio debieran estar en el equipo que dirigirá la Federación. Será elaborada así, con la participación de todos, la lista para las próximas elecciones.

El programa a que se hace alusión podría ser el siguiente, o cualquier otro, pero lo proponemos como base de discusión:

1. - En lo que hace a la futura estructuración de la Federación:

Hacer que el C. D. de Federación sea un Ente normativo, planificador, supervisor en lo gremial, y ejecutor de las grande líneas, dejando la ejecutividad, en su casi totalidad, descentralizada en cada Circunscripción o Entidad Primaria, a fin de que ellas adecúen la norma a su realidad; solo así se podrá mantener la Unidad Médica en la Provincia, con respeto por las respectivas idiosincrasias y realidades, sin imposiciones en cuanto a formas de ser o hacer, de unos y otros. Sólo así el Gran Buenos Aires podrá estar lealmente con

todos. Sólo así la Provincia podrá ser, en lo médico, un todo estructurado, no un todo uniforme.

Hacer que el C. D. resulte obligadamente, en el futuro, representante igualitario de cada Circunscripción. Y que cada una de ellas lleve fehacientemente a las reuniones del Consejo el pensamiento de las Entidades Primarias.

Definir que cada Entidad Primaria no es filial, es decir subordinada de otras instancias, sino su razón de ser, el ámbito del que emanan las directivas del quehacer gremial. Las Entidades Primarias son MIEMBROS de Federación, sus mandantes. La Federación será así una pirámide de abajo para arriba, no a la inversa. Sus dirigentes devendrán por ello naturalmente fuertes, seguros. No deberán oscilar para conducir: conducción con mano firme por su sólida base.

Los problemas que plantean individualmente los médicos, o grupos de ellos, deberán ser resueltos en la Entidad Primaria o Circunscripción a lo sumo. Federación sólo actuará como última instancia, o cuidando que se cumplan normas procesales, pero no más procediendo.

Administrativamente la tarea deberá trasladarse a Circunscripción y/o Entidad Primaria para agilizarla, deberá racionalizarse la tarea, llevándose un control estadístico y contable mecanizado, para factibilizar una auditoría médica real. Esto no es un mundo de utopía, sólo falta un conocimiento adecuado del problema y el coraje y decisión de realizarlo. Si tal se decide, la realización está ahí, al alcance de la mano.

2. - En lo que hace a relaciones con Confederación:

Definir, por las razones arriba expuestas, que Federación es MIEMBRO de la misma, no su filial; y definir que no aceptará, de Confederación, firma de convenio laboral alguno. De Confederación sólo podrán aceptarse normas, y el ejercicio de la representatividad médica a nivel nacional e internacional.

3. - En las relaciones con el Estado: actuará de tal modo de preservar el acervo profesional; colaborará con el Estado en la realización de acciones de Salud

Pública, pero defendiendo con energía, sin claudicaciones, los preceptos de dignidad en el ejercicio profesional. Colaborará, pero sin renunciar nunca a su facultad de discutir y disentir. Promoverá el respeto, por parte del Gobierno, de las normas legales que rigen, o rijan, el quehacer profesional. No permitirá que la arbitrariedad se enseñoree en su conducción.

4. - Con Obras Sociales y Mutuales: respetará convenios celebrados y los hará respetar, sin ninguna concesión, en totalidad. Conocedora de lo que ellas representan como forma protectora de la salud de sectores no pudientes, actuará con ellas con el sentimiento de la necesidad de su existencia, pero les hará saber que las condiciones laborales para los médicos son las que ellos deciden: de otro modo dicho, habrá una forma uniforme de atención, evitando el disloque de tener que recordar y ejecutar tantas modalidades de atención como convenios se celebren. **NO SE PERMITIRÁ, POR NINGUNA RAZÓN, MORAS EN LOS PAGOS.** Muchas otras cosas más habrá que realizar: habrá que organizar grupos técnicos de trabajo interno; habrá que crear centros de referencia de conocimiento (centros de documentación). Habrá que buscar nuevas fuentes de trabajo profesional: Exámenes pre ocupacionales y ocupacionales periódicos, Centros de Medicina de Prepago, etc. Habrá que actuar en sentido concurrente con otras entidades médicas en la financiación, de los problemas que los profesionales, individual o colectivamente, presenten. Y, por fin, habrá que actuar del tal modo que, con Colegio de Médicos y con Caja, se hable un único lenguaje entre los médicos, y que todo lo que se haga lo sea concurrentemente en su beneficio.

En fin, la idea está en que el médico sea el personaje ideador y ejecutor de un programa en su real beneficio, para que no se dé el sinsentido de crear Instituciones que lo ahoguen en la maraña de sus estructuras, o para evitar que se le despersonalice reduciéndolo a un término más de dichas estructuras.

Colega, miembro de Entidad Primaria, de Usted depende su futuro. Por ello, para que Usted se exteriorice, es que lo convocamos por el bien de todos.

SOLICITADA

E. C. O .M. Comunica a los médicos

A raíz de la sucesiva aparición de instrumentos legales de orden nacional que hacen al ejercicio de la profesión y afectan a sus instituciones, el cuerpo médico, que, único e indivisible desarrolla su acción a través de 3 organismos, clara y sabiamente justificados, se dirige a los médicos y a los efectos de ratificar principios que emanan de su razón de existir y que no constituyen privilegio, sino que, aplicados a su quehacer, con la garantía de un ejercicio ético y científico, beneficio para toda la comunidad.

Por ello el E.C.O.M. (Ente Coordinador de Organizaciones Médicas) que agrupa al Colegio de Médico, la Caja de Previsión y Seguro Médico y la Federación Médica, reafirma:

1° - Que tiene plena vigencia la autonomía de las 3 instituciones como custodios de sus fines específicos.

2° - Que en cumplimiento de esos fines es competencia del Colegio de Médicos, según lo dispone su ley N° 5413/58, el gobierno de la matrícula, el contralor ético y la fijación de aranceles mínimos.

Que la Caja de Previsión debe, ejercitando lo establecido por la ley 6742, seguir prestando beneficios, haciendo posible un sistema integral de coberturas, con prestaciones móviles y actualizadas, con un mínimo de costo para la comunidad médica bonaerense y por los comitentes de sus servicios.

Que es función inalienable de la Federación Médica la defensa de los beneficios obtenidos en los aspectos éticos, científicos y previsionales y por ello, al establecer la posición gremial, ratifica que sus principios son:

- Libre elección del médico por el paciente.
- Convenios de trabajo a través de las entidades médico-gremiales.
- Existencia de aranceles mínimos éticos.

- Sistema previsional integral, decoroso y autónomo.
- Defensa de las leyes 5413/58 y 67 42 que sustentan su existencia.

En consecuencia y para efectivizar esos principios el Ente Coordinador de Organismos Médicos declara que:

1° - Los profesionales no deben inscribirse en forma directa para la atención de obras sociales, mutuales, ni compañías aseguradoras.

2° - La relación profesional sólo será realizada a través de los convenios firmados por la FEDERACIÓN MÉDICA o sus entidades primarias cuando corresponda, lo mismo que la percepción de honorarios.

3° - Dichos honorarios deberán respetar los mínimos éticos del Colegio de Médicos.

4° - Que la integralidad del sistema previsional está basada en:

a) El ejercicio profesional, con los caracteres de intensidad y permanencia en el ámbito territorial bonaerense, como principio determinante que condiciona el carácter de “beneficiario del sistema”; sin perjuicio a un sistema de reciprocidad a estudiarse y sobre la base del principio “prorrata temporis”.

b) La autonomía económica y funcional de la caja, en la administración y conducción del sistema, a tenor de los objetivos previstos en la ley orgánica de la misma, N° 6742.

e) El mantenimiento actual de la estructura de aportes, establecida en el artículo 35 de la ley 67 42 que ha permitido, en base a los cálculos actuariales, apoyar financieramente todo un sistema de prestaciones.

d) El otorgamiento de las prestaciones previstas por la ley 6742, y las que en su consecuencia haya reglamentado el directorio de la caja, que se seguirán rigiendo por esas disposiciones, sin perjuicio de adecuación a los requisitos de edad y antigüedad establecidos por la ley 18.038 para el caso de la jubilación ordinaria.

Por ello los aportes previsionales de los médicos continuarán haciéndose ante la Caja de Previsión y Seguro Médico.

Por lo expuesto, que significa la ratificación de las condiciones mínimas para el desarrollo de una profesión digna, que trasciende los aspectos materiales, que ha demostrado, individual y colectivamente, su espíritu de sacrificio en pro del bienestar general, que ha brindado ejemplos de su capacidad científica, de su abnegación personal y de su celo profesional, creando y defendiendo sistemas de atención médica, de contralor ético y previsional el Cuerpo Médico manifiesta, a través del E.C.O.M.

1° - Su irrevocable decisión de adoptar una posición de defensa activa de los principios fundamentales precedentemente enunciados, y si los mismos fueran vulnerados, la comunidad médica está dispuesta por todos los medios a su alcance, a lograr su restablecimiento.

2° - Que como siempre está dispuesta a brindar su capacidad y experiencia a los efectos de consolidar una estructura social que atienda a la salud con la participación de los sectores interesados, que es toda la Provincia en sus distintos niveles.

3° - Que nunca se opuso al perfeccionamiento y ordenamiento de estructuras que hacen los aspectos de salud y previsión.

4° - Que ejercitará ante los organismos médicos nacionales su derecho de opinión influyendo en sus decisiones y ante los poderes públicos, su derecho de petición, para ofrecer soluciones justas y equitativas.

5° - Que como es obvio, sólo CON LOS MÉDICOS, artífices de la salud y base de sustentación de toda política sanitaria, podrá lograrse la sólida efectivización de un verdadero BIENESTAR SOCIAL.

Ente Coordinador de Organismos Médicos. - Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. - Caja de Previsión y Seguro Médico de la provincia de Buenos Aires. - Consejo Superior del Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires.

Normas para los sistemas de pre-pago o similares

Toda entidad privada que preste asistencia médica a través de un sistema de Prepago debe cumplimentar las siguientes normas:

I) Este sistema deberá ser realizado por la entidad gremial o con su autorización, contralor directo y permanente.

II) En su integración podrán participar profesionales del arte de curar del nivel universitario, pero deberá estar dirigido exclusivamente por médicos. Su funcionamiento deberá contar con la aprobación previa de su estatuto por la entidad gremial primaria o por la Federación.

III) En ningún caso podrá tener fines de lucro.

IV) El estatuto que reglamente su actividad deberá expresar el fiel respeto de las siguientes normas gremiales:

- a) Libre elección del médico.
- b) Libre elección del establecimiento asistencial que deberá ser de tipo “abierto”.
- e) Libertad de prescripción.
- d) Libertad del profesional para inscribirse en el sistema dentro de las normas que dicte cada entidad primaria.
- e) Funcionamiento de un sistema de Auditoría Médica con la intervención de la entidad gremial patrocinantes.
- f) Respeto por el secreto médico, con las limitaciones derivadas de la aplicación de la Auditoría Médica y del relevamiento de datos estadísticos.

V) La retribución del trabajo médico debe ser arancelada para cada prestación médica y respetando el arancel mínimo fijado por los Colegios de Distrito.

VI) El tipo de relación podrá ser individual, familiar o colectiva, discriminada o indiscriminada, quedando a criterio de cada entidad zonal el resolver al respecto.

VII) Las prestaciones podrán abarcar la cobertura de: Asistencia Médica clínica y/o quirúrgica y/o de especialidades y/o internación sanatorial y/o exámenes complementarios de diagnóstico y /o servicio médico de urgencia. Las prestaciones mínimas se otorgarán en un plazo no mayor de tres meses de producida la adhesión al sistema. El agregado de nuevas prestaciones quedará a criterio y posibilidad de cada entidad zonal.

VIII) La organización de la entidad y la ejecución de las prestaciones deberá tener en cuenta lo siguiente:

- a) La promoción del sistema debe ajustarse a estrictas normas éticas.
- b) Sistemas estadísticos y contables de acuerdo con normas establecidas por la Federación para permitir la comparabilidad y factibilizar complementariedad de servicios.
- c) Se estima conveniente la utilización del sistema Bono-control o ticket-moderador manteniendo la existencia de una cuota “moderadora” a cargo del afiliado, cuya proporción no debe constituir un impedimento para uso de los servicios por parte del afiliado de escasos recursos.
- d) La cuota de abono deberá estar en relación con la capacidad económica del adherente, determinada por la entidad prestadora.

IX) El radio de acción geográfico de estas instituciones no podrá exceder al que corresponda a la entidad primaria que la patrocine, pudiéndose elaborar convenios entre entidades vecinas. Los conflictos de jurisdicción serán resueltos entre las entidades primarias correspondientes, estando sujetos los diferendos al arbitraje de la Federación, a través de sus organismos competentes.

X) Establecer sistemas de atención médica; sólo podrá ser decidido por una entidad primaria de la Federación cuando así lo haya determinado en forma expresa una asamblea de socios, no pudiendo existir más de un sistema por entidad primaria.

XI) Las entidades existentes o que se crearen y que no se ajusten a las presentes normas, se colocan automáticamente al margen de los principios gremiales

y atentan contra los legítimos intereses de los médicos de la Provincia de Buenos Aires. Así serán consideradas por las entidades filiales de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, las que procederán en consonancia con las disposiciones estatutarias aplicando a los médicos que las integren las sanciones que correspondan y pasando las actuaciones a Federación, a través de sus organismos competentes.

Al propio tiempo, como posición gremial se aprobó lo siguiente:

Todo sistema o contratación de servicios médicos a prestar a individuos, agremiaciones, equipos, colectividades o grupos pluri-individuales, deberán ser realizados por la entidad gremial o con su autorización y contralor directo y permanente, cualesquiera fuera el modo de pago, aporte, contribución o retribución pactada, e incluso para el supuesto de prestaciones médicas gremiales o gratuitas.

Boletín Informativo N° 10. Octubre de 1969 (95)

EDITORIAL - ¿Hacia dónde vamos?

A través del cúmulo de acontecimientos que hemos padecido en este último período, estamos obligados a no ser muy optimistas en los que se refiere al porvenir de nuestras instituciones médicas.

Desde la promulgación de la Ley 17.230, tendiente a instalar un seguro nacional de salud sin la participación del cuerpo médico, lo que implica un ataque directo a nuestras Instituciones Gremiales; pasando por la Ley 17.850, que determina el congelamiento de los aranceles médicos, implanta el régimen de arbitraje obligatorio y la uniformidad del valor de las prestaciones médicas, que involucra la desaparición de la libre contratación y el respeto de los principios ético gremiales de nuestro sistema de atención médica, vulnerando además la Ley 5413/58, que determina la facultad de los Colegios Médicos para fijar el arancel mínimo ético del trabajo profesional; hasta llegar a la Ley 18.045, que fija las pautas generales para la concertación de los futuros convenios, ley

no reglamentada aún oficialmente, pero cuyo anteproyecto de reglamentación fuera rechazado por la Confederación Médica Argentina por no contemplar soluciones justas; son todos hechos que confirman la presunción de que peligran nuestras instituciones.

Si bien con referencia a la Ley 18.038, y en especial sus artículos 53 y 54, que atacan a nuestra Caja de Previsión, la aparición de la Ley 18.280, que prorroga hasta fin de 1969, el período para concertar los convenios entre la Nación y las provincias que tienen regímenes previsionales locales, otorgó un respiro a la incertidumbre con respecto a dicha institución, lo cierto es que no sabemos aún cuál será el destino de la caja y si los médicos deberán o no hacer aportes a las dos.

-Todo este panorama se ha agravado, en virtud de informes recibidos de la Confederación Médica de la República Argentina, referidos a que la Secretaría de Salud Pública de la Nación está promoviendo Hospitales de la Comunidad en varias provincias, marginando no sólo los organismos médicos gremiales de las mismas, sino también el texto expreso de la Ley 18.045. Oportunamente, la Agremiación Médica Platense, se expresó cual era nuestro pensamiento acerca de este tipo de hospitales.

El Decreto Ley 3625, de Carrera Médico Hospitalaria, tampoco tiene vigencia, desde hace mas de 5 años no se ha llamado a concurso para funciones y los cargos vacantes se han cubierto en parte por medio de designaciones interinas y en su mayoría han sido congelados. Nuestros representantes y los del Colegio de Médicos Distrito 1 han intervenido en la elaboración de pautas para una modificación de la citada ley. No obstante ello y la existencia de un proyecto del Distrito 1 del Colegio de Médicos y de proyectos gremiales, el Ministerio de Bienestar Social elaboró un documento de trabajo que nada hace por la transformación que reclama la realidad que vivimos en materia hospitalaria, lo que determinó su rechazo por parte de la Agremiación Médica Platense. En la actualidad nuestros representantes y los designados por Colegio han sido invitados a colaborar en la elaboración de un nuevo anteproyecto; fuimos de opinión de trabajar en una renovación total, que armonizara con una eventual transformación integral hospitalaria, pero por imperio de las autoridades sanitarias nos hemos visto obligados a ceñirnos a un

proyecto de mayor austeridad para que pueda tener vigencia a la brevedad ese documento.

Estos hechos son suficientemente demostrativos de que se pretende apuntar directamente a nuestras instituciones, ya sea gremiales, a través de la intención de la firma de convenios a nivel nacional, del congelamiento de aranceles, de la creación de la Comisión Nacional de Obras Sociales y Mutuales, de la implantación de un seguro de salud sin participación del gremio médico, de la puesta en marcha de los hospitales de la comunidad; agrede también a los Colegios Médicos a quienes impide fijar el valor del trabajo profesional y legislar el acto médico; y finalmente golpea a la Caja de Previsión y Seguro Médico, cuyo destino está supeditado a la concreción de un convenio entre los gobiernos nacional y provincial.

Más aun, en estos momentos y no habiéndose aún concretado el referido convenio, los médicos han comenzado a recibir las boletas de pago de la Caja Nacional, no existiendo, al presente, definición de los organismos gremiales médicos superiores al respecto. Estos hechos repetitivos configuran un avance más del Estado sobre los derechos de los médicos y ello nos obliga a no ser muy optimistas con referencia al porvenir del quehacer médico.

Este incierto panorama ha hecho expresar al señor presidente de la Agronomía Médica Platense en una reunión de dirigentes, que de seguir el gremio médico en la actual posición, corríamos el riesgo de contar con mini instituciones.

¿No hay soluciones posibles? Las soluciones existen y el C. D. de la Agronomía Médica Platense hizo conocer oportunamente un programa, que no está limitado a Federación, sino que es el auténtico programa de los médicos, a los que reiteramos la necesidad de cumplimentar estrictamente los principios gremiales que todos conocemos.

El arma que los médicos tenemos para oponernos al avance desmedido del Estado es la unidad, mantenida a través de los principios que sustentan nuestras instituciones: libre elección del médico, convenios colectivos de trabajo, fijación de aranceles por los Colegios, contratación a través de las entidades gremiales, ley-

de carrera médica, principios que libremente y sin coacción nos hemos fijado los médicos a través de un largo historial de asambleas.

Es también por todas estas circunstancias que ha sido motivo de preocupación la política a desarrollar por nuestras instituciones superiores que en oportunidades nos ha llevado a emitir juicios severos que no han sido debidamente interpretados; pero es que solamente mediante un elevado nivel conductivo, apoyado en el conocimiento de los problemas y con gran decisión, sumados al apoyo de todos, ya que agremiación somos todos, y en torno a los principios citados, podrá ser salvaguardado el ejercicio profesional tanto en su modalidad de trabajo como en la posibilidad de poder seguir elaborando dignamente.

I. Relaciones con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires

Con motivo de la renovación parcial del Consejo Directivo de La Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y en conocimiento de la renuncia de su presidente Dr. Carlos Actis y su postulación por un nuevo período por parte de un grupo de “colegas, de la Provincia, el Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense, estimó oportuno remitir a los círculos y agremiaciones médicas de la Provincia de Buenos Aires una invitación para celebrar una reunión en la ciudad de Tandil el día 12 de julio del cte., con el objeto de discutir, considerar y analizar, sin limitación alguna un programa de acción futura de la Federación, de modo que el mismo fuera expresión auténtica del pensamiento médico de toda la Provincia. Además el C.D. de La Plata, estimaba que de la expresión de cada una de las entidades primarias, resultarían los nombres que debían integrar el equipo que dirigiera Federación en el próximo período, elaborando así una lista, con la participación de todos; de tal modo que la misma no surgiera de un nuevo acuerdo de dirigentes, sino de la voluntad de todos los círculos médicos. El texto de la nota remitida fue publicado anteriormente y en ella se fija un programa básico a discutir.

El día fijado concurrieron a Tandil en representación del C.D. de la Agremiación los Dres. Poli, Poce y Sánchez Cozarín. En ella estuvieron también presentes delegados de las agremiaciones médicas de Tandil, San Martín,

Campana, Ayacucho y Balcarce. En Tandil tomaron conocimiento de que para ese mismo día había sido citada una reunión de circunscripciones en Capital Federal, lo que explicaba en parte la inasistencia de representantes. A dicha reunión no fue invitada la circunscripción 1°.

Acorde con lo expresado en la nota invitación, en Tandil se expuso in extenso el pensamiento de La Plata, en el sentido del cambio conductivo que debía imprimirse a Federación para adecuar su estructura a la realidad y lograr un programa de acción definido con referencia a las relaciones con Confederación, el Estado y las Obras sociales y mutuales.

Lo cierto es que la reunión no tuvo el eco que esperábamos, creemos que no fuimos comprendidos, que se interpretaron torcidamente nuestras intenciones o no hubo intención de escucharnos.

El día sábado 19 de julio, en horas de la mañana el Dr. Maturi comunicó telefónicamente al secretario de la Agremiación Médica Platense, que él y algunos dirigentes querían entrevistar al C. D. de la Agremiación con antelación al acto electoral. Fueron invitados a concurrir al local de la Agremiación, haciéndose presentes los Dres. Maturi, Martínez, Grasso y Copello, quienes expresaron que lo hacían a título de mediación y para interiorizarse de la posición de La Plata. En la oportunidad manifestaron su extrañeza por la no concurrencia de la Circunscripción 1° a una nueva reunión de Circunscripciones que se estaba realizando en el local de la Federación, informándoles que no había sido invitada por segunda vez la Circunscripción 1°, lo que alegaron desconocer.

Se estimo oportuno preguntar al Dr. Copello si la reunión de Circunscripciones del día 12 había tenido carácter oficial, ya que no habíamos sido invitados y comenzó por contestar que sí, para luego expresar que entendía que había sido semioficial, y que él había participado y expresado su desagrado por la no invitación a la Circunscripción 1°. Dijo además que había concurrido invitado por el doctor Actis a quien los presentes señalaron como promotor de la reunión.

El Presidente de la Agremiación Médica Platense expresó in extenso cual era el pensamiento y la posición de la Agremiación Médica Platense. Se refirió a la

necesidad del cambio en el estilo de conducción que permitiera a Federación transformarse en un ente normativo, planificador y supervisor en lo gremial y ejecutor de las grandes líneas, dejando la ejecutividad descentralizada en cada Circunscripción, lo que permitiría respetar las realidades e idiosincrasias zonales. Expresó que el C.D. debía ser representativo igualitario de cada Circunscripción, definió que las entidades primarias eran miembros mandantes de Federación y que los problemas individuales debían ser resueltos en las entidades primarias. Que a su vez Federación era miembro de Confederación y que no debía aceptar la firma de convenio sino a nivel Federación.

Que debía realizarse una defensa enérgica de la dignidad profesional frente a las acciones del Estado, promoviendo el respeto de las normas legales que nos rigen; que Federación debía hacer respetar los convenios a todas las Obras Sociales, no permitiendo moras en los pagos. Que en muchos aspectos el C.D. de Federación se hallaba en mora y sus objetivos no resultaban claros lo que determinaba que se mantuviera a la zaga de los acontecimientos y que no se concebía el federalismo realizado a través de viajes por toda la provincia y reuniones en cada círculo médico. Destacó los errores que denotaba la memoria y en especial el balance, destacando que habían sido depositados 35 millones de pesos en una cooperativa de crédito, en transgresión de los Estatutos de Federación, lo que implicaba poner en riesgo el patrimonio de los médicos, ya que dicha cooperativa carecía de respaldo por parte del Banco Central. Por todo lo expuesto expresó a la comisión mediadora, que el C.D. de la Agremiación Médica Platense entendía que el C.D. de Federación debía renunciar en totalidad para permitir encauzar a la institución.

Los mediadores luego de efectuar consultas, solicitaron al C.D. de la A. Médica Platense una reunión conjunta con el C.D. de Federación, previa a la Asamblea. Aceptado el temperamento, la reunión tuvo lugar en el local de la Federación a las 14 horas. En la misma, que se prolongó por espacio de dos horas y de la que participaron la totalidad de los miembros de ambos consejos, usó de la palabra en representación de La Plata, el Dr. Poli, quien en forma hartamente elocuente vertió todos los conceptos que expresara a la comisión mediadora señalando los errores cometidos por el C.D. de Federación referidos a conducción, relaciones con el Estado, Obras Sociales, Confederación, etc. y

puntualizando como negativos los depósitos efectuados en la cooperativa de Berisso, de cuyo directorio forma parte el tesorero de Federación; al igual que el reemplazo del contador próximo a jubilarse por el hermano de un directivo, con asignación muy superior; el contratar seguros de vida para los empleados por parte de un hermano de otro de los directivos y actual presidente.

Dejó claramente expresado que ésta la última reunión de grupos de dirigentes, en la que participaba la Agronomía Médica; y finalmente solicitó la renuncia de todos los miembros del C.D. para facilitar la reorganización.

Respondió el Dr. Tulio quien reconoció lo actuado por La Plata en los últimos conflictos, estimó que el C.D. de Federación tenía sus limitaciones y había cometido errores, pero que los mismos no eran de la magnitud en que los veía la Agronomía a la que hizo cargos referido a la dureza en sus juicios. Agregó que la renuncia implicaba el reconocer los errores imputados, que reiteró no eran graves a su juicio; y que él personalmente iba a solicitar un tribunal de honor para su juzgamiento personal, aunque estimaba que su proceder había sido correcto.

El Dr. Amara expresó que había actuado con honestidad y que desconocía el artículo del estatuto que especificaba que los depósitos debían hacerse en un banco; que estimaba que era correcto a su juicio el ejercicio paralelo del cargo de tesorero de Federación y de directivo de la Cooperativa de Berisso. Que no le habían movido motivos egoístas ni de beneficio personal. Con referencia a las dos reuniones de Circunscripción a las que concurriera a nombre de la 1º. que no fuera invitada, expresó que en una oportunidad anterior él no fue invitado por la circunscripción 1º. Esta circunstancia fue desmentida por el Dr. Poli.

Agotada la discusión y siendo las posiciones irreductibles, se dio por levantado el acto para pasar los C.D. a la Asamblea. El C.D. de La Plata se retiró a deliberar y a posteriori concurrió a la Asamblea que se realizó en el local del colegio de Farmacéuticos, y de la que participaron poco más de 40 delegaciones de los 96 círculos médicos que conforman la Federación.

Al considerarse el balance, hizo uso de la palabra el Dr. Poli, quien hizo un profundo análisis del mismo y mantuvo vivo diálogo con el contador. El Sr. Presidente volvió a repetir cuál era el pensamiento del C. D. de la Agrería Médica Platense, con términos semejantes a los expuestos en la reunión previa de ambos Consejos Directivos. Seguidamente expresó que la cantidad de desaciertos señalados por la Agrería Médica Platense obligaban a nuestra institución a marginarse del proceso eleccionario.

Como consecuencia de todos estos episodios los representantes de la Agrería Médica resolvieron retirarse de la Asamblea y no participar del acto eleccionario; decisión que fue aprobada por el C.D.

Situación gremial. Alerta a entidades primarias y médicos federados por parte de la Federación Médica

En Virtud de los informes recibidos de la Confederación Médica de la República Argentina, nos vemos en la necesidad de advertir a todas nuestras entidades primarias sobre la posibilidad de medidas oficiales generadas a nivel de la administración nacional, que de concretarse en la forma proyectada comprometerían muy seriamente al futuro de nuestra actividad profesional. En efecto, de acuerdo con la información aludida, la Secretaría de Salud Pública de la Nación está promoviendo "hospitales de la comunidad" en varias provincias argentinas, marginando ostensiblemente no sólo los organismos médico-gremiales de cada una de ellas, sino inclusive el texto expreso de la ley 18.045. Esa premoción habría superado ya la etapa de las consultas y estudios previos, para incursionar directamente en la materialización de los proyectos, a través de actos indudablemente ejecutivos. Desgraciadamente la postergación del Confederal citado para el pasado sábado 23 del corriente, no nos permite hacer una información más concreta y expresa, pero de cualquier manera, y ante el avance que ello supone con relación a la postura que venía adoptando hasta la fecha el ministerio del ramo en el orden nacional, nos obliga a transmitir, sin exageraciones, pero también sin eufemismos, la posibilidad cierta de que tengamos que afrontar momentos sumamente candentes desde el punto de vista médico-gremial.

Más aún, la indefinición que subsiste en materia de reglamentación de la meneada ley 18.045, las versiones sobre posibles modificaciones de la misma, el diálogo sistemáticamente rehuido que individualmente carecerían de jerarquía como para inquietar, pero que analizados a luz de los acontecimientos expuestos conforman “el estado de cosas” que nos preocupa, nos están dando la pauta de que es indispensable estrechar prietamente las filas gremiales, para poder afrontar –si llega el caso– la defensa de todos aquellos principios que han sido y son la razón de ser de nuestras entidades.

Esos hechos, al par que las situaciones de tipo individual que seguramente irá creando la necesidad de la opción, resuelta en la Asamblea de Olavarría, a medida que se aproxime el 1° de noviembre, y las posibilidades cada vez más vigentes que ofrecerían las prestaciones médicas por medio de los denominados “S.A.M.I.”, nos ha movido a dirigirnos directamente a todos los médicos federados de la Provincia, en forma individual, alertándolos sobre la situación, pero sin caer en un clima de alarma extrema.

Estas son las razones que motivaron la nota individual a los médicos, que se adjunta. Sin embargo queremos reiterar la necesidad de que las entidades primarias redoblen esfuerzos tendientes a mantener la unidad gremial, explicando la situación en forma continuada, y manteniéndose atenta a las Resoluciones que oportunamente puedan ser remitidas de esta Federación.

NOTA DE CONFEDERACIÓN AL MINISTRO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA NACIÓN.

Se transcribe seguidamente el texto íntegro de la nota entregada al señor Ministro de Bienestar Social de la Nación, Dr. Carlos A. Consigli, en la audiencia concedida recientemente a la Confederación Médica de la República Argentina, el 1° de setiembre de 1969.

De nuestra mayor consideración:

La reanudación del diálogo con esta entidad representativa de todos los médicos del país, a través de cada una de las veinticinco filiales miembros

voluntariamente adheridas a la misma, que se produce en el día de la fecha mediante la audiencia concedida por el Señor Ministro, obliga a la Confederación Médica a reiterar los conceptos considerados desde el Consejo Federal de Catamarca (12-IV-68) como fundamentales y que cuentan con el más amplio respaldo del cuerpo médico del país, con el propósito de clarificar ante el Señor Ministro el estado actual de la situación y las soluciones propuestas por esta entidad.

1. Los tres instrumentos legales elaborados por el Poder Ejecutivo: Ley 17.230, Ley 17.850 y Ley 18.045, padecieron del mismo mal de origen: haber sido elaborados marginando la consulta necesaria a una de las partes involucradas. Ello se tradujo en el evidente fracaso en su aplicación. Por consiguiente, insistimos en que no es conveniente, a esta altura del proceso, aceptar otro eventual instrumento jurídico al respecto, sin la participación en su elaboración de esta entidad tal como se propicia desde el mismo Poder Ejecutivo nacional.

2. Todas las tratativas e instrumentos legales deben tener presente que las prestaciones médicas pactadas con las entidades gremiales representativas de los médicos no configuran relación de dependencia de éstos con los entes contratantes. Por consiguiente, deberán respetar una relación igualitaria, privada y optativa.

3. La Confederación Médica de la República Argentina sostiene que los convenios de atención médica deben celebrarse entre las Obras Sociales, Mutuales y organizaciones similares y las entidades médico gremiales de afiliación voluntaria más representativas, exclusivamente.

4. Las normas de estos convenios deberán ser similares en cuanto a los dos aspectos que consideran: técnico y administrativo. A este respecto resulta oportuno insistir en la conveniencia de la mayor simplificación en la técnica operativa de los organismos contratantes, especialmente en cuanto a formularios, recetarios, procedimientos, etc.

5. Las nuevas fijaciones de valores de los actos médicos deberán tener en cuenta pautas aconsejadas ya por la experiencia y además respetar eventuales

alzas preexistentes en algunas zonas, como consecuencia de lo establecido en la Ley 17.850, hasta tanto se convengan los plazos en que se alcanzará la nivelación con los porcentuales de incentivación previstas para tales zonas (cláusula transitoria).

6. La Confederación Médica de la República Argentina no rehúye innovaciones en la atención médica del país. Por el contrario, está dispuesta a aportar su doctrina, basada en la experiencia vital, en la búsqueda de soluciones en común, acordes con la realidad socio-económica argentina actual, así como a planificar con perspectiva e imaginación para cortos y medianos plazos. Enfatizamos que las soluciones no serán para los médicos, no por supuesto contra los médicos, sino de común acuerdo con ellos.

7. Mientras no se concreten, otras formas de organización para la atención médica, esta Confederación sostiene que para el vasto sector en relación de dependencia amparado por las Obras Sociales, Mutualidades, etc. el sistema más eficiente es el que respeta la libre elección del médico y el pago por arancel por intermedio de las mismas organizaciones médicas, tal como lo puntualizamos más arriba,

La Confederación Médica de la República Argentina está planificando su propio gabinete de estudios médico-sociales. Factores de preponderancia económico-financiera impiden que el ritmo de organización y metodología de trabajo sean los que el país requiere con urgencia en esta coyuntura. Sin embargo abriga aún esperanzas de saber despertar tanto en las autoridades sanitarias del gobierno, como en sus mismos afiliados y protectores, la coincidencia de cooperar en esta tarea que permitirá aportar al señor ministro programas y propuestas coherentes con el momento social argentino.

Esta Confederación aprecia la voluntad del Señor Ministro por interiorizarse de los problemas afines entre la comunidad y los médicos ya que de aquélla formamos parte vivencial. Una efectiva y permanente facilidad de acceso al nivel que el Señor Ministro disponga a través de la brecha, será el aporte más concreto para coordinar esfuerzos, recuperar confianza y construir de común acuerdo.

Sin otro particular, saludamos al Señor Ministro con nuestra distinguida consideración. - Fdo.: Dr. Alberto C. Prieto, presidente. Dr. Carlos A. de la Plaza, secretario general.

Boletín informativo N° 11. Diciembre de 1969 (96)

EDITORIAL - ¿En qué estamos?

Nuevamente la Agremiación Médica Platense debe salir de su ritmo normal de tarea, de la labor constante en favor de los problemas médico-sociales, de la misión de elevar el nivel del ejercicio profesional médico, y de toda aquella actividad que hace que se la ubique con legítimo orgullo como una institución de bien público. Y se ve compelida a abandonar su ritmo para asumir la defensa de las normas que enmarcan la tarea profesional, normas que no han sido el producto de improvisaciones, sino de un largo transitar esclareciendo y enunciando principios que permitan acercarnos a aquellos que fueran enunciados en Helsinki por la Asociación Médica Mundial.

Tales principios que no pueden ni han podido al presente, en modo alguno ser controvertidos por ideólogos, como los que nos enfrentan actualmente, no colisionan con los legítimos derechos de la población, ni se anteponen a sus aspiraciones en lo que hace a salud, antes bien promocionan a las mismas.

Naturalmente que la evolución del fenómeno social exige que todos los individuos sean tratados de la mejor manera posible, ahora, y no en el futuro; pero lo que seriamente complica las cosas es que el status socio económico de la gran mayoría de la población determina que el número de individuos que deben afrontar una medicina de alto nivel, disminuye cada vez más.

Esta situación hace que desde el ámbito oficial, un especialísimo grupo de ideólogos, que siendo incapaces de conciliar su necesidad de demostrar que algo hacen, al hacer ese algo no ven otra forma de salida que encausarse por vía de moldes estereotipados, originados en otros medios, que no se superponen a la realidad nacional, que sólo son indiciarios de realidades que no se dan, que se pretenden

imponer por la fuerza a costa de todo razonamiento, en lugar de extraer la fuerza de la razón. Así elaboran anteproyectos de leyes, decretos, resoluciones, que pretenden arrasar a las instituciones médicas, que no son precisamente culpables del descenso del poder adquisitivo de la población.

El drama que hoy se vive es el producir enunciados que o no se interpretan o no se cumplen. No se interpretan por incapacidad o mala intención, o no se cumplen porque los designios que persiguen los sectores intermedios, no son los que se formulan; de este modo se cae en la alternativa de confundir las palabras con la realidad, y a fuerza de hacerlo, se deforma a ésta a través de aquellas. Y este alejarse del terreno va llevando a los sectores responsables de la conducción al proceso de no hacer coincidir sus postulaciones con las necesidades; se van conformando así sistemas paralógicos, se cae en el error. Pero como no hay auténtica disposición de diálogo, sino proclividad al monólogo, se insiste en la realización de un criterio, aquél que se ajusta a un patrón que no se confronta auténticamente con otros patrones que pudieran ser más lógicos o menos apartados de la realidad. Pero para ello se requiere ejercitar espíritu crítico, es decir, ejercitar el análisis sin preconceptos ni prejuicios. Implica tener el coraje y la decisión de confesar errores de apreciación, y la grandeza espiritual de superar aspectos de amor propio en favor de situaciones lógicas. Implica reconocer que los cambios deben ser llevados a cabo en el país con la colaboración de todos a través de los legítimos representantes; de lo contrario, determinará metamorfosis carentes de autenticidad.

No nos oponemos a los cambios estructurales, para ello estamos preparados los médicos, pero lo que no podemos aceptar son aquellas leyes o proyectos de leyes que ponen en juego los principios fundamentales de nuestra profesión.

Oportunamente lo expresamos que la legislación nacional apunta a regular uniformemente la tarea profesional, a destruir el federalismo en materia de salud, a pulverizar las instituciones médicas como el Colegio y desjerarquizar la tarea gremial; en resumen, a destruir oposiciones, aunque sean justas, y tener el comando único de todo el trabajo médico del país. ¿En beneficio de quién? ¿Del país? ¿De la salud? ¿O de quienes pretenden tales objetivos con mentalidad corporativa, estatizante, aún a expensas del país y de la salud? ¿En qué estamos pues los médicos? Estamos en la defensa de los principios que rigen nuestra profesión, sin los cuales

no existirá medicina de nivel científico. Estamos en el estudio de programas que permitan erradicar la injusticia en materia de salud.

Estamos en la defensa de nuestras instituciones gremiales que nos nuclean sobre la base de solidaridad y justicia y permiten ejecutar los convenios colectivos de trabajo libremente, y mediante los cuales, con verdadera sensibilidad social, se posibilita a sectores menos protegidos de la sociedad el acceso a la mejor medicina.

Estamos en la defensa del Colegio de Médicos, que regula el ejercicio de la matrícula, controla el ejercicio ético de la profesión y fija con alta responsabilidad, el valor ético mínimo del trabajo profesional. Estamos en la defensa de la Caja de Previsión y Seguro Médico, que sostenida por sus propios afiliados, lleva la finalidad de servir a los médicos en lo que el Estado ha demostrado al presente absoluta falta de sensibilidad, garantizar seguridad al médico y su familia en caso de enfermedad o muerte, al par que contribuye a la cobertura de sus necesidades profesionales.

Estamos, en fin en lucha permanente, con el objeto de conservar nuestra unidad, que es el arma que tenemos para oponernos al desmedido avance estatal. Unidad lograda a través del cumplimiento estricto de los principios gremiales que libremente nos hemos dado los médicos, a través de una auténtica vocación de justicia.

- ASAMBLEA DE LA FEDERACIÓN MÉDICA ARGENTINA REALIZADA EN LA PLATA EL 26-X-1969. IMPORTANTES RESOLUCIONES

El día 26 de octubre se realizó una nueva asamblea de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

Se aprobó por unanimidad la propuesta presentada por la Agremiación Médica Platense, cuyo texto es el siguiente: "Que el gremio médico de la Provincia de Buenos Aires, en atención a la promulgación de instrumentos legales que vulneran sus "principios y son atentatorios del ejercicio profesional (Ley 17.102, "Decreto 6848/68, Ley 18.045 y Ley 18.038), y los anteproyectos " conocidos,

RESUELVE

“1 -Rechazar la política sanitaria nacional por cuanto vulnera “ el ejercicio profesional, en los aspectos colegiados, previsionales y gremiales. 2 -Dar a conocer a la Confederación Médica de la República Argentina, a los médicos y a la opinión pública, esta posición, debidamente fundamentada. 3 -Continuar el diálogo a los distintos niveles y por las vías correspondientes, como así también con la función positiva y en base a la permanente acción de los entes profesionales, en beneficio de la salud pública y de la comunidad, de la que forman parte.”

Decisión adoptada con relación a la privación de libertad que pesa sobre los doctores Viaggio y Aldama. En este aspecto se aprobó la siguiente resolución: “1 -Publicar una solicitada, y reiterar ante los poderes públicos la inmediata libertad de los colegas Aldama y Viaggio, que continúan detenidos desde hace casi 4 meses sin acusación concreta alguna y quienes a pesar de haber sido decretada su libertad por el Poder Judicial, los mismos continúan, no sólo detenidos, sino que han sido trasladados a la cárcel de Neuquén, a más de 1.000 kilómetros de su ambiente familiar y profesional. 2 -Solicitar al Colegio de Médicos se expida en igual sentido. 3 -Solicitar a la Confederación Médica de la República Argentina las medidas necesarias para efectivizar este pedido.

Boletín Informativo N° 12. Mayo de 1970 (97)

EDITORIAL- La población, la salud, el gobierno y los médicos

I. EL PROBLEMA DE SALUD DEBE ENCONTRARSE DENTRO DEL PROGRAMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Ésta es una afirmación tan reiteradamente expuesta que parece Baladí. Pero es que existen algunas facetas que se han ignorado intencionada o subrepticamente.

Salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y socio-ambiental (O.M.S.); en una tal definición cabe pues toda una planificación para la obten-

ción de un tal objetivo; o toda una acción de gobierno por años, por siempre... porque es toda una aspiración cuya consecución nunca se logra, por lo menos en los niveles deseables. Este dicho, salud es problema que debe entroncarse con aspectos de vivienda, de educación, de saneamiento ambiental, éticos y con formas de retribución tales que atiendan las necesidades vitales mínimas las que, a su vez, dependerán de los niveles culturales de la población.

Es evidente que los requerimientos mínimos del sector menos esclarecido del quehacer social no son los mismos que los de los sectores culturalmente desarrollados. Pero también es cierto que unos y otros sectores son por humana condición, acreedores de arribar a la salud, en aspectos curativos, rehabilitadores de promoción y protección, en igual calidad, y en todo caso a la mejor medicina.

Pero la buena medicina es cara, y no hablamos de la medicina de excepción de la cirugía cardiovascular, de la neurocirugía, etc., que omitimos considerar; hablamos de la actividad cotidiana del médico, de la atención correcta de un lactante deshidratado, de los elementos de diagnóstico: radiografías, análisis múltiples, de la prevención de hepatitis mediante la aplicación de dosis masivas de gamma globulina a una población o sector supuestamente contaminados; diagnósticos correctos de afecciones pulmonares, o digestivas, implican ingentes gastos; gastos que son presupuesto ineludible para lograr, en definitiva, una buena y mejor medicina. Y es oportuno dejar en claro que creemos que, aún ejercitando la mejor acción de protección y promoción de la salud, la medicina de recuperación y rehabilitación seguramente ha de predominar por mucho tiempo, quizá por siempre.

Siendo la medicina cara, alguien ha de hacerse cargo de la misma: si el Gobierno en totalidad, asumiendo su responsabilidad en Seguridad Social, puede ser, pero es que ya ha demostrado, y demuestra, todos los días su falta absoluta de capacidad para conducir tales problemas, y ello tan sólo en aspectos normativos, ni que decir en aspectos de realización. Y esto no es crítica al Gobierno, esto es la realidad que se da siempre que se pretende conducir desde un nivel central, con un solo criterio, multifacéticos aspectos de la realidad nacional. Además

es claro que el gobierno, por mejor que se conduzca, ha demostrado ser muy mal administrador. Hasta en la Rusia socialista hay una tendencia a liberalizar aspectos de conducción vistos reiterados fracasos de su centralización: ejemplo concreto, la producción agropecuaria.

No siendo así, no pudiendo de ninguna manera ser así, los fondos y la financiación de Salud deben salir de los aportes privados y estatales, y la ejecución de las acciones habrá de ser coordinada de acuerdo con las posibilidades que ofrezca cada ámbito. No hacerlo así significa embretar las realizaciones en un criterio rígido, significa ubicar en un zapato chino a la realidad nacional.

Pero los aportes imprescindibles, mínimos, para brindar la mejor medicina, deben alcanzar al no menos del 12% de los ingresos de un jefe de familia, y ello hoy sería suicida para una población que vive angustias inmediatas de primaria sustentación, y que sufre presiones impositivas que desbordan ya toda su posibilidad de aporte. Crear pues nuevas cargas significaría hacer estallar un polvorín que seguramente sólo necesita medio de vehiculización.

Médicamente está probado que las tenciones y angustias reprimidas crean inseguridad personal y esta agresividad: ésta es la explicación de la eclosión de masas.

Entonces, ¿qué hacer?; ¿cruzarse de brazos?; ¿dejar las cosas como están? Bueno, esto hace a la conducción del gobierno en su más alto nivel, y nadie puede pensar en un “quedo” de tal naturaleza. Entonces ha de realizarse un proceso, que significa tiempo en su desarrollo, con marcada sensibilidad de parte de los conductores que han de atenerse, en programa de sus realizaciones, a las posibilidades que la realidad nacional ofrece, no a las pautas internacionales que sólo son indiciarias.

¿Y qué objetivos han de lograrse? Los que desde un punto de vista de una real financiación puedan obtenerse, y los que se logran con la espontánea, clara y desinteresada colaboración de los profesionales de la salud, a los que de ninguna

manera debe subalternarse para el cumplimiento de los objetivos propuestos. De estarse en tal criterio se provocará un enfrentamiento con los sectores profesionales médicos, del que nadie saldrá ganador, porque no debe dudarse que el triunfo del gobierno supondrá la destrucción, a corto plazo, del acervo profesional, con consecuencias irremediables para el país, que debe cuidar con empeño sus cuantiosas inversiones, en la formación de tal acervo. Es preciso usufructuar la experiencia –buena o mala– que nos brinda el mundo de hoy: la medicina inglesa, con el descenso de su nivel científico, con la evasión de sus médicos jóvenes; la medicina española en parecido estado.

En resumen, en un programa de seguridad social integrado debe buscarse que la población arribe a ingresos que posibiliten un aporte suficiente para salud. Sólo así se podrá financiar una medicina que, de más en más, deviene por su complejidad, cara; y un nivel profesional jerarquizado, ejecutor y custodio de la misma. El gobierno en el proceso, debe cumplir sólo funciones de normalización y supervisión.

II. TODA PROGRAMACIÓN EN BUSCA DE OBJETIVOS PARA SALUD DEBE ATENDERSE A REALIDADES ZONALES

Cuando se habla de salud en el país pueden formularse innúmeras premisas y todas ellas ser válidas al mismo tiempo. Es que las realidades que nuestro extenso territorio ofrece son también innúmeras: de que cuando a funcionarios de gobierno, de criterio simplista, se les critica su tendencia uniformizante y se les hace no la imposibilidad de aplicar tal o cual programa en determinada zona traigan a colación a situación de San Juan, y cuando otro criterio es controvertido relucen el ejemplo de los hospitales municipales de la Capital Federal, y si es otro el problema que se les plantea aportan casos referidos a Salta.

Lo que definitivamente debe adquirirse es que no hay una solución para salud en el país; hay infinitas soluciones, acomodadas a infinitas realidades; no entenderlo así, es abrir una brecha –a riesgo de incrementarse– entre los reales problemas y las realistas soluciones que debieron darse. Y los resultados están a la vista, pero además con un marcado inconformismo del nivel profesional

que es siempre el paciente destinatario de los de los planificadores de turno. Y ello trae aparejado desaliento, enerva relaciones y promueve el enfrentamiento en lugar de predisponer a la colaboración.

El gobierno, en lugar de ser un organismo natural de conducción, aparece como un mecanismo de mando, y en la vida civil —que no se mueve con otros valores— este tipo de realización no se concilia con la realidad. Y lo lamentable es que son algunos sectores civiles los responsables de tal imagen.

Por otra parte, nada demuestra o hace pensar en la preocupación por el factor humano en la consideración de problema Salud. Pareciera que se quisiera crear un sistema en el cual el hombre pasara a ser un simple término del mismo. Lo más cercano a la deshumanización, lo más apropiado para perder el sentido occidentalista y humanista del hombre. Lo más propicio para provocar desviaciones peligrosas hacia sistemas que luego ni la cohesión de las Fuerzas Armadas podrá evitar.

III. LA DOCTRINA COMUNITARISTA SE EJERCITA, NO SOLO SE ENUNCIA

La doctrina comunitaria que el gobierno enuncia —si reviste caracteres de autenticidad— significa que el ejecutor de acciones escucha, a través de entidades realmente representativas, las inquietudes, los pareceres, las aspiraciones de cada uno de los sectores de la comunidad, y procura vehiculizar los mismos, dándoles neta salida, sin prejuicios. Los que así entienden el proceso comunitario en desarrollo devienen naturalmente dirigentes.

Desde el punto de vista de salud, tal concepción resulta obligada: es recomendación primordial de la O.M.S. que las acciones de la salud deben gestarse, planearse, realizarse con la población, no para la población.

Esto ha sido reiteradamente dicho por la Agronomía Médica Platense sin que en ocasión alguna haya sido oído. Ha sido escuchada pero no ha sido intelectualizado el concepto por parte de los responsables de conducir el sector Salud, que han padecido una suerte de sordera mental.

Esta consideración reclama alguna forma de explicación: Se ha dicho reiteradamente que Salud implica un problema diferente según sea el área que se considere; es que cada una de ellas, en la concatenación de factores que arquitecturan la realidad zonal, es una cosa propia, diferente de los demás. Y precisamente la realidad social, en sus aspectos culturales, éticos, que esa comunidad humana ofrece, es factor primordial en la peculiaridad que se da.

Y obsérvese el criterio del sector conductivo: reducir todo a un solo criterio que se exterioriza en las leyes uniformemente que para todo el país se han dado. Se toma, por ejemplo, como elemento determinante del desarrollo de un programa de salud al Hospital como eje. ¿Es este criterio válido? Por supuesto que sí, en buena parte del país. Pero obsérvese que el Hospital-Institución no tiene comparativamente el mismo valor en diferentes áreas. ¿Cómo puede obtener de diferentes realidades, con un único criterio, parecidos réditos? Realmente imposible.

Se entiende que el nivel central en salud debe producir, pero la producción debe tener ciertos cánones y limitaciones. No se puede es de pésima conducción, el pretender embretar en una única solución; a todo el país. ¿Por qué? ¿Por qué no se puede? Poder a lo mejor se puede, pero no se debe. Porque el país no es, por suerte, una uniformidad, es mucho más que eso, es una realidad multiforme donde mentalidades lúcidas deben proveer los medios para su articulado, en procura de la gran nación que todos aspiramos.

Vamos a ejemplificar algo de esto con nuestra provincia de Buenos Aires, la primera en recursos y desarrollo, ¿qué ofrece desde el punto de vista de su infraestructura hospitalaria?

1º) Pocos, contados son los dedos, centros de atención médica oficial, donde se trabaje a pleno aunque haya en los mismos falencias edilicias, técnicas y de personal que hacen el rendimiento no esté acorde con la labor desarrollada.

2º) Una mayoría impresionante de ambientes absolutos, peligrosos desde el punto de vista edilicio, desprovistos de los mínimos elementos técnicos o científicos, sin personal capacitado: son, en general, asilos o albergues con el nombre de hospital.

¿Qué debiera hacerse para esta realidad?

Primero: Efectuar una segunda programación edilicia que contemple las necesidades actuales y futuras, es decir, programas tipificando, construcciones modulares.

Segundo: Construir todo lo programado.

Tercero: Dotarlo desde el punto de vista técnico.

Cuarto: Capacitar personal para desarrollar la tarea.

Quinto: Prever la mantención de un tal sistema.

Todo ello es posible, pero... ¿cuánto tiempo llevará poner en marcha todo este programa y en cuántos miles de millones de inversiones de capital hay que justipreciado, y cuánto la inversión va a reeditar beneficios en favor de la comunidad?

¿Qué se propone en sustitución? Promover que, como al presente, sea la propia población quien realice los aportes de capital para construcciones y quién concrete equipamiento para atender a su salud. Y el gobierno debiera preocuparse solamente por inversiones de funcionamiento, que han de reeditar de inmediato en una mejora cierta en el nivel de las prestaciones de salud. Su gran tarea debiera ser entonces ordenadora, supervisora de lo existente, no competitiva desleal de la actividad privada, a la que enfrenta, enervando las relaciones, encrespando a las organizaciones profesionales que se ven obligadas así en salir en defensa enérgica del acervo profesional, en lugar de concentrarse en la tarea conciliadora y constructiva de producir para la salud .

Por otra parte, los bienes de capital que no invierta el gobierno de la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, podrán ser destinados a construcciones en áreas a desarrollar, o en desarrollo, donde la iniciativa privada aún no pueda vehiculizarse.

Las posibilidades de armonizar programas son tan infinitas como infinitas son las realidades nacionales.

Y es que hay que entenderlo definitivamente, la salud es un derecho inalienable al que debe arribar toda la población; pero no hay una sola manera de

arribar a ella y el conductor inteligente debe posibilitar el acceso a la misma por el camino que las circunstancias factibilicen.

Los países no se arquitecturan con las tozudeces de las mandamás, se realizan con los pueblos que encuentran en los genuinos conductores los carriles para desarrollar su potencialidad respectiva. Y esto no está muchas veces en los libros de los tecnócratas ni en las mentalidades estandarizantes. Imaginación creadora, claro sentido de la realidad y buen ejemplo de lo humano parecieran ser algunos de los implementos de un buen conductor.

IV. LOS REALIZADORES DE LAS ACCIONES DE SALUD SON FUNDAMENTALMENTE LOS MÉDICOS

Esto es también incontrovertible, pero hay necesidad de refrendarlo, porque han aparecido en estos últimos tiempos expresiones donde se enfatiza la importancia de los equipos de salud, desdibujando intencionadamente la función del médico a quien se minimiza.

Poniendo las cosas en su lugar hoy que afirmar:

1°) Que la salud es una adquisición en la que trabaja todo un grupo humano.

2°) Que ese grupo humano es un equipo donde el médico juega el rol fundamental de ser el conductor.

3°) Que no es más el médico solo el ejecutor en la salud, pero que es su conductor, y con él trabajan enfermeras, visitadoras sociales, ingenieros, abogados, veterinarios, etc., como conspicuos colaboradores de aquel.

Esta situación obliga a:

1°) Consultar a los médicos, por medio de sus organismos representativos, cuando se quiera ejecutar en salud.

2°) A actuar respetando a esos organismos si se desea obtener la colaboración individual o colectiva de los médicos.

La primera de estas dos premisas es obligada si realmente está en marcha la doctrina comunitaria, caso contrario, ésta es una falacia tendiente a captar incautos. Pensamos sinceramente que no es así, pero afirmamos que mucha de esta imagen es la que deja traslucir el actual gobierno con sus contradicciones.

En cuanto a la segunda premisa cae de maduro que, si no se cumple, predispone al cuerpo profesional al enfrentamiento y no a la colaboración. Las leyes nacionales a las que nos referimos son clara expresión de todo lo negativo que significa su proyección.

Ley Nacional 18.038, interfiere en las autonomías provinciales crea en los médicos la idea de que una nueva forma de imposición que redituará al Gobierno Nacional no menos de 1.000 millones de pesos anuales sin ningún beneficio ostensible para los aportantes. La actual Caja de Previsión y Seguro Médico, en el caso de la Provincia de Buenos Aires libera al Ejecutivo Nacional de la preocupación de atender al sector médico en sus necesidades previsionales. ¿A qué pues interferir en las actividades que ellas desempeñan? ¿Es que el Gobierno Nacional va a mejorar la actual situación? No. Ha declarado que no, y, además ha demostrado que no puede atender al regular funcionamiento de sus actuales Cajas, aunque duela decirlo y reconocerlo.

¿Entonces? Entonces la deducción es que el gobierno necesita, a través de una supuesta previsión que no se va a cumplir, recaudar más fondos para enjugar sus déficits. Creemos que lo mismo puede lograrse si se habla con claridad y no se destruye el régimen previsional que los médicos nos hemos dado.

Ley Nacional 18.045: Esta ley destruye todo un sistema de prestaciones que ha demostrado real eficiencia y pretende, a través de la homogenización, llegar a un Seguro de Salud.

Idea propia de ideólogos de escritorio; porque tal proceder implica destruir Colegios de Médicos, y sin ellos no habrá colaboración médica y no habrá Seguro de Salud.

Claro que las leyes de colegiación son perfectibles a través de una adecuada reglamentación. Pero no se las destruya, porque no habrá entonces, por muchos años, hasta que los Colegios vuelvan, más colaboración para Salud. El gobierno tiene, en los Colegios, colaboradores obligados para sus acciones, y los quiere destruir consciente o inconscientemente, incomprensible.

Y, a través de toda la legislación dada a conocer de la Ley 17.230 al presente, es dable observar todo un sistema orquestado para defenestrar a las entidades médicas, porque su crítica y su actividad parecieran que molestan.

Es como declamar la bravura y lo enhiesto de la conducta y temple de un pueblo y querer, por otra parte, eliminar tales caracteres en quienes los ejercen porque perturban.

V. EL GOBIERNO DEBE ORDENAR SUS PROPIOS ORGANISMOS

La gran función del Gobierno en materia de Salud debe ser la del ordenamiento de sus propios organismos, de tal modo de racionalizarlos, evitando la duplicación de funciones y eliminando las voluminosas estructuras administrativas de Obras y Servicios Sociales de empresas nacionales que nada producen y que gravan inútilmente los costos de salud.

Debe, además, crear los mecanismos de supervisión y evaluación para ubicar a sus propios organismos en el nivel de la productividad adecuada o para desprenderse de ellos cuando corresponda.

Debe el gobierno saber que los aportes para salud deben tener, necesariamente, un mínimo de volumen, si éste no es el suficiente devendrá en su pésimo paliativo, y si además se lo coloca en manos de terceros, que de salud nada saben, pero que sí saben promoverse a su través. Entonces el panorama será desolador.

Lo que el gobierno no debe hacer directamente en materia de salud, es hacer.

La gran tarea de los grandes conductores, el hacer, en esta expresión se comprendía toda una doctrina, todo un pensamiento...

Cuando todos los ciudadanos utilizan las expresiones de los dirigentes como propias el gran objetivo ha sido cumplido; antes no.

Con toda la sinceridad de que se es capaz, con todo el sentimiento que el venturoso porvenir del país merece e impone, hemos querido traducir descarnadamente, tal como lo vemos, el panorama Médico Social del país; en algunos aspectos hemos cargado las tintas, en los que creemos factores de fracaso de una conducción que estimamos desgraciada, porque lleva al enfrentamiento que no construye.

Esta entidad, queda, institucionalmente, comprometida, para cubrir toda instancia que, en el reencuentro, nos lleve a construir una gran Nación, al margen de rigideces conceptuales, en el siglo que el cambio, como estilo y sistema, signa.

Alguna vez hemos dicho, lo repetimos, que quien vive mirando la tierra no puede ver el horizonte.

PRIMER PARO NACIONAL DE ACTIVIDADES MÉDICAS

Como es de conocimiento público, el día 23 de enero de 1970 tuvo lugar el primer paro nacional de actividades médicas, como manifestación de repudio a la política sanitaria nacional y la legislación respectiva. El paro alcanzó proyecciones imprevistas, cumpliéndose en totalidad en el país, dando prueba de la madurez gremial del cuerpo médico argentino. En nuestra ciudad se cumplió podríamos señalar en un 100%, dado que de los 1.800 médicos agremiados, solamente 4 no cumplieron las decisiones gremiales.

Con motivo del paro, el día 22 de enero el C. D. dispuso la publicación en el diario "El Día" de la siguiente solicitada:

PARO NACIONAL DE ACTIVIDADES MÉDICAS CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

El C.D. de la Agronomía Médica Platense, cumpliendo directivas impartidas por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, pone en cono-

cimiento de los afiliados de la Agremiación que el CONSEJO FEDERAL de la CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, en el que participaron veinticinco filiales de todo el país. Adoptó el día 10 de enero de 1970, la siguiente resolución:

1. Rechazar la política sanitaria nacional en lo referente a la legislación que afecta fundamentalmente a los aspectos previsionales, régimen hospitalario y relaciones con obras sociales y mutualidades.

2. Declarar al respecto:

a) Que deben respetarse las Cajas Previsionales Provinciales, ejemplo de prestaciones útiles y efectivas, interferidas y avasalladas por la Ley 18.038, que obliga a la compulsiva afiliación a la Caja Nacional.

b) Que es necesario adecuar la política hospitalaria Argentina a la realidad socio-económica del país sin crear sistemas artificiales e inconsultos de atención médica (Ley 17.102) que además vulneran la carrera y estabilidad médico-hospitalaria.

c) Que la reciente Ley 18.483, continuadora de una perturbadora política al respecto, avanza aún más en materia estatizante, marginando el rol que deben representar los organismos intermedio, centralizando en la Secretaria de Estado de Salud Pública las decisiones que deben generarse por mecanismos compartidos y anulando las características de nuestra profesión, pues pretende transformar a los médicos en adherentes obligados a un sistema de conducción unilateral.

3. Mantener en estado de alerta a todo el cuerpo médico del país.

4. Disponer un PARO TOTAL DE ACTIVIDADES MÉDICAS en todo el territorio de la Nación, por el término de veinticuatro horas del día 23 de enero de 1970, como expresión de rechazo a la situación creada.

Dicho paro se deberá ajustar a las siguientes características:

1) Duración: 24 horas del día 23 de enero de 1970.

2) Comprenderá: Todas las actividades médicas, oficiales, privadas, técnicas y administrativas.

- 3) Debe asegurarse la atención médica de urgencia.
- 4) Los médicos no concurrirán a sus tareas, debiendo mantenerse los servicios de guardias existentes.
- 5) Sólo se efectuarán certificaciones en caso de defunción o nacimiento.

La Plata, 22 de enero de 1970.

SEGUNDO PARO NACIONAL DE ACTIVIDADES MÉDICAS

Por decisión unánime del Consejo Federal de la Confederación Médica Argentina, se efectivizó el segundo paro nacional de actividades médicas, el día 19 de marzo del corriente año. Este acto tuvo una proyección aún mayor que el primero y se cumplió con la adhesión unánime de los profesionales médicos de todo el país. En nuestro ámbito como se preveía, no hubo excepciones poniéndose de manifiesto una vez más la unidad gremial del cuerpo médico. Con tal motivo, la Agrupación Médica Platense con el apoyo de todas las Asociaciones de Profesionales de la ciudad dispuso la publicación de la siguiente solicitada en los diarios: "El Día", "La Nación" y "La Razón" el 16-3-1970.

A LA OPINIÓN PÚBLICA

Ante la inminencia de un Segundo Paro Nacional de Actividades Médicas en la República Argentina, los médicos consideramos necesario brindar a la población una clara explicación de la motivación de las medidas a adoptar, en forma sucesiva, que se iniciarán el día 19 del corriente con el paro de actividades médicas aludido. El Paro Nacional de actividades Médicas

1. NO ESTÁ MOTIVADO POR REIVINDICACIONES ECONÓMICAS.

2. NO ESTÁ DIRIGIDO CONTRA OBRAS SOCIALES Y MUTUALES.

Prueba de ello es que se mantienen con integridad prestaciones Médicas a todas aquellas obras sociales y mutuales que han reconducido sus convenios con las entidades médicas.

3. NO ESTÁ DIRIGIDO CONTRA LOS AFILIADOS DE LAS OBRAS SOCIALES Y MUTUALES EN CONFLICTO.

En efecto, los médicos estamos atendiendo, y seguiremos atendiendo a todo paciente, por su sola condición de tal. Atenderemos a todos los miembros de entidades gremiales a sólo pedido de éstas, como ya lo estamos haciendo; y lo mismo a todo grupo humano que decida acogerse a la sensibilidad social que permanentemente exhibimos y que nadie puede desmentir porque los hechos son incontrovertibles.

4. ESTÁ DESTINADO A PROVOCAR EL DIÁLOGO, EN SU REAL SENTIDO, CON LOS ORGANISMOS NACIONALES DE GOBIERNO.

En efecto, la conducción nacional de la Salud Pública, absolutamente inconsulta, producto de concepciones extranjerizantes en la solución de los problemas de Salud, se ha mostrado absolutamente insensible a:

- a) a los dictados que la realidad nacional le muestra y que su falta de sentido conductivo y humano le impiden percibir;
- b) a los razonamientos que las Entidades Profesionales les han hecho llegar, reiteradamente, con sentido de clara colaboración;
- c) el repudio de la totalidad de los médicos del país, manifestado en el Primer Paro Nacional de Actividades Médicas, llevado a cabo el día 23 de enero.

5. ESTÁ DESTINADO A PROMOVER EL PERFECCIONAMIENTO DE LA LEGISLACIÓN NACIONAL VIGENTE

(Leyes 17.102, 18.483 y 18.610).

Las citadas Leyes, generadas en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, pretenden:

- a) El sojuzgamiento del médico a quien, a través de una estatización seudo socializante de la Medicina. Se le quiere sumiso y pauperizado.

Ante la manifiesta incapacidad conductiva, se pretende descargar como ya es reiterativo, en los ejecutores de la Salud –los médicos– toda la responsabilidad emergente de esa incapacidad. Debe entenderse definitivamente que la capacidad de conducción de la resultante de saber conducir seres humanos, no bienes o fondos: quien no sepa obtener el rendimiento cooperativo de personas, no sabe conducir y no puede conducir, al margen de toda otra consideración o interés.

b) La centralización de las obras sociales mutuales con tales fines. Para ello no se ha dudado en arrebatarse, a distintos grupos humanos, a través de la Ley 17.230, la conducción de sus propias obras sociales y mutuales; o en producir hechos manifiestamente inconstitucionales que, arrasando con las autonomías provinciales, o haciendo caso omiso del federalismo, pretenden embretar en un solo canon a todas las obras sociales y mutuales provinciales, como en el caso del IOMA en nuestra Preeminencia.

Sepan sus afiliados, y los de las otras obras, sociales y mutual es, que si al presente no tienen servicios es solamente porque sus entidades no pueden discutir y firmar libremente un convenio ya que ello les está prohibido por la Ley Nacional 18.483, bajo cuyos preceptos los médicos no vamos a realizar acuerdos ni contratos, porque ello sería liquidar el ejercicio profesional; un suicidio para nosotros y una muerte para los afiliados.

c) La tan promocionada y televisada creación de los Hospitales para la Comunidad (Ley 17.102) lleva también a distorsiones monstruosas para la Salud; con el pretexto de la utilización plena de recursos se lleva a que no haya más medicina gratuita para los desprotegidos; a que los Hospitales del Estado atiendan a los pacientes de las obras sociales y mutuales, quienes, concentrados en los mismos, medrarán por una atención demorada y deficitaria, ya que al cabo de una larga cola serán recibidos por médicos fatigados que durante una larga jornada habrán debido atender, tal vez, a ochenta o cien distintos pacientes.

Hospitales para la Comunidad, serán Hospitales para un pueblo sin protección de su Salud; porque la Secretaría de Salud Pública de la Nación ha

encañonado un arma infalible contra la Salud del pueblo argentino; está pretendiendo liquidar el quehacer profesional médico del país. Esta conducción destructiva es juzgada y repudiada por los médicos argentinos; cuando el pueblo termine de apreciarla, será tarde.

La nueva Ley 18.610 de Obras Sociales es Ley que, originaria en el mismo Ministerio de Bienestar Social, no cuenta con el análisis y opinión previa de los organismos médicos a los que, obligadamente, se les debió requerir opinión sobre el tema ya que, respecto del mismo y a falta de organismos legislativos, las entidades médicas son las únicas realmente representativas de un sector de opinión estrechamente vinculado a la actividad de la Salud. Claro que esto es válido siempre que la Doctrina Comunitaria sea auténtica y haya vocación real de ponerla en práctica, no solo de enunciarla. De cualquier forma, y en relación a la Ley, ya puede decirse que el aporte previsto para las prestaciones de salud es tan insuficiente que las finalidades que con ello se persiguen escapan a toda seria consideración.

6. NO TIENE PRETENSIÓN MANIFIESTA O ENCUBIERTA DE PROMOVER DESÓRDENES O CONFLICTO EN EL PAÍS.

Desde ya los médicos deslindan toda responsabilidad por las consecuencias que su legítima actitud de defensa del acervo profesional y en pro de la Salud Pública, pueda provocar.

Ubíquese el Gobierno en el papel moderador que su esencia le impone. Recuerde que la filosofía de la Revolución Argentina expresó que el Pueblo Argentino consentía en la misma ya que la finalidad superior sería crear un interregno político para posibilitar el reencuentro. En tal inteligencia ha sido consentida. Pero, ¿se producirá el reencuentro cuando la obcecación de un Secretario de Estado pretende llegar a la destrucción del sector profesional responsable de la Salud de la Nación?

¿Cuándo por boca de conspicuos y dignos funcionarios se enuncia con vocación de servicio una Doctrina Comunitaria que reemplace, con su ejercicio temporal, al gobierno representativo y democrático, esencia del sentir argen-

tino, y, por otra parte, otros funcionarios se encargan de desdeñar con hechos dicha Doctrina?

Formulamos un nuevo llamado a la reflexión, insistimos en que los problemas de la Salud Pública o se resuelven con todos los médicos o no se resuelven de ninguna manera. Afirmamos que un Seguro de Salud ha de ser la gran solución que el país necesita, pero que a él ha de arribarse sin deteriorar y quebrar al sector profesional que ha de ejecutarlo; hacerlo así sería como hablar de Defensa Nacional sin Fuerzas Armadas, sin cuadros profesionales provistos de elementos técnicos, de medios formativos, etcétera.

Entretanto, sepa la población que el problema que plantea la falta de convenios con las obras sociales oficiales no puede ser atribuido, por ningún concepto, a los médicos.

Es más: estamos en condiciones de informar que las entidades médicas están abocadas a la organización de un seguro privado de enfermedad para que la población, que será ejecutora y beneficiaria del mismo, no padezca en el futuro los avatares de desaciertos conductivos que no nos son imputables.

La sensibilidad de los médicos, con claro sentido social, ha sido puesta a prueba, y las respuestas serán múltiples.

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Asociación de Profesionales del Instituto General San Martín de La Plata
Asociación de Profesionales del Hospital de Niños de La Plata
Asociación de Profesionales del Hospital Melchor Romero de La Plata
Asociación de Profesionales del Hospital Ricardo Gutiérrez de La Plata
Asociación de Profesionales del Hospital Sm Juan de Dios de La Plata
Asociación de Profesionales del Hospital San Roque de La Plata
Asociación de Profesionales del Hospital Italiano de La Plata
Asociación de Profesionales del Hospital Español de La Plata
Asociación de Profesionales del Instituto Médico Platense de La Plata
Asociación de Profesionales de I. P. E. N. S. A. de La Plata

1. CARTA ABIERTA AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA NACIÓN Y PUBLICACIÓN PERIODÍSTICA DE UNA SOLICITADA.

Resultó un éxito la manifestación de protesta concretada en la Carta abierta al señor presidente de la Nación, que con la firma de más de 16.000 médicos del país fuera publicada en forma de solicitada en los diarios “La Nación”, “La Prensa”, “La Razón”. El día 25 de marzo, el texto de la misma se transcribe a continuación:

AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA TENIENTE GENERAL DON JUAN CARLOS ONGANÍA

SU DESPACHO

La Confederación Médica de la República Argentina, en representación del Cuerpo Médico de todo el país que suscribe la presente con motivo del Referéndum nacional realizado a tales efectos se ve obligada a dirigirse al señor Presidente de la Nación, para hacerle conocer su posición ante la falta de soluciones a numerosos problemas que lo afectan, y como exteriorización de su discrepancia con la política sanitaria nacional.

A manera de afirmación preliminar y para despejar cualquier duda sobre la autenticidad de esta actitud, los médicos del país quieren hacer pública su adhesión a una política de cambio que, en lo referente a la salud, extienda y mejore la atención para toda la población, especialmente para aquellos sectores de menores ingresos y, consecuentemente, más necesitados de medicina completa, oportuna, eficiente y accesible.

Los profesionales de la Salud –como ninguna otra actividad– pueden mostrar con legítimo orgullo una larga trayectoria de su genuina vocación al servicio de la comunidad, a través de la silenciosa y permanente actuación hospitalaria en la que nadie puede dudar de que la remuneración no juegue un papel determinante.

La Confederación Médica de la República Argentina ha venido reclamando, por todos los medios a su alcance, respecto de un conjunto de leyes vinculadas con el ejercicio profesional, según se expone a continuación:

1. - Leyes sobre Carrera Médica Hospitalaria

Es de pública notoriedad que la aplicación de los diferentes regímenes que se hallan vigentes en la Capital Federal y en la mayoría de las jurisdicciones provinciales, se encuentran en franco y creciente deterioro.

El régimen de Carrera Médica Hospitalaria lleva muchos años de ejecución y significó una valiosa conquista para el cuerpo médico que, a través de aquél, tuvo acceso igualitario a esta fuente de trabajo, logró estabilidad y el sistema de concurso para proveer las distintas jerarquías.

Es aceptable que las transformaciones socio-económicas operadas, planteen la necesidad de actualizar aspectos de este régimen para adecuarlo a las presentes circunstancias de los servicios médicos municipales, provinciales y nacionales. Pero, no es menos cierto que ante tal revisión deben tenerse en cuenta las opiniones y los informes que las organizaciones médicas elevaron en su oportunidad a las autoridades correspondientes. Es asimismo perentoria la inmediata normalización de los cuadros médicos, poniendo fin al interinato existente.

2. - Ley 17.102, de Hospitales para la Comunidad

El régimen instaurado por la Ley 17.102 no responde a la realidad económica y social de las diferentes áreas que integran el país.

Su aplicación, en tales condiciones, significa una transferencia de la responsabilidad estatal en la atención de la salud de los sectores de menores recursos de la comunidad, actuando sobre efectos superficiales y no sobre las causas profundas de la crisis que soporta el régimen hospitalario.

Las experiencias realizadas en hospitales importantes, han generado serios conflictos que revelan la vulnerabilidad del sistema.

3. - Ley 18.483, que normatiza las relaciones entre las organizaciones médicas y las Obras Sociales

Hasta la sanción de esta ley, los organismos médicos celebraban los convenios de prestación de servicios a los usuarios de Obras Sociales, directamente, mediante acuerdo de partes.

Ahora se pretende desplazar a los protagonistas de aquella contratación con la interferencia del Estado que en forma unilateral, se propone ejecutar las principales decisiones vinculadas con estos servicios.

Además se desconoce la presencia y las facultades de organismos creados por leyes provinciales (Colegios y Consejos de Médicos) cuya experiencia en la materia muestra la ponderación y equilibrio con que han actuado hasta el presente.

4. - Ley 18.038. de jubilaciones para trabajadores autónomos

Los médicos, como otras profesiones universitarias que habían instalado en muchas provincias regímenes previsionales, se ven incluidos, al precio de un doble aporte, dentro de la Ley 18.038.

Dado los limitados alcances de cobertura que esta Ley ofrece y su complicada mecánica operativa, se justifica la decepción que significa paralizar sistemas de probada eficiencia, para continuar con experiencias sobre las cuales el pueblo argentino tiene sobrados motivos de crítica.

En definitiva, el régimen de la Ley 18.038 grava con un nuevo tributo a la actividad profesional, sin garantizar un adecuado sistema de seguridad social.

La Confederación Médica de la República Argentina, en prueba de su responsabilidad y madurez profesional, ha recorrido los caminos y agotado las instancias posibles para promover las rectificaciones que permitan la formulación de una política sanitaria actualizada, integral y compatible con la rea-

lidad nacional. Sin embargo, y hasta el presente, ha sido marginada de la elaboración y la ejecución de las principales decisiones adoptadas.

En nombre del Cuerpo Médico Argentino y por mandato expreso de éste, la Confederación insiste, una vez más, en la defensa de los principios precedentemente expuestos y solicita la intervención del Señor Presidente para lograr la solución adecuada y justa a los problemas enunciados. Cuente para ello con la seguridad de que los médicos han de aportar el más alto nivel técnico y la objetividad que exigen los elevados intereses comprometidos.

Saludan al Señor Presidente con la mayor consideración.

Dr. CARLOS A. DE LA PLAZA Secretario General

Dr. ALBERTO C. PRIETO Presidente

Aunque anteriormente nos hemos referido al IOMA desde su creación, sus inicios y las leyes que lo sustentaban, es oportuno mostrar cómo se encontraba esta institución en 1968, dado que como sabemos los problemas de la Agremiación Médica Platense no se limitaban a la confrontación con las decisiones del gobierno de facto y su política médica, sino que los conflictos más recurrentes estaban relacionados con el pago en mora del IOMA.

Como se desprende del análisis que resumimos a continuación los gastos referidos a las prestaciones médicas que debía afrontar el IOMA en 1968 con respecto a 1964, se habían incrementado en 4 años en un 435%. (98)

SITUACIÓN DEL IOMA EN 1968 (98). Basta decir sobre el particular, que es finalidad del Instituto, de acuerdo a lo que establece el artículo 1° de la ley 6.982 realizar, en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, todos los fines del Estado en materia médico-asistencial para sus agentes en actividad o pasividad, y para los sectores de la actividad pública y/o privada que se adhieran a su régimen. Establece asimismo dicha normación legal, que su desenvolvimiento como Ente Asistencial, habrá de orientarse en la planificación de un sistema sanitario asistencial para la Provincia

toda, llevando como premisa fundamental la libre elección del médico por parte de los usuarios, y reafirmando el sistema de Obra Social abierta y arancelada.

Gastos por servicios asistenciales. Para clarificar con mayor precisión la imagen integral del Organismo, se hace necesario consignar un acopio de datos muy completos que perfilen la real dimensión del mismo, evaluando con nitidez los egresos presupuestarios producidos en concepto de “Gastos por Servicios Asistenciales”-

Al llevar a cabo un análisis comparativo de prestaciones dadas y sus gastos consecuentes, durante los ejercicios 1964 al 1968 inclusive, las cifras y porcentuales demuestran un innegable incremento, tanto en el número de prestaciones, como por consiguiente en el “gasto” insumido.

Diversos factores concurren a configurar este cuadro:

Distribución del total de afiliados a I.O.M.A.

		Año 1968	
		Afiliados Directos	Afiliados a Cargo
OBLIGATORIOS	Administración General y Poderes	141.697	155.67
	Municipalidades Adheridas ..	27.702	30.472
	Jubilados y Pensionados	65.500	42.900
VOLUNTARIOS	Adhesión Individual	8.200	5.600
	Adhesión Colectiva (Sector Privado)	12.013	13.214
	Experiencia Piloto (Partido de C. Brandsen)	130	377
Totales Parciales:		255.242	248.230
TOTALES GENERALES		503.472	

Es evidente que la aprobación general, toma día a día mayor conciencia del importante aporte que todo servicio asistencial de estas características, significa al presupuesto familiar, rompiendo de esta manera, con el anacrónico prurito de la no concurrencia y no adhesión a este tipo de prestación social.

Por otra parte la medicina es cada día más cara, pruebas de laboratorios, radiología, radioisótopos, etc. Son prestaciones, que sumadas a la diversidad de especialidades intervinientes en un diagnóstico, encarecen la prestación individual.

Más aun, haciendo base en que la salud es un derecho, es el Estado quien debe arbitrar los medios para corresponder a ese derecho, con la presentación debida, adentrándose así cada vez más, en el campo de la Seguridad Social.

Ciñéndonos ya en el plano de los guarismos, observamos que durante el ejercicio 1964, de donde extraeremos un índice 100 para el porcentual demostrativo, el tal de los "Gastos Asistenciales" ascendió al orden de \$1.009.872.222.

Habiendo ascendido las cifras correspondientes al año 1968 al orden de \$ 4.251.169.165. De la confrontación de estas cantidades, las correspondientes a los ejercicios 1964 y 1968, extraeremos una elevación en el índice de gastos, que nos lleva al 421%. Aumento éste, que analizado comparativamente, demuestra que en la misma relación 1964-1968, el presupuesto denota un gran abultamiento en lo que a prestaciones se refiere, manteniendo una dependencia constante el "Gasto" con el aumento de las mismas.

De esta manera, se observa que la inversión por Prestaciones Médicas que en 1964 se eleva a \$ 397.155.370, en 1968 asciende al orden de \$1.729.004.364, notable ascenso, porcentualizado en un 435%.

Asimismo el rubro Farmacias, que en 1964 insume a la Institución \$337.589.680, en 1968 consigna la cifra de \$1.260.774.481, es decir un aumento en la prestación del 373%.

Cabe por último analizar una sola proyección más, la del rubro Sanatorios. En 1964 IOMA paga \$162.399.260, por el contrario en 1968 \$778.683.699, un ascenso porcentual del 479%, siguiendo siempre la relación módulo 100 para 1964.

Gastos en Personal. Es importante visualizar claramente y a esta altura particularizando, que mientras los “Gastos en Personal” insumen solamente un 5,49% del presupuesto de 1968, los “Gastos Asistenciales” demuestran la inversión de un 88,68% quedando de esta manera marginada por ínfima, la cifra de gastos, la cifra de “Gastos en Personal”. No obstante ello, conviene destacar a su vez, que los “Gastos del Personal” en los ejercicios 1964 y 1965, representaron el 6,96% y el 9,53%, respectivamente, del presupuesto de la Institución, demostrándose así una notable disminución en los mismos con respecto al 1968.

De la misma manera ha ocurrido con el rubro “Otros gastos” si se tiene en cuenta que en el año 1965, ascendía al 2,17% del presupuesto total, llegando incluso en 1966 al 2,34%, mientras que en 1968, configura solamente el 1,12%.

Resulta interesante destacar, la disminución de los rubros “Gastos en Personal” y “Otros Gastos”, contraponiéndolos al aumento paulatino y constante de las “Inversiones en Capital” y de los “Gastos Asistenciales”.

Completando finalmente el cuadro, debe señalarse, que las “Inversiones en Capital” correspondientes a 1964, comprendían solamente el 0,29% del presupuesto total, mientras que en 1968 se elevan ya, al 4,71% del mismo.

Estas cifras del rubro “Inversiones en Capital” aparecen incrementadas en merito a que el IOMA, se halla abocado a la solución de un problema, que hasta la fecha lo afecta desde el punto de vista organizativo y económico: la construcción de su propio edificio.

El IOMA y su relación con el Ministerio de Bienestar Social – Ley 7.218- Por Ley nº 7.218/66 se crea el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires, incluyéndose entre sus Organismos dependientes el Instituto de Obra Medico Asistencial.

Edificio del IOMA. El tener edificio propio, significa para el instituto, una imperiosa e impostergable necesidad, ya que el mismo, ha sido diseñado para cubrir toda la gama de requerimientos que exige el diario que hacer, de modo especial, el de aquellas dependientes que por la índole de sus funciones, tienen contacto permanentes con beneficiarios y prestatarios.

Por otra parte se salva con esta concertación, la desconexión administrativa que provoca la incoherente distribución geográfica de las distintas dependencias, que se suma, al nada despreciable ahorro de alquileres que asciende hoy día, al orden de los 10 millones de pesos anuales.

Por último, se destaca sobre el particular, que este edificio fue presupuestado en el año 1965 con un costo de \$209.778.863, habiéndose pagado hasta la fecha, \$442.546.558, poseyendo la Institución fecha cierta de conclusión de las obras de acuerdo a contrato vigente, siendo de la misma el 29 de julio 1970.

Prestaciones. Los gastos asistenciales que se han analizado se encuentran en relación directa con otro factor también enunciado: "Incremento en el número de las Prestaciones". Es evidente que este aumento surge claramente, estableciendo la relación del año 1964 a 1968.

En lo que se refiere a Consultas Médicas, de 1.228.236 en 1964, ascienden en 1968 a 1.916.564, consignando un incremento de alrededor de las 700.000 consultas.

En cuanto al número de Visitas a Consultorios Externos en Sanatorios, se obtiene la cantidad de 152.501 en 1964, elevándose en 1968 a 189.556, pudiéndose consignar así, un incremento que se acerca a las 40 000. El mismo fenómeno se destaca en cuanto al número de internaciones, tomando como modulo la misma relación de tiempo. Puede señalarse de esta manera, que en el año 1964 las mismas ascienden a 15.454, obteniendo para 1968 la cifra de 28.643, nótese un incremento algo mayor de las 13.000. De la misma forma el número de Análisis que en 1968 se eleva a 189.428, en 1968 a 357.543, lo que arroja un aumento cercano a los 160.000; notándose también un gran

incremento en las Atenciones Odontológicas, que de 158.733 en 1964, ascienden a 252.826 en 1968, elevándose de esta manera los guarismos en cerca de 100.000 más, con la correspondiente inversión por parte del IOMA, en lo que a compra de servicios asistenciales se refiere.

Medicamentos. No puede dejar de señalarse, como adicción a las circunstancias ya anotadas, que costo de los medicamentos en relación a los precios establecidos para el año 1965 se han incrementado a 1968 en 278%, debiéndose tener en cuenta que el rubro Medicamentos actualmente en 1968 insume del 35% al 40% del presupuesto de IOMA.

Aranceles Médicos. Otro factor incidental presupuestario, lo configura el aumento de los aranceles médicos, que se han incrementado paulatinamente; nótese que las prestaciones médicas sufrieron un aumento en la relación 1967-1969 del 20%.

Afiliaciones. Experiencia Piloto en distintos Municipios

Valiéndose de las normas legales que permiten incorporar al régimen del Instituto, a distintos grupos sociales, a través de las Municipalidades, el IOMA viene cumpliendo un plan tendiente al logro de tan importantes objetivos. Se han suscripto convenios, por ejemplo, con el Municipio de Coronel Bransen, mediante los cuales se adhirió a unas 50 familias de recursos económicos insuficientes, con cuotas afiliatorias solventadas por la Intendencia.

Acorde con este sistema Municipal es entonces quien las incorpora, asumiendo su representación haciéndose cargo del aporte del 5% fijado sobre el sueldo mínimo para el Personal de la Administración Pública Provincial tomando bajo su responsabilidad de Municipio, con fondos propios, el coseguro a fin de que la asistencia sea totalmente gratuita.

Partiendo de las pautas de las precedentes, se procedió a la confección de los anteproyectos de contratos correspondientes adecuándolos a las previsiones de las normas en vigencia.

Dichos proyectos fueron sometidos oportunamente a consideración de la Asesoría General de Gobierno, y una vez aprobados, suscriptos por la Municipalidad y el IOMA ad-referéndum del Poder Ejecutivo Provincial. Lógicamente este paso final fue cumplimentado mediante Ordenanzas respectivas.

Por último, los convenios fueron suscriptos por un año de duración, incorporándose por dicho acto y en principio, 45 familias de recursos económicamente insuficientes.

Demostrativa en suma, ha sido la experiencia llevada a cabo en el Partido de Coronel Brandsen, ya que en el resultado se señala por demás favorable, al verse cumplimentadas las obligaciones emergentes de los contratos en todos sus términos, al tiempo que se ha llevado bienestar social a grupos numerosos que se hallaban al desamparo en lo que a asistencia médica se refiere.

Incorporación de Entidades Privadas. Un considerable número de empresas privadas han adherido al IOMA, movidas por el interés de asegurarse en el aspecto médico-asistencial, prácticamente sin que la Institución haya promovido, por lo menos intensamente, el régimen que posibilita este tipo de incorporación.

De ahí que esa inquietud sea mira permanente de este Instituto y se halle incorporada con firmeza, en los objetivos de su planificación. Contribuye a este aspecto, el estudio a que haya abocado la Institución, de todos los índices estadísticos necesarios para el auscultamiento, no solo en el campo específico en general, no solo en el campo específico en general, sino de todos los sectores socio-económicos más capacitados, que se convertirían en una real fuente de recursos futuros. Recursos estos, que serían volcados lógicamente, en busca de un permanente equilibrio, sobre aquellos otros sectores de menores recursos económicos, como se manifiesta en la experiencia piloto.

CONCLUSIÓN. Este resumen sobre el desarrollo de la Institución, fue proyectado al solo objeto de presentar la imagen real del Organismo.

Tratóse de arribar así, a la conclusión de que IOMA, en mérito a sus características y desenvolvimiento, ocupa un lugar de avanzada en lo referente al sector salud dentro de la Seguridad Social.

Podríase aun consignar, que se da en este momento, una etapa de formación de una conciencia de seguridad colectiva, de la que ha de seguir, a no dudar, una verdadera doctrina de salud pública en procura de una solución cierta a los problemas sanitarios que evidencian los distintos sectores de la Provincia de Buenos Aires.

El Instituto de Obra Médico Asistencial ha de construir con su cumulo de inapreciable experiencia, un resorte de real importancia.

AMP, a través de sus Actas del Consejo Directivo durante el Gobierno de Onganía (99)

En el transcurso del gobierno de Onganía la AMP tuvo una intensa actividad motivada por los conflictos con el gobierno de facto a partir de sus decretos y leyes especialmente en la Carrera Médico Hospitalaria y su cumplimiento como así también la problemática del Hospital Gonnet.

Por otra parte, en cuanto a su función específica la AMP tuvo que luchar con las obras sociales para que se respeten los convenios y se realice el pago por prestaciones en término. En este sentido se evidencia el reclamo histórico de las deudas por mora con el IOMA, especialmente durante 1969 y 1970, lo que también motivaba el cobro indebido por parte de los médicos.

Sin embargo, los temas más relevantes por su trascendencia fueron: 1) continuar a rajatablas con la defensa de la libre elección no solo desde el punto de vista teórico sino en la práctica a través de las disputas con las obras sociales y los médicos a sueldo, y 2) repudiar la intervención de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y por parte del gobierno de facto y alinearse en la resistencia con las demás entidades filiales de la Federación Médica, a partir de enero de 1968.

Durante esta etapa se realizaron 185 reuniones del Consejo Directivo de la AMP con sus respectivas actas, entre el 4-7-1966 (Acta 499) y el 17-6-1970 (Acta 684), bajo la breve presidencia del Dr. Albertali (hasta noviembre de 1966) y la prolongada conducción del Dr. Poli (desde diciembre de 1966 hasta 1970) (99).

Siguiendo nuestra metodología de trabajo, para conocer mejor a los protagonistas y su tarea en la AMP, hemos seleccionado y resumido las actas más significativas de acuerdo a los temas y según un orden cronológico, que exponemos a continuación.

1) Obras sociales

Se hace presente una delegación de la Asociación de Anestesiología de La Plata encabezada por su presidente, el Dr. Gordon, quien expone ante el consejo directivo, la situación originada por el no reconocimiento por parte de la obra social YPF del valor galeno de 450 pesos para las prestaciones realizadas en los primeros meses del año en curso. (Acta 502, 22-8-1966)

Se hacen presentes en la sesión el presidente y secretario del Hospital Italiano, con el objeto de exponer inquietudes de la Asociación en relación al Convenio con la obra social YPF. Señalan al respecto su preocupación por el incumplimiento por parte de la obra social del principio de libre elección del médico. (Acta 505, 17-10-1966)

Se informa que se ha cursado nota a la obra social de YPF a fin de lograr el pago de la deuda vencida, y que además se ha cursado copia a la filial local del SUPE (Sindicato de los trabajadores petroleros). (Acta 506, 14-11-1966)

Se hacen presentes en la sesión, los integrantes de la Mesa Directiva de la Agrupación Médica de Berisso. Exponen ante el consejo, su creencia sobre la necesidad de una estrecha vinculación en el accionar de las agrupaciones que haga posible en efectivo cumplimiento de las normas gremiales, en especial las referidas a la acción frente a las obras sociales y mutuales que no aceptan la libre elección del médico. Tras amplias deliberaciones sobre el particular, se coincide

en la conveniencia de propiciar una rehabilitación y efectivización de las funciones de la circunscripción 1, que es el organismo adecuado para coordinar la actividad gremial en la zona. (Acta 513, 4-01-1967)

Se informa luego que fue realizada una reunión con los representantes de la obra social de SEGBA, promovida como consecuencia de la virtual cesación de servicios que ha significado la abstención por parte de los sanatorios de facturar honorarios médicos. Se destaca que tras prolongada deliberación se ha coincidido en la conveniencia de iniciar conversaciones para la firma de un convenio con la citada obra social SEGBA (Servicios Eléctricos del Gran Buenos Aires). (Acta 518, 8-02-1967)

Se resuelve luego en relación a la propuesta realizada por la obra social de Ferroviarios informar a la misma que no se hará lugar a ninguna tratativa, en tanto no sean canceladas las considerables deudas por honorarios médicos facturados por vía sanatorial. Cancelación que de no producirse en los próximos días hará lugar a la adopción de severas medidas a partir del 3 de marzo de 1967. (Acta 521, 22-02-1967)

Se hace presente una delegación de SEGBA. En este sentido la idea es evaluar la posibilidad de un convenio con esta obra social a fines de que respeten los postulados de la Agremiación en especial la libre elección del médico. El problema que se suscita con los médicos de SEGBA en relación de dependencia, es un cambio de funciones por lo cual se plantearía el inconveniente que al trabajar menos esto implicaría menor salario, lo cual generaría un conflicto. Ante esta situación, la idea es que los profesionales que trabajan en SEGBA sean consultados, asimismo las autoridades a efectos de aclarar cuál habría de ser su actividad futura.

Se toma luego conocimiento de nota enviada por YPF informando que ha dado por terminadas las funciones de sus médicos especialistas directos en cumplimiento a lo pactado oportunamente con la Agremiación. (Acta 522, 1-03-1967)

Se informa sobre una entrevista con las autoridades de la obra social YPF, destacándose que el convenio propuesto por los mismos, no resulta aceptable

y que se ha comunicado la realización de una entrevista con dicha obra social, para proseguir la discusión de una fórmula definitiva. (Acta 525, 22-03-1967)

Considera luego el Consejo de Administración la marcha de las gestiones realizadas con las obras sociales de SEGBA, Ferroviarios e YPF. Tras prolongado análisis de las mismas se coincide en advertir que para su prosecución cabe resolver en definitiva la actitud que la Agremiación adoptará en relación a sus médicos directos, ya que la actitud de los mismos constituye, al presente, el principal obstáculo para el buen éxito de las tratativas. (Acta 526, 5-04-1967)

Informa el concejo directivo que están prácticamente concluidas las negociaciones para la firma del convenio con SEGBA habiéndose resuelto respetar la organización médica actual de la obra social sin perjuicio de la acción gremial que pueda realizarse en relación a los médicos que la integran, en relación a ello se resuelve plantear ante la Federación la anómala situación que constituye la actuación en la provincia de Buenos Aires de la asociación de profesional del arte de curar de SEGBA opuesta en sus fines e intereses a postulados básicos de la Agremiación y Federación Médica. (Acta 530, 10-05-1967)

Informa la mesa directiva que se ha procedido a enviar a YPF el convenio formulado oportunamente y que también fue acordado. (Acta 532, 24-05-1967)

Se acuerda brindar anticipos de honorarios ordinarios y extraordinarios a múltiples profesionales. Informa la presidencia sobre las gestiones realizadas con la obra social de Ferroviarios resolviendo el concejo intimar a dicho organismo para que en plazo de 12 días de por concluido las tratativas con la firma del convenio respectivo. Ya que en caso contrario será procedente la suspensión de servicios por cuenta de la obra social y el retiro de la colaboración con la misma en todos los niveles. (Acta 533, 31-05-1967)

Se resuelve solicitar a la Federación Médica que intime a las obras sociales con deudas vencidas y que así mismo exija el pago por orden de presentación de remitos. (Acta 534, 7-06-1967)

Se considera la situación de médicos inspectores del IOMA que a la vez realizan prestaciones a beneficiarios de la obra social, tras un breve cambio de ideas se resuelve requerir a la Federación que a la primera oportunidad posible asegure la uniformidad de aplicación en relación a todas las obras sociales de la cláusula cuarta del convenio tipo. Considera luego el concejo la situación que constituye la publicación de un boletín de la asociación de profesionales del Arte de Curar de SEGBA en el que se critica seriamente la gestión de la Agreración en relación a dicha empresa se resuelve respecto hacer conocer el artículo respectivo a la Federación médica y por otra parte pedir a los médicos de SEGBA afiliados a la Agreración manifiesten si se hacen solidarios con las expresiones contenidas en el mismo. (Acta 537, 28-6-1967)

Se informa así mismo que de acuerdo a lo oportunamente dispuesto por el Colegio Distrito primero se comunicó a todas las Obras sociales del contrato local que se aplicara el arancel 1968 a partir del día primero de febrero en lo que se refiere a las obras sociales con convenio con la Federación se dispuso que en tanto no sea comunicada la aceptación de los nuevos aranceles se cobre a los afiliados en forma directa, la diferencia entre estos y los vigentes durante 1967. (Acta 565, 7-2-1968)

Se toma conocimiento de nota cursada enviada por el Director Ferrovianos Dr. Cabrera informando que los consultorios Ferrovianos han pasado a depender del Ministerio de Bienestar Social se le requiere que informe: a) régimen actual de trabajo b) forma de remuneración c) Sector de población que se atiende.

A continuación se toma conocimiento de nota enviada por el Sindicato de la carne indicando que todos los profesionales de sus servicios médicos revisten como médicos de guardia permanente y se les contesta que informe sobre: a) qué tipo de atención profesional implican tales cargos b) horario y régimen de retribución. (Acta 572, 27-3-1968)

A continuación se trata la circular número 193 de la Asociación Mutualista del Banco de la Provincia. En la cual se hace referencia a la diferencia que debe pagar el afiliado de la mutual por no haber solicitado todavía dicha mutual

los nuevos aranceles. Se resuelve enviar un telegrama colacionado a la misma a fin de lo impertinente de esta notificación quedando mal la Agronomía Médica Platense. (Acta 574, 10-4-1968)

A continuación se trata de la situación derivada de la circular enviada por la Mutual del Banco Provincia y se informa sobre la no respuesta a la nota y telegrama enviado por esta Agronomía a dicha mutual y se resuelve enviar otra nota en la suspensión de los servicios médicos hasta tanto no aclaren o rectifiquen dicha actitud. (Acta 575, 17-4-1968)

Se analiza la probabilidad de reanudar los servicios con YPF sobre la base de los nuevos convenios de acuerdo a normas de la Agronomía y supeditado a la presencia del SUPE en las deliberaciones. (Acta 586, 3-7-1968)

Se plantea el Colegio de Médicos y Federación Médica. La necesidad de reconsiderar el valor Galeno ante los recientes aumentos dispuestos por el gobierno nacional, se requiere a la Federación Médica que intime a las Obras Sociales a: Primero: regularización absoluta de pagos de acuerdo a términos de contratos. Segundo: que por ningún concepto se aceptan facturas observadas pasado el plazo de días establecido con las mutuales y obras sociales en lo que hace al ingreso de las facturas mismas. (Acta 628, 14-5-1969)

También existe honda preocupación entre los profesionales médicos, quienes solicitan la suspensión de servicios a las obras sociales que se hallan en mora, por lo tanto se dará un plazo de 60 días para que todas las obras sociales en mora regularicen su situación y paguen la deuda. (Acta 636, 2-6-1969)

Se remite nota a la Federación Médica acompañando planilla discriminativa del estado de deuda de las obras sociales que han celebrado convenio por su intermedio a requerimiento al mismo tiempo se estime el lapso en el tiempo de aquello que se hallan en mora y se realicen las pertinentes estimaciones del pago bajo apercibimiento de suspender los servicios. (Acta 640, 30-7-1969)

La Agronomía Médica Platense a través de su concejo directivo ha resuelto suspender los servicios médicos en distintas obras sociales dado el atraso

en los pagos, si bien es necesario consignar que tal temperamento se adoptó teniendo en cuenta que la Federación Médica a la fecha no ha resultado una solución alguna al problema particularmente planteado pese a las reiteradas presentaciones efectuadas por esta Agremiación Médica y los reclamos correspondientes. (Acta 648, 1-10-1969)

Se intima a varias obras sociales a realizar los pagos atrasados y en especial a la mutual de empleados de comercio por sus reiteradas faltas en la regularización de los pagos de honorarios médicos. (Acta 680, 20-5-1970)

El concejo directivo toma conocimiento de una comunicación cursada por la Federación Médica según la cual se ha convenido con varias obras sociales la reanudación de los servicios. Por otra parte el Concejo Directivo de la Agremiación Médica Platense resuelve comunicarle a la Federación que hasta tanto dichas obras sociales no cumplan totalmente con el pago y sus deudas comprometiéndose a cumplir en los términos firmados el convenio existente en lo que hace a la modalidad de expedición de órdenes, no se reanudarán los servicios en el ámbito de la Agremiación Médica Platense. (Acta 683, 10-6-1970)

2) Obras sociales y libre elección

Se hacen presentes los médicos a sueldo de SEGBA, iniciándose acto seguido el análisis de la situación de los mismos en relación al convenio que suscribiría la empresa con la Agremiación. Tras prolongado debate queda reafirmada la decisión de la Agremiación de postular al respecto una total vigencia del principio de libre elección del médico. (Acta 523, 8-03-1967)

Se considera la situación del convenio propuesto por Ferroviarios, analizándose en particular lo que se refiere a los médicos directos de la obra social. Se conviene al respecto procurar una fórmula que armonice su situación con la vigencia de la libre elección del médico. Considera luego ampliamente el Consejo, cuál ha de ser la directiva básica de actuación frente a obras sociales que tienen planteles médicos directos. (Acta 524, 15-03-1967)

En relación con el convenio de la obra social de ferroviarios luego de analizado el mismo se resuelve comunicar al citado organismo que se consideran inaceptables los términos el mismo que no respetan por otra parte las bases que se comunicaron en ocasión en la última reunión realizada en Capital Federal con la Obra social en razón de ello se consideran suspendidas las tratativas aunque en atención a la gestión realizada por la cooperadora de consultorios ferroviarios locales se aceptaría la realización de una reunión definitiva a realizarse en la sede de los sindicatos locales de la unión ferroviaria o la fraternidad. Por otra parte se recuerda que se mantiene vigente el reglamento que implica que aquellos médicos que están en relación directa con obras sociales y mutuales gozando a la vez de la fuente de trabajo con libre elección del médico se señala que se ha previsto que en caso de no prosperar a las actuales tratativas para lograr un cambio de funciones de dichos profesionales procurando salvaguardar su situación personal y considerando el grave escollo que su actuación implica para la obtención de convenios satisfactorios con importantes obras sociales habrán de adoptarse las resoluciones necesarias para brindar plan y vigencia a la resolución de Avellaneda donde se insiste una vez más en el principio de libre elección el médico por parte del paciente. (Acta 536, 21-6-1967)

Con la presencia de los médicos directos de SEGBA de acuerdo a la invitación del concejo directivo tras poner en conocimiento de los mismos el convenio suscripto con la citada empresa la presidencia se refiere en extenso a la situación de los médicos directos y a las cláusulas que contienen el convenio en relación a las mismas. Expresa que es en principio decisión el concejo brindar a los médicos directos un plazo en 60 días para optar entre su vinculación con SEGBA o la atención por libre elección del Médico. En torno a lo expuesto por la presidencia se genera un prolongado debate en el que se analizan los objetivos y las consecuencias de la medida anunciada en el curso del mismo se contempla la posibilidad de que los médicos de SEGBA puedan convenir con la empresa un cambio de funciones que excluyera las asistenciales de modo tal que quedaron exceptuados de la incompatibilidad gremial, postulan así mismo los profesionales citados que la exigencia de la opción sea igualitaria para todos los afiliados de la institución. Señalan por último que no comparten alguno de los términos

de la publicación de la Asociación de profesionales del Arte de Curar de SEGBA que manifiesta fue producido por la comisión directiva de dicha organización. (Acta 539, 2-8-1967)

Se hacen presente los médicos a sueldo de la dirección de asistencia social para ferroviarios se informa a los mismos sobre el propósito del concejo directivo de dar vigencia a las normas gremiales y ética que postulan la libre elección del médico que postulan como la norma básica de actuación profesional y a la decisión de la agremiación Médica platense en cuanto considera incompatible la atención de obras sociales por sueldo y la atención por libre elección por intermedio de las entidades gremiales Médicas. Uno de los médicos presentes señala al respecto que no es posible hacer a los médicos que resignen los cargos bien remunerados que poseen en obras sociales que por otra parte no se pueden obtener en cambio de funciones que excluya dichos médicos de la incompatibilidad. Advierte por otra parte que las normas gremiales que se pretende aplicar son fácilmente atacables por vía jurídica y que no deben interpretarse sino como objetivos y aspiraciones. Afirma que de otra forma la resolución de Avellaneda es propia de quien no tiene dos dedos de frente. Ante lo expuesto la presidencia afirma la total discrepancia del concejo con tales conceptos y expresa que es decisión irrevocable el cuerpo la continuación de las resoluciones encaminadas a obtener el cumplimiento de la resolución de Avellaneda es decir de la libre elección del médico por parte del paciente. (Acta 540, 9-8-1967)

Informa la presidencia que con fecha del 31-8-1967 la circunscripción primera ha resuelto conferir plena vigencia a la resolución de la asamblea de Avellaneda del año 1960 disponiendo que antes del 15 de octubre los médicos deberán optar entre sus desempeños de médicos directos de obras sociales y la atención de las mismas por intermedio de las entidades gremiales médicas, sobre la base del principio de libre elección. (Acta 544, 6-9-1967)

Informa la presidencia que un grupo de afiliados de la agremiación han planteado ante la circunscripción primera un pedido de revisión de la resolución adoptada el 31-8-1967. Al respecto el concejo se pronuncia ratificando nuevamente lo actuado por los representantes de la comisión directiva de la circuns-

cripción primera es decir que los médicos deberán optar o trabajar en forma directa con las obras sociales a sueldo o bien participar como médicos agremiados de la libre elección por parte del paciente. (Acta 546, 20-9-1967)

La comisión directiva decide rechazar el recurso de apelación en la que varios profesionales en relación directa con obras sociales no quería que se aplique la resolución del 31-8-1967 en base a la libre elección por lo tanto dichos profesionales ante el rechazo de esta comisión directiva deberán acatar la resolución de la Asamblea de Avellaneda de 1960 y optar por ser médicos directos de determinadas obras sociales o bien renunciar a las mismas y prestar servicios a través de la libre elección como afiliados a la Agremiación Médica Platense. (Acta 550, 18-10-1967)

El concejo directivo resuelve ante la negativa de los agremiados a renunciar a su empleo de forma directa en las obras sociales y de incorporarse al sistema fundamental del gremio médico que es el principio de libre elección considerando por otra parte que se ha brindado a los médicos rebeldes una amplia posibilidad de réplica y de defensa y que lamentablemente lo único que han hecho es haber dilatado mediante distintas maniobras la decisión, este concejo resuelve imponer la siguiente sanción: suspensión de 6 meses como afiliado de la Agremiación Médica Platense, y suspender a los mismos del registro de inscripción como médicos inscriptos para la atención de obras sociales y mutuales que contratan la prestación de servicios médicos por intermedio de la Agremiación hasta tanto no depongan su actitud. Esta medida tendrá vigencia a partir del primero de noviembre de 1967. (Acta 551, 25-10-1967)

Se toma conocimiento de nota presentada por los afiliados. A quienes sancionara en la sesión anterior en las cuales interponen recurso de afiliación ante la asamblea en contra de la resolución adoptada por el concejo directivo con fecha el 25 de octubre de 1967. En dicha nota los profesionales citados previenen así mismo que se hacen reserva los derechos que les acuerda disposiciones del estatuto de la Federación Médica y de la Constitución Argentina. Tras breve deliberación el concejo directivo resuelve hacer recurso de apelación interpuesto de acuerdo a los términos del Art. 11 del estatuto de la agremiación acordando someter su consideración a la próxima asamblea. (Acta 552, 1-11-1967)

Se resuelve ante informaciones referidas sobre nombramientos que se habrían realizado en remplazo de médicos renunciando en la obra social de SEGBA se cursa una nota exponiendo la oposición de la Agremiación a los mismos que contradicen el espíritu de las tratativas realizadas en ocasión de la firma del convenio con la referida obra social SEGBA. (Acta 553, 8-11-1967)

Se toma conocimiento de una nota cursada por la dirección de asistencia asociada sanitaria de SEGBA en respuesta a la comunicación que el concejo resolviera con fecha del 8 de noviembre de 1967, en la misma SEGBA afirma su derecho en virtud del convenio para realizar las designaciones que fueran necesarias para mantener su actual organización asistencial directa. Ante ello y tras un breve debate el concejo de la Agremiación Médica resuelve comunicar a SEGBA que interpretando que tal posición contradice las bases de tratativas que hicieron lugar al convenio y que tal resultaría agravada por el hecho que las designaciones habrían recaído en médicos sancionados gremialmente se ha considerado la posibilidad de denunciar el Convenio en la primera ocasión en que el mismo autorice. (Acta 555, 22-11-1967)

Concurren médicos que están a sueldo en la obra social metalúrgica y que decidieron renunciar al cargo a partir del 31 de diciembre planteando el inconveniente que se crea en esa obra social dado que ante la renuncia de los médicos a sueldo queda sin atención médica. El Dr. Poli sugiere la realización de una reunión informal con delegados del gremio metalúrgico con el objeto de integrar una comisión compuesta que estudia la solución del problema. (Acta 556, 3-12-1967)

Sigue el conflicto con algunos médicos que están en relación de dependencia en las Obras Sociales de Ferrovianos y de SEGBA y que deben optar por la libre elección de la Agremiación y renunciar a sus cargos de en relación de dependencia con dichas mutuales de lo contrario serán sancionados. (Acta 557, 6-12-1967)

Se recibe una denuncia por parte de un afiliado diciendo que en la mutual de la carne se ha inscripto varios colegas no respetando las normas de la libre

elección de la Agremiación, por lo cual pide una acción gremial sobre estos médicos. (Acta 558, 20-12-1967)

Se trata a continuación la situación de profesionales que siguen trabajando bajo relación de dependencia en la empresa SEGBA y estos profesionales aceptaron la situación de que están a sueldo en la obra social de SEGBA, por lo tanto el concejo directivo y la subcomisión de asuntos Gremiales consideran luego de un análisis profundo que tal hecho resulta violatorio de expresas normas gremiales dispuestas por la Agremiación Médica platense y sus entidades anteriores adoptadas por decisión de sucesivas asambleas a partir del año 1960 y que esto debe considerarse como agravante de la circunstancia que los cargos ocupados por los profesionales actuales fueron dejados vacantes por sus anteriores titulares por renuncia que los mismos hicieron cumplimiento a las normas y principios gremiales. Por lo tanto la actitud de los actuales médicos inscriptos bajo relación de dependencia de SEGBA supone un elemento perturbador como factor regresivo en el proceso de lucha gremial Médica tendiente a obtener la plena y efectiva vigencia de principio de libre elección del médico en relación a todas las obras sociales y mutuales proceso que se dinamiza en virtud del sacrificio de ventajosas situaciones personales de antigua data que realizaron otros colegas. Además la situación por la cual no se han acogido a la posibilidad de enmendar su falta desechando la solicitud de la subcomisión de asuntos gremiales para que renuncien al cargo obtenido al margen de las normas gremiales se resuelve la expulsión como agremiado de la Agremiación Médica Platense a los médicos que siguen en relación de dependencia con la obra social SEGBA y suspenderlos como médicos inscriptos para la atención de obras sociales y mutuales hasta tanto se coloquen esas situaciones reglamentarias para integrarlos a los respectivos registros. (Acta 609, 18-12-1968)

Se considera la situación de los médicos de la dirección provincial de Hipódromos. Se resuelve remitir a los mismos una encuesta inquirendo. Primero ¿si trabajan en la dirección provincial de hipódromos? Segundo ¿qué función desarrollan? Tercero ¿si atienden consultorio y o domicilio? Cuarto ¿si es exacto que atienden además de empleados a los familiares de los mismos? Quinto, ¿cuál es el monto de su remuneración y su horario de tareas a su criterio, y si

sus funciones implican que se desempeña como médico asistencial a sueldo de una obra social? (Acta 612, 8-1-1969)

A la reunión concurren los Dr. Golijow De Rosa, Blanc, y Rojo. Estos cuatro médicos concurren para interiorizarse de las razones por las cuales la Agrupación remitió a los médicos que prestan servicio en la dirección provincial de hipódromos una encuesta sobre las funciones que desarrolla en dicha entidad. Al respecto el Dr. Poli manifiesta que considera una burla a la ley de incompatibilidades la prolongación de los horarios a que aluden los referidos profesionales, agrega que se trata de una obra social ya que se atiende al grupo Familiar compitiendo como mutual con el sistema de libre elección del médico. Sobre este punto los médicos concurrentes manifiestan que ellos no serán obstáculo al proceso de libre elección. El Dr. Blanc aclara que no es delegado de la dirección Provincial de hipódromos el Dr. Rojo cuestiona el tono de la encuesta y pregunta con qué derecho la Agrupación Médica solicita la respuesta de un cuestionario con carácter de declaración jurada. El Dr. Poli aclara que no se trata de una indagación, sino de una encuesta que se hace a todos por igual y que la Agrupación no actúa como Policía sino que lo hace con sentido de solidaridad. (Acta 614, 22-1-1969)

Se solicita a los médicos de la dirección provincial de hipódromos el envío de la encuesta que se les hiciera llegar oportunamente. (Acta 616, 5-2-1969)

El concejo directivo de la Agrupación denuncia que se brindan prestaciones médicas mediante contratos formales o de hecho a mutuales obras sociales que se desenvuelven al margen de los principios gremiales de libre elección del médico, arancel mínimo y convenios por intermedio de la entidad gremial, esto sucede en varios sanatorios de la ciudad y que tales hechos ha provocado irregularidades en toda esta situación. Evidentemente estos hechos que subsisten al presente al margen de su irregularidad constituyen un factor de distorsión para la actividad gremial médica en tanto que implica un subsistema de ventajas personales o de grupo en detrimento del resto de los médicos que con su acción solidaria posibilitan la vigencia de sistemas que también usufructúan esas personas o grupos. Ningún director de establecimiento asistencial privado sanatorio puede ignorar lo que pasa dentro de su establecimiento por

lo tanto es el responsable de estas anomalías donde hay médicos que trabajan por fuera de los cánones legales de la Agrerriación por lo tanto ante esa situación el concejo directivo de la Agrerriación considera necesario arbitrar las medidas más adecuadas para regularizar definitivamente la cuestión por eso resuelven: Primero: reafirmar en consonancia con las normas gremiales superiores vigentes que todo contrato o convenio de atención médica tácito expreso que regulen las prestaciones a obras sociales mutuales o grupos de afiliados realizado y ejecutado al margen de la Agrerriación Médica Platense constituye una transgresión gremial grave. Segundo: señalar que ante prueba o semiplena prueba de tal transgresión se considerara responsables o corresponsables de la misma al director de sanatorio clínica u hospital donde se haya realizado o participado el contrato o el convenio. Tercero: los responsables o corresponsables de la transgresión señalada se harán pasibles de sanciones gremiales que puedan alcanzar a la expulsión como afiliado y la expulsión como médico adherido con atención a obras sociales y o mutuales. Cuarto: a los efectos de permitir la regularización o eliminación de las situaciones existentes al presente que constituyen transgresión gremiales grave de acuerdo a lo expresado en el artículo primero se dispone un plazo hasta el 30 de octubre para solucionar esta situación transcurrido el mismo se aplicará a la presente resolución en forma total y absoluta. (Acta 639, 23-7-1969)

Se plantea la situación de conflicto con la obra social de ferroviarios especialmente con la fraternidad, ante esta situación el concejo directivo refiere que la obra social ferroviarios no ha cumplido con las promesas oportunamente dadas, la libre elección de los médicos en caso de internación y seguir las normas de acuerdo a los convenios suscitados por la Agrerriación Médica platense y en virtud de eso toda la situación planteada en detrimento de los beneficiarios que es producto de la propia estructura de la obra social de ferroviarios. (Acta 652, 29-10-1969)

Por invitación del concejo directivo de la Agrerriación se hace presente una serie de médicos pertenecientes a la dirección provincial de hipódromos quienes prestan servicio en forma directa en esta obra social ante la situación que no cumple con los preceptos de libre elección. Los médicos están predispuestos en ver cómo se soluciona su situación en relación a la necesidad de cumplir con los

reglamentos gremiales y ver como no cesar en sus funciones dado su relación de dependencia con la dirección de hipódromos, además se debe tener en cuenta cómo afectará a los pacientes si se produce un retiro masivo como médicos de la dirección de hipódromos. (Acta 653, 5-11-1969)

El concejo directivo continua bregando para que los médicos a sueldo como en SEGBA la dirección de hipódromos y ferroviarios se adecue a la tarea de la libre elección porque de lo contrario no podrán trabajar en la Agremiación Médica dado que esta no firmara los convenios respectivos con las mencionadas entidades y obra sociales. Por otra parte se sigue reclamando que la Federación Médica intervenga para que las obras sociales que están en mora con la Agremiación Médica efectúen los pagos correspondientes a fin de no cortar los servicios. (Acta 654, 12-12-1969)

3) Carrera Médico-Hospitalaria

Informa luego el Dr. Poli que ante invitación de las autoridades de la Federación concurre acompañado a las mismas a una entrevista con el Subsecretario de Salud Pública. Expresa que tras considerar aspectos de la situación hospitalaria de Mar del Plata se consideró la situación creada por las cesantías para jubilación dispuestas en la carrera médica hospitalaria. Señala en representación de la Agremiación, objetó la falta de consulta en relación a la medida, con las entidades médicas, y afirmó asimismo la necesidad de dictar una reglamentación para tales eventos que evite la discrecionalidad en las decisiones. (Acta 512, 28-12-1966)

Se hacen presentes en la cesión los Dres. Militello y Basso con el fin de informarse médica hospitalaria. Tras animado cambio de ideas se informa a los mismos que dada la reciente adopción de la medida oficial, no se ha adoptado resolución sobre el particular, aunque en principio se ha estimado que si bien es objetable el procedimiento oficial, no pueden criticarse seriamente los fundamentos de la medida. (Acta 526, 5-04-1967)

Se hace presente en la reunión el Sr. Coordinador de la Región I el Dr. Juan Carlos Bustos. Iniciada la reunión animado debate en cuyo transcurso

se consideran aspectos fundamentales sobre la reforma de la carrera Médica Hospitalaria y se analizan asimismo los fundamentos de la decisión de suspender los concursos que se habrían llamado para tal régimen. Los proyectos de la región en relación a la reestructuración de algunos servicios y establecimientos hospitalarios de la ciudad como así mismo la tarea relacionada con la rehabilitación del Hospital de Gonnet. Al cabo de un intenso cambio de ideas sobre los tópicos señalados la presidencia es decir el Dr. Poli señala al Dr. Bustos que la Agremiación creyó oportuno brindar a la coordinación de la Región I un crédito de confianza que lamentablemente no podría extenderse al Ministerio dado que las autoridades del Ministerio no recibieron siquiera a los representantes de la institución. Hace finalmente especial hincapié en la necesidad de brindar participación a los representantes gremiales médicos en el seno del concejo técnico asesor sin perjuicio en las que se les asignara el concejo sanitario. (Acta 527, 12-04-1967)

Informa la presidencia acerca de los acontecimientos que promovieron la publicación de la solicitada periodística en la que se exponía la posición de la Agremiación ante la promulgación por el gobierno de la provincia del decreto 7.307 por el que se resuelve la aplicación de las incompatibilidades contenidas en la constitución de la provincia, señala que la especial trascendencia de la medida hizo que se considerara necesaria una rápida adopción de posición de la agremiación que con tal propósito se puso en contacto con el Dr. Pose con el fin de redactar el comunicado que finalmente fue publicado.

Luego el concejo analiza las diversas proyecciones que se prevea de producirse el decreto 7307 resolviendo en definitiva sostener como línea de acción del concejo los postulados básicos contenidos en el comunicado en el sentido de afirmar una posición crítica del procedimiento brusco y autoritario mediante el cual el gobierno ha impuesto la incompatibilidad cuyas consecuencias de desmantelamiento de los cuadros de servicios y funciones públicas al parecer no han sido previstas. (Acta 541, 14-8-1967)

Ante la aparición del decreto 4307 se entiende que lo que cabe sostener con toda firmeza necesaria es la asignación para un único puesto de la retribución que corresponda a los servicios profesionales médicos determinando para ello

pautas básicas de retribución como puede ser por ejemplo de fijación de la hora médica de trabajo. (Acta 549, 11-10-1967)

Informa la presidencia de los aspectos más importantes del proceso que se desarrollara a partir del decreto 7307/67 y destaca luego la inquietante aparición de versiones de aceptables seriedad que afirman como propósito del gobierno ante la resistencia Médica generada por sus disposiciones por su incompatibilidad la intervención de las entidades gremiales y colegiadas. Invita entonces a los presentes a considerar cuales deberían ser las prevenciones que el gremio debería de adoptar para poder realizar con éxito la defensa e sus organizaciones. (Acta 551, 25-10-1967)

Representantes del Ministerio manifiestan que existe el deseo de provocar el acercamiento con el Colegio de Médicos y la Federación Médica para lograr una total unificación. Hace notar que una situación de enfrentamiento hay que evitarla a cualquier precio. El Dr. Poli dice que la Agronomía Médica tampoco quiere el enfrentamiento pero que el gobierno no se comporta a tal nivel y no se va a aceptar ninguna clase de atropello por parte del estado. El representante del ministerio aclara que lo ocurrido con los concursos fue un error del subsecretario del bienestar social y sostiene que lo acontecido no tiene razón de ser ya que el va a intentar por todos los medios que se siga tratando de unificar criterios. El Dr. Poli manifiesta que esa explicación aclara en parte la situación pero los médicos se vieron perjudicados con tal proceder que es necesario solucionar y regularizar. El representante del Ministerio manifiesta que el nuevo subsecretario va a tratar de solucionar el problema totalmente y que hay que buscar lazos de comunicación a tal efecto proponiendo al subsecretario de salud pública que deje a la Federación Médica las explicaciones del caso. Esta posición encuentra eco favorable en todos los presentes que están asistiendo a la reunión. De todos modos Poli insiste en que es imprescindible que el diálogo entre los funcionarios del gobierno y las entidades gremiales se realice con suma urgencia para evitar situaciones imprevisibles. El Dr. Bustos representante del ministerio insiste en que hay que guardar las formas para llegar a algo concreto y pide medida en las medidas adoptadas. El Dr. Poli le contesta que se solicitaron al Ministerio 5 entrevistas por parte de la Federación Médica las que fueron negadas

y le pide al Dr. Bustos que arbitre los medios tendientes a evitar cualquier enfrentamiento el Dr. Bustos representante del Ministerio dice que tratara de buscar comunicación con el ministro para lograr una coincidencia total en los hechos a desarrollar. (Acta 560, 3-1-1968)

Se considera la nota del Ministerio de Bienestar Social remitiera a esta Agreración en respuesta al requerimiento que se le formulara con motivo de la cuestión planteada por la asociación de profesionales del Hospital de Niños en lo que atañe al incumplimiento de la carrera Médica Hospitalaria. Al respecto se resuelve cursar recibo de la nota al Ministerio y girar las actuaciones correspondientes para su conocimiento a la asociación de profesionales. (Acta 602, 30-10-1968)

Se envía nota a la secretaria de salud pública de la municipalidad de La Plata solicitándole informe si han realizado designaciones de médicos sin concurso previo en relación a los cargos para los cuales la municipalidad convocara a concurso en octubre de 1967 sin que conforme a nuestra información tomaran posesión de sus cargos los profesionales que ganaron dicho concurso. (Acta 632, 11-6-1969)

Se trata en forma urgente la situación creada con motivo de las cesantías de los Dres. Pianzola y Lertora provocando con ello una nueva violación a la carrera medico Hospitalaria y más allá de una consideración extensa del problema se resuelve pedir audiencia al Sr Gobernador de la Prov. de Buenos Aires y al Sr. Ministro de Bienestar Social también de la Provincia de Buenos Aires y elaborar un estado de alerta a los médicos de La Plata. (Acta 635, 27-6-1969)

La mesa directiva informa sobre la entrevista mantenida con motivo del problema originado con la cesantía de los doctores Lertora y Pianzola; se le expuso el serio problema que causa estas medidas y otras que afectan a los médicos. El gobernador afirmo que se iba a adoptar una resolución efectiva con sentido de estricta justicia en el término de 24 horas. Por otra parte se analiza desde el punto de vista gremial y técnico las modificaciones a la carrera Médica Hospitalaria del actual gobierno y se ha llegado a determinar que

no puede aceptarse por ejemplo la posibilidad de que se designe como director de un Hospital o jefe de servicio a un profesional sin ninguna experiencia hospitalaria. Por lo tanto este concejo directivo rechaza por completo su conformidad, con estas modificaciones al sistema de Carrera Médica hospitalaria. (Acta 636, 2-6-1969)

4) Hospital Gonnet

Informa el Dr. Mirande que el Dr. Schifino se ha dirigido en consulta a la Agremiación ante el ofrecimiento oficial que se le hiciera para hacerse cargo de la Dirección del Hospital de Gonnet. Señala asimismo que ante versiones circulares que atañen al cuerpo médico del Hospital Gutiérrez sobre presuntos traslados masivos o parciales al Gonnet, creyó oportuno invitar a la presente cesión al Dr. Jorge Lambre, Presidente de la Asociación de Profesionales del referido Hospital. Informa que ante los hechos señalados se creyó conveniente solicitar una entrevista al Sr. Ministro de Bienestar Social, lo cual se realizó en la fecha. Tras amplias consideraciones de las cuestiones expuestas se resuelve aconsejar al Dr. Schifino que supedite su decisión en relación al ofrecimiento formulado a la posición que adopte la Agremiación, una vez concretada la entrevista requerida al Ministro de Bienestar Social. (Acta 520, 20-02-1967)

Pasa luego el Consejo Directivo a considerar la situación originada por los proyectos oficiales relacionados con la rehabilitación del Hospital de Gonnet, tras analizar los diversos aspectos de la cuestión, y en especial, la absoluta falta de información oficial sobre el particular, se resuelve comunicar a todos los médicos agremiados, mediante solicitada periodística, que no deberán aceptar cargo alguno en el Hospital de Gonnet, hasta tanto el Poder Ejecutivo no informe claramente a las entidades médicas sobre sus proyectos sobre el particular. (Acta 521, 22-02-1967)

En primer lugar se considera la situación del Hospital Gonnet, y se resuelve producir una declaración que apruebe la conveniencia de su reapertura teniendo en cuenta anteriores experiencias sobre la base de designaciones por concurso. (Acta 525, 22-03-1967)

Se hace presente el Dr. Jaime de Barrio con el fin de informar al concejo directivo sobre lo actuado como representante de la entidad en la comisión de reapertura de Hospital de Gonnet. Luego de hacer referencia a los servicios básicos sobre los cuales se estructuraría el Hospital señala que es propósito oficial realizar designaciones interinas sin concurso previo para cubrir los cargos del establecimiento, ello con el objeto de poder concretar en la forma más rápida posible la reapertura del Hospital que se vería demorada si fuera realizados formalmente y previamente dichos concursos. La postura de la Agremiación luego de un arduo debate es aceptar estas designaciones interinas por un lapso no mayor de 6 meses siempre que simultáneamente se llame a concurso para las designaciones definitivas al cabo de tal plazo esto en merito a la urgencia planteada por el ministerio. Cabe señalar además que el desempeño de los interinatos no constituiría antecedente computable para los concursos. (Acta 529, 26-04-1967)

Tras amplia consideración de todas las gestiones que sobre el particular fueron realizadas sin obtener resultados francamente positivos se resuelve dar mandato a los representantes de la entidad ante la circunscripción primera para que postulen una resolución que disponga concretamente la aplicación total sin excepciones de la resolución de la asamblea de la Federación Médica realizada en Avellaneda en el año 1960 se resuelve luego cursar nota la Federación médica ratificando como posición de la Agremiación ante el problema ocasionado por la aplicación de las incompatibilidades el temperamento expuesto en la solicitada periodística que se publicara el día 14 del mes de agosto. Considera luego el concejo los antecedentes relacionados con la posición de la entidad frente a la gestión oficial vinculada con la con la reapertura del Hospital San Roque ex Gonnet tras analizar los actos cumplidos sobre el particular se resuelve comunicar a la coordinación de la Región 1 que dado el tiempo transcurrido sin concretarse la reapertura del hospital se considera que no hay motivos para mantener el aval de la Agremiación para el mecanismo de las designaciones interinas sin concurso previo que fue brindado por la única razón que daba una presunta premura por habilitar el hospital. (Acta 542, 23-8-1967)

Luego de una reunión con la coordinación de la región primera se acuerda que oficialmente el Hospital Gonnet será reabierto y cuya reapertura será en

los términos dentro de los cuales se realizaran los concursos como lo quiere la agremiación y así mismo serán los profesionales comprometidos inicialmente para el plantel básico del Hospital. (Acta 545, 13-9-1967)

Luego de la reunión mantenida con las autoridades para la reapertura del hospital San Roque. En la misma se afirma la mejor disposición para hacer posible dicha reapertura a condición que sea asegurado el concurso de todos los cargos médicos dentro de un plazo prudencial a partir de la habilitación del mismo que no debe ser mayor de 6 meses. Por lo tanto se resuelve poner tal temperamento en conocimiento de la coordinación de la región primera a la que se le solicitara informe sobre los siguientes puntos.

- Tiempo que se prevé para la habilitación del Hospital San Roque de Gonnet.
- Carácter en que se designará a los médicos en los que se forme el plantel inicial.
- Lapso dentro del cual se llamará a concurso y se sabrá cantidad de médicos que formará el plantel. (Acta 548, 4-10-1967)

La reunión se hace presente por invitación el Dr. Carlos Colombo director del Hospital de Gonnet. El Dr. Poli le explica al Dr. Colombo los motivos que tuvo el concejo directivo para invitarlo a esta reunión; ellos están basados en presuntas transgresiones efectuados por parte de las autoridades del Hospital de Gonnet sobre normas básicas gremiales en el trabajo médico como son:

1ª Designaciones de profesionales médicos en carrera Médica Hospitalaria, pese a la impugnación del concurso efectuada por la Federación Médica.

2ª El arancelamiento de los servicios que se prestan en el Hospital de Gonnet. El Dr. Colombo manifiesta que invito a los ganadores de los concursos a concurrir al hospital antes de su designación para que se vayan familiarizando con el funcionamiento del hospital y su objetivo es hacer funcionar el hospital de cualquier manera aunque ello lleve implícito desconocer normas dictadas por la Federación. El Dr. Poli manifiesta que el objetivo de la reunión es notificarlo de las resoluciones gremiales referidas a los concursos de carrera

Médica Hospitalaria realizados de noviembre a diciembre de 1967. El Dr. Sánchez recordó los aspectos que dieron motivo a la impugnación gremial de los concursos. El Dr. Colombo manifiesta que el programa de funcionamiento del Hospital de Gonnet estaría fundado en un nuevo régimen de trabajo arancelado dentro de un esquema de revisión y de superación de la libre elección con respecto al arancelamiento de los servicios que se prestan. Manifiesta el Dr. Colombo que la cooperadora del Hospital es la que hace una invitación al paciente para que efectúe una colaboración y dice que un alto porcentaje de la población asistida en el Hospital Gonnet no paga a la cooperadora. El Dr. Poli le pregunta al Dr. Colombo si el hospital de Gonnet se estructura como un Hospital de la comunidad a lo que el Dr. Colombo respondió que así es de acuerdo con las expresiones de las autoridades nacionales y una vez ordenado el sistema de obras sociales nacionales y la unificación de regímenes se variaría al sistema de financiación del hospital, el médico tendría un sueldo para la atención de enfermos indigentes y un arancel para los afiliados de obras sociales. (Acta 579, 15-5-1968)

5) Intervención de la Federación Médica

Se resuelve cursar nota a las entidades profesionales de los hospitales solicitándole que les informen acerca del desarrollo y cumplimiento en los respectivos establecimientos de las acciones gremiales dispuestas ante la intervención de la Federación Médica. (Acta 561, 10-1-1968)

Se toma conocimiento del informe producido por el Distrito primero del Colegio de Médicos en relación a la actuación del concejo superior del organismo vinculada al proceso producido por la intervención de la Federación Médica. (Acta 564, 31-1-1968)

Se hacen presentes en la cesión por la invitación formulada los representantes de las entidades profesionales Hospitalarias. A continuación se realiza un extenso informe de la gestión cumplida por el concejo en relación a la situación institucional por la intervención de la Federación Médica. Se analiza luego, en extenso, la gestión que competiría al gremio médico local para obtener una pronta normalización Institucional de la Federación Médica. (Acta 568, 28-2-1968)

El concejo resuelve trasladarse a la sede del Colegio de Farmacéuticos en el día de la fecha lugar en el cual se ha invitado a concurrir a los afiliados de la agremiación a los efectos de informarles de los aspectos más destacados del proceso gremial originado en la intervención de la Federación Médica. Reiniciada la sesión en el lugar precitado es decir en el colegio de farmacéuticos inicia la presidencia el aludido informe. En primer término el D. Poli da lectura al informe producido por el concejo de circunscripciones en el cual se detallan minuciosamente los sucesivos hechos y acciones relacionados con la situación institucional de la Federación hace luego referencia a las entrevistas realizadas con diversas autoridades especiales como así mismo a las que se efectuaran con el interventor de la Federación. Informa luego sobre lo acontecido en la reunión de entidades primarias realizadas en Azul el día 3 de marzo. Señala finalmente que el interventor en la Federación ha convocado a Asamblea para el día 24 del corriente. Se produce luego un amplio cambio de ideas entre los presentes aprobándose finalmente la gestión cumplida por el concejo directivo de la Agremiación Médica. (Acta 569, 6-3-1968)

Se informa sobre lo actuado el día jueves 28 de marzo en el concejo coordinador de entidades primarias y en dicha reunión se estuvo de acuerdo la constitución de autoridades y designar como coordinador al Dr. Della Plaza. Estando presentes las circunscripciones se decidió que cualquier conversación con medios oficiales serían con el concejo en pleno Y no se aceptarían intermediarios que no sean a solo efectos de conseguir entrevista del ente coordinador con el gobernador. El Dr. Poce informa que el Dr. Della Plaza se negó a concurrir a una audiencia con el Ministro de Bienestar Social aduciendo que la conversación debería hacerse a nivel del Gobernador y con el ente Coordinador. Se pone bien en claro que el Dr. Della Plaza dijo que le mando un telegrama el gobernador solicitando una entrevista situación que los delegados de la circunscripción primera desconocían. El Dr. Poce manifiesta que se ha hablado de varios temas y que lamenta que algunos gremialistas duden de la unidad médica y apoye al proceder del concejo coordinador y comparte el voto de confianza a los delegados. El Dr. Poli dice que cualquier médico de La Plata pueda actuar en el ente coordinador y le parece inoportuna la actuación del Dr. Della Plaza. Toda esta situación se ha producido por la intervención de la Federación y la anormalidad por la que atraviesa la institución médica

gremial dado que las autoridades se han hecho cargo del manejo gremial en detrimento de la institucionalidad de la Federación Médica. A todo esto el ente coordinador formado por las entidades primarias no ha podido resolver esta anomalía dado que ni el ministro de salud de la provincia ni el gobernador se han hecho cargo de solucionar esta anomalía institucional. El Dr. Poli manifiesta la posición que se debe refrendar en todo lo actuado por los delegados locales y que el ente coordinador que representa las delegaciones no ha obrado de acuerdo al mandato concedido. Por lo tanto ha sido inoperante la actuación del ente coordinador del Dr. Della Plaza y sus miembros y no se coincide con el criterio sustentado dado que no se ha respetado lo dicho por las entidades locales. Por otra parte el Dr. Poce dice que el Dr. Poli no puede hacer gestiones en forma personal porque de esa manera la imagen del presidente del ente coordinador se deteriora y debe obrar con conocimiento del concejo directivo. Además interpreta que el ente coordinador debe tratar solamente a nivel gobernador y hace moción en ese sentido. Procedida la votación se mantiene la postura del Dr. Poli que la Agreración Médica Platense debe mantener contacto a todo nivel para normalizar la Institución gremial por la que atraviesa el sector médico. Procedida también otra votación se acepta que el Dr. Poli gestione y vaya a una reunión con el Ministro de Bienestar social de la Provincia de Buenos Aires. (Acta 573, 3-4-1968)

El presidente informa sobre la entrevista mantenida con el Ministro de bienestar social en la cual se trataron diversos asuntos vinculados al proceso de normalización de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Manifestó el Ministro que en todo plan de salud pública se tendría en cuenta la opinión de las entidades médicas, además en dicha conversación se vertieron conceptos sobre la historia clínica única sobre el trabajo médico y sobre la financiación de la Salud Pública. (Acta 575, 17-4-1968)

El Dr. Poli informa acerca de la actividad desarrollada por las entidades filiales de la Federación Médica, manifiesta la preocupación de los profesionales que se habían presentado a concurso. La comisión directiva de la Agreración Médica Platense resolvió que si a fin del mes en curso no se habría solucionado el problema de las personas jurídicas por parte de las entidades primarias que aún no han regularizado su situación se les permitiría a los médicos cubrir

los cargos que habrían obtenido por concurso. Informa luego el Dr. Poli sobre la reunión mantenida con el Sr. Ministro de Bienestar Social, llevada a cabo el día 20 de mayo en la cual le solicitó una ampliación de plazo hasta junio próximo para llamado a concurso. Respondiendo el ministro que lamentaba no poder acceder a tal petición. Esta expresión del Ministro se la hizo llegar al concejo coordinador y entendía el concejo directivo que había cierta culpa por parte de los médicos de no dar cumplimiento a la documentación requerida por personas jurídicas. El Dr. Poli informa que son 28 las personas jurídicas llegadas hasta la fecha sobre un total de 40 que son necesarias para normalizar la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. En la reunión con el Sr. Gobernador con respecto a normalización de la Federación Médica, el gobernador manifestó que no podía cumplir con lo pactado, no por culpa de él sino por culpa de los médicos que no cumplieron con los trámites relacionados con las personerías jurídicas. Se le explicó al gobernador sobre los problemas que surgieron al confeccionarse los estatutos pero no accedió a lo requerido. Posteriormente el ente coordinador consiguió la posición de La Plata y los delegados admitieron que era correcta así el ente coordinador decidió suspender las decisiones del 21 de diciembre de 1967 y se resolvió consultar a las entidades primarias sobre el particular. (Acta 580, 22-5-1968)

Se toma conocimiento de la nota número 60 de la comisión coordinadora de entidades gremiales en la que se comunica el levantamiento de las inhibiciones a los concursos de carrera médica hospitalaria y solicitan ratificación por parte de las entidades primarias, el Dr. Malfatti manifiesta al Dr. Poli por nota 997 que en su carácter de Presidente de la Agronomía Médica Platense había sido designado miembro del jurado de carrera Médica Hospitalaria en representación de la Federación Médica. El Dr. Poli no acepta en virtud de que la Federación no se haya constituida estatutariamente dada su situación de intervenida. Tal determinación se hace saber por nota a todas las entidades primarias de la Federación Médica y se decide comunicar a los médicos agremiados que corresponde aplicar a aranceles privados para las obras sociales que no firmen convenio con la Agronomía Médica Platense. (Acta 581, 29-5-1968)

La presidencia informa sobre la entrevista mantenida con el Sr. Gobernador en la cual se consideró la normalización de la Federación Médica, el primer

mandatario bonaerense prometió ya obtenidas 42 trámites de personería jurídica convocar a elecciones antes de fin del mes de junio luego se acuerda enviar una nota al Sr. Gobernador relacionarla con los problemas de jubilaciones de oficio de numerosos médicos. (Acta 582, 5-6-1968)

6) IOMA

La presidencia informa sobre aspectos gremiales de la entrevista producida con autoridades del IOMA en las que se consideraron variantes posibles de nuevas modalidades sobre el arancel diferenciado. (Acta 586, 3-7-1968)

Se abre un debate sobre el arancel diferenciado y se delibera sobre la posición sustentada por IOMA quien seguiría aceptando el arancel diferenciado en consultorio, no así las prácticas Médicas como viene ocurriendo en la actualidad y se propone que en las practicas haya una liberación del arancel que pueda llegar hasta el 100% de recargo en forma facultativa en aquellos casos que en la internación se produzca en una categoría superior y que este sujeto a una reglamentación adecuada. (Acta 587, 10-7-1968)

Se hace presente el Dr. Paganini que fue invitado a la reunión del concejo directivo a los efectos de aclarar su situación con respecto de que se estaría propiciando la inscripción directa de médicos al IOMA y que él no estará ajeno a tal proceder. El Dr. José María Paganini destaca su condición de médico, aun por encima de su condición de funcionario del Gobierno, y refiere las causas que motivaron su ausencia a una invitación anterior y niega rotundamente que la dirección a su cargo ni él personalmente, propicien una inscripción directa de médicos al IOMA. (Acta 593, 21-8-1968)

Se resuelve remitir nota a la Federación Médica solicitándole realice las gestiones que crea pertinentes para que las autoridades del IOMA solucionen el problema derivado de la prolongada mora en los pagos en que ha recaído dicho instituto, situación que podría verse agravada como consecuencia del nuevo régimen oficial de licencia impuesto por el gobierno provincial que paraliza durante un mes la labor administrativa. (606, 27-11-1968)

Mediante nota la Federación Médica comunica que el instituto de obra medico asistencial IOMA adeuda a la fecha \$22.492.215 con plazo vencido a 90 días y \$48.305.515 con plazo a 60 días. Se le requiere que intime a dicha obra social a regularizar con urgencia del caso el pago de lo adeudado bajo apercibimiento de la opción que fuere más conveniente de acuerdo a la circunstancia y siguiendo el convenio vigente. (Acta 651, 22-10-1969)

El Sr. Presidente informa las intensas gestiones realizadas ante las autoridades de IOMA con motivo de la deuda que la obra social mantiene a la fecha con esta agremiación y que asciende a la suma de \$48.226.371. Al respecto manifiesta que conforme a lo expuesto por el presidente interventor del IOMA se están obteniendo los fondos necesarios para no perturbar en ningún caso las consultas y las prestaciones prometiendo resolver el pago de las deudas atrasadas en el pronto plazo. (Acta 655, 20-11-1969)

7) Cobro indebido

El concejo directivo luego de recibir a los médicos acusados de cobros directos con el IOMA por fuera de la Agremiación Médica Platense y analizar las distintas pruebas y evidencias que condenan estos actos anti gremial resuelve el acuerdo las atribuciones que le confiere el Art. 25 del estatuto. Primero: Imponer a los médicos acusados la sanción de expulsión como afiliado de la Agremiación Médica Platense. Segundo. Poner la presente resolución en conocimiento de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires, de la Confederación Médica de la República Argentina y del Distrito 1 del Colegio médico de la Provincia de Buenos Aires. Tercero: Comunicar así mismo a todos los afiliados de la Agremiación Médica Platense y poniendo que los mismos se abstengan de colaborar profesionalmente con los colegas citados en el punto primero. (Acta 673, 1-4-1970)

Se reciben denuncias de obras sociales por ejemplo de Agricultura y ganadería donde refieren de algunos profesionales que han requerido el pago de honorarios médicos por prestaciones realizadas al margen del convenio, es decir en forma directa. El concejo directivo, una vez probado estos hechos, pasará

a plantear la decisión de sancionar a los citados profesionales por conducta antigremial. (Acta 678, 6-5-1970)

Continúan apareciendo denuncias sobre cobros directos del IOMA con algunos profesionales Médicos fuera de los convenios de la Agronomía. En ese sentido al existir material probatorio de tales actitudes antigremiales, el consejo directivo resuelve excluir a los distintos profesionales que han incurrido en estas maniobras como médicos inscriptos para la atención de obras sociales y mutuales. (Acta 684, 17-6-1970)

8) Biblioteca

Se resuelve asimismo iniciar la programación para la constitución de una biblioteca especializada en temas de salud pública y gremialismo médico. (Acta 509, 9-12-1966)

El Consejo Directivo va a considerar el informe presentado por el Dr. Mirande en relación al proyecto de tareas de la subcomisión de salud pública y las bases para la creación de la biblioteca. (Acta 512, 28-12-1966)

Se da lectura a un programa de tareas para la subcomisión de salud pública, elaborado por el Dr. Mirande. El mismo contempla la posibilidad de dictar cursos de información referida a la administración hospitalaria, seguro de salud y educación médica. Los mismos se llevarían a cabo en principio en el Hospital de Niños de La Plata. (Acta 517, 1-02-1967)

El presidente Dr. Poli hace saber a los restantes miembros del consejo directivo, la importancia y la envergadura que está teniendo el Centro de Documentación Médica y la Biblioteca Médica de la Agronomía Médica dado que se van incrementando la cantidad de libros y también la cantidad de suscripciones de revistas de distintas especialidades lo cual brindará la posibilidad de consultas y préstamos a domicilio de los distintos asociados de la Agronomía Médica Platense. (Acta 643, 20-8-1969).

CAPÍTULO 4

1970 – 1973

AMP DURANTE LA TRANSICIÓN HACIA EL SUFRAGIO

En toda esta época que analizaremos la historia de la Agronomía Médica Platense, la República Argentina continúa sometida bajo el poder de gobiernos militares, presidida por Roberto Marcelo Levingston desde el 18 de junio de 1970 al 23 de marzo de 1971 y seguido por el gobierno de Alejandro Agustín Lanusse desde el 23 de marzo al 25 de mayo de 1973.

Roberto Marcelo Levingston

Roberto Marcelo Levingston fue un militar argentino quien en junio de 1970 fue designado por la Junta de Comandantes en Jefe de las tres fuerzas armadas como Presidente de la Nación Argentina para reemplazar a Juan Carlos Onganía.

Este militar desconocido para la opinión pública fue destinado el 1 de enero de 1969 a desempeñarse como agregado militar en la Embajada Argentina en Washington D.C. hasta el 13 de junio de 1970, cuando recibe un llamado de la Junta Militar solicitándole que se haga cargo de la Presidencia de la Nación Argentina.(100).

El periodista Roberto Di Chiara (101) ofreció una reseña de lo que fue, según su parecer, la presidencia del General de Brigada Roberto Levingston:

“El régimen militar ya no era tal. Diez días después de la destitución de Onganía por decisión de los tres miembros de la Junta fue designado un general con destino en Washington llamado Roberto Marcelo Levingston, para quien el nombramiento fue tan sorpresivo como para la opinión pública que lo desconocía. El 23 de marzo de 1971 renunció. En esos trescientos días, la gestión de Levingston mostró cómo podía llegarse a un cargo sin la percepción de los límites. La primera tentación del nuevo presidente fue la de decidirse por la “profundización” de una revolución inexistente mientras había aceptado gobernar bajo la tutela de la Junta Militar en resoluciones de significativa trascendencia y veía crecer la violencia cruzada. La ola de asesinatos políticos arrasó no sólo con Aramburu, sino también con el importante dirigente sindical José Alonso, y siguió con el asalto de La Calera y Garín, atribuido a un grupo denominado Fuerzas Armadas Revolucionarias. En medio del asedio guerrillero, de la desconfianza sindical y de la vigilancia militar, Levingston se proponía descabezar a los partidos, convocar a la generación intermedia, armar un nuevo modelo de país y retomar la ambigua idea de un proyecto nacional. En suma: el peronismo sin Perón, el radicalismo sin Balbín, y los partidos sin sus líderes. La respuesta de los mediadores políticos –Ricardo Balbín, Vicente Solano Lima, Jorge Paladino por el peronismo, Manuel Rawson Paz y otros– fue un documento llamado La Hora del Pueblo del 11 de noviembre, en el que demandaban el cumplimiento de un plan político con llamado a elecciones libres y sin proscripciones, y el cambio de la orientación económica. Lo suscribían la Unión Cívica Radical del Pueblo, el partido Justicialista, la democracia progresista, el Partido Socialista Argentino, la UCR Bloquista de San Juan, y no estaban los demócratas cristianos, el radicalismo intransigente, el socialismo democrático, el comunismo y el Movimiento de Integración y Desarrollo de Frondizi. La coalición objetiva que La Hora del Pueblo evocaba era, principalmente, la de peronistas y radicales, la hora de los partidos políticos y de los líderes marginados por Levingston. Al comenzar 1971, la designación como gobernador de Córdoba de un conservador reaccionario llamado José C. Uriburu, permitió comprobar cuán lejos estaba el presidente de entender lo que pasaba a su alrededor, y cuál era el balance de la “revolución argentina”. Había llegado con un golpe contra un presidente constitucional en nombre del orden, la autoridad, la racionalidad económi-

ca, la modernización del país. Cinco años después había acumulado frustraciones. El 23 de marzo de 1971 la renuncia de Levingston puso fin a una doble aventura; la primera, una revolución que no fue; la segunda, la de un presidente que fue convocado para administrar una transición y quiso ser líder sin seguidores. Ambos fracasos dieron el argumento de la gestión del general Alejandro Agustín Lanusse.”

Alejandro Agustín Lanusse

Alejandro Agustín Lanusse fue un militar, dictador argentino designado presidente de facto de Argentina entre el 23 de marzo de 1971 y el 25 de mayo de 1973.

Durante su breve gestión, se reabrieron los comités de los partidos políticos (cerrados por Onganía) y se creó el Gran Acuerdo Nacional que postulaba a Manrique como candidato continuista.

Durante su gobierno mostró rasgos de pragmatismo, restableciendo las relaciones diplomáticas con China, repatriando el cadáver de Eva Perón y motivando a Perón a regresar del exilio en España en 1972. En el plano económico se ejecutaron e iniciaron importantes obras de infraestructura tales como rutas, represas, centrales eléctricas y puentes.

Mantuvo buenas relaciones con sus pares latinoamericanos, al contrario que varios presidentes de facto, no discrepando en ideologías, llegándose a reunir con el conservador uruguayo, Jorge Pacheco Areco y hasta con el presidente socialista de Chile Salvador Allende.

El GAN (Gran Acuerdo Nacional)

Para llevar a cabo el proyecto de una salida democrática, Lanusse designó como Ministro del Interior a un político de militancia radical, Arturo Mor Roig, quien sería el impulsor del Gran Acuerdo Nacional, creado también para encontrar la mejor manera de limpiar el nombre de las Fuerzas Armadas.

El GAN era un intento de hallar una salida política al régimen militar. En abril de 1971, Mor Roig anunció el levantamiento de la veda política y reintegró los bienes a los partidos políticos, se volvieron a abrir los comités políticos, se dio lugar a la libertad política, sin ningún tipo de restricción y asumiendo el compromiso emanado del documento de la convocatoria La Hora del Pueblo, para luego arribar al GAN. (102)

Masacre de Trelew

Dentro de un clima político de creciente violencia, ocurrió entre otros hechos, la Masacre de Trelew. Esa masacre debilitó aún más al gobierno de facto. El hecho se inició el 15 de agosto de 1972, un grupo de guerrilleros de FAR, ERP y Montoneros en una operación en conjunto, coparon la prisión de Rawson para realizar la fuga. El plan fracasó, debido a varias fallas, haciendo que solo sus jefes se puedan escapar del país rumbo a Chile y después a Cuba. El resto se entregaron ante la marina, unos pocos días después, el 22 de agosto fueron fusilados, simulando un intento de fuga. La confusión hizo que quedasen tres sobrevivientes, pero éstos no pudieron sobrevivir a la dictadura de 1976-1983. (103)

Salida democrática

El gobierno anunció que las elecciones se concretarían el 11 de marzo de 1973, y la entrega del poder se realizara el 25 de mayo, se impuso como condición que los candidatos se tuvieran que encontrar en el país antes del 25 de agosto de 1972, y permanecer dentro del país hasta la fecha de la asunción. Desde Madrid, Juan Domingo Perón designa como delegado personal para la presidencia a Héctor Cámpora.

Ante la negativa de Perón a las condiciones impuestas para la vuelta electoral, Lanusse dijo la famosa frase:

“Pero aquí no me corran más a mí, ni voy a admitir que corran más a ningún argentino, diciendo que Perón no viene porque no puede; permitiré que digan porque no quiere, pero en mi fuero íntimo diré porque no le da el cuero para venir”. (104)

Para comprender los alcances de la política sanitaria y la salud pública bajo estos dos gobiernos militares nada mejor que seguir el análisis de Veronelli (23).

En junio de 1970, días después de asumir Levingston la presidencia, un decreto (el N° 46) difundió las 160 “políticas nacionales”: las correspondientes a “salud” (N° 39 a 43) hablaban de establecer un sistema de salud que la asegurase para todos, “ *cubriendo los aspectos preventivos, curativos y recuperativos*”, destacando la prioridad de los niños y la población de menores recursos; era necesario “ *adoptar las medidas de sanidad preventivas y curativas para atacar las causas de morbilidad, las endemias y las deficiencias típicas de la salud en cada zona del país, ofreciendo una amplia colaboración a los países vecinos*”; evitar la contaminación; promover la racionalización de los servicios de salud, fijar las competencias y coordinar la acción pública nacional, provincial, municipal y la privada; finalmente, organizar y modernizar el sistema hospitalario con activa participación de la comunidad. (23)

La N° 45 indicaba “ *estructurar progresivamente un sistema integral de seguridad social*” y la 46, “ *proporcionar a personas y grupos la asistencia necesaria, cuando no les fuera posible satisfacer sus necesidades espirituales o materiales*”. El conflicto jurisdiccional, inexistente en los gobiernos militares, no se mencionaba.

Las reuniones de autoridades nacionales y provinciales resultaban fáciles y fueron denominadas “de coordinación del gasto”. (23)

En mayo de 1971 el **INOS** pasó a la jurisdicción del **Ministerio de Trabajo**. Posteriormente se sancionó la ley 19.032, la cual creaba el **Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**, financiado por la participación de sus afiliados, más una proporción del aporte de los cotizantes activos de la 18.610, y también un aporte estatal. Se descargaba de la mayoría de las obras sociales de la 18.610 la atención de “sus” jubilados y pensionados, cuyas necesidades de atención médica son, en todos los sistemas de salud, varias veces superiores a la de los adultos menores de 65 años, todos los cuales se reunían en un “**Programa de Atención Médica Integral**”

(PAMI). Esta nueva fragmentación, una originalidad argentina, tuvo motivaciones predominantemente políticas y generó una institución con vicios estructurales congénitos.

En noviembre se sancionó la ley 19.337, que al tiempo que apresuraba la descentralización administrativa de los hospitales dependientes del ministerio, los autorizaba a establecer convenios con las obras sociales. El gremio médico “apoyó la idea, pero se opuso a la forma en la cual se materializaba”, doble mensaje habitual de la corporación frente a propuestas análogas. (23)

Otro aspecto importante para entender la mentalidad de esa época es reeditar los testimonios de los protagonistas de esa etapa, para lo cual hemos elegido lo que señalaba el Dr. Horacio Rodríguez Castells, por ese entonces Secretario de Estado de Salud, pocos años después de dejar su función, en un Seminario sobre Políticas de Salud (105). Aunque no se compartan muchos de sus argumentos, es fundamental conocer su visión de la salud pública y de las políticas sanitarias para comprender luego la posición del gremialismo médico y los inevitables conflictos posteriores.

Dr. HORACIO RODRÍGUEZ CASTELLS

Ministro de Asistencia Social y Salud Pública (1963)
Secretario de Estado de Salud Pública (1970)

En 1970, en carácter de Secretario de Estado, el 31 de agosto de ese año, (un mes después de haber asumido el cargo), expusimos ante el Ministerio de Bienestar Social y los representantes de todo el sector las políticas y estrategias que habíamos elaborado con el destacado núcleo de colaboradores con que contaba. Recalco que era realmente todo el sector que estaba presente en ese acto: los organismos estatales; los de las fuerzas armadas; las obras sociales y mutuales; las asociaciones de profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos y farmacéuticos; las facultades de medicina y ciencias auxiliares; las entidades científicas y las instituciones privadas.

Expusimos entonces siete áreas problema, y la primera de ellas era la “organización del sector”. Dijimos hace exactamente diez años: “Consideramos impostergable la iniciación de los estudios destinados a la definición de un sistema racional de atención de la salud para todo el país y su financiación, que contemple nuestras realidades regionales, nuestros recursos nuestras necesidades y nuestras aspiraciones, tanto de la población como de los profesionales que la han de brindar. Existen en nuestros medios estudios parciales sobre sistemas y su financiación, y contamos con técnicos muy capacitados que pertenecen a los tres subsectores. Nuestra intención inmediata es reunirlos en grupos de trabajo, juntamente con los representantes de las entidades profesionales. Esta tarea –decíamos– deberá superar muchas dificultades derivadas de los intereses en juego, la mayoría legítimamente adquiridos. Comprendemos que cualquiera sea el sistema que se adopte y que se esté en condiciones de financiar, nunca se podrá satisfacer íntegramente las expectativas de todos los sectores interesados. Pero confiamos en que el sentido de responsabilidad y patriotismo ha de permitir declinar parte de las exigencias en aras del bien común. Si esta actividad que se iniciará de inmediato tiene éxito, el país podrá contar en el mediano plazo con un adecuado sistema para el sector salud.” (105)

Consecuentes con lo expresado y estimulados por lo que considerábamos el apoyo de todo el sector, firmamos la Resolución N° 566, mediante la cual se creaba la Comisión para el Estudio del Sistema de Atención y su Financiación, integrada por: Secretarías de Salud Pública y de Seguridad Social, Confederación Médica, Consejo Coordinador de Profesionales de la Salud, Instituto Nacional de Obras Sociales, Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, Confederación Argentina de Mutualidades, Asociación de Facultades de Medicina, de Facultades de Odontología, y Facultades de Bioquímica y Farmacia, Confederación General del Trabajo y otras instituciones del sector economía.

Lamentablemente esta Comisión nunca pudo integrarse totalmente por la tenaz oposición de la Confederación General del Trabajo, que defendía las obras sociales sindicales, y la indecisión del Instituto Nacional de Obras Sociales, que estaba aún en su período de organización. En esa forma, la ausencia

del subsector de obras sociales hacía inoperante a la Comisión para conseguir sus propósitos.

Han pasado diez años, estamos en 1980, y las actuales autoridades están obteniendo en las reuniones de salud la presencia y apoyo de todo el sector. Se ha aceptado, dentro de las políticas en vigencia, el objetivo de llegar a un sistema de salud. Dios permita que a él se llegue con el acuerdo de todos, única forma en que ha de poder ser aplicado con éxito y que ha de tener la estabilidad necesaria para su total desarrollo.

Pasamos al segundo punto: la interrelación entre los sectores salud y educación. La necesidad de esta interrelación entre los organismos que forman la mayor parte del recurso humano y aquellos otros que lo aprovechan, pareciera ya un tema fuera de discusión. Ha sido motivo, en las últimas décadas, de múltiples reuniones nacionales y municipales y objeto de importantes publicaciones, existiendo acuerdo unánime. No obstante, los resultados prácticos son aún escasos.

En nuestro país resulta obvio que esta interrelación es absolutamente indispensable. Basta citar algunos de nuestros problemas referidos al recurso humano para la salud; plétora médica, exceso de especialistas, necesidad de médicos generales vinculada con la atención primaria, educación médica continua, déficit de enfermeras y déficit de personal auxiliar en general. Todo ello exige soluciones encaradas por ambos sectores en común acuerdo. Con el agravante de que por la naturaleza del proceso de educación médica, las soluciones son en general para el largo plazo. Bien se comprende, por ejemplo, que una modificación curricular en medicina recién rinde sus frutos diez años después. (105)

En este tema nuestra experiencia fue doble, como Decano de una facultad e integrante de la Asociación de Facultades de Medicina, por un lado, y como funcionario del sector salud, por otro. Y esta historia también es larga.

La interrelación efectiva entre educación y salud existió entre los años 1966 y 1972. Esta iniciativa fue otro acierto del Secretario Holmberg, que encontró

inmediata respuesta por parte de los decanos de las facultades que entonces estábamos estrechamente unidos en la Asociación de Facultades de Medicina. El vínculo establecido entre esta Asociación, que nucleaba a nuestras nueve facultades, la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, y las Secretarías similares de las provincias, a través de más de setenta convenios firmados y a los que se dio cumplimiento, ha sido un ejemplo de lo que puede obtenerse cuando hay comprensión de los problemas y decisión de solucionarlos por parte de los conductores de ambos sectores. Durante esa época, los decanos de las facultades participábamos en las reuniones de planificación de la salud; los funcionarios de salud tenían también participación activa en las reuniones de educación médica; existían programas comunes de ambos sectores, y la Secretaría de Estado financiaba importantes programas de mejoramiento de la enseñanza, vinculados con las necesidades del recurso humano. No entraremos en el detalle de todo lo realizado, lo que sería muy extenso; siempre añoro esta época en la que se dieron circunstancias muy favorables, tal vez de excepción, para esta interrelación.

Lo que vino después, es conocido, pero merece recordarse que la Asociación de Facultades se extinguió antes del caos universitario de 1973, por falta de apoyo de los decanos.

En la época actual es decir en 1980, por fortuna, las circunstancias vuelven a ser favorables. La Asociación Argentina de Educación Médica ha reemplazado en el orden nacional e internacional a la Asociación de Facultades, y la Secretaría de Estado, plenamente convencida de la necesidad de este vínculo, creó en 1978 una comisión dedicada al estudio de su reinstalación, y en las políticas de salud en vigencia, en el articulado referido a los recursos humanos, dice: "Institucionalizar mecanismos de interrelación permanente con el sector educación, destinados a planificar la formación y desarrollo de los recursos humanos del sector en sus diversas categorías. Contribuir de ese modo a corregir las distorsiones existentes, promoviendo o desalentando la formación de los recursos humanos en las diversas áreas según sea necesario."

De acuerdo con esa política, por una resolución conjunta de los Ministerios de Bienestar Social y Educación y Cultura, se ha creado en 1980 la Comisión

Nacional Planificadora de los Recursos Humanos para la Atención de la Salud constituida por representantes permanentes de las Secretarías de Estado de Salud Pública, de Educación y de Seguridad Social, de la Academia Nacional de Medicina, de la Asociación Médica Argentina, de la Confederación Médica Argentina, del Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas y de la Asociación Argentina de Educación Médica.

Esta Comisión, que reúne por primera vez a todo el sector para estos fines, ha de sugerir las medidas necesarias para una mejor formación, distribución, utilización y evaluación de los recursos humanos. Tengo el honor de representar a la Academia Nacional de Medicina en la Comisión, y puedo informarles que ya se han producido estudios sobre la ley de residencias, las necesidades de recursos humanos en la década que se inicia, las necesidades y niveles en enfermería, etc.

Estamos también —en mi sentir— en este aspecto, en la buena senda. Pero no se nos escapa que la tarea no es sencilla. Ambos sectores, educación y salud, aspiran a las modificaciones de fondo que son necesarias; pero resulta muy difícil cambiar el sistema de atención médica, en tanto los profesionales de la salud se formen con las características y la mentalidad actual, y, por otro lado, no es fácil cambiar éstas, mientras no se modifique sustancialmente el sistema de atención de la salud en el que aquéllos deben realizar su formación y para el cual desarrollan sus actividades.

Es menester un proceso de cambio, en el que la integración docente asistencial pareciera ser la estrategia más adecuada y parte fundamental de esa interrelación. y permitidme que sobre este tema formule algunas aclaraciones para que no nos engañemos:

1º) La integración docente asistencial no consiste sólo en la utilización de todo el sistema de salud para la docencia. No es solamente la firma de un convenio entre el organismo de salud y la facultad. Es mucho más, es un proceso de programación conjunta y de coparticipación de responsabilidades en las actividades de servicio y de formación. Es un cambio curricular. Es un cambio de actitudes mentales de profesionales y docentes.

2°) No sólo la educación de pregrado debe beneficiarse con la integración docente asistencial. Todas las etapas de la educación médica, las residencias, los cursos de perfeccionamiento y la educación médica continua deberían aprovechar la totalidad del sistema de salud. Claro es que será menester estudiar cuidadosamente las condiciones para la acreditación de los establecimientos para la docencia.

3°) Es necesario destacar: que la integración docente asistencial, con la ampliación del campo docente a todo el sistema de atención, en manera alguna puede atentar contra el nivel de enseñanza; que en ninguna forma puede admitirse el riesgo de omitir la enseñanza fundamental de la clínica, la cabal comprensión de la relación médico-paciente y la terapéutica individualizada. Eso sería retroceder a una medicina de segunda clase, incompatible con nuestro nivel científico y tecnológico.

El tercer punto a considerar, dentro de las políticas, es el de la atención primaria de la salud, que ha concitado un enorme interés tanto nacional como internacional, y que figura prioritariamente en las políticas nacionales en vigencia, como la estrategia más adecuada para alcanzar la necesaria extensión' de la cobertura a toda la población.

Nuestra experiencia se refiere a los programas de salud rural, que es parte importante dentro del vasto campo de la atención primaria. Como ustedes saben, el iniciador de estos programas fue Carlos Alberto Alvarado, uno de los grandes hombres de la salud pública argentina, que los aplicara inicialmente en Jujuy en 1966. El Secretario Holmberg, con clara visión, les dio un fundamental impulso y los extendió a un buen número de provincias, con resultados favorables. Nosotros continuamos esa política totalmente convencidos de su eficacia. (105)

No podemos tratar con detalle este tema tan amplio. Creo que es más oportuno que me refiera a algunos aspectos conceptuales de la atención primaria, establecidos en su definición que son motivo de discusión:

1°) El concepto de cobertura total. Hemos dicho que la atención primaria es una valiosa estrategia para la extensión de la cobertura. Pero debemos admitir

que cuando hoy hablamos de cobertura total, entendemos que ésta se refiere a la totalidad de los habitantes de una zona o región, con el mismo rigor con que los malariólogos lo hacen en sus programas de rociado casa por casa. Y así se procede en los programas de salud rural.

Punto importante en esta temática es el de la oferta de servicios, cuya primera condición es la de su accesibilidad para la población. Los servicios no podrán alcanzar total eficiencia, si no cumplen con las condiciones de: accesibilidad geográfica, medida en función de distancia, tiempo y medios de transporte; accesibilidad económica, derivada de las posibilidades de los usuarios; accesibilidad cultural, que respete las pautas y patrones de las poblaciones atendidas; accesibilidad legal, que establezca el derecho igualitario al empleo de los recursos destinados a la atención, y, por último accesibilidad funcional, es decir, una organización permanente de servicios, con horarios adecuados y mecanismos de referencia fáciles.

2°) El concepto de puerta de entrada al sistema de servicios de salud. Este concepto es para mí fundamental; si aceptamos que es una puerta de entrada al sistema, es porque damos por supuesto que existe el sistema, y aunque parezca redundancia hay que insistir en que sería esfuerzo inútil e inoperante el pretender organizar la atención primaria de la salud, si ésta no está respaldada por un sistema o una red de servicios que le permita ser la puerta de entrada de los usuarios a los niveles de atención más complejos.

Saben ustedes que se reconocen tres niveles que delimitan las funciones de atención correspondientes a cada uno de ellos. Esta escala de niveles refleja una progresión ascendente de complejidad en la cual el nivel elemental o de iniciación del servicio, comprende las acciones más sencillas e indiferenciadas. Este es el nivel primario y constituye el punto de contacto con la comunidad o la puerta de entrada al sistema institucionalizado. Los otros dos niveles, secundario y terciario, corresponden a servicios de complejidad, tecnología y especialización crecientes y deben funcionar en base a la referencia de los pacientes desde el nivel primario.

3°) El concepto de medicina integrada y el médico generalista. Frente a la exagerada especialización, producto del progreso científico, la tendencia actual es de llegar a una medicina integrada, esencialmente humana, que consi-

dere al hombre como un ser en su triple dimensión física, psíquica y social y en su interacción con su medio.

Esta medicina actúa dentro del contexto global y ecológico del ser humano y se lleva a cabo mediante acciones integradas de salud, que son las medidas de prevención de enfermedades y de promoción y rehabilitación de la salud.

Por ello, se trata de que estas acciones de salud sean desarrolladas por profesionales no diferenciados para los aspectos curativos o preventivos y de promoción. Por el contrario, éstos deben hacerse cargo de todas esas acciones, asignándoles similar importancia a unas y a otras y ejecutándolas en forma conjunta y en un proceso continuo. Esta exigencia nos lleva a la necesidad del médico general o médico de familia o médico generalista como tiende a designársele. Este es un médico capacitado para el manejo de las afecciones corrientes, hábil para el diagnóstico precoz de afecciones más graves y consciente de sus limitaciones cuando deben recurrir a la derivación o interconsulta.

Mucho se ha hablado de este tema; pero creo que es necesario insistir en algo que García Díaz ha expresado claramente, y me permito repetir sus palabras: “Este movimiento –dice– tiende a reivindicar al médico de familia aun desde el punto de vista académico. Ya no puede considerársele como un médico de segunda clase, como alguien que no pudo o no quiso alcanzar los niveles superiores de la alta especialización, sino como a un nuevo médico generalista, formado especialmente para una tarea médica trascendental y llamado incluso a integrar el claustro como un profesor en su materia.”

4º) El concepto de baja complejidad. Este es un concepto de gran importancia y debe ser bien esclarecido para evitar interpretaciones erróneas de las que pueden derivar resistencias a la implantación de la atención primaria, resistencias que hemos vivido. Lo que ocurre es que existe frecuentemente una confusión entre la calidad de la atención y la complejidad de la misma; y es bien sabido que no es necesaria una alta complejidad para obtener una buena calidad en la atención, y con ella, la solución del mayor número de problemas de salud, siempre que se cuente con una tecnología apropiada.

El contenido de la atención primaria pone en evidencia la necesidad de una óptima calidad: tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; asistencia materno infantil; educación sanitaria; promoción de la nutrición adecuada y del saneamiento básico; inmunizaciones; y recolección de información

demográfica y epidemiológica. Todas estas actividades para alcanzar eficiencia deben ser de tecnología sencilla, bajo costo, simple organización y fácil aceptación. Además deben tener muy en cuenta el moderno conocimiento científico y los progresos de la tecnología en salud. Es decir –insistimos en esto– se trata de una baja complejidad, pero con una alta calidad. No es –como muy bien dice Sonis– una medicina de segunda clase, para ciudadanos de segunda clase, prestada por personal de segunda clase. No, no es esto; y esta mala interpretación ha conducido a resistencias, que creo están ya superadas.

5°) Concepto de universalidad. La cobertura total a que aspira la atención primaria hace que sus acciones deban dirigirse a todos los grupos de población: urbanos, periurbanos y rurales. Entre nosotros y en razón de la muy valiosa experiencia existente se la asocia frecuentemente con la que se presta a la población en las áreas rurales. Pero cabe insistir en que la atención primaria no es un elemento exclusivo para la prestación de servicios en esas áreas, sino también en las zonas marginadas de las ciudades y en las zonas urbanas.

Claro está que la atención primaria ha de tener características diferentes en las áreas urbanas y rurales. En las primeras, en las que existen variados servicios y una real plétora de médicos; el componente institucional ha de ser el médico generalista, sea en los consultorios externos de los hospitales o servicios de urgencia, sea actuando como efectores en las obras sociales o actividad privada. En las áreas rurales, no hay por el momento disponibilidad de médicos, pese a la plétora existente en el país, y debe recurrirse a la necesaria colaboración del personal auxiliar, bajo la supervisión de los médicos que trabajan en los centros de salud u hospitales rurales.

Pero cualquiera sea el ámbito de acción de la atención primaria, urbana o rural, debe recordarse que no se trata de actividades aisladas individuales, sino que son fundamentalmente acciones programadas en cumplimiento de un programa preestablecido.

Los programas de salud rural, iniciados como dijimos en 1966 se han mantenido hasta la actualidad, con los altibajos característicos de nuestra salud pública y ofrecen resultados dignos del mayor encomio. Personalmente pue-

do decirles que he sentido una profunda emoción argentina cuando visitaba las provincias del norte como autoridad nacional. Es difícil de expresar en palabras esa emoción al comprobar la dedicación, el espíritu de sacrificio y de servicio, la capacidad, la mística realmente con que ese agente sanitario, un integrante de la comunidad, atravesaba largas distancias a caballo o a pie para cumplir con su misión; y al mismo tiempo el agrado y la gratitud, con que esa visita era recibida por una comunidad que por primera vez recibía un servicio de esa naturaleza. Idénticos sentimientos recuerdo de mis visitas a otras provincias en cuyos programas de salud rural, en las más alejadas zonas precordilleranas, por ejemplo comprobé el accionar, en este caso de médicos, de una pléyade de jóvenes médicos, algunos de ellos matrimonios, que en zonas realmente inhóspitas atendían con particular celo todas las necesidades de salud de la población. Es éste uno de los gratos recuerdos que afortunadamente son muchos, de mi vida de funcionario.

El cuarto punto que deseo comentar es el del Ministerio de Salud.

Como ustedes recuerdan, hasta 1966 el sector salud fue conducido por un ministerio, tanto en el orden nacional como en las provincias. A partir de entonces, éstos fueron reducidos al rango de Secretarías de Estado dependientes de los Ministerios de Bienestar Social. En 1971, el desacierto fue aún mayor, pues se las rebajó a subsecretarías. En 1973 fue restituida la categoría de secretaria y en 1976, era la esperanza del sector que al iniciarse la recuperación del país, le fuera devuelta la jerarquía de ministerio. Lamentablemente así no ha ocurrido aún en el nivel nacional; pero la provincia de Buenos Aires ha dado un ejemplo con la creación del Ministerio de Salud, ejemplo que ha sido seguido por las del Chaco y Corrientes.

No es ésta una aspiración caprichosa o infundada, sino que está basada en sólidos argumentos científico-técnicos, económicos, administrativos, operacionales y políticos. Y en el orden internacional, pasan de ciento diez los países en los que la conducción de la salud tiene una jerarquía ministerial.

No cabe olvidarse que la naturaleza misma del sector, sin duda esencialmente social y cargada de connotaciones hondamente humanas, obliga permanen-

temente a ir más allá de la eficiencia técnica del costo-efecto, para sostener actividades antieconómicas por razones sociales. Dicha naturaleza plantea asimismo al Estado, como responsable de la salud de la población, la obligación de impedir que el lucro crezca desproporcionalmente especulando con la enfermedad.

A esto hay que agregar:

- La amplitud del campo de operación del sector, que incluye todas las prestaciones que se realizan sobre las personas, las comunidades y el medio; y que para alcanzar una cobertura total requiere, como ya se ha dicho, un vasto sistema de organizaciones con buena coordinación.

- La extraordinaria complejidad de las actividades que se desarrollan que demandan gran capacitación profesional y técnica y que exigen crear y perfeccionar una administración altamente diferenciada.

- La amplia gama de industrias vinculadas muy estrechamente con la salud, que requieren fomento para su desarrollo y apoyo para su investigación; pero al mismo tiempo deben ser rigurosamente fiscalizadas en la calidad de sus productos.

- La importancia del gasto en salud que hace necesario adoptar decisiones en el más alto nivel.

Lo expresado abona en favor de la necesidad de un ministerio para una firme conducción del sector, es decir un organismo del Estado en condiciones legales de competencia y funciones para decidir en la materia con un conocimiento especializado.

Por último, pienso que el Ministerio de Bienestar Social –cuya razón de existencia es para mí discutible, pues el bienestar social depende de la obra total de gobierno– es un ministerio que dejando de lado la época actual, que es de excepción, ha de ser proclive siempre y naturalmente a ser una repartición política en virtud de los asuntos que maneja y de los cuantiosos recursos que administra. Es muy reciente la penosa experiencia que hemos padecido al respecto, como para olvidarla. y el sector salud, no puede, por razones obvias, depender de un ministerio que trabaje en política partidaria.

Siempre recuerdo –por ser jocoso– lo que llamo “uno de mis grandes éxitos políticos”. En 1971 elevé al Presidente de la Nación un documento, que yo creía muy convincente, que incluía todos los argumentos que fundamentaban la creación de un Ministerio de Salud. La respuesta fue que al cabo de un mes la entonces Secretaría fue, a la inversa, transformada en Subsecretaría. (105)

Durante toda esta etapa de gobierno militar la Agronomía Médica Platense siguió siendo un foco de resistencia del sindicalismo médico contra el autoritarismo de estos gobiernos de facto. Los Boletines Informativos que siguieron publicándose en esta época demuestran esta lucha por los principios gremiales médicos y la unidad ante la amenaza de la libertad del trabajo profesional y en especial de la libre elección.

En este período la Agronomía Médica Platense, publica 8 Boletines informativos, N° 13 en 1970, N° 14 y 15 en 1971, N° 16, 17, y 18 en 1972, N° 19 y N° Especial en 1973.

A los fines de comprender y valorar mejor la defensa que ejerció la Agronomía Médica Platense sobre los derechos laborales de los médicos y la incansable tarea de dignificar la profesión, hemos realizado una selección y síntesis de los contenidos más significativos publicados en los Boletines Informativos señalados anteriormente, y en especial la Editoriales, que marcan la línea de pensamiento y acción de nuestros dirigentes en esa época.

Boletín Informativo N° 13. Octubre de 1970 (106)

LEGISLACIÓN NACIONAL. BASES DE SOLUCIÓN – GESTIONES DE LA CONFEDERACIÓN MÉDICA

ESTADO DE LAS TRATATIVAS LLEVADAS A CABO POR LA COMISIÓN INTEGRADA POR REPRESENTANTES DE LA CONFEDERACIÓN MÉDICA ARGENTINA Y LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN, TENDIENTES A ACORDAR LAS BASES DE MODIFICACIÓN DE LA LEY NACIONAL N° 18.483.

Como anticipáramos, con posterioridad a la reunión mantenida entre la Confederación Médica de la República Argentina y el señor Presidente de la Nación se constituyó la Comisión Especial encargada de establecer de común acuerdo las bases de modificación de la ley nacional 18.483.

Según informaciones recibidas de los representantes de nuestra Organización Nacional ante dicha Comisión, fue dable advertir desde el comienzo una posición altamente positiva por parte de los representantes de la Secretaría de Salud Pública ante la misma, posibilitándose con ello el rápido acuerdo sobre premisas básicas, fundamentales para el futuro de nuestra profesión y el fortalecimiento de las organizaciones médicas.

De conformidad con lo expuesto, el próximo martes 2 de junio se suscribirá el acta correspondiente para ser enviada al señor Presidente de la Nación, en la que deberán constar las reformas que es necesario introducir a la ley nacional 18. 483. Los puntos fundamentales de la modificación podrían resumirse de la siguiente manera:

1º) Se acepta el nomenclador presentado por la Confederación.

2º) Se aceptan contrataciones bilateralmente convenidas entre las Obras Sociales y Mutualidades y las Organizaciones Médicas más representativas de afiliación voluntaria. Los convenios se suscribirían a nivel nacional, –cuando ello es factible–, y se ejecutarían a nivel provincial.

3º) Se acuerda al Estado la facultad de verificar si los convenios celebrados respetan los requisitos que a tal fin establece la ley, los cuales pueden sintetizarse en los siguientes:

a) Posibilitar la libre adhesión al sistema de cualquier profesional o establecimiento legalmente habilitado. La adhesión de los sancionados queda en suspenso, bajo la responsabilidad de la entidad sancionante, hasta el pronunciamiento de la justicia ordinaria;

b) Asegurar a los afiliados beneficiarios la vigencia del principio de la libre elección;

- c) Normas de trabajo uniformes;
- d) Auditoría compartida;
- e) Aranceles anualmente convenidos entre las partes, sobre la base de pautas que contemplen evolución de los salarios y costo de vida, incidencias en el costo de las prestaciones y valores establecidos por los Colegios de Médicos Provinciales;
- f) Los convenios deberán establecer mecanismos de conciliación y arbitraje para evitar la interrupción de los servicios;
- g) El incumplimiento contractual no supone la existencia de conflicto.

4°) Se establecen incompatibilidades para los médicos de las Obras Sociales y Mutualidades sobre las siguientes bases: a) Quienes realicen tareas administrativas de asesoramiento y/o inspección, con respecto a los afiliados de entidad en la que desempeñan dichas tareas; b) Cuando realizan control de ausentismo, con respecto a la atención de las personas sobre las que se efectúa dicho control.

5°) La ley crearía un organismo nacional con facultades de ASESORAMIENTO, cuyos alcances carecen de fuerza ejecutiva.

6°) A todo evento, la ley NO OBLIGA A SUSCRIBIR CONTRATOS, de tal manera que queda a salvo la facultad de las Organizaciones Médicas de otorgarlos si los mismos satisfacen sus aspiraciones principistas y / o económicas.

MODIFICACIONES A LA LEY 18.038 PROPUESTAS POR LA COMISIÓN ESPECIAL

La Secretaría de Prensa de la Confederación Médica de la República Argentina, a cargo del Dr. Isaac Pérez Núñez, informa que la Delegación de la Confederación Médica, integrada por los doctores Ricardo Mario Sabbione, Wilfredo Miró Plá, Ennio A. Rocha y Antonio A. Tróccoli, se reunió con los representantes de la Secretaría de Seguridad Social de la Nación, doctor Etala y Tiboden a los efectos de considerar los aspectos cuestionados por los organismos médico gremiales de la ley 18.038, de jubilaciones para trabajadores autónomos, y especialmente para proyectar las modificaciones propuestas en

reiteradas oportunidades por los distintos organismos profesionales y la Confederación Médica de la República Argentina.

Al cabo de largas deliberaciones se llegaron a formalizar los siguientes acuerdos, que los representantes de la Secretaría de Seguridad Social se comprometieron a elevar, para su sanción, al Ministerio de Bienestar Social de la Nación:

Primero: se acordó excluir del régimen de la Ley 18.038 á los profesionales universitarios que ejerzan en jurisdicciones provinciales donde existan regímenes previsionales creados por leyes provinciales, con afiliación obligatoria y aportes compulsivos. A tales efectos se incluiría un nuevo inciso en el artículo tercero de la ley 18.038, con lo cual, para dichos profesionales, la afiliación sería voluntaria y no obligatoria. Quedó expresamente aclarado que la exclusión precedentemente indicada alcanza no sólo a los profesionales actualmente en ejercicio, sino también en relación con aquellos que se fueran incorporando en el futuro, a condición que ejerzan su profesión exclusivamente en la jurisdicción territorial correspondiente a la provincia respectiva.

Segundo: Se acordó asimismo la derogación del actual artículo 54 de la Ley 18.038, sustituyéndolo por otro nuevo artículo, en el cual se establecerá, únicamente, la obligación de establecer la reciprocidad amplia entre los distintos regímenes nacionales y provinciales entre sí. Los convenios a celebrarse, para tales efectos, deberán establecer la reciprocidad sobre las siguientes bases:

a) Cada régimen previsional juzgará y evaluará los servicios prestados por el profesional en el marco legal de su respectivo régimen, durante el tiempo que haya estado incorporado en el mismo y pretenda hacerlo valer a los efectos de reciprocidad.

b) Cada régimen previsional pagará la prestación respectiva, en proporción al tiempo de antigüedad acreditado en el mismo., o sea, de acuerdo con el sistema de prorrata tépori.

c) Se concederá a los regímenes profesionales provinciales tiempo suficiente para operar los necesarios ajustes a sus estructuras económico-financieras, a los efectos que puedan absorber las nuevas cargas que contraigan con motivo de los convenios de reciprocidad.

Tercero: La Delegación de la Confederación Médica de la República Argentina insistió en la derogación del art. 53 de la Ley 18.038, a lo que los representantes de la Secretaría de Seguridad Social expusieron los siguientes reparos:

a) Que estaban de acuerdo con que las Provincia pudieran crear nuevos ORGANISMOS de aplicación del régimen jubilatorio nacional, pero la redacción del art. 53 es más comprensiva pues habla de “nuevos regímenes jubilatorios” y no solamente de los organismos de aplicación.

b) Que la nueva redacción de un artículo sustitutivo del art. 53 de la ley 18.038, estimaban que demoraría considerablemente las demás reformas conformadas precedentemente, las cuales podrían salir inmediatamente.

c) Que asumían el formal compromiso de continuar trabajando en este tema, a los efectos de lograr una redacción satisfactoria para los grupos profesionales y la Secretaría de Seguridad Social.

En consideración a las razones expuestas por los representantes de la Secretaría de Seguridad Social, la delegación de la Confederación Médica aceptó el temperamento propuesto por aquéllos, a los efectos de evitar demoras en la sanción de las reformas aceptadas en los puntos primero y segundo; pero a condición de continuar con el tratamiento del tema vinculado al art. 53, pues a criterio de la Confederación Médica no existen razones para mantener su vigencia, ni resulta tan dificultosa la redacción de un nuevo artículo en el que se mantenga la facultad de las provincias para crear nuevos organismos previsionales para profesionales universitarios.

Cuarto: Queda entendido de acuerdo con la posición originariamente adoptada por la Confederación Médica, que las leyes provinciales para profesionales universitarios deben reformarse a los efectos de ajustarse a los requisitos básicos, de legislación sustantiva, establecidos en la ley n° 18.038 y referentes a la edad y antigüedad para gozar del beneficio jubilatorio.

Terminada la jornada, el vocero de la Secretaría de Seguridad Social, Dr. Etala, nos dio seguridades que en el curso de la presente semana estaría concluido el trabajo de reformas en el nivel técnico. Y que, en consecuencia, para la semana entrante, estábamos en condiciones de requerir su sanción al nivel del Ministerio de Bienestar Social.

Situación actual. Posición de la Agronomía Médica Platense

Como consecuencia de los paros de actividades médicas de los días 23 de enero y 19 de marzo y de la solicitada dirigida al gobierno, medidas destinadas a obtener la revisión de la legislación nacional conocida, y luego de la entrevista realizada con el entonces Presidente de la Nación; se dispuso la constitución de una comisión conjunta, integrada por técnicos del Ministerio de Bienestar Social y miembros de la Confederación Médica Argentina, que tenía por finalidad la revisión de las tres leyes conocidas, mereciendo especial atención la n°18.483, sobre Mutualidades y Obras Sociales.

Esta comisión elaboró un anteproyecto de modificación de la citada ley que si bien no constituía el desiderátum, conciliaba los términos en disputa. Dicho anteproyecto declaró vigente un nomenclador único para todo el país y para todos los regímenes de mutualidades y Obras Sociales, e incluía aspectos de prepago en los servicios asistenciales a brindar. Establecía además la movilidad de los aranceles profesionales y aseguraba la libre adhesión al sistema previsto por parte de los médicos y establecimientos, disponiendo para los afiliados la libre elección de profesionales y establecimientos sanitarios. Aceptaba además la auditoría compartida para el juzgamiento del comportamiento médico y los convenios se celebrarían por las instituciones de mayor representatividad. Se preveía la creación de un organismo permanente a nivel nacional, que actuaría como asesor y evaluador de los efectos de la aplicación de la ley.

Aparece ahora intempestivamente un nuevo anteproyecto de ley que desconoce las facultades de los colegios de médicos, que interfiere en los principios del federalismo en los aspectos de salud, que consolida la omnipotencia estatal al determinar el arbitraje obligatorio, y los profesionales no deciden en la estimación del valor de sus servicios, pasando a ser prácticamente dependientes del Estado.

Este nuevo anteproyecto se contrapone con la letra y el espíritu de lo convenido por la comisión. Frente a esta situación el C.D. dispuso la publicación de la siguiente solicitada en el diario "El Día", con fecha 24 de septiembre.

SOLICITADA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Frente a la recepción, por parte del Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense, de un nuevo anteproyecto de modificación de la Ley 18.483, cabe declarar:

1º) Que el instrumento legal proyectado a nivel nacional traiciona lo convenido oportunamente por la Presidencia de la Nación con la Confederación Médica de la República Argentina, en tanto que el mismo no ha seguido, en su elaboración, los pasos que oportunamente se previeran.

2º) Que el citado anteproyecto desdice, en su casi totalidad, y deforma completamente la letra y espíritu del anteproyecto que, como Anexo del Acta de fecha 27 de mayo de 1970, firmaron a nombre del Gobierno Nacional los doctores Horacio Rodríguez Castells (actual Secretario de Salud Pública), Luis Alberto Etchegoyen (actual Subsecretario de Salud Pública) y Roberto Ciganda Morere.

3º) Que el documento que aparece intempestivamente ahora reitera, en su espíritu y contenido, un intento estatizante de la Medicina, con las implicancias que de ello habrán de producirse.

4º) Que tal alternativa obliga a esta Agremiación a declarar:

a) Que no tolerará ninguna forma de desviación del ejercicio profesional médico que no sea consentida libremente por los propios médicos.

b) Que cualquier propósito de cambio en el régimen profesional, como socialización o estatización, sólo será aceptable cuando sea el producto de genuinas decisiones del único depositario de la soberanía en el país, es decir: su pueblo; y cuando ese cambio abarque, sin excepciones, a todos los sectores del quehacer nacional.

En ese momento, cuando todos discutamos las formas de aplicación del trabajo médico y su retribución, los médicos también discutiremos, en otras mesas, todas las formas de producción y consumo, incluyendo en ellas todos los factores

que inciden en nuestro presupuesto privado vivienda, combustible, libros, impuestos, ropa, instrumental, etc., y decidiremos, además, conjuntamente con los demás sectores del pueblo el destino del presupuesto nacional, diciendo cuánto para Educación, cuánto para Fuerzas de Seguridad, cuáles serán los medios para asegurar una equitativa distribución de la riqueza, etc.

Pero hasta que esto no se dé, no se habría seguramente de pretender que los médicos sean, o mejor dicho aparezcan, como solucionando por su sólo esfuerzo el gran problema de salud. Primero porque no pueden resolver de Salud el 100% cuando en el costo de ella sólo representan el 25%, y segundo, porque seguramente está claro en quienes están elaborando este nuevo propósito jurídico que no es solucionar el problema de Salud su objetivo, sino otro, que no hace precisas ante a Salud.

c) Que hace a las autoridades responsables de la conducción de las acciones de Salud un nuevo llamado a la reflexión.

d) Que esta nueva alternativa obliga a las Entidades Médicas a estar en actitud de vigilia.

e) Que esta Agremiación Médica Platense ha decidido hacer pública esta situación a fin de que la población tome conocimiento de los hechos, y deslinde las responsabilidades en el momento en que sufra las consecuencias de los graves errores de la conducción nacional de la Salud.

Y finalmente:

Pone en estado de alerta a los médicos, en el área de su jurisdicción, haciéndoles saber que deberán estar atentos a las directivas que de esta Entidad emanen. El día 25 del corriente deberán reunirse, a partir de las diez horas, en sus respectivos lugares de trabajo y proceder a analizar, en forma conjunta, el anteproyecto de Ley elaborado por la Secretaría de Salud Pública Nacional, atendiendo, durante el tiempo que demande tal análisis, solamente la urgencia.

SOLICITADA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Frente a la declaración producida por la Secretaría Nacional de Salud Pública, conocida por vía periodística, la Agremiación Médica Platense afirma que la misma es tendenciosa y no traduce exactamente la verdad de los acontecimientos:

1º) Porque la Comisión que se crea por indicación del señor presidente de la República, entonces teniente general Onganía, se constituyó a nivel presidencial entre técnicos en salud, en su representación, y la Confederación Médica de la República Argentina, a fin de considerar la ley 18.483, que nunca fue aceptada por el Cuerpo Médico del País.

2º) Porque el dictamen producido por las partes, que originó el acta del 27 de mayo de 1970, signada por los representantes médicos de la Confederación y por el Dr. Rodríguez Castells y Dr. Etchegoven, actuales secretario y subsecretario de Salud Pública, debió ser referirlo directamente a la Presidencia de la República, y no a la Comisión Permanente creada precisamente por la ley 18.483, que es la que se cuestiona y que no ha sido aceptada por los médicos.

3º) Porque al margen de lo acordado en el acta del 27 de mayo, aparece ahora un nuevo anteproyecto de revisión de la ley 18.483, elaborado y suscripto por la citada Comisión Permanente, a espaldas y con desconocimiento absoluto por parte de la Confederación Médica.

4º) Porque sectores no médicos pretenden, en intromisión intolerable, legislar sobre aspectos médicos del ejercicio profesional, reiterando posiciones anteriores, avasallando sectores de actividad que les están naturalmente vedados.

5º) Porque todo esto se hizo con la orientación de la Secretaría Nacional de Salud Pública, desdiciendo así expresas directivas presidenciales, de las que los mismos funcionarios fueron oportunamente ejecutores.

6º) Porque entiende esta A.M.P. que hay una continuidad jurídica del Estado, refrendada además por el respaldo que las Fuerzas Armadas dan a las de-

cisiones presidenciales; en consecuencia deben considerarse como plenamente vigentes las directivas expresadas en el punto 1°.

Por todo ello la Agronomía Médica Platense refrenda su posición sostenida en la anterior solicitada, y alerta a los médicos a que mantengan actitud de vigilante expectativa.

La Plata, 27 de setiembre de 1970.

La Plata, 6 de agosto de 1970.

II. NOTAS INTERCAMBIABLES ENTRE LOS C.D. DE LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE Y FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

A continuación se transcribe nota de la Agronomía Médica Platense ratificando la posición sustentada referida al cambio de estructura de la Federación Médica.

Señor Presidente de la
Federación Médica Prov. de Buenos Aires
Dr. Carlos A. Actis
Su Despacho

Cumplimos en dirigirnos a usted, en nombre del Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense, acusando recibo de la nota múltiple n° 37 y de las notas n° 2768 y 2789, por las cuales se comunica a esta Institución su designación como integrante de la Comisión que habrá de redactar un proyecto de reforma al Reglamento de Circunscripciones y se cita a sus representantes a la reunión inicial que se efectuará el día 6 del corriente. Es imprescindible, y en las actuales circunstancias más que nunca, que se hable muy claro que se actúe con absoluta autenticidad respecto del presente y futuro de esa Federación; y eso es lo que hará, una vez más, esta Agronomía, a riesgo de que sus expresiones no se valoren en su justa magnitud, y aun de que sean interesadamente distorsionadas. Pero todo esto no cuenta en momentos en que esta Agronomía considera necesario actuar para salvar algo que en gran medida,

es producto de su creación y acción de muchos años... en ello tiene empeñada su conducta; los actos que en tal sentido produzca, estarán estrechamente vinculados, a su vez, a la franqueza de los actos y procederes de quienes hoy se encuentran dirigiendo esa Federación.

Por ello, antes que este Consejo Directivo acepte la participación de la Agronomía en la Comisión precitada, es imprescindible que se asegure y comprometa tal franqueza y lealtad de procederes, de tal modo que no se produzcan más frustraciones; porque en caso contrario esta Agronomía se verá en la muy dolorosa obligación de retirarse de esa Federación, acto para el cual se han previsto ya firmes y decididos pasos. La revisión de tal conducta ya no depende de este Consejo Directivo, depende de quienes le han enfrentado en reiteradas ocasiones, de quienes han usufructuado o compartido la existencia de un sistema que posibilita la existencia de representantes que no representan a nadie, de dirigentes que no dirigen...

UN POCO DE HISTORIA:

28 de junio de 1970: hora 9 de la mañana, domicilio del Dr. A. Poli. Concurren al mismo los Dres. Carlos de la Plaza y Horacio Maturi; ambos expresan al Dr. Poli su preocupación por la carencia de una correcta conducción de la Federación y le preguntan cuál sería, a su juicio, la solución. El Dr. Poli señala que cree no cabe provocar enfrentamientos por las circunstancias cruciales que atraviesa el cuerpo médico y sugiere que se propicie la prolongación de los mandatos de los directivos de entonces, con el compromiso formal, adoptado en la Asamblea, de que los mismos habrían de cesar en tales cargos cuando se cumpliera la imprescindible modificación estatutaria, en cuyos lineamientos coincidían, en general, los reunidos. El Dr. de la Plaza sugiere luego la posibilidad de la incorporación, como vocales suplentes, de un grupo de dirigentes caracterizados de la Provincia, cuya presencia garantizaría la realización del cambio estructural aludido. Cualquiera de ambas proposiciones –ambas a la vez– fueron aceptadas calurosamente por el Dr. Maturi que, señaló, no tenía otra aspiración que el cambio en Federación. A las 10 hs. los Dres. de la Plaza y Maturi se retiran. A las 22 hs. del mismo día el Dr. de la Plata se comunica telefónicamente con el Dr. Poli y le manifiesta que ha hablado con el Dr.

Tullio, cuya presencia en Federación considera útil prosiga, interpretando importante se establezca contacto con el mismo.

29 de junio de 1970: El Dr. Tullio se comunica telefónicamente con la Agronomía Médica Platense y con el domicilio del Dr. Poli, pidiendo entrevistarse con el mismo. Este, acompañado por el Dr. Julio Pace concurre al local de la Federación, donde se encuentra con los Dres. Tullio, Arnera y Bugarini y con el abogado Dr. Saga. El Dr. Poli, en nombre del Consejo Directivo de la Agronomía, pone en conocimiento del Dr. Tullio, cuál es el criterio de la Institución: debe modificarse de inmediato el Estatuto de Federación, de manera tal que, en lo sucesivo, quienes conduzcan a la misma sean auténticos representantes de los médicos y no el producto de acuerdos de sectores. En la modificación debía estructurarse un sistema de gobierno para la Federación, respecto del cual ya había expuesto la Agronomía sus ideas al formular la crítica del último proyecto de Reforma del Estatuto (nota n° 165 del 22-4-70) –que vehiculizara y afianzara, sin lugar a desviaciones, una real democracia conductiva, que posibilitara e incentivara la participación de todos los médicos, muchas veces declamada y nunca ejercida en la Federación. En suma: debía crearse un sistema que fuera la antítesis de la camándula y el contubernio. En cuanto a las elecciones próximas de la Federación, la Agronomía Médica Platense no tenía interés especial alguno en postular la elección de sus representantes, pero, si como manifestó entonces el Dr. Tullio, se consideraba importante la participación de los mismos en el “esquema” armado ya por los “dirigentes”, la Agronomía Médica Platense consideraba que, por su potencial gremial y por el número de médicos que representaba, debía ocupar dos cargos en el C.D. de la Federación. El Dr. Tullio manifestó entonces, que se consideraría la Posición expuesta por la Agronomía, estimando necesario realizar una nueva reunión para establecer un acuerdo sobre la conducta a seguir. Quienes representaban a la Agronomía en ese momento reafirmaron entonces que la Institución no pretendía ni quería “acuerdos” con nadie, si es que los mismos no se hacían públicos, en Asamblea, expresando claramente el objetivo superior de la reorganización de la Federación y la calidad de transitorio que revestiría el Consejo Directivo allí elegido, hasta tanto se efectivizara el cambio. En la citada reunión se manifestó, asimismo, que el Dr. Maturi ocuparía el cargo de Vicepresidente.

Sábado 4 de julio de 1970: Se celebra en Federación una reunión de dirigentes. En nuestra representación concurren los Dres. J. Poce y E. Sánchez, quienes exponen y ratifican, una vez más la posición de la Agronomía Médica Platense. Reiteran, en tal sentido, que la Agronomía Médica Platense estimaba que en la reunión que se celebraba debía analizarse y discutirse, para luego someterlo a consideración de la Asamblea, el criterio de conferir al nuevo C.D. un carácter transitorio, con un principal y absorbente objetivo: la reforma del Estatuto y Reglamento de Circunscripciones según un esquema que dotara a la Federación de un gobierno realmente representativo de las bases, producto de la decisión de las mismas y no del acuerdo de algunos de sus integrantes; de un sistema que constituyera al C.D. en un órgano de alto nivel normativo en el orden general y ejecutivo sólo en las decisiones de especial trascendencia principal de un sistema que estructura a las Circunscripciones de acuerdo con la realidad de la magnitud de las entidades que la componían, habilitándolas en tal forma para ser organismos con efectivo poder de decisión y real representación de la zona que abarcaban; de un sistema que permitiera a tales Circunscripciones ir adecuando, a su particular realidad zonal, la efectiva vigencia de los principios fundamentales del gremio médico, de modo tal que, coincidiendo en los mismos, pudieran solucionarse los problemas particulares de cada ámbito, eliminando así el peligro de desunión que implica, al presente, la actuación de un organismo central que pretende la ejecución, en toda la Provincia, de procedimientos que en algunos lugares son inaplicables; de un sistema que terminara con las agotadoras e improductivas Asambleas, en cuyo transcurso, en medio de estériles discusiones, se consideran y reconsideran problemas de trascendencia meramente local, para llegar luego fatigadamente a una consideración superficial y apurada de cuestiones realmente trascendentes para el gremio médico todo.

En dicha reunión, empero, y salvo un aporte coincidente del Dr. de la Plaza, no se entra en la consideración que la Agronomía estimaba fundamental. Se manifiesta que ello habrá de ser tema que, en su oportunidad, encarará el nuevo Consejo. Se hace la defensa del acuerdo de dirigentes, que es, se dice, una tradición en la Provincia y un medio apto y honesto. Es posible que, en lo personal, sean honestos quienes los hacen, pero en lo institucional, y sólo a ello podemos referirnos cuando se trata del gobierno de instituciones, el acuerdo de dirigentes no es honesto.

La reunión concluye, por último, en lo que pareció ser su fundamental objetivo: “armar la lista”; en la misma, y en las condiciones en que ello se hizo, la Agronomía se negó a aceptar la invitación que para integrarla se le formuló. Sus representantes ven por último, con sorpresa, que el Dr. Maturi manifiesta que se siente feliz con la posibilidad de ser Vicepresidente de la Federación, aunque con ello desdiga, en los hechos, sus expresiones anteriores; pareciendo que, con su promoción para tal cargo, se cumplieran sus superiores objetivos, más caros que la preocupación que hacía tan poco le movieron a compartir con entusiasmo la crítica al sistema y la necesidad de su reforma.

5 de julio de 1970: Asamblea de la Federación. Los representantes de la Agronomía ratifican su posición, pero lo “armado” se ha solidificado y usufructúa la desorientación. Ese usufructo rinde a la Federación un nuevo C.D. integrado de espaldas a una real democracia gremial, y formados por quienes no entienden que los médicos no siguen a ciegas a los “dirigentes” sino a una concepción y que, cuanto más se aparten los unos de la otra más peligrosamente estará presente la posibilidad de quiebra, y la Agronomía Médica Platense no quiere ser un cómplice consciente o indiferente de la fractura que puede producirse.

Los hechos, que son historia, no pueden omitirse. La Agronomía Médica Platense no aceptará una sola desviación más. No le preocupa el juicio que los hacedores de acuerdos puedan emitir. La Agronomía Médica Platense afirma: integra la Comisión si ésta hace el compromiso, formalmente asentado en acta, de llevar a cabo, en plazo breve y predeterminado, el programa de acción que reclamamos; el programa que posibilite que los médicos puedan realmente decidir con su acción la conducción de la Federación Médica, sobre la base de una auténtica y definitiva democracia gremial, la misma que exigimos para el país, la que haga que la representación de la Federación sea la que, limpiamente, eligen las bases.

La Agronomía Médica Platense expresa –en nombre de sus 1600 afiliados y del potencial que los mismos representan, que se traduce por otra parte en la circunstancia de ser los mismos los aportantes de más del 45% de los fondos que sostienen la Federación– que el cumplimiento de su programa, en las actuales circunstancias, es condición indispensable e improporcionable para su

permanencia como miembro de la Federación. La Agremiación no está dispuesta, ya más, a ser la colaboradora indispensable, o la consejera respetada, cuando las circunstancias apremian, cuando se desatan los problemas que se originan, en la mayoría de los casos, por indefiniciones, dudas, morosidad y errores de quienes conducen, sin conducir nada, mal pueden hacerlo desde el momento en que, desde el instante mismo de su promoción como dirigentes de la Federación, carecieron del fundamento, del sólido apoyo de bases conscientes y organizadas, única plataforma que permite decidir rápido, bien y con la absoluta confianza de que lo que se decida se cumplirá. Mantener las actuales estructuras significará dejar los destinos de la Federación librados, no a la conducción de sus eventuales dirigentes, sino a la intuición personal que en cada ocasión de decidir incline a cada médico en un sentido o en otro; tal intuición, que creemos reemplaza desde hace tiempo la carencia de una correcta conducción, ha generado hasta ahora, afortunadamente, muchas acciones positivas, pero ello no le quita su condición de anárquica, ello no la habilita para ser la base fundamental de una Institución de instituciones como es la Federación; tal base sólo puede surgir, afianzarse y desarrollarse en el marco de una organización eficiente, adecuada y lógica que aglutine, encause y coordine tales instituciones, las que, a su vez, como producto de la necesidad de conocer para decidir, dejaran de ser tales para constituirse en opiniones fundadas.

Tal es la situación tal cual se la ve, claramente expresada, sin tapujos. Así se la hará conocer el C.D. de esta Agremiación a la Asamblea de afiliados de la misma, ya convocada al efecto.

Todo depende, de ahora en más, de la conducta de los actuales dirigentes de esa Federación, a su responsabilidad apelamos. O demuestran la decisión de cambiar con hechos, o siguen la vieja línea de conducir en el vacío, con el peligro de abusar del sentimiento de Unidad de los médicos, hasta agotarlo y quebrar así, seguramente, el sector más importante del movimiento gremial médico argentino. Tienen ustedes la última palabra, y ésta deberá ser clara y definitiva; en caso contrario, lamentablemente, la Agremiación Médica Platense seguirá integrando el gremio médico y luchando por sus principios, pero desde afuera de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

Saludamos a ustedes muy atentamente.

Dr. Julio Poce - Secretario
Dr. Alberto Poli - Presidente
Agremiación Médica Platense

A continuación se transcribe la respuesta del C.D. de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

La Plata, 12 de agosto de 1970.

Señor Presidente de la Agremiación Médica,
Dr. ALBERTO L. POLI
Calle 6 N° 1137. La Plata.

De nuestra consideración:

Cumplimos en dirigirnos a usted acusando recibo de su nota N° 410 que ha sido considerada en la fecha por el Consejo Directivo de esta Federación. En tal sentido comunicámosle que el mismo ha resuelto, luego de su lectura, lo siguiente:

Que la nota en cuestión refiere situaciones y actuaciones ajenas a la conducción de la Federación que en modo alguno implican desviación de la misma, en lo que hace a una correcta observancia de sus estatutos y manejo legal, como así también de su cometido gremial, no entrando a priori, en la consideración de los términos en los que está redactada ni en la exactitud de los mismos.

Que, por otra parte, es incontrovertible que la constitución de sus cuadros dirigentes está dada por el aporte de las Entidades Primarias, en la persona de gremialistas de probada capacidad y experiencia, surgidos de sus respectivas circunscripciones en su inmensa mayoría.

Que tal composición directiva denunciada en esa nota como no dirigente ni representativa en lo personal e institucional, solamente puede ser modificada me-

diante la oportuna reforma del Estatuto y del Reglamento de Circunscripciones. Precisamente y en cumplimiento de su programa de acción –coincidente en este aspecto con el de la mayoría de las Entidades Primarias, inclusive esa Agronomía– esta Federación decidió la formación de una Comisión Especial de Reforma del Estatuto, para lo cual se invitó expresamente a esa Entidad para que hiciera llegar sus sugerencias. Además y para complementar ese estudio que se desarrolló desde febrero a noviembre del año próximo pasado, se formó otra Comisión Especial para la reforma del Reglamento de Circunscripciones, designándose a esa Entidad como miembro titular de la misma.

Que es necesario expresar que el Consejo Directivo y la Comisión de Reforma del Reglamento de Circunscripciones, no pueden ni deben aceptar como una imposición la de esa Entidad, en el sentido de producir un compromiso tal cual lo exige en su nota, antes de entrar al cumplimiento de su cometido, pues ello se interpreta como un acto de presión, que llega incluso a lesionar la dignidad de sus integrantes.

Que, por otra parte, el dictamen de esa Comisión oportunamente ampliada, será sometido en última instancia e ineludiblemente a decisión de una asamblea citada al efecto, lo que se considera es el camino normal, ya que hacerlo de otra forma sería no responder a la voluntad del resto de las Entidades Primarias de la Provincia. Es decir, de la consideración de todos surge la decisión de todos, expresión de real democracia gremial.

Que la extrema posición de esa Entidad, consistente en no esperar el juicio de la mayoría de los médicos de la Provincia, expresado en asamblea, exigiendo anticipadamente decisiones que les corresponden a esta última en forma exclusiva y excluyente, lo que llevaría al retiro de esa Entidad de la Federación, constituye un hecho cuya responsabilidad es atribuible en forma total y absoluta a quienes así lo decidieran, quizá sin detenerse a meditar sobre las consecuencias gremiales que ello aparejaría en el ámbito provincial y por extensión en el movimiento médico del país.

Que el único compromiso que asume formalmente el Consejo Directivo de nuestra Federación, es el de continuar bregando por la auténtica unidad

gremial, consolidando y perfeccionando en forma dinámica y permanente, no sólo las estructuras principistas que nos alientan, sino también los instrumentos legales que permitan el fiel cumplimiento de nuestro cometido, respetando siempre las decisiones mayoritarias de las bases que sustentan nuestras organizaciones.

Por todo lo expuesto, y con el objeto de explicitar aún más, si cabe, la posición de esta Federación, es que se ofrece la concurrencia al seno de la asamblea convocada por esa Entidad Primaria para el día de la fecha, de miembros de este Consejo Directivo.

Quedando a vuestra disposición, lo saludamos muy atentamente. Respuesta del Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense a la nota remitida por la Federación Médica de la Pcia. de Bs. As.

La Plata, 19 de agosto de 1970.

NOTA N° 416

Cumplimos en dirigirnos a Usted por indicación del C. D. de esta Agronomía con el fin de acusar recibo de su nota n° 3053 del 12-VIII-70, la que produjo su ingreso en el local del Colegio de Farmacéuticos siendo las 21 y 40 horas, es decir, habiendo comenzado la Asamblea citada por esta Agronomía. Al respecto; y antes de entrar en cualquier otra consideración, le comunicamos que durante la Asamblea, al tratar el tema "Relaciones con la Federación Médica", hemos procedido a dar lectura a la nota n° 410 que esta C.D. le enviara y a la respuesta que esa Federación produjo por vía de su nota n° 3053. Hubo, con motivo de ello, un cambio de opiniones entre los presentes de resultas del cual se acordó: Ratificar lo actuado por este C.D. en el evento.

Facultar al C.D. a que proceda, con toda energía, a promover el cambio estructural de Federación, de acuerdo con las bases propiciadas, reiteradamente, por la Agronomía.

Innecesaria la presencia de Directivos de la Federación en la Asamblea porque la situación era de suyo demasiado clara, como para necesitar aclaraciones.

Consideramos necesario hacerles llegar estas expresiones porque son las que, exteriorizan el sentir de los presentes, contestan al último párrafo de su presentación.

Con relación al resto de lo producido por ese C.D., es dable realizar las siguientes consideraciones, producto, muchas de ellas, de exteriorizaciones de la propia Asamblea.

Resulta evidente que la misma en la traducción exacta de una manera de pensar, de sentir de ese Consejo que, ateniéndose a aspectos formales, pareciera a primera vista enhiesto, sereno, muy justo en sus apreciaciones y con un marcado todo efectista para el juzgamiento por parte de los demás; sobre todo, porque juntamente de ese juzgamiento de lo efectista, los demás no hallan inconvenientes en brindarle su apoyo.

Frente a tal actitud, la nuestra: la exteriorizada en tantas ocasiones, sin tapujos, sin rodeos, llamando a las cosas por su nombre real, sustantivando hechos y conductas. Esto, de primera intención, impacta, no gusta y favorece los planes de quienes no quieren ciertos aspectos. Nuestra posición es esencialista. Las otras son efectistas.

Y puestas las cosas en ese tono, cabe en la nota por ese C.D. remitida, desbrozar qué es lo real y qué es lo ficticio. Y eso es lo que intentaremos, como último esfuerzo, para centrar las cosas en su justo término.

Dice que se hace alusión, en nuestro envío, a situaciones y actuaciones ajenas a la conducción de Federación:

Esto, o es un sinsentido, o existe en la consideración de hechos particulares, una extrapolación de la lógica Aristotélica en el principio del tercero excluido. Dicho de otro modo: cabe aceptar, según el concepto de ese C.D., que las

cosas sean y no sean al mismo tiempo... Observemos hechos y cosas a ver si estamos en lo cierto o erramos...

Cuando desde esta Agremiación se refieren hechos y se habla de personas que en los mismos participaron; y esos hechos llevan la intención de promover otros dentro de la esfera estricta de Federación ¿qué es eso? Sustantivando: cuando se habla de los Dres. de la Plaza, Maturi, Tullio, Amera, etc., cuando se habla de reuniones de dirigentes, concretamente las efectuadas los días 28 de junio de 1970, 29 de junio de 1970, 4 de julio de 1970, 5 de julio de 1970... las actuaciones a que se hace alusión, ¿son actuaciones de entes abstractos, o de seres corporizados? Evidentemente esto: seres corporizados. Y éstos ¿son actores del Teatro Nacional, del Maipo, o de cualquier otro escenario revisteril? ¿O son miembros activos, dirigentes reales, tangibles, que hablan y escriben de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires? Evidentemente esto último: ¿son dirigentes de la Federación!

Y cuando se han reunido, ¿ha sido para hablar de política?, ¿del problema de los tupamaros?, ¿del valor del dólar?, ¿de las cuásares?, ¿de la biónica? ¿o de la elección de autoridades para la Federación y de un cambio de estructuras para ella, haciendo de las dos cosas un todo indisoluble? Evidentemente esto, que hace a la conducción de la Federación.

Entonces, Señor Presidente de la Federación, salvo que la lógica que se pretenda aplicar para hechos particulares sea Korsibskiana, lo que conformaría un verdadero acto fallido, la nota que se les remitió, la n° 410, les agrade o no, está realmente referida a situaciones y actuaciones que hacen a la esencia de la conducción de la Federación.

Luego continúa haciendo alusión a una correcta observancia, de parte de esa Federación, de sus estatutos y manejo legal.

Hay sorderas de etiología diferente porque, puede estar referida a alteraciones en el oído externo y medio; en el sistema de recepción de las ondas sonoras en la cóclea; en la conducción de las mismas, como influjo nervioso por vía del nervio del VIII° Par; en las vías acústicas, de suyo complejas; en

las áreas receptoras y perceptivas del cerebro-circunvoluciones transversas de Heschl, áreas 41, 42 y 43 de Brodman o en las difusas áreas en que las mismas se intelectualizan. Esta última forma, en una a manera de sordera psíquica. Análogamente acaece con la visión.

Las expresiones de su nota, hacen aparentar cómo si el Consejo que Usted preside, padeciera de algo de ello: sordera y /o ceguera psíquicas. Toda nuestra presentación está orientada a cambiar el sistema Estatutario que norma a la Federación por cuanto posibilita la trampa en legalidad. Y resulta que esa Federación se apoya, desembozadamente, en tales normas, no queremos creer con un sentido de ironía o de desaprensivo sarcasmo, para fundamentar su modus operandi!!! Si la cosa no fuera, a nuestro criterio, tan seria como para que una de las Instituciones, la más poderosa, la Agreración Médica Platense, termine yéndose de la Federación Médica, a lo mejor, podría ser, que terminaríamos en el mismo rictus convulsivo parecido a risa, que semejante afirmación promueve.

Señores del Consejo Directivo de la Federación: aquí no se trata de absorber posiciones, de defender canonjías; aquí se trata de la consideración de hechos objetivos, esenciales, para que en el juego de palabras –que también puedan querer decir NADA– se omita la franca discusión de hechos, de circunstancias concretas, no de su representación simbólica. Entiendan bien: nada de esto que se dice se orienta en contra de vuestras individualidades, que respetamos; va en contra del sistema que representan y personifican. Por eso vamos a entrar en la discusión de si los cuadros dirigentes de la Federación son auténticos o no. Es claro que provienen de Entidades Primarias que surgieron de Circunscripciones; ¿y de dónde sino? Selenitas o marcianos no son. Tampoco provienen de otra galaxia. Son médicos de la provincia de Buenos Aires, pero... ¿cómo fueron elegidos? es decir, más simple todavía; ¿fueron elegidos? Y si lo fueron, ¿se realizó la elección con amplia participación de las bases de acuerdo a cánones y formas por ellas establecidas y con un fin bien determinado? ... ¡Todos sabemos que no!

Pasamos por alto lo de probada capacidad y experiencia; no es nuestro objetivo considerar esos aspectos. Pero parece tremenda la insensibilidad de ese Consejo

cuando abusa del artilugio de usar los argumentos acusadores, en propia defensa. Cuando ese Consejo, ante nuestro reiterado pedido de modificación de Estatutos, nos dice que una Comisión Especial ha sido citada al efecto, con nuestra participación, parece que no repara en absoluto que toda nuestra nota 410, está dirigida a lograr de parte de esa Federación, autenticidad de procederes y las seguridades de que así se hará. Pero NO de cualquier manera, sino de forma tal que obvió la normalización Estatutaria de la trampa en el contubernio, en el acuerdo de dirigentes sin mandato, sin cabal representación...

Esta entidad no pretende “lesionar la dignidad de los integrantes de la Federación”, sino asegurar la realización del cambio. Palabras altisonantes y diversionistas no han de apartarnos de nuestro cometido y, en lo personal, absolutamente desinteresada finalidad. Ha llegado el momento de dar pasos esclarecedores; y la ausencia de los mismos de parte de ese Consejo ha de calificarlos, más que en las palabras de los demás, en las expresiones de la propia conciencia.

La democracia de que usted habla, Sr. Presidente, es expresión de la mayoría en su voluntad, pero sin imposiciones vejantes para las minorías. Nuestra mayoría no ha tenido, en todo este último tiempo, posibilidad real de concretar sus aspiraciones, porque, minorías asociadas con fines de quedantismo, se oponen con pertinacia. Si esas minorías asociadas se obstinan en esa situación mezquina, a ellas corresponderá pues la absoluta y total responsabilidad de la quiebra de la Unidad Médica, tan cara a nuestros sentimientos, tan repetidamente probada por nosotros en los hechos. Y aquí también la dicotomía: unos, declamadores efectistas de la Unidad, aunque disgreguen con su egoísmo; otros, propulsores reales de la misma, ejecutores de su auténtica Unidad, en plano de elevado contenido.

Por fin, sería de desear que el Consejo Directivo de la Federación no se exprese más en favor de lo legal, cuando así conviene a sus intereses, porque en caso contrario no va a poder explicar el porqué de su impulsada actitud agresiva frente a la legislación sanitaria nacional, y el porqué de su conducta, hace poco tiempo, frente a la C.E.M.R. Ya sería oportuno que incorporarán a su acervo intelectual, que más importante que defender lo legal, es defender lo justo; por lo menos esa es nuestra conducta.

Señor Presidente, señores dirigentes del actual C. D. de la Federación: nuestra nota 410 sigue siendo, para nosotros, elemento clave de nuestra posición que, con ésta, reiteramos. Rogamos a ustedes sepan ver nuestros conceptos e ideas, no al ropaje que las envuelve; rogamos a ustedes sepan, en cada caso, deponer situaciones personales por favor de las Instituciones que los superan; rogamos a ustedes, que extraigan de sus propias entrañas el sentimiento de autenticidad que hace de los hombres, realmente eso, en su propia dimensión cuando absuelven intereses personales.

Si así no saben o no pueden ver las cosas, **la historia gremial médica que se escriba en el futuro** dirá, con inexorable rudeza, quienes fueron los responsables de la quiebra del movimiento gremial más sólidamente expresado, con sentido emocional, en el país y al que esta Agronomía ha brindado sus hombres y bienes, con generosidad, hasta donde era factible y digno realizarlo.

Esta Agronomía Médica confía y espera, que los integrantes de ese C.D., sepan evaluar y comprender el sentido y objetivos de nuestra acción, y que por tanto, produzcan los hechos necesarios para evidenciar tal comprensión; siendo así estarán dadas las bases mínimas para una real, profunda y seguramente positiva reestructuración de la Federación, reestructuración que, con tales características, constituye, en definitiva, la condición básica para la permanencia de la Agronomía como entidad miembro de Federación.

Saludamos a usted con atenta consideración.

12. CARTA ABIERTA AL PRESIDENTE DE LA NACIÓN

Cumplimentando una resolución adoptada por la Confederación Médica de la República Argentina, el C. D. de la Agronomía promovió, entre los afiliados de la institución, la firma de la citada carta abierta, interpretando que, más allá del juicio que cada entidad primaria pudiera tener respecto de la efectividad de tal acción gremial, cabía prestar a la misma el más decidido apoyo, para evidenciar, una vez más, ante los poderes públicos, la solidaria cohesión del movimiento gremial médico.

La realización de la promoción aludida demandó una fatigosa dedicación a los miembros del Consejo y a algunos colegas, especialmente a los presidentes de las asociaciones de hospitales y sanatorios que colaboraron en la tarea.

Al cabo de la misma la Agremiación pudo aportar, con orgullo, el mayor número de firmas correspondientes a una sola institución. Se advirtió, sin embargo, que algo más de cuatrocientos afiliados no habían suscripto la carta abierta. Ante tal comprobación el C.D. resolvió cursar a los mismos una nota, solicitándoles que, en un plazo determinado, hicieran presente ante la Agremiación los motivos por los cuales no habían firmado, señalando que tal circunstancia podía implicar una falta, por omisión, a la solidaridad gremial a la que todo agremiado se debe, más allá de estatutos o reglamentos. Se expresaba además, en la aludida nota, que, una vez cumplido el plazo para las respuestas, el C. D. adoptaría las resoluciones que en cada caso correspondieran.

Doscientos ochenta y seis colegas respondieron a la nota; la casi totalidad de los mismos, salvo algo más de diez casos, interpretaron correcta y lealmente el sentido de dicha nota, respondiendo con franqueza al pedido formulado.

Hubieron otros colegas, en cambio, que soslayaron tal franca respuesta, y estructuraron, en cambio, una indignada, encendida o altisonante defensa del libre albedrío, de la libertad individual, de la ética, de la jerarquía profesional, etc., etc., valores todos estos que consideraban terriblemente agredidos por el requerimiento formulado por el Consejo. La mayoría señaló que el pedido formulado resultaba totalmente contradictorio con la base de libre adhesión que fue la que confirió mayor fuerza a la carta abierta. El C.D. estima necesario formular, al respecto, algunas consideraciones, comenzando por el argumento señalado en último término.

Durante la promoción de la firma de la carta abierta no se formuló, en ningún caso, amenaza o advertencia de sanción o represalia para quien no firmara, y nadie, absolutamente nadie, puede afirmar lo contrario. En cambio, después de la aparición de la carta abierta –que fue suscripta por quienes quisieron hacerlo, el C.D. creyó necesario conocer las razones que motivaran la ausencia de la firma de un importante grupo de afiliados; se suponía que habían existido muchas

razones diferentes— ausencia de la ciudad por ejemplo, dado que aun persistía el período de vacaciones, pero, lo que en definitiva se procuraba, era el conocer quién era quién, en el gremio médico, en momentos en que había que afrontar, con decisión y dando la cara, la lucha contra una política oficial que atacaba, no un aspecto parcial sobre el cual fuera previsible la discrepancia, sino los cimientos mismos de nuestra profesión. Y el Consejo no quería tener tal conocimiento para sancionar a nadie, lo quería porque interpretaba que para el gremio médico era necesario, frente a la alternativa de una lucha tan trascendente, conocer cuáles eran sus flancos débiles.

Se habló, asimismo, de que el requerimiento formulado atacaba el libre albedrío o la libertad individual; allá quienes así lo interpretaron, pero esa interpretación no es válida. Quienes, por su libre decisión integran, para las buenas y para las malas, el gremio médico, ceden, en aras del interés común, una parte de su libre albedrío, porque ello es imprescindible para la constitución y progreso de cualquier asociación humana, desde un club de barrio hasta un Estado. Mientras se permanece dentro de la asociación, sea ésta el club, el Estado o el gremio médico, debe tenerse presente tal cesión y sobreponer al interés individual el interés común. Es válida la lucha, aun contra ese principio, cuando acatar el mismo implique acatar algo manifiestamente injusto, repugnante a nuestra condición de seres humanos, pero tal no era, desde ningún punto de vista, el caso que nos ocupa. Hablar entonces de ese libre albedrío, y hacer una indignada defensa del mismo no, es más entonces que un ejercicio académico o un medio para eludir una respuesta franca que desnudara el haber sobrepuesto el interés individual al interés común. No es lícito que quienes así proceden se mantengan dentro de un gremio compuesto por médicos que luchan y se juegan por el interés común, sólo para recibir los beneficios de esa lucha, sin participar en la misma.

El C.D. resolvió, respecto de las respuestas recibidas, hacer constar las mismas en el legajo personal de cada afiliado.

Boletín Informativo N° 14. Abril de 1971 (107)**EDITORIAL: Perspectivas amenazadoras contra la libre elección**

El día 30 de noviembre de 1970 se hace cargo de la conducción de la Agrupación Médica Platense un nuevo grupo de colegas identificados con la denominación de Lista Unidad Médica; ello supuso, de hecho, una identificación con los principios gremiales elaborados sucesivamente, a distintos niveles del Gremio Médico, y que las anteriores conducciones de la Entidad asumieron y promovieron procurando darles la mayor y más efectiva vigencia; el actual C.D. contrae idéntico compromiso.

Su preocupación principal deberá ser seguir bregando en ese sentido, en las actuales condiciones y en sus perspectivas de desarrollo futuro. El Gremio Médico debe asumir con plena responsabilidad las características cambiantes del desarrollo profesional y tener bien presente que el actual esquema de trabajo médico se enfrenta hoy con algunas perspectivas amenazadoras, tales como las que, por ejemplo, derivan de las Leyes Nacionales 18.610 y 18.912, en su totalidad o parcialmente y cuyos preceptos, en alguna manera, implican avances contra el principio de Libre Elección. Será importante que, en el futuro, los colegas se nucleen firmemente en la defensa y cumplimiento de ese y otros principios fundamentales, única manera de afianzar sus mejores posibilidades de trabajo y fortalecer a las Instituciones que así lo procuran. Si pierden de vista tal orientación y se desvían en pos de soluciones personales asumirán la responsabilidad de ser quienes rompan esa Unidad y quedarán definitivamente marginados del Gremio Médico. Todos los médicos deben asumir este compromiso con perfecta responsabilidad y con plena conciencia del sacrificio personal que, en determinadas ocasiones, ello comporta.

La ofensiva permanente contra el Principio de Libre Elección y las actuales normas de trabajo se ejerce fundamentalmente, o principalmente, sobre los colegas jóvenes, a quienes se busca tentar con el trabajo directo para Obras Sociales o Mutuales y utilizarlos así, como ariete, para romper el frente médico. Ellos, especialmente, tienen que saber que toda la lucha médica gremial se ha hecho y se hace para conseguir y defender fuentes de trabajo abiertas,

en igualdad de condiciones, para todos los médicos, y que el objetivo fundamental sigue siendo consolidar estas relaciones y proyectarlas hacia el futuro ampliándolas permanentemente.

En coincidencia con estos propósitos, y recogiendo inquietudes que se gestaran en las anteriores autoridades, este Consejo está abocado, con toda seriedad y premura, a la tarea de constituir un organismo, a modo de obra social, que financiado y dirigido por los médicos, pueda dar cobertura, en materia de prestaciones de Salud, a grupos todavía desamparados o aun a aquellos que, por insuficiencia de las entidades que los amparan, no pueden todavía acceder a los niveles de una mejor medicina.

Para una etapa como la que se propone se necesita una permanente inquietud para avizorar el futuro y también la infraestructura que la posibilite. En tal vez su primer acto trascendente, este C.D. resolvió adquirir, con el aval oportunamente conferido por Asamblea, la manzana céntrica encerrada entre las calles 56, 10 y Diag. 73 de esta ciudad, donde, en un futuro que esperamos próximo, levantaremos el gran edificio para la Casa del Médico. Confiamos en que allí puedan todos los médicos de La Plata desarrollar, con los medios y comodidades más adecuadas, todas las facetas de su quehacer profesional.

Esperamos que este año, en cuyo mes de julio festejaremos el 30° Aniversario de la creación de la Agronomía Médica Platense, podamos contar con la colaboración y apoyo de todos los colegas, traducida por el fiel cumplimiento de todos los compromisos gremiales, para que, todos juntos, podamos desarrollar estas perspectivas de trabajo que hemos señalado.

RESISTENCIAS GREMIALES

Como es sabido, las prestaciones médicas siguen facturándose, actualmente, con los mismos valores del año 1970. Durante ese año el movimiento médico debió realizar manifestaciones de fuerza para responder al intento gubernativo de maniatarlo mediante la sanción de leyes que, de una u otra manera, avanzaban sobre distintos aspectos del quehacer profesional. A esta especie de legislación pertenecen la Ley 17.102 (no derogada), la 18.483 (de-

rogada merced al esfuerzo de los médicos), la 18.610 (vigente) y la 18.912, sustitutiva de la 18.483. La 18.912 establece, entre otras cosas, que el valor de las prestaciones médicas se discutirá, anualmente, entre la Confederación Médica y los organismos representantes de Obras Sociales y Mutuales de ámbito nacional. Como consecuencia de esta circunstancia, a fines del mes de marzo del corriente año, carecemos de definiciones a ese respecto.

Por otra parte, aspectos fundamentales de dicha Ley han sido objetados por los organismos gremiales médicos, aunque se da la incongruencia de que nuestro más alto representante, la C.M.R.A. convalida de hecho la Ley al integrar el mecanismo de paritarias y, lo que es peor, está dispuesta a aceptar el recurso de arbitraje que establece la Ley y que ha sido expresa y reiteradamente rechazada por los médicos.

Pese a haber formado parte de Asambleas de Federación Médica que objetaron parcialmente la Ley, este C.D. entiende que se han dado nuevas circunstancias en el ámbito del país. No estando definida todavía la política de salarios para el año 1971, existiendo índices inflacionarios cada vez más importantes y auscultándose síntomas que tienden a corregir hechos anteriores de los gobiernos precedentes, este C.D. entiende que, en la situación de coyuntura que se presenta, los organismos gremiales médicos deben bregar, con todos los medios a su alcance, para derogar, lisa y llanamente, todos los instrumentos legales que, dictados en circunstancias diferentes, tienden a cercenar derechos y conquistas médicas de muy lejana obtención.

Esta posición ha sido transmitida a la Federación Médica para que la vehiculice orgánicamente a la Confederación y hecha conocer a todos los médicos de la Provincia de Buenos Aires por intermedio de los distintos Círculos.

RELACIONES CON LA FEDERACIÓN MÉDICA

Todos los miembros de la Agremiación Médica Platense tienen abundante información con respecto al curso que han seguido nuestras relaciones con la Federación. Los planteos formulados por nuestra entidad en cuanto a necesi-

dades tales como: abordaje y definición, por parte de la Federación, de la gran problemática de Salud, referida a sus aspectos públicos y privados; necesidad de institucionalización de la Federación mediante las reformas estatutarias correspondientes, que tiendan a dotarla de agilidad y ejecutividad; acelerada realización del proceso de modernización y tecnificación administrativa, siguen siendo de nuestra especial preocupación.

Sin embargo, en especial atención a la coherencia y unidad con que debe desenvolverse el gremio médico, este C.D. realiza esfuerzos tendientes a mejorar nuestras relaciones con esa Institución, tratando de superar cuidadosamente lo que pueda ser materia de enfrentamiento personal.

En un todo de acuerdo con la idea de que Federación debe ser el gran organismo normativo del gremio en la Provincia de Buenos Aires, se ha reclamado ante ella, y se lo seguirá haciendo todas las veces que ello sea necesario, para que se defina la situación de los médicos que revistan en la Carrera Médica Hospitalaria, mejorando sus retribuciones, hasta ahora injustamente postergadas, y se provean cargos y funciones por concurso.

De la misma manera se ha recurrido a Federación, en innumerables oportunidades, con la finalidad de enfrentar la reiterada intención de Obras Sociales y Mutuales de no ajustarse a términos contractuales, tanto en lo que se refiere a normas como a pagos.

Esperamos que estas relaciones puedan seguirse mejorando para mutuo beneficio de ambas Instituciones.

CASA DEL MÉDICO

Compra del terreno: manzana comprendida entre las calles 10, 56 y Diag. 73.

SERVICIOS DEL CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN

Una de las primordiales actividades que desarrolla el Centro, que funciona en horario continuado de 7 a 19 hs. y los sábados de 9 a 12 hs., es la de la

preparación de bibliografías sobre temas relacionados con la Medicina Social para lo cual se toma como base la consulta de los 1.194 volúmenes de su biblioteca y los índices de las 68 revistas que se reciben actualmente. La lista de las 230 bibliografías proporcionadas hasta la fecha figura en el Boletín N° 8 publicado por el Centro en febrero de 1971.

El material puede consultarse en Sala de Lectura; asimismo, y con el objeto de facilitar su uso, se llevó a cabo, a fines del año pasado, un cursillo sobre "Utilización del material de referencia médica" que podrá repetirse a requerimiento de los facultativos interesados.

Otro de los servicios que presta el Centro es el de la foto-duplicación de documentos; en el período comprendido entre abril/1970 y marzo/1971 se han efectuado 12.622 fotocopias. El servicio se brinda exclusivamente a los afiliados de la Agreración, y a precios de costo, sensiblemente inferiores a los de plaza.

El Centro también se hace cargo de la reproducción o realización de microfilms o diapositivas, en blanco y negro o color, de originales existentes en el mismo o provistos por los interesados.

Además pueden obtenerse traducciones de artículos de revistas y libros, ya sea por servicio directivo del Centro o por la gestión del mismo ante el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Actualmente el Centro se halla abocado a la tarea de reunir listas de las publicaciones periódicas que se reciben en otras Bibliotecas Médicas de la ciudad, a fin de poder ubicar rápidamente este material, a solicitud de los interesados. El Centro posee, asimismo, material de referencia de alcance mundial, tal como el contenido en: INDEX MEDICUS, EXCERPTA MÉDICA, CURRENT CONTENTS.

Para facilitar la labor de los usuarios se ha establecido el préstamo de libros por el fin de semana, a pesar de los inconvenientes que esto acarrea, por tratarse de un material de consulta casi permanente.

Los investigadores que manifiesten tener un interés permanente en determinados temas, son incluidos en el Fichero de Usuarios, iniciado el año anterior, lo que permite comunicarles de inmediato, aún telefónicamente, cualquier novedad referida a su tema contenida en las revistas y publicaciones que llegan al Centro. Con el mismo fin se ha iniciado la elaboración del archivo de “abstracts” o resúmenes de libros de reciente publicación o de artículos de revistas que no se reciben en el Centro.

Boletín Informativo N° 15. Julio de 1971 (108)

EDITORIAL: Consolidar la Unidad Médica

Al asumir la conducción de la Agremiación Médica Platense, el C.D. intentó definir una línea de conducta general con la que se propone examinar, durante su gestión, todos los problemas médico-gremiales.

Se insistía allí que, fuesen las perspectivas que tuviese que afrontar en el futuro el movimiento médico, era requisito indispensable consolidar una unidad que, hasta ahora, se había mostrado como el único argumento capaz de mantener algunos términos al margen de especulaciones técnicas o de aventuras planificadoras. Este sentido tuvo la declaración que produjeron todos los médicos del país en enero de 1969 y que sirvió para contener los empujes devastadores de algunos funcionarios.

Pareció que, a partir de ese momento, se revertía un diálogo hasta ese entonces estéril, y se comenzaba a examinar seriamente, y con participación de los prestadores de la salud, lo que podía ser una forma de comienzo para la instrumentación del sistema que asegure a toda la población de nuestro país el acceso, en igualdad de condiciones, a la mejor medicina.

Sin embargo, muy pronto pudo observarse que no se trataba sino de intenciones formales. Nunca fue derogada la Ley 17.102 de Hospitales de la Comunidad; la Ley 18.610 resistió todos los juicios críticos que se le formularon y la 18.980 que la sustituye, a partir de 1971, contiene lo sustancial de la anterior

y sigue presentando perspectivas amenazantes para el ejercicio profesional. Se consiguió la derogación de la Ley 18.483, sustituida por la 18.912, la cual establece el mecanismo de paritarias para fijar el valor de las prestaciones, pero que incluyó, a último momento, algunos artículos que pueden incidir negativamente sobre la actividad profesional.

Por esta razón, cuando en marzo de este año se produjo una situación coyuntural que podía posibilitarlo, el C.D. de la Agremiación postuló ante los organismos gremiales superiores la necesidad de luchar por una completa derogación de esos instrumentos legales.

La acción solicitada no se produjo y, cualquiera fueran las razones que se tuvieron en cuenta para desestimar nuestro pedido, lo real y concreto es que la ocasión pasó. De hasta qué punto eran correctas nuestras apreciaciones tenemos innumerables evidencias en el momento actual. Los funcionarios continúan el diálogo con nuestros dirigentes y, al mismo tiempo, producen hechos que no se explican muy bien y que aparecen conflictuando la actividad médica. De este tipo de hechos es la reciente inauguración de un Policlínico Ferroviario en Neuquén, en el cual se pretende centralizar la atención médica de los afiliados de Obras Sociales y Mutuales, contrariando lo hasta ahora establecido con una gestión de más carácter espectacular que efectivo.

Algo de esto puede ocurrir en nuestro ámbito de acción. Todos hemos visto crecer la estructura de la Policlínica del Turf, hasta ahora vacía, pero dimensionada de una manera que excede ampliamente las necesidades asistenciales del Gremio del Turf. Para impedir que su inauguración, cualquiera sea la fecha en que se realice, suponga una situación conflictiva, es que los médicos debemos consolidar nuestra unidad, con comprensión individual y colectiva de cuáles son las perspectivas de futuro.

No ignora el C.D. que existen todavía situaciones marginales. Supone que algunos de los cargos que abandonaron los médicos en el año 1967, han sido ocupados por otros médicos, en violación de expresas resoluciones y normas. Sabe el C.D. que un grupo de colegas, nucleados en torno de un establecimiento asistencial están brindando prestaciones médicas a algunos grupos

sociales muy importantes, como los que, por ejemplo, componen los sindicatos de SMATA, UOCRA, Madereros, etc. Con este tipo de actuaciones irregulares muchos médicos han conseguido, y siguen consiguiendo, ventajas importantes que, lamentablemente, se asientan sobre la defraudación que cometen con sus colegas.

Es evidente que este tipo de situaciones no puede tolerarse más. Frente a la posibilidad de que estos actos irregulares puedan generalizarse hasta tirar abajo todo lo que representa la labor de muchos años, el C.D. ya ha dado los pasos necesarios que posibiliten la adopción oportuna de las medidas que correspondan.

También ha tomado conocimiento el Consejo de la preocupación que ha originado en los colegas los supuestos avances de los sistemas de pre-pago de la Capital Federal sobre la Provincia de Buenos Aires y, concretamente en la ciudad de La Plata. Ninguna información formal tiene el C.D. y sólo conoce, por comentarios, las intenciones de algunos funcionarios de Obras Sociales y Mutuales –que actualmente contratan por el régimen de Libre Elección– de modificar esa relación. Estas pretensiones sólo pueden tener posibilidades de éxito si los médicos las consentimos.

Esto nos lleva nuevamente al problema de la unidad. Esta es cada vez más importante y necesaria, no solo para consolidar lo que hasta ahora hemos logrado, sino también para defenderlo de las agresiones que antes hemos mencionado. Es fundamental para que, todos juntos, amplíemos nuestras fuentes de trabajo y exploremos la posibilidad de otras nuevas. Esto asume primordial importancia si tomamos en consideración que, al día 6 de julio de 1971, el número de médicos inscriptos en la Agremiación alcanzó la cifra de 1975, la cual llegará, seguramente muy pronto, a los dos mil. La relación médico-habitantes que esta cifra supone, está muy por debajo de las consideradas como aceptables, de modo que, para que los colegas no se desvíen en busca de soluciones individuales es importante que tengan presente las inquietudes y la fuerza del gremio de que forman parte.

Con este fin ya se ha completado el estudio del sistema de atención médica por pre-pago a desarrollar por la Agremiación, para el cual se prevé una primera in-

clusión de alrededor de 40.000 afiliados. Ya el C.D. ha definido las pautas y normas reglamentarias para su funcionamiento y espera concretar algunas decisiones que faltan para someterlo a consideración de los agremiados. De esta manera el Consejo cree dar pasos fundamentales para el futuro del ejercicio profesional, en el ámbito de la Agremiación, y espera que los médicos consoliden su unidad en torno de la Institución para seguir programando para el porvenir.

CARRERA MÉDICA HOSPITALARIA

Como consecuencia de las diversas publicaciones aparecidas en diarios locales, suscriptas por las Asociaciones de Profesionales de los establecimientos hospitalarios, mediante las cuales señalaban sus justos reclamos con respecto a la situación de la Carrera Médica Hospitalaria y a la situación deficitaria en que se encuentran los establecimientos señalados, el Ministerio de Bienestar Social ordenó la sustanciación de sumarios con la finalidad, por un lado, de deslindar responsabilidades con respecto a algunas expresiones consideradas inaceptables y, por otro lado, de sancionar la actitud de los profesionales de hacer pública afirmación de sus reclamos basándose en el artículo 39 inc. "e" del Dec. Ley 3625. Con tal motivo la Agremiación, que ya había recibido las presentaciones de las Asociaciones, gestionó una audiencia, ante el Ministro de Bienestar Social, el día 23 de junio con la finalidad de reiterar el reclamo de los profesionales y reclamar por la actitud del Ministro. A tal fin y como el pedido de audiencia no fue satisfecho, con la premura que se creía indispensable se hizo llegar, el día 25, la siguiente nota:

LA PLATA, 23 de junio 1971

Señor Ministro de Bienestar Social
Contraalmirante Ramón H. Qüesta
SU DESPACHO

Cumplimos en dirigirnos a Usted, por disposición del Consejo Directivo de esta Institución, con el objeto de transmitirle la preocupación de la misma en relación con el reclamo que formulan las Asociaciones de Profesionales de los establecimientos sanitarios que, como Usted comprenderá, no nos son ajenas.

En substancia los profesionales reclaman por la falta de aplicación de un ordenamiento legal en lo referente a su régimen de trabajo. Hasta el año 1965 esto fue cumplido por el D.L. 3625 que, aunque susceptible de mejoras, tuvo por finalidad fundamental asegurar un régimen de acceso, un régimen de promoción y uno de estabilidad. Este D.L. que data del año 1956, terminó con una muy larga práctica en virtud de la cual los profesionales ingresaban a los establecimientos sanitarios únicamente sobre la base de vinculaciones fundamentalmente políticas, las que, por supuesto también servían para su promoción.

El D.L. 3625 ha sufrido, en distintas oportunidades, la intención de mejorarlo, con el dictado de un nuevo instrumento. Es así que, con fecha 13 de enero de 1966, fue promulgada la Ley 7206 “Carrera Profesional de la Sanidad” la cual, por su art. 178 derogaba expresamente el D.L. 3625 y sus concordantes. Posteriormente, y con fecha 22 de agosto de 1966, el P.E. dicta la Ley 7215, por la cual suspende la vigencia del art. 178 de la Ley 7206 “... hasta tanto se dicte la reglamentación pertinente y se provean las partidas presupuestarias que permitan su aplicación”. Queda entonces vigente, en su totalidad, el D.L. 3625 que el art. suspendido derogaba específicamente. Pese a esta circunstancia, y desde entonces, ni uno ni otro de los instrumentos legales aludidos tiene efectiva vigencia y aplicación. Posteriormente, el 30 de octubre de 1967, se dicta la Ley 7323 por la cual se extiende los beneficios de la bonificación por función, a los titulares de las mismas designados con carácter interino, de acuerdo con lo establecido en el art. 24 del D.L. 3625, caso el de esta norma que, en realidad nunca se planteó, pues no es que no “...hubiera aspirantes que reúnan las condiciones establecidas...” sino que en realidad el Ministerio jamás convocó los concursos a que la Ley obliga, y extendió, mucho más allá de lo razonable, el plazo de seis meses que la misma señala como máximo para los interinatos. Desconocemos que exista algún otro instrumento legal que autorice tal proceder.

Como producto de esta confusa situación los médicos han visto congelar cargos vacantes, prolongar interinatos fuera de todo margen aceptable y sin razones especiales que pudieran justificarlo; curiosamente en cambio, se han cubierto vacantes o se han creado cargos mediante denominaciones parciales de “becarios” o “residentes”, ninguna de las cuales se encuentra

dentro de lo establecido por la Ley. También han visto los profesionales que, a partir del año 1967, se les aplicaron normas del Estatuto del Personal de la Administración Pública, jubilándose, de hecho, a quienes superaban la edad límite de los sesenta años, pero han notado también, sin explicación que lo justifique, que este procedimiento ha sido suspendido a partir del año 1970, o que, únicamente, ha sido utilizado para resolver alguna situación conflictiva. También han advertido que, como producto de funciones mantenidas al margen de la Ley, se han constituido organismos de asesoramiento que, en la práctica, han demostrado, lógicamente, carecer de la representatividad auténtica que se hace imprescindible en tales casos. Todo lo expuesto justifica, Señor Ministro, que los profesionales observen con preocupación lo que, del mejor modo, sólo puede calificarse como incoherencia y explica que, en determinado momento, den expresión pública a lo irritante de su situación.

No ignora este Consejo Directivo que los representantes de ese Ministerio, junto con representantes de Entidades Profesionales Médicas –Colegio de Médicos y Federación Médica– han elaborado el último de los anteproyectos de Carrera Médica Hospitalaria de que tenemos información. Si bien este proyecto, en lo fundamental, significa un progreso sobre el régimen anterior, son tan pocas sus posibilidades de puesta en vigencia –vistas las informaciones de que disponemos– que resulta lógico pensar que esta gestión ha terminado por confundir totalmente al repetir argumentaciones anteriores, tal como el caso de la Ley 7215.

Considera este Consejo que dificultades de orden financiero y/o administrativo –que conoce– pueden trabar el deseo de las autoridades del Ministerio en cuanto a la pronta sanción del proyecto antes aludido, pero si esto es así, no puede diferirse por más tiempo una definición clara y expresa de vuestra parte en cuanto a la puesta en efectiva y total vigencia del régimen del D.L. 3625.

Tampoco habrá escapado al criterio del Señor Ministro, y este Consejo se complace en destacarlo, que los profesionales han revelado preocupación, no sólo en lo que hace a la falta de un ordenamiento legal con que desempeñan sus tareas, sino también en todo lo que tiene que ver con las condiciones

concretas y materiales con que deben desarrollar su actividad en los establecimientos oficiales. Los juicios que vierten, a propósito de groseras deficiencias de infraestructura, de la carencia de instrumental y posibilidades técnicas acordes con una medicina actual, su preocupación con respecto a la jerarquización y remuneración del personal auxiliar, revelan una gran inquietud con relación a las perspectivas de su trabajo futuro y deben valorarse como aportes constructivos para la programación de la Salud.

Resulta entonces sorprendente que, como respuesta a ello, ese Ministerio haya promovido la sustanciación de sumarios a los médicos que se desempeñan como directivos de las Asociaciones de Profesionales de los Hospitales y que, como tales, no son sino voceros e intérpretes de la inquietud y descontento que todo el cuerpo médico de los establecimientos asistenciales oficiales manifestó, unánimemente, en las Asambleas que convocaran las referidas Asociaciones. La actuación de ese Ministerio, en tal sentido, preocupa gravemente y pone al Consejo en la alternativa de sospechar que, en realidad, no se desea el diálogo cuando se advierte que el mismo irá al fondo de los problemas y de las soluciones concretas. A cuestiones formales, que si bien son respetables no por ello dejan de ser tales, no puede atribuírseles una importancia tal como para constituir las en escollos insalvables para una positiva gestión común.

No ignora el Consejo que los problemas de Salud deben ser considerados, y con urgencia, en el marco de definiciones y normas que cada vez se hacen más indispensables para programar y actuar en la materia, en tanto constituyen bases imprescindibles para ello, bases que, hasta hoy, lamentablemente no se advierten con claridad.

Esperamos que el Señor Ministro sepa comprender y valorar, como corresponda, la inquietud multitudinaria de los profesionales; que, en consecuencia, se dejen sin efecto las irritantes medidas a que hemos aludido y se vehiculice adecuadamente tal inquietud, facilitando de tal modo lo que es el objetivo de todos: una mejor atención médica para el pueblo de nuestro país.

Saludamos a Usted con la más distinguida consideración.”

El mismo día las autoridades de la Agremiación Médica Platense fueron invitadas a concurrir al Ministerio, donde, por una ausencia por completo circunstancial del Sr. Ministro fueron atendidos por el Subsecretario de Salud Pública. Se planteó ante el mismo la legitimidad del reclamo formulado por las asociaciones de profesionales y lo incorrecto de la actitud de las autoridades al disponer la iniciación de sumarios. De común acuerdo con el Dr. Guiland se resolvió entrevistar al Ministro al día siguiente, en horas de la mañana. Frente al Ministro la Agremiación reclamó por: 1°) necesidad de perentorias definiciones con respecto al régimen de Carrera Médica, 2°) inconveniente actitud de sumariar a los profesionales, 3°) supuestas irregularidades en la tramitación de los sumarios. El Ministro tomó debido conocimiento de lo requerido por nuestros representantes. Con respecto al problema de Carrera manifestó que era necesario que las entidades médicas se pusieran de acuerdo sobre cuál era el régimen legal que consideraban más conveniente poner en práctica, vistas las actuales circunstancias, por cuanto mientras que las entidades gremiales médicas (Federación y Agremiación Médica Platense) había solicitado el inmediato llamado a concurso según los términos del D.L. 3625, el Presidente del Colegio de Médicos lo había interesado en la reglamentación y estudio presupuestario de la Ley 7206 (régimen sancionado en enero de 1966, promulgado en marzo del mismo año, y nunca puesto en vigencia).

Con respecto al problema de los sumarios el Ministro solicitó plazo para expedirse hasta el día 29 o 30 de junio.

El día 30 convocó a la Agremiación Médica a su despacho. Después de una larga conversación donde los representantes de la Agremiación insistieron en el legítimo derecho que habían ejercido los profesionales hospitalarios al formular sus reclamos, reclamos que el Ministerio debía atender, sin considerar expresiones ni aplicar medidas punitivas, se solicitó se dejaran sin efecto las medidas iniciadas. El Sr. Ministro, que comprendió nuestros argumentos no pudo responder a nuestra solicitud pues esa misma tarde había tenido conocimiento, por expresiones del Dr. Osvaldo Mammoni, de que los profesionales del I.G.S.M. y del Hospital de Niños estaban dispuestos a retractarse de los términos vertidos en las notas publicadas; solicitó a nuestra Agremiación unos

días de espera para que pudiera formalizarse ese ofrecimiento. Después de una espera prudencial este C.D. deberá reiniciar sus gestiones tan lamentablemente interferidas hasta ahora.

Con posterioridad a la redacción de la información precedente, se recibió con fecha 13.07.71, del Sr. Ministro de Bienestar Social, la nota que a continuación se transcribe:

LA PLATA, 13 de julio 1971.

Señor Presidente de la Agremiación Médica Platense
Dr. Miguel Ángel Olivares
SU DESPACHO

Cumplo en dirigirme a Usted en contestación a su nota N° 170 del 23 de junio del corriente año, en la que abunda en extensas consideraciones acerca del problema creado a raíz de la falta de una legislación adecuada para el ejercicio de las diversas profesiones del quehacer hospitalario.

A este respecto hago saber al Señor Presidente, y no es ésta la primera oportunidad en que sucede, que estoy perfectamente enterado de esa situación y, además, le recuerdo que es precisamente durante mi gestión cuando se ha arribado a una solución aceptada de muy buen grado por las partes intervinientes y cuando también este Ministerio ha estado dispuesto a poner temporariamente en vigor el Decreto Ley N° 3625/56, como ha sido ya definitivamente convenido con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. En efecto, no ignorará el señor Presidente que al recibirme yo, de mi actual cargo las autoridades anteriores no tenían ninguna intención de aplicar el mencionado Decreto Ley y en cambio disponían de un proyecto de ley de carrera hospitalaria, listo a sancionar y que no gozaba de la aprobación de las organizaciones médicas reconocidas.

Dice el señor Presidente en el cuarto párrafo de su nota que “curiosamente en cambio se han cubierto vacantes o se han creado cargos mediante denominaciones parciales de “becarios” o “residentes”, ninguna de las cuales se en-

cuentra dentro de lo establecido por la Ley”. Pero lo que es realmente curioso es que el señor Presidente no sepa que no existe la denominación de “becarios” aunque sí la de “residentes”, que pertenecen a un régimen aparte, que nada tiene que ver con la carrera médica hospitalaria, ya que son designados al sólo efecto de su aprendizaje profesional.

Al final del mencionado párrafo cuarto se habla de que como producto de funciones mantenidas al margen de la Ley se han constituido organismos de asesoramiento que, en la práctica han demostrado, lógicamente, carecer de la representatividad auténtica que se hace imprescindible en tales casos. Ignoro a qué se refiere el señor Presidente con tal afirmación y lo invito a que me aclare sus términos, para poder contestarle lo que corresponda.

En el párrafo siguiente se habla de que son “tan pocas las posibilidades de puesta en vigencia de la nueva Ley; vistas las informaciones de que disponemos, que resulta lógico pensar que esta gestión ha terminado por confundir totalmente al repetir argumentaciones anteriores, tal como el caso de la Ley 7215”. Por sus palabras resulta evidente que el señor Presidente padece de una gran confusión al respecto, ya que no es cierto que sean tan pocas las posibilidades de puesta en vigencia ni hay repetición de argumentaciones anteriores, ya que este Ministerio no fue quien trajo a colación ni auspició nunca la aplicación de la Ley 7215.

En cuanto a una referencia posterior sobre “groseras deficiencias de infraestructura, etc.”, advierto al señor Presidente que no le recibiré en lo sucesivo ninguna clase de presentaciones que contengan este tipo de descorteses calificaciones.

Por otra parte estoy en total y absoluto desacuerdo con el penúltimo párrafo de foja 2, en el que aspira a transformar en actitudes meritorias las serias manifestaciones de indisciplina que en forma harto sugestiva por lo repentinas y coincidentes, se han venido materializando en estos últimos tiempos, en forma de solicitadas o trascendidos periodísticos, en términos inaceptables y en abierta contradicción con las disposiciones contenidas inclusive en las mismas leyes de carrera hospitalaria que tanto defiende el señor Presidente.

Y así esta circunstancia pone a ese Consejo “en situación de sospechar que en realidad no se desea el diálogo cuando se advierte que el mismo irá al fondo de los problemas y de las soluciones concretas” será porque el señor Presidente ha olvidado no sólo la rapidez y deferencia con que fue atendido por el señor Subsecretario y por mí en cuanto solicitó vernos sino además, y ello no es especialmente sensible, porque ha olvidado también que la única vez que demostró interés y preocupación por entrevistarme fue para hacer una absurda denuncia de intervención de la Subsecretaría de Informaciones de Estado, totalmente falsa y que lo colocó en tan deslucida situación. Esa denuncia y su deseo de defender a los profesionales bajo sumario fueron los únicos temas que el señor Presidente fue a tratar conmigo, y no los problemas y sus soluciones, temas que nunca he rehuído ni rehuiré, siempre que sean tratados en el plano de sinceridad y consideración personal que yo utilizo y pongo como condición a todos los que quieran entrevistarme.

Finalmente, no ignora el señor Presidente que los desbordes disciplinarios a que he hecho mención precedentemente han llegado en un caso a la ofensa personal, en forma más o menos difusa en cuanto a los destinatarios, pero sin perder por eso su clara apariencia de desacato a ser dilucidada por el respectivo sumario. Por ello no debe dudar el señor Presidente que en uso de las facultades que me son propias y en defensa del orden y de la disciplina que debe imperar en todos los actos del servicio, y a los que todos nos debemos, una vez terminado el sumario correspondiente iniciaré las acciones penales y adoptaré las medidas disciplinarias que correspondan, con toda la severidad que el caso exija.

Saludo a Usted muy atentamente”.

“Fdo. Juan H. Qüesta
Contraalmirante (R.E.)”

Ante ello, el C.D. resolvió, por unanimidad, responder a la nota transcripta, en los siguientes términos:

LA PLATA, 16 de julio 1971

Señor Ministro de Bienestar Social de la
Provincia de Buenos Aires
Contraalmirante (R.E.) Juan H. Qüesta
SU DESPACHO

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, en nombre del Consejo Directivo de esta Institución, a fin de comunicarle que el mismo, en su reunión de fecha 13 de julio, ha tomado conocimiento de su respuesta, de igual fecha, a nuestra nota n°170 de junio ppdo.

Sin perjuicio de las consideraciones que haremos posteriormente, es perentorio señalarle que el C.D. estima que las formas y expresiones de su nota escapan al marco de cordialidad, sinceridad y respetuoso nivel con que, no sólo pretendemos habernos dirigido a Usted, sino también del que primara en las dos entrevistas que mantuviéramos con la finalidad de analizar la presunta situación conflictiva planteada, hasta ese entonces, por la actuación de los profesionales que prestan servicios en los establecimientos sanitarios oficiales. También ha sorprendido al C.D. el tono acentuadamente personal que Usted confiere a su nota respuesta y que, dejando de lado modalidades personales que no conocemos, ha sido preocupación reiterada de nuestra Institución evitar, a fin de soslayar siempre lo que pueda dar motivo a equivocadas interpretaciones. Precisamente en consideración a esa circunstancia el Presidente de esta Agremiación fue acompañado, en las entrevistas que con Usted mantuviera, por los Sres. Vicepresidente, Secretario General y Tesorero de la Agremiación Médica Platense.

Como recordará, el fundamental motivo de nuestra gestión estuvo ceñido a la necesidad de examinar con Usted la situación que habían promovido los profesionales hospitalarios y hasta qué punto las publicaciones que habían efectuado podían ser consideradas como lesivas y agraviantes para su condi-

ción de Ministro. En ningún momento esta Institución pretendió hacer una cuestión fundamental de la presunta –y así fue calificada textualmente– intervención de otros organismos del Estado en la elaboración de los sumarios que se instruían a los profesionales. Intentamos transmitir a Usted lo que, de confirmarse, podía convertirse en un nuevo motivo de enrarecimiento de las relaciones entre las autoridades y los médicos. Tal cual Usted nos lo hizo saber –y lo ratifica en su nota– dicha intervención nunca existió, y esta ratificación, Señor Ministro, que únicamente podía producirla Usted, en lugar de descolocar a las autoridades de la Agremiación Médica Platense, como Usted presume, debe, por el contrario, ser adjudicada a mérito de su gestión.

Tampoco nos resulta fácil interpretar las refutaciones parciales con que Usted se refiere a los juicios que vertiéramos, en nuestra nota, con respecto a las situaciones irregulares que venían produciéndose como consecuencia de la no aplicación de un régimen legal coherente y efectivo para regular el ingreso, la promoción y la estabilidad de los profesionales hospitalarios. Todos estos aspectos fueron ampliamente examinados con Usted, y con el Señor Subsecretario de Salud Pública, en las dos entrevistas que mantuvimos y, en ningún momento, hizo Usted referencia, durante el desarrollo de las mismas, a lo incorrecto o confuso de la presentación que le efectuáramos verbalmente, que casi repetía, con bastante fortuna, los términos de la nota que le enviáramos y que ahora, extrañamente, le sirven a Usted como elemento de juicio para señalar que el Presidente de la Agremiación Médica Platense padece una gran confusión. De tanta agresividad como ese juicio resulta el comentario que hace el Señor Ministro con referencia a que la única vez que la Agremiación le solicita una entrevista, sea para defender a los profesionales incurso en faltas que Usted señala como tan graves. Debemos recordar al Señor Ministro que la Agremiación Médica Platense es una entidad gremial de ámbito perfectamente delimitado y dentro del cual, por razones de prudencia y seriedad que Usted tiene que comprender fácilmente, procuramos movernos. Con esta concepción concurrimos con mucho gusto a la reunión promovida por el Señor Ministro, en el mes de diciembre del año 1970, durante la cual –Ud. recordará– no hicimos expresiones de carácter definitorio sino que, por el contrario, aceptamos como correspondía los juicios que formulara el Señor Ministro y los representantes de enti-

dades médicas de nivel provincial allí presentes. Sin perjuicio de ello, todas las veces que han surgido problemas en el área de nuestra competencia, nos hemos interesado como corresponde por su análisis y solución. Así lo hicimos por nota N° 535 de fecha 20.XI.70 dirigida al Señor Ministro, cuando un reordenamiento interno del Hospital de Niños de esta ciudad aparentaba derivar en un conflicto de nivel inferior. Oportunamente Usted respondió, personalmente a la inquietud que le planteáramos.

Pensamos que surge con claridad de lo que le exponemos que, por razones de organicidad propios de nuestras instituciones gremiales, los problemas de nivel provincial competen a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires la cual, como Usted sabe, designa representantes para integrar comisiones de estudio y asesoramiento en forma conjunta con los designados por el Poder Público. De ninguna manera queremos que esta aclaración que le formulamos pueda interpretarse como que somos renuentes a dialogar sobre cualquiera de los múltiples problemas relacionados con la Salud Pública sino que, por las razones expuestas, hemos tratado, deliberadamente, de evitar todo lo que pudiera interpretarse como una interferencia de nuestra parte. Sin perjuicio de lo expuesto, y en la medida que ello resulte conveniente, nuestra Institución, y todo lo que ella representa, está a disposición de ese Ministerio para participar en el análisis y discusión de todos los asuntos en que tenga competencia. Así tuvimos ocasión de expresárselo formalmente al Señor Subsecretario y al Señor Coordinador de Regiones de su Ministerio durante el acto en que asumieron sus cargos, y al cual fuera invitada la Agronomía Médica Platense.

Está claro, entonces, porqué razones es de nuestro especial interés la situación que motiva la inquietud de los profesionales hospitalarios de La Plata, sus reclamos públicos y lo que de ello se derivara, y esperamos que quede aclarado debidamente, de este modo, lo que según Usted manifiesta, ha despertado una especial sensibilidad de su parte ante la presentación de la Agronomía. Tal como se lo expresábamos en nuestra nota y lo reiterábamos verbalmente en nuestras entrevistas, teníamos la impresión de haber delimitado, con toda claridad, cuáles eran los objetivos de nuestra gestión. Tratamos de hacer explícito a Usted que, en medio de gran cantidad de expresiones formuladas con términos diversos, los profesionales, reclamaban por la vigencia de un régimen legal que los amparase en sus

prestaciones y como era necesario examinar este problema a todo lo largo de su desarrollo para poder entender que había llegado a generar angustia y tensión, lo cual, cuando ocurre, hace previsible el estallido emocional. Que en estas circunstancias resultaba sumamente claro para nosotros, en virtud de nuestra condición de médicos, que debíamos tratar de averiguar y comprender cuales eran las motivaciones que generaban la situación conflictiva para que, haciendo desaparecer sus causas, pudiéramos paliar sus efectos. Que, en virtud de este razonamiento, no juzgábamos acertada la posición que adoptara el Ministerio de instruir sumarios y sancionar, porque estábamos seguros que algunas expresiones públicas, que bien miradas no deberían rozarle, de ninguna manera tenían intención peyorativa para las personas.

Tratamos de señalarle a Usted que los profesionales habían dejado de entender porque, en medio de un proceso revolucionario que, entre otras muchas cosas, se propuso ordenar y modernizar estructuras dotándolas de agilidad y eficacia, llevaban más de cinco años asistiendo a todas las promesas de estudio, adecuación y reglamentación que, en definitiva les impedía contar con su instrumento legal. De este proceso, y así se lo dijimos, Usted no puede asumir toda la responsabilidad, pero tiene que convenir con nosotros en que el mismo ha generado suficientes motivos de insatisfacción. Le toca a Usted ser el destinatario del reclamo hecho público, de los profesionales y es necesario entender que ellos han utilizado para expresarlo uno de los canales de comunicación entre el poder y los gobernados, que permite nuestro ordenamiento legal y que recurren al mismo cuando han agotado, en tiempo y forma, todos los medios administrativos a su alcance. Yendo al fondo de las cosas tenemos que reconocer, y le pedimos a Usted que lo haga, que los profesionales han ejercido el derecho de crítica, el mismo que la más alta autoridad del país ha requerido, recientemente, como deber ineludible de ciudadanos responsables.

Como integrantes del Consejo Directivo de la Agremiación expresamos al Señor Ministro que, con toda seriedad, responsabilidad y consecuencia, que caracterizan a nuestra Institución, y con la alta jerarquía y representatividad que Usted nos atribuyó personalmente, veníamos a solicitarle de manera oficial y responsable, una reconsideración del problema que se había planteado en base a la serie de

argumentos que le aportábamos y a la intención, reiteradamente expresada por el Señor Ministro, de trabajar con las entidades médicas.

Nuestra última entrevista llevó al seno de nuestra Institución, la imagen de que el Señor Ministro había considerado nuestros argumentos y los había ubicado en el nivel y la intención que correspondían. No habiendo producido esta Agremiación, ninguna nueva alternativa que pudiese conflictuar, y manteniéndose los profesionales hospitalarios en la situación de espera y acatamiento de los sumarios que les solicitáramos, la nota del Señor Ministro cambia el tono y las expresiones hasta ahora mantenidos y, de hecho, aunque al pasar haga alguna referencia, cierra toda posibilidad de diálogo. El Consejo Directivo no ha podido explicarse a qué se debe este cambio de actitud y se permite señalarlo al Señor Ministro, antes de perderse en interpretaciones que no son su norma. Tal cual ha sido reiteradamente dicho en todas las oportunidades en que hemos hecho conocer nuestro pensamiento al Señor Ministro, la seriedad y responsabilidad de nuestra Institución nos obliga a atenernos a los hechos y juzgar los mismos en cuanto tales.

Es evidente que, lamentablemente, la Agremiación Médica ha fracasado en su intención de hacer comprender al Señor Ministro los elevados móviles con que pretende originar su acción y que el Señor Ministro no ha podido o no ha sabido comprender que la gestión de la Agremiación tendía a rectificar una actitud suya que, no solo perjudica al Señor Ministro, sino también a toda su gestión de gobierno.

Saludamos al Señor Ministro con distinguida consideración.

RELACIONES CON LA FEDERACIÓN MÉDICA

En el mes de mayo la Agremiación fue invitada, por la Federación Médica, a concurrir a una Reunión Gremial que se programaba para los días 29 y 30 de ese mes en la ciudad de Tandil. El objetivo de dicha reunión era el de analizar, con todos los Círculos Médicos de la Provincia, cuatro aspectos fundamentales

del quehacer gremial: a) relaciones con Obras Sociales y Mutuales; b) relaciones con el estado y médicos en situación de dependencia; c) proyectos de Seguros de Enfermedad y d) relaciones entre Instituciones Médicas.

La Agremiación Médica Platense aceptó la invitación y designó cuatro miembros de su C.D. para participar en los cuatro grupos de trabajo. Ya sobre la fecha de realización de la reunión el Consejo tomó conocimiento de que, después de una reunión celebrada en Córdoba, los días 23, 24 y 25 de mayo, entre las Mesas Directivas de la Confederación y la Federación, se había resuelto que, considerando de mucha importancia la presencia de los miembros de la M.D. de la Confederación en Tandil, se invitara a los mismos por medio de los círculos a que pertenecían.

Ante esta situación, y entendiendo que de tal manera se aparecía condicionando la invitación formulada con anterioridad al C.D. de la Agremiación, este resolvió declinarla. Este temperamento y las razones sobre las que se asentaba, fueron dados a conocer a los Dres. Tullio y Arnera, miembros de la M.D. de la Federación Médica, en el curso de una reunión que se realizó en el local de la misma, el día 14 de junio ppdo.

El día 17 del mismo mes el Presidente del C.D. de la Agremiación fue entrevistado por el Dr. Carlos Actis, Presidente de la Federación Médica. En la oportunidad el Dr. Actis hizo conocer al Dr. Olivares que, con motivo de la inminente renovación parcial del Consejo Directivo de la Federación, se había confeccionado una lista, en la cual se le ofrecía la reelección; que, al conocer dicha lista había manifestado su sorpresa ante la no inclusión en la misma de representantes de La Plata, y que había condicionado su aceptación a la postulación como Presidente a que La Plata integrara con un miembro la Mesa Directiva de Federación; que, ante ello se le había manifestado que en la referida lista quedaba vacante un cargo de vocal titular; que creía que quien lo ocupara podría posteriormente desempeñarse como Secretario Gremial y que, en tal sentido solicitaba a la Agremiación la designación de un representante combativo que, según el Dr. Actis sería el comienzo de una representación más importante, por cuanto en el próximo período la importancia y jerarquía de La Plata podrían ser bonificadas con una Vicepresidencia o una Presidencia.

Vistos los argumentos expuestos, la elaboración de una lista al margen de definiciones programáticas y el menoscabo que significa la representación que se ofrece, con sus posibilidades de ampliación, el ofrecimiento fue desestimado por el Presidente de la Agronomía, temperamento que posteriormente refrendó el Consejo Directivo.

El día 19 de junio se realizó la Asamblea de Federación y el Dr. C. Actis fue reelecto por un nuevo período.

Estos dos episodios, que el Consejo reseña para información de los afiliados de la Agronomía, y sobre los cuales prefiere no abrir juicio, han reiterado lamentables actitudes anteriores. Como ya fue señalado en muchas oportunidades la Agronomía Médica Platense no ve en el Consejo Directivo de la Federación una cabal, auténtica y adecuada representación de las Instituciones que la componen y lamenta profundamente que la ofuscación de sus actuales dirigentes los haga persistir y recaer en el error. La Agronomía seguirá, en consecuencia, señalando su disconformidad cada vez que encuentre motivos para ello y no dejará en su empeño de convertir a la Federación Médica en la Institución que los médicos de la Provincia de Buenos Aires necesitan y merecen.

Boletín Informativo N° 16. Enero de 1972 (109)

EDITORIAL: No negociar el trabajo profesional

El año 1972 se ha iniciado con muy malas noticias para los médicos. Es evidente que el valor del trabajo profesional se ha convertido en un elemento de negociación entre las más altas autoridades nacionales y las de la C.G.T.

Era previsible que en un año de tan acentuadas características políticas como promete serlo este Gobierno pretendiera disimular las consecuencias de su política económica con alguna apertura social. Y era de prever que no pudiendo invertir fondos en infraestructura sanitaria porque carece de ellos, o mostrándose incapaz para promover el gran debate que aporte evoluciones

adecuadas para el tan problema de Salud de nuestra población, se deslize hacia el terreno del compromiso con los sectores sociales numéricamente más importantes, sacrificando lo único que puede expresarse en materia de Salud; el valor del trabajo profesional.

Este desarrollo de los acontecimientos fue anticipado por nuestro Consejo hace ya más de un año, y señaló entonces, a los organismos gremiales superiores, la urgente necesidad de pronunciarse y actuar efectivamente contra una serie de leyes que posibilitaban el control unificado del movimiento médico.

Nada ha ocurrido hasta ahora en tal sentido, y frente a las agresiones concretas que materializan las disposiciones del P.E. de congelar los aranceles hasta el 30 de abril y disponer unilateralmente la modificación de la Ley 18.912, debe abandonarse, definitivamente, cualquier ilusión que todavía persista. Es inaceptable, para los médicos, que el valor de su trabajo pueda fijarse de acuerdo al criterio discrecional del Gobierno o que se pretenda, como se dice, adecuarlo a la capacidad financiera o económica de las Obras Sociales.

Así como los médicos han reclamado su derecho indiscutible a participar en cualquier discusión que se haga sobre el tema Salud, no consentirán que se los excluya de la discusión en que se trate el valor de su propio trabajo. Tan poco admitirán que dirigentes gremiales, puestos en patrones de obras sociales, pretendan imponer, para salvaguardar intereses a veces inconfesables, sus propias normas avanzando contra los principios gremiales médicos.

Se han dado ya las condiciones para que todo el movimiento médico, cualquiera sean sus niveles de organización, asuma con responsabilidad sus deberes en la hora actual, saliéndose del compromiso en que pretenden ubicarlo los actuales negociadores de la situación política.

De nuestros aciertos o errores de hoy dependerá, seguramente, nuestro futuro institucional y personal y es urgente que consolidemos nuestra unidad en torno de los dirigentes y organizaciones que se muestren aptos

para comprender su papel y sus posibilidades de acción en las actuales circunstancias.

SITUACIÓN GREMIAL

Con motivo del Paro Nacional de Actividades Médicas, dispuesto por la COMRA para el día 16 de diciembre ppdo., y juzgando inconveniente la actitud de la Federación Médica que, en vísperas del mismo, concurrió a tranquilizar al Ministro González con respecto a las repercusiones provinciales del Paro, el C.D. dirigió la siguiente nota:

La Plata, 16 de diciembre de 1971.

“Señor Presidente de la Federación
Médica de la Provincia de Bs. As.
Dr. Carlos A. Actis
SU DESPACHO

Cumplimos en dirigirnos a usted, en nombre del Consejo Directivo de nuestra Institución, a fin de plantear nuevos y agravados motivos de disconformidad con actuaciones de la Mesa Directiva de esa Federación que, aún consideradas objetivamente, resultan injustificables.

El día 3 del corriente, miembros de nuestro Consejo los Dres. Olivares, Fridman y Cordero, se entrevistaron con los Dres. Tullio y Arnera, miembros de la Mesa Directiva de esa Entidad. En una larga conversación que insumió seis horas, se analizaron con bastante amplitud el panorama gremial médico frente al paro programado para el día de hoy y sobretodo, y muy especialmente, las perspectivas futuras del movimiento. Nuestra Entidad expuso entonces, y fue acompañada en ello por las autoridades de Federación, su gran preocupación por el futuro, fundamentalmente por la insuficiencia de definiciones rectoras del movimiento médico con respecto al gran problema de Salud. Se señaló, en la ocasión, que de una vez por todas era necesario admitir la perentoria urgencia de definir una ideología para el movimiento, que usada como instrumento para modificar la realidad, nos permitiese como dirigentes

del gremio asumir el papel de verdaderos líderes de la Salud y colocarnos a la vanguardia de los acontecimientos. Esto es lo que, reiteradamente, ha propuesto nuestra Institución cuando, en muchas oportunidades, ha señalado la necesidad de hacer de la Federación un real y verdadero líder de los médicos de la Provincia. Durante el tiempo en que esta idea no fue comprendida, se atribuyeron a la Agremiación Médica Platense intenciones hegemónicas, oscureciendo, de tal modo, la correcta interpretación de sus planteos, y postergando el elemental derecho del gremio médico de contar con los instrumentos necesarios para edificar el porvenir.

Se advirtió, en la entrevista a que aludimos, la necesidad de que el movimiento médico se abocara a la consideración e instrumentación de un sistema que permitiera armonizar los aspectos públicos y privados de la atención de la salud, y que fuera el medio ágil e idóneo que sirviera para analizar y resolver aspectos parciales de esos problemas. Federación asumió entonces la responsabilidad de promover las reuniones y encuentros que fueren necesarios para ello.

También se consideraron las relaciones con el poder público y, particularmente, la ofensiva que, contra los médicos, está encabezando el Ministerio de Bienestar Social de la Nación y los funcionarios actualmente a cargo del mismo. Se marcó, asimismo, y con bastante claridad, el plano de subordinación absoluta con que, respecto de las autoridades nacionales, se mueven los poderes provinciales, y la llamativa inoperancia e incoherencia de la acción de sus autoridades responsable en asuntos que son de su competencia exclusiva, tales como Carrera Médico Hospitalaria.

Señaló entonces nuestra Institución hasta cuando podían mantenerse y conservarse relaciones con tales autoridades y si no se daban ya las condiciones necesarias para juzgarlas insuficientes, inútiles y también negativas para el prestigio del gremio médico. La Agremiación considera que el largo tiempo que se lleva conservando, discutiendo y participando en comisiones y subcomisiones, sin que se haya obtenido ningún resultado concreto, implican, ya no una participación, sino una complicidad con el desgobierno que abarca todos los niveles de la conducción oficial de la Salud, porque no es posible diferenciar, a esta altura de los acontecimientos, lo nacional de lo provincial.

Sobre estos aspectos y otros más se logró, sino una coincidencia plena, por lo menos un intercambio satisfactorio de puntos de vista que hacían posible una comprensión muy necesaria entre nuestras Instituciones. Consecuentes con un pensamiento que define procedimientos de nuestra Agronomía se informó a los directivos de la Federación, partícipes de la conversación, que la Agronomía Médica Platense pensaba hacer pública su adhesión al Paro del día 16 con una “solicitada”, que explicitara, todavía más, porque aparecía como necesario, los motivos y fundamentos del mismo. Se solicitó a Federación que, si estaba previsto por su parte hacer tal tipo de publicación nos lo hiciera saber a fin de obviar, en tal caso, nuestra publicación, de tal modo de evitar el riesgo de aparentar distintas o contradictorias líneas de acción. Como se nos contestó afirmativamente, la Agronomía declinó su responsabilidad, la que debió reasumir rápidamente, y sin mucho tiempo material, el día 15 en horas de la tarde, ante la falta de información concreta proveniente de esa Federación. Este episodio, que podría interpretarse como producto de una simple confusión, carecería de importancia si no fuera porque en el día del Paro Nacional, los médicos de la Provincia de Buenos Aires y sus entidades representativas han carecido, en un momento tan especial, de la palabra rectora de la Federación, máxime cuando la misma es enjuiciada públicamente por una solicitada que suscriben el I.N.O.S. y el Ministerio de Bienestar Social de la Nación.

De la misma manera ha causado estupor, porque de alguna manera hay que denominar la situación producida, la noticia aparecida en la fecha, en el diario El Día, acerca de la entrevista en que representantes de la Federación Médica impusieron al Ministro González –el mismo cuya inoperancia e ineficiencia fuera comentada antes– de los motivos del Paro, dándole seguridades en cuanto a la garantía de las atenciones de urgencia hasta provocar su complacencia.

De cualquier manera que se analice la cuestión nuestra Institución no puede sino relacionar todos los hechos y llegar a la conclusión de que las actuales autoridades de la Federación Médica han intentado congraciarse con las autoridades bonaerenses manteniendo contactos en vísperas de un Paro Nacional de Actividades Médicas que contribuyeron a declarar mediante su participación en el Confederal correspondiente. Tal intento no puede, evidentemente, desvincularse del silencio periodístico de hoy y de las actitudes que se le reprochan en la

solicitada del Ministerio de Bienestar Social y el I.N.O.S. No deja de llamar la atención de esta Agronomía el que Federación Médica se niegue a firmar un convenio con Ferrovianos, en el despacho del Ministro Manrique, en la víspera del Paro y que, en el mismo día, concurra a tranquilizar a un funcionario bonaerense que, según manifestaron los mismos dirigentes de Federación, carece de autoridad y representatividad. A menos que nuestra Institución llegue a la conclusión de que los dirigentes de la Federación estén interesados en mantener sus caminos de acceso a la conversación inoperante con el Ministerio provincial, con lo cual lo único que se consigue, al menos en forma aparente, es consolidar la situación de funcionarios tan inocuos como inestables, no puede explicarse su actitud.

Pero, lamentablemente, tales procedimientos, echan sombras sobre todo lo tratado en nuestra anterior conversación y obligan a nuestra Entidad a mantener en suspenso un apoyo e identificación que, en tales condiciones y en este momento, le serían muy gravosos.

Esperando que los dirigentes de esa Federación Médica asuman con claridad meridiana la responsabilidad que los médicos de la Provincia les han delegado, nuestra Agronomía no encuentra motivos, por el momento, para revisar posiciones que, lamentablemente, aparecen cada vez más corroboradas por actitudes de esa Federación.

Saludamos a usted muy atentamente.”

La Federación Médica respondió a nuestros reclamos con la siguiente nota:

La Plata, 20 de diciembre de 1971.

“Señor Presidente de la Agronomía Médica Platense

Dr. Miguel A. Olivares

SU DESPACHO

Hemos recibido vuestra nota, de fecha 16 de Diciembre, en la que se analizan, a la luz de interpretaciones, recientes actitudes de la Mesa Ejecutiva

(de las que en ningún momento se inquirió sobre las circunstancias que las motivaron), relacionándolas con el criterio que sustenta esa Agremiación acerca de la conducción gremial médica de la Provincia y una cercana entrevista, cuya grata impresión mutua, parece haber sido fugaz, por lo menos de vuestra parte.

Para los que estuvieron en esa reunión, y así lo transmitieron al Consejo Directivo reunido en Tandil el 12 próximo pasado, siguen siendo válidos los conceptos fundamentales y profundos intercambiados y coincidentes: la angustia de dirigentes que observan un obstinado avance de sectores oficiales hacia la masificación de la medicina; la problemática de una creciente pléyade de jóvenes médicos inermes ante la confusión y una situación socio-económica asfixiante; la necesidad perentoria de amalgamar sistemas, adecuar estructuras, revisar programas y definir posiciones sobre el futuro, mediato e inmediato médico asistencial.

Con satisfacción las coincidencias eran de fondo y no formales. Cuestión lógica pero no habitual entre dirigentes que, desde hace años, son blanco de observación, ya que desde adentro y desde afuera, existen ojos dispuestos a ver la discrepancia destructiva, la controversia estéril, la división suicida.

Creímos ese día, y lo seguimos creyendo, que sobre aquellas bases se afianzará definitivamente la posibilidad cierta de la unidad en la acción, con valor e imaginación, sacrificando nombres y hombres, pero con la meta cierta de una mejor medicina, para los médicos y la comunidad.

La no exteriorización de FEMEBA que se menciona en vuestra nota, es, creemos, sólo la ausencia formal de un documento similar al vuestro del día 16, en el diario El Día; sin embargo supusimos esa omisión ventajosamente compensada por nuestras publicaciones solicitadas, los comunicados que diariamente aparecieron en diarios de circulación nacional y provincial; avisos radiales; y fundamentalmente, la aparición de un antiguo anhelo gremial, el periódico FEMEBA HOY, cuyos 1° y 2° números fueron dedicados a la preparación y explicación de las causas del movimiento del 16. Creemos pues, haber cubierto suficiente y oportunamente, la difusión del pensamiento bo-

naerense en el evento; si a ello sumamos la acción de las filiales que usaron de los medios que creyeron más convenientes, y observamos la repercusión del paro, se advierte que fue efectiva e idónea.

Es de destacar que nuestro periódico, al utilizar las nóminas de médicos colegiados, llega a 18.000 colegas, de los cuales 6.000 no son federados y 5.000 tienen residencia en la Capital Federal. Hemos llegado pues a más de un tercio de los médicos capitalinos, fundamental manera de esclarecer, en algunos temas, a personas no demasiado informadas gremialmente. Qué no decir de 2.000 ejemplares que van a manos de autoridades nacionales, provinciales y municipales; universidades; gremios; medios de difusión; otras profesiones e instituciones de todo orden.

Y también estamos seguros que fue justa y oportuna vuestra solicitada, que, a pesar de la premura con que supimos debió realizarse, puso un broche objetivo y definitorio a lo publicado anteriormente.

En cuanto a la situación con las autoridades provinciales, sin desdecirnos de nuestro criterio sobre “Políticas y autonomía Federal”, dando cumplimiento a expresas directivas de COMRA, entrevistamos al Ministro de Bienestar Social de la Provincia, exponiéndole claramente las motivaciones y repercusión del paro en el ámbito provincial. Interpretar otra cosa de una entrevista programada para lo expuesto, y correlacionarla, es aventurar una opinión, derecho que no observamos, pero que corre por exclusiva cuenta y responsabilidad de quien la emite.

Todo lo que requiera y merezca explicación, es obligación dar por parte de dirigentes que se sienten representativos. En la Asamblea del 22 expondremos nuestra posición sobre estos episodios, pero, fundamentalmente, llevaremos al debate lo conversado el día 7 en Federación, entre ambas instituciones, que coincide con lo conversado en Morón con la Circunscripción III, en Quilmes con la II, en San Isidro con la IV, en Pigué con la X, en Pergamino con la VI, en Azul con varias Entidades Primarias, todo ello en los últimos 30 días, hallando, con matices propios de nuestra heterogénea provincia, las mismas angustias y coincidencias.

Intentaremos pues, que en un grupo de trabajo estudie rápidamente pautas básicas de un plan de salud, que conforme nuestros principios, que abarque el drama de la superpoblación médica, y compatibilice su financiación con la situación socio-económica de nuestro país, que sufre la acción retrógrada de una etapa que debemos superar como argentinos, sopena de que, por anarquía y desunión, merezcamos un porvenir peor que este lamentable presente.

Saludamos a usted muy atentamente.”

El martes 11 de enero ppdo, el Consejo Directivo realizó una profunda evaluación de la situación actual y de la política gremial médica, tomando en especial consideración lo informado por Federación Médica en su nota y las resoluciones de la M.D. de la Confederación de fecha 30.XII-71 y 8.I-72. Como resultado de dichas deliberaciones el Consejo expresó su pensamiento mediante la nota N°6 dirigida a las autoridades de la Federación Médica, que expresaba:

La Plata, 12 de Enero de 1972.

“Señor Presidente de la Federación Médica de la Provincia de Bs As.

Dr. Carlos A. Actis

SU DESPACHO

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted con la finalidad de dejar aclarada la posición de nuestra Entidad, en las actuales circunstancias por que atraviesa nuestro país y en especial el movimiento médico. En una situación crítica como la que nos encontramos, es imprescindible asumir en su cabal dimensión nuestra responsabilidad de dirigentes, compenetrados de la idea de que nuestros aciertos o nuestros errores de hoy comprometerán, en uno o en otro sentido, el futuro del ejercicio profesional médico.

El conjunto de leyes nacionales, instrumentadas a veces a espaldas de los médicos y, en otros casos, con su torpe y ciega colaboración, nos han conducido a la situación de que no sólo el P.E. Nacional se arrogue facultades decisorias en cuanto al valor del trabajo profesional, sino que también con-

vierta a ese elemento en un paquete de negociación que, tan desvergonzada como públicamente ofrece a los dirigentes de la C.G.T. Razón teníamos cuando propiciamos, con toda claridad, que debía aprovecharse una situación coyuntural como la de marzo de 1971, para presionar con el objeto de desembarazarnos de todos los instrumentos legales que nos estaban coaccionando y asfixiando.

Sin embargo los dirigentes médicos de nivel nacional, presos de la misma obstinada ilusión que todavía los ciega, veían a la Ley 18.912, tal vez porque contribuyeron a redactarla, como el elemento sustantivo de todo el movimiento gremial médico, sin darse cuenta de que colocaba en manos del P.E., de este Poder Ejecutivo, facultades que podía volver contra nosotros en cualquier momento. Pretendían ignorar que la Ley 18.610, que tantas veces discutieron con el Ministro Manrique, y cuya reglamentación conocieron por los diarios, colisionaba directamente con las posiciones gremiales médicas y que, tarde o temprano, tendríamos que enfrentarla. Desconocían que ambas leyes, o la 19.337, tenían un sentido claramente definido como elementos con los que el Gobierno pretende hacer su política social. Los dirigentes de la Confederación se han perdido en los meandros político-jurídicos de la cuestión y han quedado prendidos de plazos y recursos a los que no puede ni debe atarse al movimiento médico.

Así se explica que la resolución de la Mesa Ejecutiva del día 30 de diciembre, en lugar de hacer la denuncia que corresponde, acepte con sospechosa resignación el no cumplimiento de los términos de la Ley 18.912, y libere a las Federaciones provinciales para que discutan con las Obras Sociales los nuevos aranceles y convenios. Es forzoso convenir que, siendo los convenios elementos de ejecución provincial, la posición de la Confederación es correcta desde el punto de vista estrictamente jurídico, pero gremialmente, y habiendo asumido la misma, durante el año 1971, la conducción del movimiento médico en oposición a las leyes nacionales hasta culminar con el paro el día 16, aparece como inexplicable. Creemos que la medida de la M.D. de la Confederación revela un oportunismo lamentable y posibilita la del P.E. del último día del año 1971, por la cual se congelan los aranceles y se promueve la modificación de la Ley 18.912. Estas dos últimas medidas fueron solicitadas

por la C.G.T. en distintas oportunidades, en forma pública, y recientemente el día 7 de enero, en el memorial que se presentó al Presidente de la Nación con motivo de la entrevista realizada, que es de público conocimiento. En la comunicación oficial aparecida luego de dicha reunión, se presenta a ambas medidas como parte del conjunto destinado a satisfacer los requerimientos de la Central Obrera. Hasta hoy, el único juicio que ello ha merecido a la COMRA es el de una “indignada desaprobación”.

Nos parece que la Mesa Directiva de la Confederación ha equivocado el camino y, aunque pueden considerarse como atenuantes la sobrevaloración en que ha incurrido de determinadas vinculaciones sentimentales o personales, ha llegado el momento para que defina con absoluta claridad si está al servicio del movimiento médico o si es un ente jurídico-normativo al servicio del gobierno. En este último aspecto ha coparticipado, durante el año 1971, con su recorrida por los despachos y subsecretarios oficiales, sirviendo como celestina al extraño maridaje que hoy nos ofrecen la C.G.T. y el Gobierno, edificado a expensas del trabajo médico.

Nuestra Entidad lamenta tener que decir con tanta claridad lo que señaló en varias oportunidades durante el curso del año pasado, y se ve obligada a considerar los desaciertos de hoy como producto de una serie de desenfoces a los que parecen ser tan proclives los altos escenarios nacionales. Pero la conducta de nuestras entidades y de sus dirigentes debe hoy estar puestas, sin sombras de sospecha, al servicio exclusivo de los intereses de los médicos, a fin de que el movimiento pueda consolidarse en torno de sus únicos elementos valederos, los principios.

Es necesario desarraigar definitivamente del movimiento médico la idea de que sus ideales puedan prosperar sobre la base de circunstanciales influencias políticas y de que tal o cual funcionario o ministro ofrezcan, por sus antecedentes, posibilidades de influencia o mediación. Para nuestra Entidad la política médica no puede atarse, sin menoscabo, a apreciaciones puramente oportunistas, ni colocarse al servicio de factor o partido. Es evidente, para quien quiera verlo, que en la solución política negociada que se trama en el país, el valor del trabajo médico ha sido convertido en mercancía objeto de cambio y es nuestra responsabilidad como médicos, como dirigentes y como

ciudadanos, hacer la denuncia de esta situación y salirnos del compromiso reasumiendo nuestra categoría de personas.

No caben maniobras dilatorias de aparente valor jurídico. Si las organizaciones médicas no asumen en plenitud y urgentemente su responsabilidad indelegable de jerarquizar la dignidad del trabajo profesional, el frente en gestión, en contra de los médicos y la salud, se consolidará y nos costará mucho esfuerzo ponernos de una vez a la gran tarea de programación de la salud que nuestra población necesita.

Nuestra Entidad está convencida, desde hace mucho tiempo, que las organizaciones médicas no pueden soslayar ni su deber ni su influencia en la gran tarea de construir nuestro país. Para ello deben expresar, con toda la claridad y fuerza que les da su competencia, la mentira de una política que pretende ser social a expensas de los médicos, pero que por otro lado muestra salarios insuficientes, desempleo y carestía, y de como pseudo dirigentes obreros convertidos en patrones de Obras Sociales pretenden mantener sus privilegios a expensas del trabajo médico.

Así como en determinadas ocasiones hemos criticado actitudes de dirigentes de Mesa Directiva de esa Federación, que a nuestro juicio no servían a los intereses del gremio médico, nos vemos ahora en la necesidad de persistir en el enjuiciamiento de una conducción que tampoco, entendemos, sirve a los intereses de los médicos. Nuestra Entidad lamenta profundamente tener que insistir con este tipo de planteos, pero desde su nivel, en permanente contacto con los médicos y alejada de complicidades que puedan enturbiar su visión, no puede sino analizar los acontecimientos con estricta objetividad y deslindar responsabilidades.

Aún creemos, tal como se lo definiera verbalmente en la entrevista con dirigentes de esa Federación, el día 10 de diciembre de 1971, que necesitamos todos los médicos definir nuestra gran política en materia de salud, atendiendo a las reales y concretas necesidades de la población de nuestro país y a las de sus médicos, despojada de urgencias coyunturales y al margen de intereses sectoriales o de componendas circunstanciales.

Solamente así habremos asumido con autenticidad y plenitud nuestra verdadera responsabilidad de argentinos y dirigentes médicos, y apareceremos a los ojos de nuestros representados como verdaderos intérpretes de sus intereses y deseos.

Confiando que estas líneas sean el comienzo de un examen crítico en profundidad, de la responsabilidad que a todos nos cabe por la actual situación conflictiva del movimiento, nuestra Entidad espera que sus organismos gremiales superiores asuman con plenitud su tarea de conducción, en estos especiales momentos, para que el gremio médico, en lugar de fragmentarse en posiciones múltiples se ofrezca tan nítido, firme y coherente como lo fue el día 16.

Saludamos a usted muy atentamente.”

Boletín Informativo N° 17. Abril de 1972 (110)

EDITORIAL: Puesta en marcha del SAMIPLA

Hay dos hechos cuya importancia se estima fundamental y decisiva. En primer lugar la vigencia de nuevos aranceles y, en segundo lugar, la puesta en marcha efectiva del SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL -S.A.M.I. PLA.

La primera medida tiende a mejorar, por supuesto que solo parcialmente, el valor de las prestaciones médicas, cuyos índices, fijados en 1971, se demuestran ya ridículamente insuficientes. El incremento del 25%, fijado por el Colegio de Médicos, debe ser considerado como un nuevo aporte que hacen los profesionales al renunciar a incrementos legítimos y acordes con un encarecimiento general, para contribuir, en la medida de sus posibilidades, a hacer menos angustiante el tremendo problema de la carestía que sufre nuestro pueblo. Ese módico incremento, que se ven obligados a efectivizar a partir del mes de abril, tiende solo a mantener, parcialmente, el nivel adquisitivo de los profesionales, tan deteriorado como el de todo el mundo.

Pero, definitivamente, el incremento tiene el sentido de oponerse, rechazándola y desconociéndola, a una arbitraria, injustificada y demagógica medida del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, que dispuso congelar los aranceles médicos hasta el 30 de abril del corriente año. Al desconocer y rechazar la mentira de una medicina barata en un país donde todo es caro, los profesionales reasumen, con claridad y conciencia, su derecho a establecer el valor de su propio trabajo atendiendo, exclusivamente, a las reales condiciones del problema y alejados entonces de especulaciones ilusorias. No puede haber medicina barata en un país cuya infraestructura económica condiciona entonces de especulaciones ilusorias. No puede haber medicina barata en un país cuya infraestructura económica condiciona un permanente encarecimiento de bienes y servicios. En tales circunstancias medicina barata es ineludiblemente igual a mala medicina, y esto es lo que rechazamos los médicos con la misma firmeza y decisión que hemos mostrado y demostrado para analizar el conjunto del problema y buscar las soluciones.

Precisamente un ejemplo de ello lo ofrece el Sistema de Atención Médica Integral que hoy ofrecemos a nuestra comunidad. Conscientes de que la medicina es cara y que muchos sectores de nuestra población no pueden acceder a ella, los médicos, a la cabeza de los otros profesionales de la Salud, han puesto en marcha un sistema que permite a la población financiar el costo de la asistencia médica, de los medicamentos y de otras prestaciones de Salud. No proponemos que la población deje de atenderse por el médico que prefiera, en el establecimiento que elija y con los medicamentos que su médico de confianza le prescriba. Lo que proponemos es la manera en que todas esas cosas puedan hacerse posibles. No abaratar la medicina frustrando toda posibilidad de desarrollo personal y colectivo, si, que todo aquel que lo desee pueda tener acceso al médico que elija, condición básica de buena medicina.

Estamos absolutamente seguros, y ya hemos tenido comprobaciones prácticas, que el Sistema de Atención Médica Integral resolverá numerosos y acuciantes problemas de sectores de nuestra población. Esta es la respuesta que damos los médicos a las demagógicas promesas habituales del sector oficial.

El Sistema que iniciamos hoy y cuyo compromiso de desarrollo asumimos, posibilitará analizar y definir sobre bases reales el costo efectivo de las prestaciones asistenciales y será la base imprescindible para la definitiva instrumentación del ansiado Seguro de Salud.

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE FED. MÉDICA

El día 4 de marzo de 1972 se realizó la asamblea Extraordinaria de la Federación Médica, convocada para tratar el siguiente Orden del Día:

1º) Convalidación de una resolución adoptada anteriormente y por la cual se autorizaba a descontar un 1% adicional sobre los honorarios médicos abonados por obras sociales durante los meses de enero, febrero, marzo y abril, con destino a financiar una campaña de esclarecimiento y difusión de los principios médicos;

2º) Situación relativa a Carrera Médica Hospitalaria.

3º) Relaciones con Obras Sociales y Mutuales, nuevos aranceles y

4º) Relaciones con intermediarios para contratación de servicios.

El descuento a considerar en el primer punto había sido objetado especialmente por nuestra entidad, en tanto había sido resuelto anteriormente al margen de las normas legales y estatutarias correspondientes, apareciendo, además, superpuesto con una resolución de Asamblea de junio de 1967 por la cual se incrementara la retención entonces vigente en un medio por ciento con igual destino. Después de un amplio intercambio de ideas la Agremiación Médica aceptó el reclamo de las entidades del interior y del Gran Buenos Aires para que modificada su criterio y acompañara con su voto la adopción de la medida cuya ilegalidad anterior había sido reconocida por la Asamblea. Entendiendo que el sacrificio de la posición institucional podía servir, una vez más, a la consolidación de la unidad del Gremio Médico de la Provincia de Buenos Aires, nuestra Entidad retiró sus objeciones y acompañó con su voto a las demás entidades primarias.

En relación con Carrera Médica Hospitalaria la Mesa Ejecutiva informó sobre las gestiones realizadas y destacó, lo mismo que varios integrantes de la

Asamblea, que el proyecto se encontraba demorado en la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, probablemente a la espera de un proyecto de carrera nacional. Después de analizar exhaustivamente el problema la Asamblea coincidió en la necesidad de promover una movilización médica para obtener la aprobación del proyecto. La Asamblea, por unanimidad, resolvió facultar a la Mesa Directiva de la Federación para que, de acuerdo con el desarrollo de las gestiones, programara y pusiera en marcha dicha movilización, cuando fuera necesario.

Sobre el tema de obras sociales se analizaron todos los aspectos concernientes a las relaciones con las mismas y especialmente el referido a la vigencia de los nuevos aranceles ya fijados por los Distritos I y IX del Colegio de Médicos. La Plata y Mar del Plata insistieron en la necesidad de imponer el criterio fijado por los Colegios a las Obras Sociales y Mutuales, temperamento este que, fundamentalmente, fue resistido por las delegaciones representativas del Gran Buenos Aires. Después de amplio debate se resolvió poner en vigencia los aranceles a partir del 1° de abril, notificar a las Obras Sociales sobre dicha resolución y adoptar las disposiciones necesarias para que, a partir de la fecha mencionada, tuvieran efectiva aplicación los nuevos valores.

Como último punto del orden del día fue analizado el problema de la relación con intermediarios para la contratación de servicios. Esta posibilidad fue especialmente criticada por Mar del Plata, fundamentalmente sobre la base de experiencias anteriores que fueron de resultado negativo. Sin embargo el grueso de la Asamblea resolvió que, vista la proliferación de dichos intermediarios podía convenirse con ellos siempre que se mantuviese la vigencia de los principios gremiales y se adoptasen los recaudos pertinentes para asegurar el cobro de servicios.

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE LA AGREMIACIÓN

La Asamblea consideró la situación médica gremial. Tras el informe de la Mesa Directiva los asambleístas coincidieron en la crítica hacia la conducción oficial de la Salud Pública, conducción en la cual se advierte la carencia de una política seria y coherente que permita estructurar un plan orgánico, sustituido,

en los hechos, por una serie de medidas contradictorias y demagógicas, que promueven sistemas de atención múltiples y contrapuestos que, en definitiva, en nada contribuyen a la solución que imperiosamente requiere la atención de la población. Panorama que se agrava con la obsolescencia de los establecimientos hospitalarios, a los cuales por un lado se les abandona, retaceando hasta límites críticos su dotación presupuestaria, y por otro lado se los pretende lanzar a la competencia con los ámbitos de medicina privados.

Se remarcó, por otra parte, la desembozada invasión de jurisdicciones provinciales, mediante leyes que, en muchos casos, colisionan abiertamente con las legislaciones de cada estado provincial.

Se analizó, asimismo, la cuestión referida a la Carrera Hospitalaria, aun pendiente de aprobación, tras años de idas y venidas procurándola. Al presente dicho instrumento, que cuenta con la aprobación del gabinete de la Provincia, se encuentra a nivel nacional donde, por causas que específicamente no se expresan, prácticamente se ha paralizado su trámite. Esta circunstancia, que fue considerada en reciente asamblea por la Federación Médica, ha determinado que las entidades médicas provinciales confieran a las autoridades de la Federación mandato para que, tras un plazo prudencial de espera, se adopten las medidas gremiales necesarias que procuren una definición sobre tal cuestión.

Posteriormente la Asamblea fue puesta en antecedentes del proceso referido a los aranceles mínimos para atención de obras sociales y mutuales. Al respecto se hizo referencia a la Ley 18912, que establecía un mecanismo paritario para su determinación por períodos anuales, y a la reciente decisión originada en el Ministerio de Bienestar Social de la Nación que dispuso, la congelación de los aranceles hasta el 30 de abril de 1972. Todo ello, se señaló, no hizo sino reafirmar el convencimiento de que, en los ámbitos del Gobierno Nacional se manejaba el problema de la retribución profesional médica como moneda de cambio en la negociación permanente con los directivos de la C.G.T., dejando de lado toda consideración que no coincidiera con ese objetivo.

Tal panorama, se informó, decidió finalmente a los organismos médicos, y específicamente al Colegio a reasumir en plenitud sus facultades legales, para

fijar los valores mínimos del trabajo profesional. En tal sentido se dispuso la vigencia, a partir del 1° de abril, de un nuevo valor de \$ 12,50 para la unidad “galeno”; resolución esta que, en la esfera de su competencia, notificó la Agreración a todas las Obras Sociales con convenio, requiriendo de la Federación igual trámite para las entidades del orden provincial. La asamblea analizó luego la actitud que correspondería asumir en el caso de que las Obras Sociales no aceptaran o no se pronunciaran respecto del nuevo valor vigente. En tal sentido, y luego de amplio debate en cuyo transcurso se analizaron diversas variantes, se resolvió que, de darse tales circunstancias, el Consejo Directivo impartirá las normas que correspondan.

Boletín Informativo N°18. Junio de 1972 (111)

EDITORIAL: Desafiliados de la Federación para consolidar nuestros principios

LA UNIDAD MÉDICA

A continuación analizaremos, como información fundamental, la resolución adoptada por el C.D. con fecha 30 de mayo, por la cual se desafilia a la Entidad, de la Federación médica de la Provincia de Buenos Aires.

La resolución, adoptada de madura y serena reflexión, culmina un proceso de siete años de desarrollo durante el cual la Agreración, marginada de la conducción de la Federación, ha ejercido, en todas las oportunidades en que ello ha sido necesario, su derecho a criticar un proceso caracterizado por un progresivo deterioro que conflictúa cada vez más con los intereses de los médicos que representa nuestra Institución ha hecho aportes tendientes a modificar toda la estructura orgánica de la Federación Médica con la finalidad de hacer de ella un instrumento idóneo y ágil para servir a las entidades médicas que nuclea. De la misma manera ha tratado de impulsar a la Federación a la denuncia y el enfrentamiento contra la política articulada, fundamentalmente, por el Ministerio de Bienestar Social de la Nación, que no se puede ni tolerar ni consentir. ha insistido, en varias oportunidades, para llevar las relaciones con Obras Sociales

y Mutuales al plano del respeto y obligaciones mutuas indispensables en actividades convenidas contractualmente. Ha tratado de imponer el criterio de que es inaceptable que el valor del trabajo profesional pueda ser fijado o pactado al margen de los sectores interesados, y respondiendo a otros intereses que los que tienen que jugar en una relación bilateral. Ha reivindicado permanentemente la exacta comprensión y funcionamiento de los niveles de acción de las instituciones médicas, afirmando la necesidad esencial del fortalecimiento y progreso de las entidades primarias, viendo en ellas la base fundamental del movimiento médico, y recordando que la Federación, por su calidad de entidad de segundo grado, tiene el deber de respetar, apoyar y promover ese fortalecimiento y progreso, reconociendo en los círculos, asociaciones o agremiaciones un eslabón insoslayable en la relación con los médicos, que de ninguna manera puede ni debe realizar directamente tal como lo pretende la singular creación de la categoría de “médico federado”.

Siempre ha querido verse en los planteos programáticos de nuestra Institución un afán hegemónico o exclusivista que ha sido enfrentado con los intereses y derechos de otras instituciones o de otros médicos a expresar su pensamiento y contribuir a la elaboración de una política. Nunca pretendió nuestra Institución otra cosa que señalar que reúne como agremiados a la casi totalidad de los médicos matriculados en su jurisdicción y que las permanentes inquietudes de dichos médicos, sensibles a todo lo que tiene que ver con sus condiciones de trabajo, resuenan, como no podría ser de otra manera, en el seno del Consejo Directivo.

Son las aspiraciones de los médicos las que el Consejo Directivo interpreta cuando solicita que se reconduzcan las relaciones del gremio con las autoridades gubernamentales o con las Obras Sociales.

Todo ello ha sido vano. Formalmente se ha reconocido la necesidad de redefinir toda la política de la Federación Médica, pero en los hechos las cosas han seguido siendo iguales, tan iguales que puede decirse que los desacuerdos de hoy son casi los mismos que los desacuerdos de ayer.

Pero la actual conducción de la Federación Médica está avalada por el respaldo que le presta una mayoría de las entidades primarias de la Provincia, las

cuales han definido, de hecho, que la política que objeta la Agremiación, es la más adecuada, o lo parece, para las actuales circunstancias. Existe entonces una divergencia muy difícil de salvar en el momento actual por cuanto se puede abundar en argumentos en pro o en contra de determinada posición.

Por eso la Agremiación Médica Platense ha resuelto deslindar responsabilidades y apartarse de la conducción actual. Dicho así parece muy simple, pero se trata de una resolución que no puede tomarse sin medir, fría y objetivamente, todas sus repercusiones.

Una de estas, y seguramente la más importante, es la que se refiere a la unidad médica. Formalmente, la actitud de la Agremiación médica Platense puede ser vista como una fisura del movimiento médico. Pero el C.D. estima que el concepto de unidad no puede ser una mera expresión formal llena de retórica. La unidad médica cimienta en la solidaridad y cohesión de los médicos estructurada en torno de su entidad gremial, lo que supone delegar en ella una representación que, ejercida solamente con carácter individual, carecería de importancia y significación. Los médicos se agremian por acuerdo de sus voluntades delegando en la institución funciones como las de contratar sus servicios, controlar su ejercicio, supervisar sus prácticas; aceptar respetar normas y cumplir directivas que se dictarán siempre consultando un interés común. y la institución será tanto más fuerte y prestigiosa cuanto más valiosos, cuantitativa o cualitativamente, sean los médicos que representa. La entidad asume el compromiso de difundir y hacer respetar esos principios actuando contra aquellos que se apartan en busca de soluciones individuales, y de representar con fuerza y claridad a los médicos que nuclea, cada vez que sea necesario, frente a todos los sectores que puedan colisionar con ellos. De este modo el mecanismo de la representación adquiere todo su valor y se convierte en un permanente fluir de intercambios entre quienes representan y quienes son representados. La noción de la unidad surge entonces de un consenso que no se da de una vez para siempre sino que es permanente motivo de renovación y cambio.

La Agremiación Médica Platense no se aparta para transigir con normas ni para renunciar a principios. Tampoco se propone enfrentar. Se aparta para

reconducir, desde su modesto ámbito de acción, una política que permita, a quienes representa, enfrentar el porvenir y lo que con él vendrá, seguros de que la Institución a la que pertenecen estará a la cabeza del movimiento, cualquiera sean las circunstancias.

Asamblea Extraordinaria- 11-V-72

En la fecha citada se llevó a cabo la Asamblea Extraordinaria que convocara el C.D. para considerar la actitud a adoptar por la Institución respecto de las relaciones con Obras Sociales y Mutuales. El acto, que contó con la presencia de más de cien afiliados, se inició con un informe de la Presidencia entre la gestión cumplida por el C.D. luego de tomar conocimiento de la resolución del Colegio de Médicos Distrito I, por la cual se fijara un arancel mínimo de \$12,50 para la unidad “galeno”, a partir del 1° de abril del año en curso. En tal sentido se informa que el Consejo procedió a notificar fehacientemente a las Obras Sociales y Mutuales con convenio sobre la decisión de aplicar dicho valor, a partir de la fecha indicada; en lo que hace a las Obras Sociales con convenio provincial, a través de la Federación Médica, se requirió a la misma la efectivización de similares notificaciones, al menos en lo que hace al ámbito de la Agremiación. Señala que, ante falta de respuestas concretas por parte de las Obras Sociales, el Consejo resolvió aplicar, a partir del 1° de abril, el temperamento de continuar la facturación con el valor anterior de 10,00 el galeno, disponiendo que los médicos percibieran directamente la diferencia con el valor vigente. Con posterioridad, y ya iniciado el mes de abril, la Federación Médica cuya Mesa Directiva había adoptado similar temperamento que el señalado, rectificó sus directivas ante la aparición de la Ley 19544 por la que el P.E. de la Nación concedía un incremento que llevaba el galeno a \$11,50, y, mediante nota múltiple, comunicaba un nuevo sistema de facturación que, en los hechos, se traducía en facturaciones diferenciales que aplicaban galenos de valores \$ 10,00, \$ 11,50 y \$ 12,50. El C.D., al tomar conocimiento de tales directivas, las juzgó inaceptables, no solo por su imprevisibilidad, sino, fundamentalmente, porque, de hecho, se convalidaban valores de arancel inferiores a los determinados por el Colegio de Médicos, acatando, en la práctica, una fijación unilateral ejercida por el Ministerio de Bienestar Social de la Nación. En consecuencia el Consejo

resolvió mantener las normas de facturación oportunamente comunicadas a los afiliados de la Institución. Desde entonces, y hasta la fecha, el Consejo no tuvo conocimiento de gestiones o hechos producidos por la Federación que modifiquen la situación que determinó su resolución, la cual, en su momento, se interpretó solo como una solución transitoria que, se entiende, no debe prolongarse indefinidamente.

Una vez producido el informe los asambleístas debatieron ampliamente la cuestión en consideración, coincidiendo en ratificar y apoyar la gestión cumplida por el Consejo, analizando el papel que, en la conducción del proceso, ha venido desarrollando la Federación Médica, papel que, de diversos modos, se consideró insuficiente y no acorde con las necesidades de coherencia, firmeza y decisión en la defensa de principios que, necesariamente, son irrenunciables e insoslayables. En tal sentido se recordó que, desde hace ya varios años, las relaciones de la Agronomía con la Federación Médica han sufrido un evidente deterioro fundado, precisamente, en una muy distinta interpretación del modo según el cual las entidades médicas deben defender sus postulados esenciales y los intereses de sus integrantes, mencionándose al respecto, y a modo de ejemplo, la fundada crítica que, en su momento, formuló la Agronomía al convenio que suscribirá la Federación con el Instituto de Servicios Sociales para Ferroviarios, de aplicación en los Partidos de Olavarría y Bahía Blanca, por considerar que las muchas denuncias que en él se hacían a las normas y principios gremiales médicos, implicaban un grave precedente que comprometía la acción futura de la Federación. (con posterioridad, y confirmando tales aprensiones, convenios similares extendieron el sistema criticado, o símiles del mismo, a prácticamente la mitad de la Provincia de Buenos Aires, sin alcanzar a La Plata –porque se reiteró nuestro rechazo– aunque sí al Partido de Berisso).

Entrando luego a la consideración en especial del problema vinculado con el arancel para Obras Sociales, no viabilizara, en tal carácter, las decisiones de Asamblea. En tal sentido, los asambleístas se manifestaron reafirmando sus decisiones y previendo que, de adoptar la Federación tal actitud, cabría al Consejo considerar agotado un proceso cuya culminación necesaria sería la de la desvinculación de la Agronomía del organismo provincial.

Sobre las bases y presupuestos señalados la Asamblea encomendó al Consejo la formación de las intimaciones bajo apercibimiento de suspensión de servicios a partir del 18 de junio.

GESTIÓN DEL C.D.

En cumplimiento de lo dispuesto por la Asamblea, el Consejo procedió a cursar, a las Obras Sociales y Mutuales con convenio local, la intimación de reconocimiento de arancel bajo apercibimiento de suspensión de servicios.

Asimismo, y en los casos que ello procedía, se agregó el requerimiento de normalización de pagos, bajo igual apercibimiento.

En lo que hace a las Obras Sociales y Mutuales con convenio a nivel de la Federación Médica, se requirió a ésta la ejecución de similares intimaciones. A tal efecto se cursaron dos notas (Nos. 181 y 184 de fechas 17 y 18 de mayo), en una de ellas se requería la intimación de pago a las Obras Sociales morosas, en la otra, se solicitaba la notificación de la resolución respecto del reconocimiento de los aranceles vigentes, en los siguientes términos:

Cumplimos en dirigirnos a Usted con el objeto de comunicar a esa Federación, que la Asamblea

Extraordinaria de esta Institución, realizada el día 11 del corriente, resolvió intimar a las Obras Sociales y Mutuales para que, antes del 31 de mayo próximo, reconozcan expresamente la vigencia del arancel mínimo fijado por el Colegio de Médicos para la atención de Obras Sociales y mutuales, disponiendo que, en caso de respuesta negativa u omisión de ella, se suspendan los servicios por cuenta de aquellos organismos que se expidan de tal modo.

En consecuencia, solicitarnos a esa Federación notifique tal medida a las Obras Sociales y Mutuales que correspondan.

Por otra parte, y con el objeto de hacer conocer la posición de la Agrregiación a las demás entidades primarias de la Provincia, se puso en conocimiento

de las mismas la resolución adoptada por la Asamblea del día 11 de mayo, mediante nota que expresaba lo siguiente:

Cumplimos en dirigirnos a Usted, por disposición del C.D. de esta Agreración, con el objeto de hacer llegar a conocimiento de esa Institución una reseña de los considerandos y resolución que adoptara la Asamblea Extraordinaria de nuestra entidad, reunida el día 11 del corriente.

La Asamblea, tras analizar exhaustivamente la situación médica gremial general, la cuestión vinculada a la vigencia de los aranceles fijados por el Colegio de Médicos para la atención de Obras Sociales y mutuales, la irregularidad y pronunciada mora en los pagos en que incurren tales organismos, y, específicamente, la conducción que, respecto de tales aspectos ha venido desarrollando la Federación Médica, resolvió:

1º) Intimar a las Obras Sociales y Mutuales morosas, al inmediato cumplimiento del pago de las facturas vencidas, antes del 31 de mayo de 1972, bajo apercibimiento del inmediato cese de los servicios.

2º) Intimar a las Obras Sociales y Mutuales al reconocimiento expreso del valor galeno fijado por el Colegio de Médicos, antes del 31 de mayo de 1972, bajo apercibimiento del inmediato cese de los servicios en caso de respuesta negativa u omisión de la misma.

3º) Facultar al C.D. para procurar los mecanismos más aptos para impulsar el cumplimiento de las decisiones adoptadas, requiriendo para ello una clara y decidida acción de parte de la Federación Médica, adoptando en su defecto todas las acciones que resulten procedentes hasta, incluso, la separación del organismo gremial provincial.

Respuesta de Federación

Con fecha 29.V.72 el C.D. tomó conocimiento de la nota n° 2032 mediante la cual la Federación respondía a las notas Nos. 181 y 184. De la lectura de dicha nota, en la que se abundaba en consideraciones que no hacían al fondo

concreto de los problemas planteados, cabía, sin embargo, extraer dos conclusiones esenciales: 1º) la Federación no había realizado la intimación de pago a las Obras Sociales morosas y, respecto de ello se señalaba: “Los recaudos tomados al respecto por esta Federación –y los que se siguen tomando– tienen lógicamente carácter general, ya que no sería justo insistir unilateralmente en la solución del problema de la Agremiación, sin lograr al mismo tiempo iguales resultados para con otras filiales que se hallen en idénticas condiciones con respecto a la presentación correcta y en término de la facturación”. Luego se pretendía, en la nota, atribuir a problemas de orden administrativo en la relación con Federación, irrelevantes en realidad, el retraso y permanente morosidad con que el organismo provincial actúa en la gestión del reclamo y pago de honorarios adeudados. 2º) La Federación tampoco había efectuado la intimación de reconocimiento de aranceles que le requiriera la Agremiación, de acuerdo con lo resuelto por la Asamblea. En cambio se informaba a la Agremiación que se había dispuesto, por vía de la Asamblea provincial celebrada el día 21, realizar tal intimación con fecha 5 de junio, requiriendo su cumplimiento antes del 5 de julio.

Desafiliación

Resolución del Consejo Directivo

Atento que, de tal modo, la Federación había interferido y congelado –una vez más– el cumplimiento de decisiones de la Agremiación encaminadas a colocar en los términos que corresponden las relaciones con Obras Sociales y Mutuales, con el agravante en este caso de que las decisiones desoídas emanaban directamente de una Asamblea, el Consejo Directivo entendió llegado el momento de considerar la cuestión que, en definitiva, hacía a la esencia del problema, esto es la permanencia de la Agremiación como entidad afiliada de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

Como primera medida el Consejo resolvió efectuar directamente, a todas las Obras Sociales y Mutuales –fueran de nivel local o provincial– la notificación de la suspensión de servicios, en los casos en que ello correspondía, fuera por omisión del reconocimiento de aranceles vigentes, por mora en los pagos

o por ambas causales. Atento que la Federación había omitido toda notificación previa, el Consejo consideró procedente prorrogar hasta el 15 de junio la fecha límite para el cese de servicios.

Consciente de la trascendencia que revestiría una decisión respecto de las relaciones de afiliación con la Federación Médica, el Consejo analizó luego, exhaustivamente, tal cuestión, adoptando en definitiva y por unanimidad, la siguiente resolución:

Visto: la necesidad que se plantea de analizar las relaciones con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, tomando en consideración las expresiones que se formularan en las Asambleas realizadas el 12 de agosto de 1970 y el 11 de mayo de 1972; y Considerando: que las relaciones con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires han sido motivo de permanente preocupación para el C.D., para el cual ha resultado imposible encontrar, dentro del conjunto de las acciones de Federación, una definición general que expresara con suficiente claridad la problemática médica, como para que nuestra Institución pueda considerar que la delegación de funciones que realiza en Federación haya encontrado representación cabal. Por el contrario, toda vez que se han planteado diferencias de opinión con motivo de circunstancias concretas y bien determinadas, han surgido profundas discrepancias entre el accionado de la Agronomía Médica Platense y el de la Federación Médica de la Provincia que, como tendrá oportunidad de verse más adelante, están fundadas en profundas divergencias de opinión referidas al fondo de los problemas.

Que de esta manera han tenido oportunidad de expresarse puntos de vista que parten de un disímil enfoque sobre toda la legislación nacional producida con motivo de la salud, y a la estrategia y táctica del movimiento médico en relación a la acción del P.E. y demás factores del poder.

Que a pesar de que, en marzo de 1971, nuestra Institución señaló la peligrosidad de las leyes 18.912 y 18.610 y la conveniencia de bregar en ese entonces, aprovechando una situación coyuntural, por la derogación de esos instrumentos legales, no adoptó la Federación Médica ninguna posición con respecto a tan concreto planteo y aún hoy, a quince meses de nuestra definición, y cuan-

do ya nadie tiene dudas en cuanto a la inconveniencia de dichos instrumentos legales, seguimos careciendo de definiciones en tal sentido.

Que tampoco se obtienen definiciones de esa Institución cuando el P.E. Nacional produce unilateralmente decisiones en cuanto a la congelación de aranceles médicos o a la modificación de la Ley 18.912, de cuya consideración deliberadamente se excluyó a los médicos.

Que tampoco ha sido claramente expresada, y con la trascendencia necesaria, la posición de los médicos de la Provincia de Buenos Aires frente a las decisiones de la C.G.T. de solicitar al P.E. Nacional la congelación de los aranceles médicos y su cerrada oposición a cualquier intento de solucionar la situación asistencial de la población de nuestro país mediante la implantación de un Seguro de Enfermedad por el cual bregan los médicos desde hace tiempo.

Que también dicha Federación desborda permanentemente y en forma inexplicable sus propios límites estatutarios estableciendo relaciones directas con afiliados de la Agronomía o pretendiendo interferir con publicaciones o con la acción de terceros, en el cumplimiento de normas y disposiciones dictadas por el C.D. de la Agronomía en asuntos que le son de estricta e inexcusable competencia. Al mismo falso concepto, en cuanto a niveles de acción, obedece la creación ilusoria de la categoría de médico federado con desconocimiento de las normas básicas que hacen a la estructura de las instituciones gremiales médicas y a sus naturales y obligados ámbitos de acción.

Que tampoco satisface a esta Agronomía la política que la Federación ha mantenido y mantiene con las autoridades gubernamentales a las cuales ha aparecido públicamente tranquilizando con respecto a las repercusiones de un paro médico nacional dispuesto justamente en contra de la política oficial en materia de salud; o la inexplicable promoción que hace, con dinero de los médicos, mezclando al Ministerio de Bienestar Social en tarjetas de presentación de FEMEBA.

Que son múltiples los inconvenientes de tipo administrativo que derivan de la relación con esa Federación y que se ejemplifican con demoras en la

expedición de pagos, aceptación de reenvíos de Obras Sociales más allá de los plazos máximos contractuales establecidos al efecto, postergación indefinida de la resolución de problemas que derivan de imperfecciones notables del nomenclador vigente, etc.

Que tampoco se aprecian, por parte de la Federación, definiciones firmes y coherentes con respecto al valor del trabajo profesional y a la política a desarrollar en la relación con Obras Sociales y Mutuales; así por ejemplo cuando Federación omite calladamente la notificación formal a Obras Sociales y Mutuales de nivel provincial de la intimación para el reconocimiento expreso del nuevo valor Galeno –que le fuera concretamente solicitada por esta Agremiación, que ya la había efectuado a nivel local– y luego, ante la decisión de ésta de interrumpir los servicios por cuenta del I.M.M.A. ante la abierta posición de enfrentamiento asumida por tal Obra Social, califica la actitud de la Agremiación como “no pertinente ni legal” revelando una muy particular manera de considerar y actuar en relaciones de tal tipo.

Que de la misma manera refiere luego a una Asamblea la efectivización del cumplimiento de una intimación, resuelta por los médicos de La Plata en Asamblea Extraordinaria, a aquellas Obras Sociales y Mutuales para que efectivicen el reconocimiento expreso, antes citado, bajo apercibimiento de suspensión de servicios (medida ésta que la Agremiación hará efectiva, en los casos que corresponda y cumpliendo con la decisión de Asamblea, a partir del 15 del cte.).

Que la modalidad conductiva a que hemos aludido se ha convertido en una norma habitual de funcionamiento de la Federación Médica, que produce medidas de fundamental importancia por decisiones de una Mesa Ejecutiva estatutariamente inexistente y que luego somete a la consideración de asamblea, disimulando y soslayando dentro del planteo formal de mayoría versus minoría o de la preservación de la unidad, el análisis y satisfacción de objeciones bien fundadas.

Que así se consigue la aprobación de convenios que, como el suscripto con el Instituto de Servicios Sociales para Ferroviarios, fundamentan en la necesidad de resolver situaciones locales la no observancia de normas y principios

gremiales médicos; se firman así compromisos que, de hecho, eluden la Libre Elección o la retacean de tal modo que tergiversan, o dejan directamente de lado, resoluciones de Asamblea de la propia Federación, tal como la que dispusiera, oportunamente, la congelación de puestos asistenciales vacantes en Obras Sociales y Mutuales. También se extiende dicho convenio a partir de la provincia donde no existen las causales que se invocaron para hacerlo, tendiendo a aislar la situación de La Plata, única entidad de la provincia que objeto formalmente ese contrato.

Que la Federación Médica firma convenios de prestación de servicios para sectores ubicados dentro de la jurisdicción de la Agronomía Médica Platense sin brindar a la misma el más mínimo informe sobre las discusiones preliminares ni sobre las bases o pautas que los hacen convenientes y necesarios.

Que está probada la injerencia de dirigentes de Federación en la promoción de la creación de entidades gremiales en partidos de la provincia que durante años integraran, por la propia decisión de sus médicos y con positivos resultados para ellos mismos, la jurisdicción de la Agronomía Médica Platense, injerencia ésta que autoriza a suponer la intención de introducir factores de disociación entre la Institución y sus afiliados, y que llega hasta producir actos tan improcedentes como el de citar, impartir normas y amenazar con sanciones a un médico afiliado de la Agronomía.

Que merced a la aplicación del mecanismo de conducción al que ya nos hemos referido la Federación ha desoído lisa y llanamente la opinión de esta Agronomía al promover la continuación de un aporte adicional con destino al financiamiento de una campaña de promoción con similares objetivos a los cuales, en el año 1966, se determinara también un aporte adicional del 0,5% sobre cuya inversión, que tenía fines precisos, hoy no se puede dar cuenta.

Que todo esto configura muy distintas interpretaciones de normas y principios que resultan imposibles de cohonestar, ni aún en aras de una Unidad Médica en cuya relevante importancia y trascendencia todos coinciden aunque luego, en los hechos, sea para unos un fin en sí misma que justifica y

avala cualquier actitud, y signifique en cambio para otros solo un importante instrumento para la obtención de más elevados objetivos.

Por todo ello el Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense

RESUELVE:

1º) Desafiliar a la Institución como miembro de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

2º) Revocar la representación que hasta el presente legitimara a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires para suscribir convenio con Obras Sociales, Mutuales y entidades similares, con efectos sobre el ámbito de jurisdicción de la Agremiación Médica Platense.

3º) Mantener, dentro de los niveles y límites indispensables, la relación administrativa conducente a la conclusión de los trámites vinculados con la facturación y cobro de servicios prestados sobre la base de convenios suscritos por la Federación Médica con aplicación en el ámbito de la Agremiación médica Platense.

4º) Rechazar expresamente la retención del aporte adicional a partir del mes de junio de 1972.

5º) Reasumir plenamente, en el ámbito de la Agremiación médica Platense la conducción gremial médica y las relaciones con Obras Sociales, Mutuales y entidades similares, instrumentando para ello los contratos y documentos que fueren menester.

6º) Referir oportunamente la presente decisión a Asamblea de la Institución.

7º) Poner la presente resolución en conocimiento de los afiliados de la Entidad, de las Entidades miembro de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y del Consejo Directivo de la misma, de la Confederación Médica de la República Argentina, del Colegio de Médicos del Distrito I y de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires.

Con fecha 13 de junio de 1972 el C.D. de Federación Médica, remitió la siguiente nota:

Cumplimos en dirigirnos a Usted acusando recibo de la nota de referencia ingresada en esta Federación el día 7 del corriente mediante la cual se nos notifican la Resolución de ese Consejo Directivo de fecha de mayo próximo pasado, en el sentido de desafiliar a esa Institución de la FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Por encima de las motivaciones que se esgrimen para fundamentar dicha actitud, —objetiva y absolutamente rebatibles—, el Consejo Directivo de FE-MEBA, en su reunión de fecha 10/6/72, ha considerado necesario solicitar a esa Agrregiación la revisión de la medida apuntada y de las que en su consecuencia, informan la mencionada Resolución. Estimamos en tal sentido que la efectivización de las mismas aparejará profundos trastornos para el movimiento médico, individual y colectivamente considerado.

Ello nos mueve a instar a los miembros de ese Consejo Directivo para que en meditada y serena evaluación de los alcances e implicancias de la actitud tomada, la dejen sin efecto, prestándose en cambio a la discusión franca de las posiciones tácticas e ideológicas que gremialmente estimen corresponder, en el terreno de la pública controversia institucional, ya sea a nivel de Asamblea de esa y/o de nuestra Institución, o en el ámbito que consideren más conveniente.

Esta posición, que adoptó en pleno nuestro Consejo Directivo, se apoya no sólo en el sentido de la unidad médica que tanto necesitamos en estos momentos, sino también en el criterio que resulta de los considerandos de vuestra decisión, carentes de relevancia como para justificar una medida como la adoptada.

De ninguna manera pretendemos ni deseamos unanimidades absolutas en materia de conducción. Por el contrario, estimamos saludables y necesarias las disidencias en los enfoques, que a la postre son las que nutren y vivifican nuestra democracia interna.

En tal sentido, aceptamos que vuestros puntos de vista pueden conformar la base de una plataforma de oposición a nuestra conducción federacional y

jamás hemos obstruido la posibilidad de que esos criterios se esgriman y se publiciten en todo el ámbito provincial. En el juego democrático del convencimiento y de la racional captación de voluntades, siempre existe la alternativa de promover desde adentro y por los medios estatutarios correspondientes, el cambio que pretenden.

Por supuesto que nuestro razonamiento descarta toda posibilidad de que, además de las expuestas, exista otro tipo de motivaciones fundamentadas en situaciones personales, ideológicas, morales, éticas o económicas, que sin estar incluidas en el texto de la Resolución, se utilicen no obstante en apoyo de lo escrito a través de medios de comunicación oral, que permiten explicaciones unilaterales de lo que “no se puede escribir”, poniendo además a los autores a cubierto de las condignas réplicas personales o deontológicas. Estamos seguros de la responsabilidad plena de los dirigentes de esa Agremiación y ratificamos idéntica condición en todos los miembros de nuestro Consejo Directivo. Por ello sabemos que cualquiera fuera el desarrollo ulterior de los acontecimientos, cada cual sabrá afrontar el devenir anteponiendo los intereses de todos los médicos de la Provincia, a cualquier forma de motivación subjetiva.

GESTIONES POSTERIORES

Como consecuencia de la resolución del C. D. de fecha 30 de mayo de 1972, en cuanto a desafiliar a la Entidad de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, el Dr. Ricardo Sabbione, Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, solicitó una entrevista con el Consejo Directivo para el día 19 de junio a la que concurriría con el Dr. Blanco Ruiz vicepresidente en ejercicio de la Presidencia del Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

El día 19 a las 16 hs., los Dres. Sabbione y Blanco Ruiz fueron recibidos por el Consejo, representado en la oportunidad por el Presidente, Dr. Miguel Ángel Olivares, el Secretario General, Dr. Aldo José Cordero y los Vocales Dres. Enrique Mallo, Rubén Adam, y Bruno Sargentoni. Los Dres. Sabbione y Blanco Ruiz señalaron que venían en carácter estrictamente personal, a explorar las posibilidades, de arreglo del conflicto planteado con la Federación

Médica y, si el carácter de la resolución de la Agremiación no lo hacía irreversible, conocer cuáles eran las condiciones que el Consejo Directivo habían formulado para rever su posición, para, como intermediarios, hacerlas llegar a las autoridades de Federación a fin de posibilitar la solución del diferendo planeado. Todo ello sin perjuicio de la corrección de la posición de ambas partes y en aras de preservar la unidad médica aparentemente comprometida por la decisión de la Agremiación.

Se manifestó entonces, por boca del Presidente del C.D. que la decisión adoptada resultaba la culminación de un proceso de siete años de duración comprensivo de cuestiones que tenían que ver con la política seguida en la conducción del gremio médico, con la estructura institucional de Federación y con el manejo práctico de dicha Institución en su relación con las entidades primarias y con los médicos. - Que las diferencias implicaban para los médicos de La Plata una muy clara alternativa o se sometían a procedimientos y directivas que colisionan directamente con su derecho a formular definiciones válidas para el ámbito de jurisdicción de la Agremiación Médica Platense, o se apartaban del ordenamiento institucional de la Federación Médica a fin de reasumir la responsabilidad y deber de definir y llevar adelante los principios gremiales, tal con la madurez y fortaleza de sus convicciones lo aconseje. Que disentir hasta el punto de separarse no debe entenderse como un enfrentamiento sino como la necesidad de expresar un pensamiento y una línea de acción y que en algún momento, cuando no graviten las tan pesadas diferencias de ahora, los médicos de La Plata encontrarán razones para unirse a la Federación Médica. Por tales motivos debe verse en este desencuentro algo solamente circunstancial y, seguramente, transitorio. La Plata no se aparta para dejar de cumplir con los principios, sino que lo hace, justamente, para poder cumplir mejor con ellos. Como consecuencia de este razonamiento no había condicionado el Consejo Directivo su resolución a que se cumplieran determinados actos o se adoptaran algunas medidas, sino que se consideraba que el desarrollo de los acontecimientos señalaría las posibles bases de entendimiento. No pudo ni podía entonces el Consejo señalar cuales eran las condiciones cuyo cumplimiento llevará a la revisión de la medida adoptada.

Los Dres. Sabbione y Blanco Ruiz señalaron su disposición a diario sobre la base del comentario de presupuestos que podrían darse con base de la negociación y señalaron que en la mañana de día 20 entrevistarían al C.D. de la Federación Médica a fin de realizar allí las mismas gestiones que habían efectuado ante el C.D. de la Agremiación.

El día 20, y de acuerdo con lo previamente convenido, concurrieron los mencionados profesionales para informar sobre lo ocurrido y los resultados obtenidos. Según manifestaron habían expuesto ante el C.D. de la Federación Médica los resultados de la conversación mantenida con los directivos de la Agremiación. Tampoco el Consejo Directivo de la Federación había logrado definir los términos posibles de un acuerdo y habían manifestado su decisión de que el problema se mantuviese tal como estaba planteado esperando que en la Asamblea se dieran las condiciones aceptables para solventar el diferendo. Tanto el Dr. Sabbione como el Dr. Blanco Ruiz daban con esto por terminada su gestión.

El mismo día 20, y también en horas de la mañana, solicitó ser recibida por el Consejo una delegación designada por la Asamblea Ordinaria de la Federación, integrada por los Dres. Hansen, Viaggio, Ferro y Funes Medina. Esta delegación expresó al Consejo, en nombre de la Asamblea, su aspiración de que la Agremiación se integrase a la misma y plantease en ella sus desacuerdos con Federación, lo que también podría hacerse con motivo de una Asamblea Extraordinaria especialmente citada a tal fin. Allí la Agremiación y el C.D. de Federación tendrían la oportunidad de discutir ampliamente las razones del conflicto y buscar las bases de superación del mismo. Tal cual lo expresaron, la mayoría, sino todas, las entidades médicas de la Provincia desconocían los argumentos de la Agremiación Médica Platense y ese sería el lugar y la oportunidad adecuados para expresarlos. El Dr. Ferro reconoció, sin embargo, en el curso de la entrevista, que la Agremiación había cumplido con su obligación de hacer conocer los desacuerdos, de modo que no podía decirse que se careciese de información al respecto, hasta tal punto que muchas entidades médicas de la provincia habían considerado, o estaban considerando, su desafiación de la Federación, por iguales o parecidas razones a las que alegaba la Agremiación Médica.

El Consejo consideró la presentación hecha por los distinguidos representantes y resolvió dirigirles la siguiente nota:

A los Dres. Ferro, Hansen, Funes Medina y Viaggio:

El Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense tiene el agrado de dirigirse a Uds. a efectos de poner en su conocimiento, y por vuestro intermedio en el de las sesenta filiales cuya representación informal asumieran en la reunión realizada en horas de la mañana del día de la fecha, la resolución adoptada frente a la gestión que, tal cual manifestaran, pretendía producir las bases indispensables para preservar la unidad de las entidades médicas en el seno de la Federación, amenazada por la decisión de esta Agronomía de producir su desafiliación de la misma.

Resulta oportuno señalar, previamente, que este Consejo Directivo había acogido ya, con la mayor predisposición, una gestión que, con similares objetivos, cumplieran los Dres. Sabbione y Blanco Ruiz, desarrollada en el curso de la tarde de ayer y de la mañana de hoy, la cual, según manifestaron los referidos colegas, fue también cumplida ante el C.D. de la Federación.

Nuestro Consejo ha centrado su consideración en los dos aspectos fundamentales que comprendiera vuestra gestión: 1) el de las consecuencias que pueden resultar de nuestra desafiliación y 2) el de la posibilidad de nuestra concurrencia a la Asamblea Extraordinaria de Federación que se realizará en la fecha o bien a una convocada con posterioridad, a efectos de analizar, considerar y resolver en profundidad las cuestiones que motivaran nuestra decisión.

En lo que hace al primer aspecto nuestro Consejo considera necesario señalar, ampliando y abundando, si cabe, en las consideraciones que fundaran su decisión del 30 de mayo pasado, que la decisión de desafiliar a la Agronomía Médica Platense se ha cimentado, precisamente, en la convicción de que la política desarrollada por la conducción de la Federación ha dado, como resultado, una paulatina y muy grave corrosión de los principios sustanciales del Gremio Médico, cuya defensa, mantenimiento y promoción son, precisamente, los únicos y muy grandes objetivos de la unidad médica, y no puede,

seguramente, decirse que la Agremiación Médica Platense no ha luchado, desde hace mucho, procurando la coincidencia entre tales objetivos y la acción de conducción de la Federación Médica. Lamentablemente tal propósito no fue nunca cabalmente comprendido y se lo minimizó, generalmente, confundién-dolo con una mera campaña electoral o con un pretendido afán hegemónico de la Plata.

La Agremiación Médica Platense no pretende ni ha pretendido tener en la conducción de la Federación Médica más participación que la que corresponde, pero sí exige de tal conducción una actuación que realmente coincida con los principios y objetivos que, junto con sus quince entidades hermanas, motivaron la decisión de crear la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

Por último, y en relación a este aspecto, quiere el Consejo hacer una afirmación: más allá de lo que pueda suceder en el proceso de las relaciones de la Agremiación con la Federación, no teman sus entidades miembro por las consecuencias de la desafiliación, pues nuestra entidad no la ha producido para transigir sino para exigir, con la firmeza que para ello sea necesario.

En lo que hace al segundo aspecto de vuestra gestión, el Consejo Directivo ha resuelto que la Agremiación Médica Platense concurrirá a una Asamblea Extraordinaria a los efectos señalados con las entidades miembro de la Federación. El Consejo anticipa desde ya, su decisión y disposición para discutir, en tal ocasión, todos los hechos y circunstancias que, en forma previa o posterior a la desafiliación, hagan al fondo del proceso que la motivara. A su vez, este Consejo Directivo está, naturalmente, sujeto a las decisiones que, respecto del problema en consideración, adopte la Asamblea de Afiliados de la Institución convocada para el día 6 de julio próximo.

Saludamos a Uds. con distinguida consideración.

(La nota transcripta fue entregada, en mano, al Dr. Hansen, alrededor de las 14 hs. del mismo día 20, con copias para cada uno de los intervinientes en la gestión a la que se respondía)

Lamentablemente la información periodística del día 21 de Junio señalaba que la Asamblea Ordinaria había aprobado la Memoria y Balance de la Federación Médica y había elegido un Consejo que era, básicamente, igual al anterior. Ante tales hechos el Consejo resolvió dirigir a cada uno de los Dres. Hansen, Viaggio, Ferro y Funes Medina la siguiente nota:

La información periodística aparecida hoy, en el diario “El Día”, pone en conocimiento de la opinión pública la desafiliación de la Agronomía Médica Platense y la gestión que realizaron los doctores Hansen, Funes, Medina, Ferro y Viaggio. Se informa asimismo que en la Asamblea Ordinaria de la Federación Médica, las 58 delegaciones presentes aprobaron la Memoria y Balance y procedieron a renovar el Consejo Directivo, reeligiendo y eligiendo por unanimidad o abrumadora mayoría, una composición del cuerpo que no difiere, fundamentalmente, de la anterior. Aunque periodística, puede darse a esta información carácter de seriedad por cuanto, seguramente, ha sido vertida por el funcionario a sueldo que la Federación Médica tiene para estos menesteres.

Estos hechos obligan, inevitablemente, a preguntarse qué sentido tiene la misión que desarrollaron ustedes en el día de ayer. Sustancialmente, ustedes pretendían que la Agronomía Médica Platense participase, aunque fuera como observadora, de la mencionada Asamblea Ordinaria, que se desarrollaba en esos momentos, que aceptase participar de una Asamblea Extraordinaria para examinar allí, y con amplio espíritu –se dijo– todos los motivos de divergencia entre la Agronomía Médica Platense y el C.D. de la Federación Médica. Por nota que les hicieramos llegar directamente a sus manos dos horas después la entrevista efectuada, nos mostrábamos dispuestos a aceptar este último temperamento mediante una decisión que, lamentablemente, el Consejo se ve dispuesto a reconsiderar ahora.

Las resoluciones adoptadas por la Asamblea del día 20 convalidan, de hecho, toda la política anterior y, al reiterar su confianza en los miembros del Consejo Directivo que fueron responsables de su elaboración, adhieren a sus formulaciones futuras. De cualquier manera que se mire esto significa una toma de posición con respecto a cualquiera de los aspectos de la política de la Federación Médica que han sido formalmente objetados por nuestra Ins-

titución y sobre los cuales, tal como lo manifestara el Dr. Ferro durante la reunión que mantuviéramos, no puede alegarse ni ignorancia, ni falta de información. Debe quedar claro, en consecuencia, que los representantes de las 58 entidades médicas han dado su aprobación a la conducción no estatutaria ejercida por una “Mesa Ejecutiva”, a la vacilante e indefinida política que ha seguido con las autoridades nacionales y provinciales, a las debilidades hechas públicas en relación con la C.G.T., al concepto de “Médico Federado”, a las agresiones institucionales contra la Agronomía Médica Platense, etc. También han dado aprobación a un Balance que da cuenta que la Entidad supuestamente representativa de los médicos de la Provincia hace aportes al I.N.O.S., es decir al organismo que, desde su creación, ha agredido a los médicos en todos los terrenos en que ello ha sido posible.

Por más esfuerzos que hacen los integrantes de este Consejo Directivo para comprender las grandilocuentes referencias que, con respecto a la unidad médica, hiciera el Dr. Viaggio durante nuestra reunión, o los desacuerdos parciales que manifestaran los Dres. Funes Medina o Ferro con la política de la Federación, no puede conciliar de ninguna manera con la idea de que deban manosearse los principios para coincidir y tampoco con la de que ustedes, supuestamente, hayan participado de ello, consintiéndole con sus respectivos votos.

De todos modos lo que importa fundamentalmente a este Consejo es que no cree que 58 representaciones de entidades que se han comprometido con una conducción puedan, en una Asamblea Extraordinaria, tener la ecuanimidad, la ponderación y el juicio para examinar objetivamente cuestiones sobre las que ya han dado su opinión y comprometido su voto. No puede mantener este Consejo, entonces, los términos en que se comprometiera con ustedes a participar de una Asamblea Extraordinaria.

El Consejo Directivo de la Agronomía Médica sigue pensando que toda divergencia que, se quiera o no, hace a lo fundamental, no puede ser soslayada sobre la base de conciliaciones personales y amistosas que tienden, generalmente, a satisfacer sólo lo superficial y anecdótico, cuando lo que está en juego aquí es establecer si los intereses de los médicos se defienden con la obscuridad de la

vacilación y el ocultamiento o con la claridad de un respeto insobornable a los principios.

Estamos seguros que, cuando se haga la luz, las mismas entidades que han convalidado el día 20 una conducción por la cual la Agremiación Médica Platense se desafilia, hallarán la manera de alinearse como corresponde y entonces nos reencontraremos.

De todos modos debemos dejar señalada aquí nuestra profunda preocupación por las serias debilidades que muestra el frente médico, y por la medida en que las mismas comprometen y comprometerán el futuro del movimiento.

La Agremiación Médica Platense no está dispuesta a dejar de luchar y se aparta para poder hacerlo sin las vacilaciones que, fatalmente, determina la inconsecuencia con los principios.

Boletín Informativo N° 19. Enero de 1973 (112)

EDITORIAL: La lucha continúa

Hemos iniciado un nuevo año con muy desfavorables perspectivas. En primer lugar sigue intacta toda una legislación nacional que motivara los paros de julio y agosto de 1972, y pese a la reiteración de promesas sólo se ha conseguido la integración de grupos de trabajo que dialogan sin arribar a conclusiones, pero que le permiten a la autoridad de turno decir que se consulta a las instituciones representativas. Así se lo señale expresamente en los fundamentos del proyecto de la Ley 20.084 que se presume modificatoria de la 19.710. Y nada de todo eso ha sucedido. Ni las entidades representativas han sido consultadas, ni se ha modificado la Ley 19.710 en su fondo. Solamente se ha cambiado Ministerio de Trabajo por Ministerio de Bienestar Social de la Nación y se pretende que con esto se satisfacen aspiraciones legítimas de los profesionales.

Evidentemente no es así. Los tecnócratas de la salud han conseguido influir como para obtener serie de leyes que, en su pretensión de abaratar la medi-

cina, conseguirán frenar toda perspectiva de progreso del trabajo médico. Es muy clara la intención de diluir la participación y la influencia del gremio médico, como también resulta claro que mediante la creación del Registro Nacional de Prestadores que propicia la Ley 19.740 se pretende destruir las entidades médicas descalabrando los ejes de cualquier resistencia.

También tiene que ser evidente que una política como sana puede atribuirse a la casualidad o al error. Por lo contrario muestra una perfecta articulación para los objetivos que se propone y ha tenido el desarrollo cronológico previsible.

Nada hay, en este momento, que haga suponer la intención del Gobierno revisarlas y menos cuando aceleradamente nos adentramos en un clima electoral confuso y contradictorio porque, con ligeras variantes la mayoría de los distintos sectores políticos, han adelantado criterios en materia de salud que son muy discutibles.

Los médicos pensamos que en las actuales circunstancias de nuestro país el cambio consiste en colocar bajo el régimen de la libre elección y el pago por acto médico a los sectores sociales que todavía quedan dentro de otros sistemas de atención. Tenemos también que examinar situaciones económicas de las Obras Sociales y/o Mutuales tendiendo a que la multiplicidad de aportes y sistemas actualmente imperantes con la superposición y el despilfarro que implica, no impida el objetivo de hacer accesible la mejor medicina a toda la población del país. Pero de ninguna manera creemos que las posibilidades de mejorar la calidad de la atención médica se agoten en la libre elección.

Es necesario de una vez por todas resolver las contradicciones entre los sectores público y privado en materia de salud delimitando perfectamente los campos de acción de cada uno y evitando superposiciones. Será necesario programar el desarrollo de las instituciones asistenciales del futuro estructurando sus equipos y reglamentando sus condiciones de trabajo a fin de que la calidad de la atención médica que presten pueda mejorar permanentemente poniendo en práctica métodos de evaluación que así lo establezcan. Será necesario ocuparse para tomar medidas de resolver el problema

de la plétora médica y el peligro, que significa la posibilidad de que pueda constituirse en una potencial oferta de trabajo a cualquier precio y en cualquier condición.

Uno u otro de los costados del problema que se analice muestra signos de necesidad de revisión y cambio y es evidente que toda una manera de trabajo médico ha entrado en crisis. Como tantas otras cosas en nuestro país la atención médica necesita ser adecuada a una realidad que también muestra perspectiva de cambio. Lo que los médicos pretenden es participar activamente de dicho cambio para garantizar que el principio normativo del mismo sea brindar la mejor atención médica a la población. No puede aceptarse que una definición así sea sustituida por otra muchas veces determinada por exigencias políticas o meramente electoralista. Si una cuestión de esta magnitud se maneja con ligereza puede comprometerse por muchos años la calidad de una medicina como la argentina cuyo bien ganado prestigio tiene trascendencia internacional.

Por todas estas cosas ha sido altamente positiva la movilización y el entusiasmo de los agremiados ante la reciente renovación del Consejo. Es motivo de satisfacción señalar que una cifra de votantes próxima a los 600 es única en la historia de la Institución y revela un interés y una vitalidad que son garantía de cualquier éxito.

Las autoridades de la Entidad seguirán su tarea de difundir y mantener la vigencia de los principios médico-gremiales auscultando permanentemente las aspiraciones y los deseos de sus representados y están seguras de que contarán con el apoyo de todos los médicos. La Agremiación Médica Platense es la Institución gremial de los médicos de La Plata y Ensenada y pertenece a cada uno de ellos quienes transitoriamente asumen la responsabilidad de dirigirla necesitan que las ideas y el entusiasmo de los colegas se exprese todos los días porque de esta manera, conociendo el pensamiento de sus representados estarán más próximas a no equivocarse.

RELACIONES CON FEDERACIÓN MÉDICA

Posteriormente a la aprobación por la Asamblea de la Resolución de desafiliación de la Agremiación Médica Platense producida por el Consejo Directivo, éste notificó, como primera medida, ese hecho a todas las Obras Sociales y Mutuales a las cuales se prestaban servicios de atención médica en ese momento. Al propio tiempo, se les otorgó plazo para establecer relaciones de convenio directas con la Agremiación, para la continuación de las prestaciones en el ámbito de la misma. Ello originó que, en casos en que las Obras Sociales hicieron oídos sordos a tal requerimiento, el C.D. dispusiera el corte de servicios de varias de ellas, algunas de las cuales ostentaban una mora significativa en los pagos, según los términos de convenio.

Paralelamente, en cumplimiento del punto 3° de la Resolución de desafiliación, se trató de mantener dentro de límites indispensables la relación administrativa con Federación Médica, conducente a resolver los problemas de facturación y cobro de honorarios médicos pendientes. Esta gestión tropezó con inconvenientes al verificarse la retención por parte de Federación de pagos efectuados por IOMA y otras mutuales. Después de varias gestiones, incluyendo un infructuoso intercambio epistolar, el C.D. se vio obligado a notificar a sus afiliados de la situación, en forma urgente, a través de la vía periodística. Así, se logró mediante rápido trámite la liberación de fondos retenidos, y se sucedieron luego entrevistas con el C.D. del Colegio de Médicos Distrito I en pleno, y con una Comisión Especial del Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, motivadas por el incidente señalado, donde se pusieron en claro las circunstancias apuntadas.

Por iniciativa de terceros, se abrió una instancia de negociación entre Agremiación y Federación. El C.D. analizó exhaustivamente la posibilidad de aceptar tal gestión, y no encontrando contradicciones con la posición y fundamentos de la Resolución que ratificara la Asamblea del 6-VII-72, la encaró afirmativamente.

La comisión conjunta trató de definir primero, después de alternativas diversas, el mecanismo básico para regular las prestaciones y pagos de honorarios que

las Obras Sociales y Mutuales de nivel provincial, y la ejecución de prestaciones médicas en el área de la Agremiación Médica Platense a beneficiarios de convenio firmados por Federación con posterior al I-VI-72. Todos estos aspectos estuvieron contemplados en Actas-Convenio signadas por representantes de ambas entidades, con carácter de transitoriedad, hasta el 20-II-73. Las Actas-Convenio mencionadas son transcriptas a continuación.

ACTAS CON FEDERACIÓN MÉDICA

“Entre la Agremiación Médica Platense, representada en este acto por el doctor MIGUEL ÁNGEL OLIVARES y el doctor ALDO J. CORDERO y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, representada por el doctor CARLOS ACTIS y el doctor ÁNGEL TULLIO, en adelante “Agremiación” y “Federación” respectivamente, acuerdan suscribir el presente convenio.

PRIMERO: Crear una Comisión integrada por tres (3) miembros de cada entidad, para que en el plazo de treinta (30) días desde la firma del presente, examine, evalúe, y aconseje a ambas, sobre la situación institucional u otra existente, o a producirse, o a las referidas a la interpretación y aplicación del presente convenio.

SEGUNDO: Para todos los servicios de prestación Médico-Asistencial de Obras Sociales y Entidades en general, se tienen como válidos y de alcance para la “Agremiación”, los firmados por la “Federación”, hasta el treinta y uno (31) de mayo de mil novecientos setenta y dos.

El plazo de cumplimiento de este punto, estar fijado por la Comisión creada en el punto primero del presente.

TERCERO: Créase en forma inmediata una Comisión integrada por dos miembros representantes de la “Agremiación” y dos (2) de la “Federación” cuya misión será la tramitación y efectivización de pagos a “Agremiación”, de los servicios comprendidos de la cláusula segunda del presente convenio., quedando establecido el reconocimiento a “Federación” del importe

correspondiente al aporte gremial que hasta la fecha percibía por parte de “Agremiación”.

El plazo de funcionamiento de esa Comisión será determinado de la misma manera que el del punto segundo, es decir la Comisión integrada en el punto primero determinar cuándo comienza y cesa su misión.

En prueba de conformidad con Las cláusulas que anteceden, se firma el presente, en tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de La Plata, a los tres (3) días del mes de noviembre de mil novecientos setenta y dos “En cumplimiento de lo establecido en el acuerdo concertado entre la Agremiación Médica Platense y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, con fecha tres de noviembre del corriente año mil novecientos setenta y dos, ambas Instituciones convienen en fijar sus alcances y regular el funcionamiento de la Comisión que por el punto 3° de la misma se crea.

PRIMERO: Se constituye una Comisión integrada por Enrique Alberto Valerdi y Norma V. Pérez de Betoño, en representación de la Agremiación Médica Platense y por Carmen Elena Bondavalli y Graciela Sala de Homann en representación de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, que tendrá a su cargo la recepción y tramitación, en la forma que más adelante se consigna, de los pagos que efectivicen las Obras Sociales y Mutuales de prestaciones brindadas por los médicos agrupados en la Agremiación Médica Platense en su jurisdicción.

SEGUNDO: Los pagos que debe realizar el I.O.M.A. correspondientes a prestaciones directamente efectuadas y facturadas por la Agremiación desde la fecha en que tuvo lugar su desafiliación de FEMEBA (10 de junio de 1972) se efectivizaran mediante cheque a librarse por el referido Ente estatal a la orden de FEMEBA y su recepción este a cargo de la Comisión que representa a ambas Entidades Gremiales.

TERCERO: Una vez recibido el pago del I.O.M.A., la Comisión tramitará ante FEMEBA la transferencia a la A.M.P. del importe total correspondiente a las facturaciones abonadas, sobre cuyo monto esta última Entidad Gremial

efectuará en el mismo acto el importe de la contribución a que se refiere el artículo 3° del acta de fecha 3 de noviembre de 1972. El carácter de la misma, tendrá el alcance de lo establecido en el artículo DÉCIMO del presente convenio. El procesamiento integral de los pagos estará a cargo de la A.M.P., la que tiene la responsabilidad de efectuar las retenciones impositivas y previsionales que pudieran corresponder.

CUARTO: Los pagos de otras Obras Sociales y Mutuales que por su modalidad de remisión hicieren impráctica su recepción por parte de la Comisión serán recibidos por la Federación. En tal caso y con la frecuencia que fuere necesario, la Comisión se constituirá en la Federación a efectos de verificar la recepción de los pagos y su remisión a la A.M.P., según el mecanismo de la cláusula que antecede.

QUINTO: En los casos en que la Federación Médica de la Provincia es agente de retención de la Dirección General Impositiva, para el pago del Impuesto a los Réditos, retendrá el diez por ciento (10% del total de la transferencia que haga a la Agremiación, destinado al cumplimiento de esa obligación tributaria. En tal caso y dentro de los treinta días subsiguientes la Agremiación deberá proveer a FEMEBA la documentación necesaria para posibilitar el ajuste individual del pago del impuesto a los réditos. El eventual excedente que pudiera resultar de la retención efectuada, será restituido por Federación a la Agremiación, para que esta última la transfiera en la proporción que corresponda a cada contribuyente. Si transcurridos los treinta días mencionados FEMEBA no contare con la documentación que la Agremiación le debe proveer para efectivizar los ajustes individuales mencionados, procederá sin más trámite a depositar globalmente a la orden de la D.G.I., la suma correspondiente a la retención del diez por ciento precedentemente aludido. En caso de darse este último supuesto, la Agremiación asumirá ante los médicos individualmente considerados, las responsabilidades de las acciones de repetición de pagos indebidos que eventualmente pudieran corresponder.

SEXTO: En todos los casos de pagos a los que se alude en las cláusulas 2°, 3° y 4°, será remitida a la A.M.P., una vez cumplimentado el mecanismo pac-

tado, ejemplares de toda la documentación de las Obras Sociales y Mutuales que se anexen a los referidos pagos y las que posteriormente pudieren remitir en relación con los mismos. La A.M.P., toma a su cargo y responsabilidad el procesamiento respectivo.

SÉPTIMO: La Comisión que se constituye en virtud de la cláusula primera actuará por un término de noventa días a contar de la fecha del presente acuerdo.

OCTAVO: Dejase establecido que el vigor y efectos de este convenio se subordina al logro por parte de FEMEBA de la extinción inmediata de todo acuerdo o convenio con el IOMA., a través del cual se haya concedido o reconocido a la citada Federación, exclusividad en la prestación de Servicios por su cuenta en jurisdicción de la A.M.P. En virtud del contenido de la presente cláusula, la A.M.P., mantiene su derecho a reclamar y/o adoptar las medidas que juzgare necesarias para que el I.O.M.A., deje sin efecto la reserva impresa en las facturaciones por ella presentadas, para lo cual y por el lapso de vigencia del presente convenio FEMEBA presta desde ya su conformidad. Cabe señalar que sin perjuicio de lo expuesto la A.M.P. manifestante mantiene entre tanto, ante el Ente Estatal las impugnaciones sobre el particular planteara en su momento.

NOVENO: El presente acuerdo se celebra como consecuencia de la apertura de una instancia conciliatoria en las cuestiones suscitadas entre ambas Instituciones Gremiales y lo aquí pactado tiene por único objeto arbitrar el procedimiento que transitoriamente se observará para el cobro de las prestaciones aludidas en las cláusulas que anteceden, sin que implique alterar las decisiones en su momento adoptadas y menos abdicar de las posiciones asumidas por una y otra Entidad Gremial.

DÉCIMO: La instancia conciliatoria que se ha abierto entre las partes a través de lo pactado hasta el momento, con miras a superar todas las cuestiones suscitadas entre las Instituciones Gremiales, quedará sin efecto y valor alguno retrotrayéndose la situación inmediatamente anterior al tres de noviembre de 1972, si así lo resuelve la Comisión creada en la cláusula primera del Acta

Convenio firmada entre Agremiación y Federación el 3 de noviembre del corriente año, para el caso de no advenir una solución integral al conflicto institucional y problemas conexos creados entre ambas Entidades. No obstante, la anulación de todo lo actuado desde el 3 de noviembre inclusive, sólo podrá efectivizarse a partir de los 90 días corridos de la fecha de suscripción del presente, comprometiéndose las partes en este acto a respetar el plazo mencionado.

DÉCIMO PRIMERO: El presente acuerdo deberá ser notificado al I.O.M.A. y demás Mutuales con entrega de una copia certificada por las autoridades competentes de ambas Entidades Gremiales a los fines de lo establecido en el presente convenio. De conformidad de partes y en tres ejemplares de un mismo tenor, se suscribe el presente en la ciudad de La Plata, a los veinte días del mes de noviembre de mil novecientos setenta y dos.

“La Comisión creada sea el punto PRIMERO del Acta del 3 de noviembre de 1972, decide otorgar la presente complementaria de la mencionada anteriormente y de la que, por separado, se firma en el día de la fecha tendiente a completar las bases de solución del diferendo existente entre ambas Instituciones. A tal fin se conviene:

PRIMERO: En virtud de lo establecido en el punto SEGUNDO del Acta-Convenio celebrada con fecha tres de noviembre próximo pasado, la Agremiación se compromete a reiniciar la prestación de servicios médicos brindados a los beneficiarios de todas las Obras Sociales, Mutualidades y Entidades Similares que a continuación se detalla: I.S.S.B.; HACIENDA; OBRAS SANITARIAS; I.O.S.E.; AGRICULTURA; AERONÁUTICA; IPAKO; BANCO PROVINCIA; SEGUROS; DUCILO y VIALIDAD. La reiniciación de dichos servicios médicos comenzará a efectivizarse a partir del día jueves 23 del corriente mes y año, debiendo la Agremiación conferir al acto de reiniciación de prestaciones, la misma publicidad utilizada en su oportunidad, para comunicar el cese de los mismos.

SEGUNDO: Queda asimismo establecido que durante la vigencia de los acuerdos concertados, la Agremiación se compromete a no producir nuevas

interrupciones de servicios a otras entidades prestatarias por causas inherentes al conflicto institucional; comprometiéndose además, durante dicho lapso, a abstenerse de celebrar convenios de prestaciones médicas aplicables en su ámbito jurisdiccional, con Entidades o grupos de personas, que hayan contratado con la Federación, servicios médicos para toda la Provincia.

TERCERO: La Comisión creada por la cláusula PRIMERA del Acta del 3 de noviembre del corriente año, adecuará la situación creada con la Obra Social de Propulsara Siderúrgica al régimen de los convenios provinciales dentro de un plazo no mayor de 72 horas a contar de la fecha de firma del presente convenio. En caso de imposibilidad de cumplimentar el compromiso por causas ajenas a la A.M.P., la misma procederá al inmediato corte de servicios. De conformidad de partes y en tres ejemplares de un mismo tenor, se suscribe el presente en la ciudad de La Plata a los veintiún días del mes de noviembre de mil novecientos setenta y dos. Entre la AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE representada en este acto por su Presidente, doctor Miguel Ángel Olivares y por su Secretario General, doctor Aldo José Cordero, en adelante la “AGREMIACIÓN” y la FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, representada en este acto por su Presidente, doctor Carlos A. Actis y por su Secretario General, doctor Ángel Tulio, en adelante “FEMEBA” se conviene lo siguiente:

PRIMERO: La AGREMIACIÓN, por actuación de los médicos inscriptas en sus registros para atención de Obras Sociales, Mutuales y Entidades Similares, prestará los servicios de atención médica en todas las especialidades, a los beneficiarios de las siguientes Obras Sociales y Mutuales)

1) Ford Motors A.S. y Compañía Financiera Ford S.A.; 2) Federación Argentina Unión Personal de Panaderías y Afines; 3) Asociación Supervisores Industria Metalúrgica de la República Argentina; 4) Sindicato Argentino de Docentes Particulares; 5) Instituto de Servicios Sociales para las Actividades Rurales y Afines –ex FATRE–; 6) Federación Argentina de Trabajadores de Farmacias; 7) Establecimiento Metalúrgico Jeppener S.A.; 8) Sociedad Argentina de Autores y Compositores de Música; 9) Instituto de Seguridad Social del Neuquén y 10) Unión Obrera Ladrillera de la República Argentina. A

tal efecto serán de aplicación los respectivos convenios que, en forma directa o indirecta, fueran suscriptos con las Entidades aludidas por FEMEBA, con las siguientes aclaraciones:

1) La AGREMIACIÓN y FEMEBA dejan expresamente sentado que la exclusividad de los servicios médicos a que hacen referencia los respectivos contratos tiene como único objetivo el de preservar, como principio gremial médico, la norma que establece que toda relación de trabajo médico vinculado con Obras Sociales, Mutuales y Entidades Similares, o quien las represente, debe instaurarse y ejecutarse a través de la Entidad Gremial médica representativa.

2) a) La AGREMIACIÓN ratifica, respecto de lo establecido en los convenios aludidos del artículo primero, que no reconoce relación directa de ninguna naturaleza entre los médicos inscriptos y FEMEBA, y que tal relación se establece exclusivamente entre los mismos y la entidad primaria a la cual pertenecen, en este caso la AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE. b) La AGREMIACIÓN facturará directamente a las Obras Sociales o a las entidades que la representan en la forma establecida en los respectivos convenios, las prestaciones realizadas en su ámbito c) El pago de las prestaciones se efectuará según lo establecido entre AGREMIACIÓN y FEMEBA en el Acta Convenio de fecha veintiuno de noviembre de mil novecientos setenta y dos. d) Respecto del plazo de observación de factura que determinan los respectivos contratos, FEMEBA se compromete formalmente a gestionar ante las Obras Sociales respectivas, o quien las represente, que, en lo que hace a la facturación presentada por la AGREMIACIÓN, el término mismo sea de treinta días. FEMEBA se compromete, asimismo, a reducir a treinta días el plazo que, a los efectos señalados, se fije en futuros convenios. e) Toda modificación de las normas de atención y porcentajes de honorarios a cargo de los beneficiarios deberá ser notificada fehacientemente a la AGREMIACIÓN y aceptado por ésta, y sólo entrarán en vigencia una vez transcurridos treinta días a contar de la fecha de notificación.

SEGUNDO: Queda expresamente establecido que el presente acuerdo se suscribe con el alcance y salvedades establecidos por AGREMIACIÓN

y FEMEBA en los artículos noveno y décimo del Acta Convenio suscripta entre ambas entidades con fecha veintiuno de noviembre de mil novecientos setenta y dos.

El presente convenio se pondrá en vigencia en el área de jurisdicción de la AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE a partir del día dieciséis de diciembre de mil novecientos setenta y dos, inclusive y hasta el día veinte de febrero de mil novecientos setenta y tres, pudiendo ser ampliado este término por acuerdo entre AGREMIACIÓN y FEMEBA.

En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de igual tenor en la ciudad de LA PLATA a los catorce días del mes de diciembre de mil novecientos setenta y dos.

Entre la AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE representada en este acto por su Presidente, doctor Miguel Ángel Olivares y por su Secretario General, doctor Aldo José Cordero, en adelante la “AGREMIACIÓN “; y la FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, representada en este acto por su Presidente, doctor Carlos A. Actis y por su Secretario General, doctor Ángel Tullio, en adelante “FEMEBA” se conviene lo siguiente:

PRIMERO: La AGREMIACIÓN, por actuación de los médicos inscriptos en sus registros para atención de Obras Sociales, Mutuales y entidades similares, prestará los servicios de atención médica, en todas las especialidades, salvo las específicamente excluidas que se consignan por documento separado, a los beneficiarios de la Federación Argentina de la Industria Fideera y Afines –F.A.T.I.F.A.– y de la Asociación del Personal Superior de la Producción, la Industria el Comercio y los Servicios - A.P.S., entidades que, a los efectos de este convenio y en virtud de los sistemas de atención médicas resultantes de los contratos de fechas 1° de mayo de 1972 y 1° de agosto de 1972, son representadas por FEMEBA, que asume en tal carácter plena y exclusiva responsabilidad respecto de lo establecido en este convenio.

SEGUNDO: El presente convenio tendrá vigencia en el ámbito jurisdiccional de la AGREMIACIÓN y por el término que corre hasta el día 20 de febrero de 1973, que podrá ser ampliado por acuerdo de las partes.

TERCERO: Las prestaciones que se efectúen en virtud del presente convenio serán facturadas por la AGREMIACIÓN a FEMEBA, en la forma que más adelante se consigna, de acuerdo con lo establecido en el nomenclador vigente y con los aranceles que resulten de aplicación según documento anexo, los cuales deberán respetar, en todos los casos, los mínimos establecidos por el Colegio de Médicos.

CUARTO: A los efectos de la obtención de las prestaciones médicas los beneficiarios de las Obras Sociales mencionadas en el artículo primero deberán exhibir la respectiva credencial y entregar al profesional el bono u orden emitido por la respectiva Obra Social. En el caso de prestaciones a pacientes internados las mismas se facturarán en el recetario de Obras Sociales consignando el número de la orden de internación.

QUINTO: La AGREMIACIÓN facturará las prestaciones mediante facturas individuales y mensuales a las cuales adjuntará los comprobantes respectivos; las facturas individuales serán agrupadas en facturas remito numeradas. Las facturas individuales y facturas remito se emitirán en original y duplicado.

SEXTO: A partir de la fecha de su presentación FEMEBA dispondrá de un plazo mínimo e improrrogable de treinta días corridos para formular observaciones la facturación remitida por la AGREMIACION; transcurrido dicho plazo caduca el derecho de FEMEBA para formular observaciones y la documentación quedará saneada por transcurso del término.

SÉPTIMO: Las facturas observadas, dentro del plazo establecido en el artículo anterior, deberán ser reenviadas a la AGREMIACIÓN mencionando el número de la factura remito que las contenía. En caso que la observación no justificare la devolución efectuada se tendrá como válida, a los efectos del cómputo de plazo de pago, la fecha de presentación inicial de la factura.

OCTAVO: Las facturas presentadas por AGREMIACIÓN, de acuerdo con el presente convenio deberán ser abonadas por FEMEBA dentro de un plazo máximo de cuarenta y cinco días corridos a contar desde la fecha de su presentación. Vencida dicho plazo FEMEBA quedará automáticamente constituida en mora y la AGREMIACIÓN podrá disponer, transcurridos quince días más, la suspensión de los servicios que se brindan en virtud del presente convenio. El plazo adicional de quince días a que alude el párrafo anterior no será de aplicación en el caso de facturas que correspondan a prestaciones brindadas a los beneficiarios de la A.P.S.

NOVENO: Los pagos que efectúe FEMEBA serán acompañados por un listado de los números de las facturas remito que se abonan en el cual deberá consignarse, cuando corresponda las deducciones que se efectúen de los importes de la documentación observada dentro de los plazos y modalidades consignados en los artículos sexto y séptimo.

DÉCIMO: Serán de aplicación, respecto del presente convenio, las normas generales de trabajo que se agregan como anexo de este documento.

DÉCIMO PRIMERO: Serán a cargo de los beneficiarios los porcentuales de coaseguro que se consignan en documento anexo.

DÉCIMO SEGUNDO: Toda modificación de las normas de atención y porcentaje de coaseguros deberá ser notificada fehacientemente a la AGREMIACIÓN y aceptada por esta, y su puesta en vigencia sólo se efectivizará una vez transcurrido un plazo de treinta días a contar desde la notificación.

El presente convenio se pondrá en vigencia en el área de jurisdicción de la AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE a partir del día dieciséis de diciembre de mil novecientos setenta y dos inclusive. En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de igual tenor, en la ciudad de LA PLATA a los catorce días del mes de diciembre de mil novecientos setenta y dos.

Entre la AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE representada en este acto por su Presidente, doctor Miguel Ángel Olivares y por su Secretario Ge-

neral, doctor Aldo José Cordero, en adelante la AGREMIACIÓN; y la FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, representada en este acto por su Presidente, doctor Carlos A. Actis y por su Secretario General doctor Ángel Tullio, en adelante FEMEBA se conviene lo siguiente:

PRIMERO: FEMEBA se compromete a pagar a la AGREMIACIÓN los importes que esta, en representación de los médicos inscriptos en sus registros para la atención de Obras Sociales, Mutuales y entidades similares, le facture en concepto de los coseguros a cargo del paciente devengados de la atención en su condición de beneficiarios del instituto de Obra Médico Asistencial - I.O.M.A. -, de los afiliados de:

1) Sindicato de Empleados del Ministerio de Educación y la Minoridad; 2) Sindicato de Obreros y Empleados del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires; 3) Asociación Argentina de Telegrafistas, Radio-telegrafistas y Afines; 4) Unión Personal Civil de la Nación; 5) Asociación de Empleados de Rentas e Inmobiliarias y 6) Servicios Sociales Contaduría General de la Provincia, entidades estas que, a los efectos de este convenio y en virtud de sus relaciones contractuales con las mismas, son representadas por FEMEBA que asume en tal carácter plena y exclusiva responsabilidad respecto de lo establecido en el presente convenio.

SEGUNDO: El compromiso de FEMEBA se refiere, exclusivamente a los coseguros correspondientes arancel básico de las prestaciones que se brindan por cuenta del I.O.M.A., en las condiciones establecidas en el contrato con dicho organismo.

TERCERO: La facturación de los importes a que alude el artículo primero se considerar accesoria de la facturación principal remitida al I.O.M.A. y, en consecuencia, sólo podrá deducirse de los respectivos pagos los importes de facturas rechazadas por el Instituto dentro de las condiciones y plazos establecidos en el respectivo convenio.

CUARTO: A los efectos de obtener del o los médicos actuales la facturación del coseguro según este contrato, los beneficiarios de las entidades aludidas

en el artículo primero, deberán acreditar su condición de beneficiario de las mismas y entregar la o las órdenes que, por los coseguros emergentes de la prestación a recibir, extiendan las entidades antes aludidas.

QUINTO: La AGREMIACIÓN facturara las prestaciones mediante facturas individuales y mensuales a las cuales adjuntara los comprobantes respectivos y las facturas individuales serán agrupadas en facturas remito numeradas. Las facturas individuales y facturas remito se emitirán en original y duplicado.

SEXTO: Las facturas presentadas por AGREMIACIÓN deberán ser abonadas por FEMEBA dentro de un plazo mínimo de treinta días corridos a contar de la fecha de su presentación.

SÉPTIMO: El convenio vigente en la relación al I.O.M.A. y las reglamentaciones coincidentes, se considerarán normas subsidiarias del presente acuerdo en todo aquello que no se oponga a sus cláusulas.

OCTAVO: El incumplimiento del pago dentro del plazo establecido en el artículo sexto autorizará a la AGREMIACIÓN para suspender la vigencia del presente convenio sin perjuicio de las acciones que pudieren corresponder.

NOVENO: Los importes proporcionales que se facturen en virtud del presente convenio se calcularán sobre la base de los aranceles que la AGREMIACIÓN reconozca como vigentes, estuvieren o no reconocidos por el I.O.M.A.; en este último caso FEMEBA dispondrá de un plazo máximo de sesenta días, a contar de la iniciación de vigencia de los nuevos aranceles para procurar el reconocimiento que corresponda por parte de las entidades que a los efectos de este contrato re presenta.

El presente convenio se pondrá en vigencia en el área de jurisdicción de la AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE a partir del día dieciséis de diciembre de mil novecientos setenta y dos, inclusive. En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de igual tenor, en la ciudad de LA PLATA, a los 14 días del mes de diciembre de mil novecientos setenta y dos.

RELACIONES CON CONFEDERACIÓN MÉDICA (cont.)

Los afiliados de la Institución fueron informados / en la Asamblea del 16 de Diciembre de 1972 con respecto a estado actual del conflicto con la Federación Médica y sus derivaciones futuras. Como la posición del Consejo fue controvertida en esa oportunidad se ha considerado oportuno poner en conocimiento de los afiliados todo lo actuado y los compromisos que como consecuencia de ello se suscribieron.

Es de primordial importancia tener presente al considerar este problema la posición que mantuvo el Consejo al fundamentar la resolución del 31 de Mayo en la ASAMBLEA del 6 de Julio de 1972. Se señaló allí que la desafiliación de la A.M.P. resultaba consecuencia directa de un proceso de enrarecimiento de las relaciones que no tenía otra salida que la que se había dado, pero que de ninguna manera la institución se proponía enfrentar a la Federación Médica y dividir al gremio. Por el contrario, el Consejo consideraba que las motivaciones que llevaran a adoptar la resolución de desafiliación tenían por finalidad crear las condiciones propicias para producir un verdadero examen de cuestiones que gravitaban negativamente sobre la unidad médica.

Por esta razón cuando el Consejo tuvo que optar entre negociar una solución o producir actos que llegarían a conflictuar severamente con la salud y vitalidad de las Instituciones se inclinó hacia la primera de las alternativas. Esta actitud del Consejo no ha sido comprendida por algunos profesionales que la han visto como un retroceso de las posiciones originales o como complaciente con determinadas situaciones personales. Sin menospreciar estas opiniones, el Consejo está firmemente convencido de que la solución encontraría permite extraer las siguientes conclusiones:

1° Cualquiera de los documentos suscriptos por el Consejo no enerva la resolución de desafiliación;

2° La Agremiación Médica Platense ha definido con perfecta claridad y con el reconocimiento de la Federación Médica su situación como Entidad representativa de los médicos con ámbito y jurisdicción perfectamente delimitados;

3° La Federación Médica ha reconocido el carácter provisional y de hecho sujeto a modificaciones que tiene el aporte del 2%, para el caso de la A.M.P.

4° La Federación Médica ha reconocido que la Agremiación Médica Platense es la única entidad prestataria de servicios en su ámbito de jurisdicción y ha debido firmar convenios para incluir la zona de La Plata y Ensenada dentro del área convenida previamente con Obras Sociales y/o Mutuales;

5° Ambas Instituciones han convenido un mecanismo de pagos a Agremiación que asegura a la Agremiación poder contar con información fehaciente con respecto al ingreso de los mismos y agilizar en consecuencia su liquidación a los médicos;

6° La A.M.P. ha hecho reconocer sus derechos en cuanto a no ser incluida en convenios sin su previo acuerdo y/o consentimiento;

7° Todos los compromisos tienen un plazo de validez que llega al 21 de febrero próximo y tienden con esta delimitación a que, mientras tanto, se pueda examinar con la amplitud necesaria las razones de fondo que condicionaron la desafiliación. Cualquiera que sea la situación a que se arribe en la fecha indicada, los compromisos suscritos no comprometen la posición de la Entidad y su anulación llevaría el conflicto a las mismas condiciones en que se encontraba antes de los acuerdos celebrados.

Boletín Informativo N° Especial. Marzo de 1973 (113)

EDITORIAL: Expectativas para el cambio

Todos los profesionales médicos y especialmente los de La Plata y Ensenada deben estar sorprendidos ante los acontecimientos que producen las direcciones provincial y nacional del movimiento médico y tal vez les cueste mucho entenderlos. Han recibido en estos días un número especial del FE-MEBA HOY especializado en la confusión y la intriga, y han visto noticias periodísticas donde aparecen sus dirigentes en actitudes contradictorias con el pasado reciente.

Todos deben recordar que hace menos de un año la Confederación Médica Argentina promovió una lucha que resultó ejemplar por su disciplina y reper-

cusión contra la denunciada intención del Ministerio de Bienestar Social de la Nación de primero dictar, y luego poner en vigencia, las Leyes 19.337, 19.710 y 19.740. Todas ellas, se decía, comportaban la evidente intención de agredir al movimiento médico destruyendo sus instituciones y de anarquizar la atención médica. Todavía recordamos las encendidas publicaciones con que se justificaban los paros y tenemos también muy presente nuestras dificultades para respetar decisiones gremiales cuyas fundamentaciones no entendíamos.

Por eso, desde el primer momento, pretendimos caracterizar nuestra protesta con un sentido positivo y señalamos, todas las veces que tuvimos oportunidad de hacerlo, que nuestras objeciones a la legislación nacional provenían de que éramos partidarios de un sistema unificado en materia de prestaciones y que dichas leyes tendían más a consolidar lo viejo que a posibilitar lo nuevo. Se había exteriorizado de nuevo una diferencia de criterio que nuestra Institución tuviera que señalar en Diciembre del año 1971 y en Enero de 1972, tanto con la dirección nacional como con la provincial, a propósito de que no advertíamos en la conducción del movimiento médico las definiciones fundamentales que permitieran señalar un futuro para la atención médica, vinculado con las transformaciones que el país necesitaba y que, por el contrario, veía en la política de los organismos gremiales médicos de nivel superior una conducción muy volcada a dejarse influir por intereses políticos partidarios. A nuestro juicio esto culminó con dos desafortunada medidas: la suspensión masiva de servicios a las Obras Sociales y/o Mutuales en vísperas del acto electoral del 11 de marzo y la solicitada “A 96 horas de los comicios” que a ojos de un observador desapasionado suponían una evidente toma de partido por parte de los médicos.

Hoy, a siete meses de una encendida protesta, nos enteramos que la Confederación Médica ha firmado un acuerdo con la Confederación General del Trabajo para implementar la puesta en vigencia de la Ley 19.710 y que ha dispuesto proceder a una reanudación de servicios a las Obras Sociales en una decisión tan carente de principios como las que los suspendiera: Nosotros pensamos que esta Ley 19.710 debe ser la misma Ley 19.710 del año pasado pero que algo ha ocurrido que hace que hoy la Confederación Médica la vea distinta y hasta conveniente. Lo que ha ocurrido es que en el país se han pro-

ducido definiciones que desvanecieron muchas ilusiones y que han demostrado, más allá de consideraciones particulares, que la mayoría de la población ha optado por una expectativa de cambio.

Entre otras cosas esa posibilidad de transformación comprenderá seguramente a la salud, porque este sector es, tal como lo hemos venido diciendo desde hace mucho, totalmente deficitario y la pluralidad de sistemas que lo componen se ha demostrado incapaz, para brindar la mejor atención médica a toda la población del país. Los médicos tenemos planteado, como tema urgente, definir con claridad el cambio que hemos propiciado y examinar si dentro de las actuales circunstancias histórico-sociales que vive y vivirá nuestro país, están dadas las condiciones para promoverlo. No hacerlo así supone el grave riesgo de adoptar el papel de espectadores y dejar que la solución del problema sea manejada parcialmente.

El derecho a la participación en las decisiones de salud es irrenunciable, aunque no ignoramos que las decisiones fundamentales son esencialmente políticas, pero estamos convencidos que la participación del movimiento médico en la programación haría que las definiciones contemplen los intereses de toda la población y no de una parcialidad.

Pero el apreciar que en el país se dan condiciones que no existían no implica tirar por la borda compromisos y definiciones. El movimiento médico, ya lo hemos dicho muchas veces, no puede tener otra política que la de brindar la mejor atención médica a los habitantes de la Argentina, y la de preservar los legítimos intereses de los médicos, colocando ésta definición por encima de banderías. Sus compromisos tienen que ser únicamente con el país y explicitados con claridad suficiente para que todos los entiendan.

Que nuestros dirigentes provinciales llamen a esto demagogia y oportunismo no nos sorprende. Para entender se requiere algo.

RELACIONES CON LA FEDERACIÓN MÉDICA

Las conversaciones con la Federación Médica continuaron durante los meses de Enero y Febrero reuniéndose la Comisión designada según el punto 1° del Acta del 3 de Noviembre de 1972.

Durante dichas reuniones que, en su mayoría, se realizaron en sede de la Agrupación Médica Platense, fue analizado el desacuerdo existente y la política de ambas entidades a partir del año 1965. En términos generales ambas posiciones fueron bien explicitadas pero el examen no superó esos términos generales. También fueron analizadas durante dichas reuniones otras cuestiones de interés médico gremial como, por ejemplo, los nuevos aranceles, su diversidad en la Provincia y la dificultad que ello planteaba en la relación con Obras Sociales y/o Mutuales; las relaciones con los Colegios de Médicos tanto a nivel de Distrito como en la vinculación con el Consejo Superior; las relaciones con las Obras Sociales y las perspectivas que correspondía tomar en consideración a partir de la Ley 19.710 y su modificatoria la Ley 20.084 y la 19.740; las relaciones con la C.G.T. y con el Estado; todo lo concerniente a la aplicación y puesta en marcha en la Provincia de Buenos Aires de la Ley 7878 de Carrera Profesional Hospitalaria, etc.

La aplicación de los nuevos aranceles y las decisiones políticas que le estaban relacionados produciría sin embargo el desacuerdo definitivo de que se informara a los colegas.

La Agrupación Médica manifestó oportunamente su discrepancia con la decisión de otros organismos de producir modificaciones unilaterales al nomenclador de prestaciones médicas. Tal cual se lo señalara anteriormente, esas decisiones se consideraron inadecuadas en la relación con las Obras Sociales y se entendía que solamente la modificación del valor galeno era suficiente argumento en cuanto a la decisión del gremio médico de defender el valor del trabajo profesional. La modificación del nomenclador, por el contrario, agregaba elementos irritativos y ayudaba a afianzar un frente por parte de las Obras Sociales. La decisión de suspender servicios se iba a tener que adoptar, entonces, dentro de un conjunto de circunstancias que produciría desfavorables repercusiones para

el movimiento médico, porque la situación económica de los usuarios de Obras Sociales era muy comprometida y porque en ese momento se correría el riesgo de que tal tipo de decisiones pudiesen ser interpretadas como una toma de posición política. A pesar de todo esto no sólo se lo hizo sino que, incluso, se dio a publicidad una solicitada denominada “A 96 horas de los comicios” ligando ya sin ninguna duda una cosa con la otra.

Por estas razones la Agremiación Médica dejó bien sentado que se reservaba el derecho de examinar las relaciones con Obras Sociales y/o Mutuales con particular cuidado. Como consecuencia de ese examen se suspendió servicios a algunas de esas Entidades porque las relaciones con las mismas eran poco satisfactorias además de la excesiva morosidad en el cumplimiento de sus compromisos con los médicos. A otras, en virtud de un distinto tipo de relación, no se les suspendió servicios, sin que tal procedimiento fuera objetado en tiempo por la Federación Médica, pero el verdadero desacuerdo se planteó cuando se suspendieron los servicios al Instituto de Obra Médico Asistencial y la Federación Médica intentó coaccionar a la Agremiación para que adoptara igual temperamento.

Como es sabido esta Obra Social y alguna otra concentran el mayor porcentaje de trabajo médico en jurisdicción de la Agremiación Médica Platense. Desde siempre las relaciones con estas Obras Sociales han sido guiadas por consideraciones de fondo y no meramente económicas o especulativas. Por tal razón el Consejo Directivo consideró inadecuado, proceder a una suspensión de servicios que no había sido concertada y que en definitiva aparecía motivada por consideraciones que nada tenían que ver con los intereses de los médicos de La Plata y Ensenada. Como es sabido Federación Médica fundaba su desacuerdo y en definitiva, la suspensión de servicios, en la decisión de Confederación Médica de hacerlo así con las Obras Sociales que no aceptarían el valor de \$20,00 para la visita médica en consultorio mientras que los médicos inscriptos en la Agremiación Médica tienen que respetar el valor de \$25,00 para la misma prestación.

En la reunión con la Federación Médica el día 16 de marzo se urgió a la Agremiación Médica a que suspendiera los servicios al IOMA. Dicha decisión era

considerada como muy importante en virtud de que por las características del trabajo la Obra Social no se sentiría presionada por el corte de servicios hasta que el mismo no afectara a los partidos de La Plata y Ensenada y esto, en virtud de que en estos partidos se efectuaba el 60 por ciento de las prestaciones que se facturaban al I.O.M.A. Nuestra Entidad señaló que aceptaba las motivaciones que se le planteaban pero exigía para cortar los servicios que se le garantizase que en cualquier futuro convenio o reanudación de servicios estarían contemplados los intereses de los médicos de La Plata y Ensenada reconociéndose expresamente los aranceles fijados por el Colegio de Médicos del Distrito I. La delegación de Federación Médica integrada por los Dres. Actis, Tullio y Tombazzi no estaba habilitada para brindar seguridades en tal sentido y refirieron en definitiva la cuestión a la decisión de una Asamblea que Federación Médica tenía citada para el día 18 de marzo.

La resolución de esa Asamblea fue hecha conocer a la Agremiación Médica el día 19 mediante la siguiente nota:

La Plata, 19 de marzo de 1973.

Señor Presidente de la
Agremiación Médica Platense
Dr. MIGUEL ÁNGEL OLIVARES
Calle 6 N° 1137
LA PLATA

Nota: N° 1458

REF.: S/ Resolución Asamblea 18/3/73

Comunicamos a usted que la Asamblea de FEMEBA realizada en la fecha ha resuelto tomar posición sobre la actitud de esa Entidad Médica en la emergencia de la interrupción de servicios a Obras Sociales, dispuesta con carácter solidario en todo el País por la Confederación Médica de la República Argentina.

Al respecto, teniendo en cuenta la discriminación habida en la postura de esa Agremiación y la polarización que ello ha traído aparejado en perjuicio de

los médicos de la Provincia, se ha considerado muy grave la situación, de lo que informa el texto de la resolución adjunta.

Por todo ello y en aras de la posible solución del problema, para lo que la Mesa Ejecutiva solicitó el plazo de 48 horas para poner en marcha la unánime decisión de las 46 Entidades Primarias presentes, proponemos a usted una reunión conjunta, con carácter de muy urgente.

Sabiendo que interpretará en su verdadera inquietud la resolución que nos obliga, saludamos a usted muy atentamente.

CONSIDERANDO: La actitud de la Agrería Médica Platense en el sentido de no interrumpir servicios a algunas Obras Sociales, entre ellas IOMA, YPF, CORREOS, etc. y teniendo en cuenta que ello redundará no solo en perjuicio de la unidad de acción ante la posición de los organismos gremiales del país, sino de los colegas de toda la Provincia al absorber hacia su radio de acción el trabajo médico, la Asamblea.

RESUELVE:

1º) Autorizar al Consejo Directivo de FEMEBA a tomar medidas conducentes a la revisión de la actitud de la Agrería Médica Platense.

2º) Comunicar a esa entidad, que posee un plazo de 48 horas para esa revisión, transmitiéndole que la actitud de sus directivos estaría incurso en la calificación de “traición al gremio médico”.

3º) Las medidas a tomar por el Consejo Directivo, entre otras, serán:

-La denuncia a C.O.M.R.A. de la actitud de los dirigentes de la Agrería Médica Platense.

-La denuncia a Colegio Distrito N° I y Consejo Superior en ese mismo sentido.

-La comunicación a los médicos de la Agrería Médica Platense de que, luego de esas 48 horas, no se gestionará el pago de prestaciones médicas a obras sociales suspendidas por FEMEBA.

En la nota de la Federación Médica se solicita una entrevista con carácter de urgencia para examinar lo concerniente con esta resolución. El Consejo Directivo estimó que esa reunión aparecía condicionada de tal manera por la resolución de la Asamblea que carecía de sentido acceder a lo solicitado. Sin embargo como la Federación Médica publicó una solicitada en el diario "El Día" de fecha 23 de marzo por la cual aparece no sólo dirigiéndose directamente a los médicos de La Plata y Ensenada sino también falseando los hechos en lo que tiene que ver con relaciones con Obras Sociales y/o Mutuales de tal modo que su intención no podía ser otra que la de confundir y dividir, el Consejo Directivo estimó que las aspiraciones señaladas en el Acta del 3 de noviembre, por la cual se abría una instancia de conciliación entre ambas Instituciones, estaba agotada. En consecuencia procedió a citar formalmente la comisión señalada en el punto 1° de la mencionada Acta con la finalidad de dejar sin efecto todo lo actuado con la Federación Médica a partir del 3 de noviembre de 1972 y lo concertado según las Actas de esa fecha y la del 21 de noviembre y su posterior ampliatoria del 21 de febrero. Así se hizo a las 19 horas del día 23 de marzo suscribiéndose la siguiente Acta: "En la ciudad de La Plata, a los 23 días del mes de marzo de 1973, siendo las 19 horas, y en la sede de la Agronomía Médica Platense, se reúne la Comisión instituida por el artículo primero del Acta Convenio que, con fecha 3 de noviembre de mil novecientos setenta y dos, suscribieron la Agronomía Médica Platense y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Representan a la Agronomía Médica Platense los doctores Miguel Ángel Olivares, Aldo José Cordero y Enrique R. Mallo; a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires los doctores Carlos A. Actis, Ángel Tullio y Orlando Arnera. La representación de la Agronomía Médica Platense plantea que tanto la Resolución de la Asamblea de la Federación Médica realizada el día 18 de marzo de 1973 como la "solicitada" dirigida a los médicos afiliados a la Agronomía Médica Platense por la Federación Médica, publicada en el diario "El Día" de la fecha se contraponen con el espíritu y la letra de las Actas suscriptas entre ambas instituciones con fechas tres y veintiuno de noviembre de 1972 y veintiuno de febrero de 1973, en virtud de lo cual y en aplicación del artículo décimo del Acta del veintiuno de noviembre debe resolverse la cancelación y caducidad de valor de lo anteriormente pactado, incluso los convenios que, en consecuencia, se suscribieran entre ambas entidades con fecha catorce de diciembre de 1972.

La representación de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires señala a su vez: 1°) Que actuó y actúa en el proceso institucional planteado de acuerdo a mandatos de Asamblea; 2°) Que la actitud objetada por la Agremiación hace directamente a su incumplimiento anterior de las Actas firmadas, atento a que no suspendió las prestaciones a algunas Obras Sociales, cuyos convenios fueran denunciados por la Federación perdiendo validez oportunamente; 3°) Que no obstante esa transgresión a lo pactado agotó las posibilidades de revertir la posición de la Agremiación que, a su criterio, no sólo constituía una relación paralela con Obras Sociales sin convenio con FEMEBA, sino falta de solidaridad gremial dada la discriminación, en el corte de servicios.

Respecto del cese de la vigencia de los contratos suscriptos entre ambas entidades con fecha catorce de diciembre de 1972, la representación de la Agremiación Médica Platense manifiesta que, atento que los mismos prevén prestaciones médicas, los servicios que en virtud de los mismos se dispensan en el área de la Agremiación, serán mantenidos hasta el día treinta y uno de marzo de 1973 inclusive.

Se da por concluida la reunión siendo las veinte horas del día veintitrés de marzo de 1973.

Previa su lectura y ratificación se firman dos ejemplares de igual tenor.

Esta decisión del Consejo Directivo retrotrae la situación a lo vigente el día dos de noviembre, sin que lo actuado con posterioridad a ese lapso pueda volverse en contra de la Institución. El Consejo procedió también a denunciar los convenios suscriptos con la Federación Médica el día 14 de diciembre de 1972 y por las cuales se arbitran prestaciones para varias Obras Sociales y/o Mutuales en área de jurisdicción de la Agremiación Médica. En virtud de que esta decisión perjudica a terceros se dispuso mantener esas prestaciones vigentes hasta el día 31 de marzo inclusive.

En relación con las demás Obras Sociales, incluido e IOMA, ya están notificados de la nueva situación y de que deben abstenerse de abonar a Federa-

ción prestaciones realizadas por los médicos de La Plata y Ensenada, así como de que debe mantener relaciones directas con la Agremiación Médica para el caso de querer mantener servicios en su área de jurisdicción.

AMP, A TRAVÉS DE SUS ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO DURANTE LOS GOBIERNOS DE FACTO DE LEVINGSTON Y DE LANUSSE (114)

Durante esta etapa que fue la continuidad de los gobiernos militares, la AMP siguió teniendo una intensa actividad gremial debido a los constantes conflictos con las autoridades para que respeten la Carrera Médico Hospitalaria y con las obras sociales para que se ajusten al cronograma de pago y no incurran en la morosidad permanente.

También estuvo siempre presente la defensa inquebrantable del principio de la libre elección contra todos aquellos que quisieran soslayarlo, y por otra parte la controvertida relación con el IOMA, lleno de “luces y sombras”.

Sin embargo la problemática más difícil de solucionar fue la relación con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, que luego de años de conflictividad desencadenó en la ruptura con la consecuente desafiliación de la AMP.

Durante todo este período se realizaron 133 reuniones del Consejo Directivo de la AMP con sus respectivas actas, entre el 20-6-1970 (Acta 685) y el 30-11-1970 (Acta 708), bajo la presidencia del Dr. Alberto Poli, y desde el 2-12-1970 (Acta 709), hasta el 22-5-1973 (Acta 818) bajo la conducción del Dr. Miguel Ángel Olivares. En esta etapa se compró el terreno ubicado en el diagonal 73, y calles 56 y 10, como surge de la transcripción del acta correspondiente, que sintetizamos a continuación:

En virtud de la autorización acordada por la asamblea extraordinaria realizada el 26 de marzo de 1969 el Consejo Directivo aprueba por unanimidad la adquisición por la suma de ley 18.188 en \$330 mil pesos de un lote de terreno ubicado entre las calles diagonal 73, 56 y 10 de la planta urbana de la ciudad

de La Plata, con una superficie de 752 metros cuadrados propiedad del Sr. Basilio Cap de acuerdo con las siguientes condiciones básicas a la firma del boleto que se realizará previo estudio de títulos y certificaciones de dominio y dentro de los 7 días a contar del día de la fecha, se abonará el 50% del precio convenido, oportunidad de la cual el propietario pondrá a la Institución en posesión del inmueble, la Institución a su vez, permitirá al Sr. Basilio Cap su permanencia al título prestatario del local y vivienda que actualmente ocupa sobre la calle 10 y 56 por un término máximo de 120 días, la escrituración de la operación se realizará dentro de los 40 días a contar de la fecha oportunidad en la cual se abonará el saldo del precio, todos los gastos emergentes de la operación de compraventa serán soportados por las partes en la proporción a la ley vigente. (Acta 707, 18-11-1970)

Continuando con nuestra metodología de trabajo, y con el fin de conocer mejor a los protagonistas y su accionar en la AMP, hemos seleccionado y resumido las actas más importantes de acuerdo a los temas predominantes y según un orden cronológico, que expondremos seguidamente.

1) Relaciones con la Federación Médica

Se toma conocimiento luego de la nota N° 37 de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires que en la misma se informa acerca de la decisión del Consejo Directivo por la cual se constituye una comisión especial que integrarán las entidades miembros de Luján, Lomas de Zamora, Mar del Plata, Pergamino y La Plata cuyo cometido sería el de estudiar y realizar un anteproyecto de reforma del reglamento de circunscripciones, al respecto el Consejo Directivo resuelve aceptar la participación en dicha comisión a condición previa del compromiso por parte de las autoridades de la Federación Médica de conferir vigencia real y vías de cumplimiento a los postulados que respecto del funcionamiento y estructura institucional de la Federación Médica que reiteradamente expusiera la Agronomía Médica. (ACTA 691, 29-7-1970)

Analiza el concejo sobre el problema que respecto a las relaciones con Federación Médica generan las profundas discrepancias con la conducción gremial

provincial que ponen a la Agremiación en la alternativa de considerar su separación de la Federación atento a los infructuosos que han resultado todos los esfuerzos realizados hasta el presente para procurar un reencauzamiento de tal conducción. En tal sentido se conviene en esperar por un breve lapso el surgimiento de hechos que eventualmente permitan vislumbrar una vía de reconducción de la Federación en especial como consecuencia de la próxima Asamblea extraordinaria que realizara dicha entidad. (Acta 772, 16-5-1972)

El concejo analiza la cuestión vinculada con las relaciones de la entidad con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires en especial tomando en consideración el informe sobre la gestión de la comisión de esclarecimiento se analiza así mismo la actitud de la Federación respecto de la aplicación de los nuevos aranceles en especial la serie de normas contradictorias y prácticamente inaplicables mediante las cuales se confiere una vigencia inaceptable a tres valores distintos entre ellos el emanado de nivel del Ministerio del Bienestar Social de la Nación rotundamente rechazado por los médicos el concejo coincide en la necesidad de afrontar la consideración de una eventual desafiliación de la agremiación como entidad miembro de la Federación y acuerda prorrogar hasta la próxima sesión una definición sobre de particular a efectos de contar en la ocasión con información de lo actuado resuelto por la asamblea que la Federación realizaría al fin de la presente semana. (Acta 773, 23-5-1972)

Visto y considerando las reiteradas discrepancias con la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires las cuales se han profundizado en los últimos meses llegando al caso de que esta institución ni siquiera ha intimado aquellas obras y mutuales que tienen una morosidad en los pagos hacia la Agremiación Médica de varios meses que inclusive por el contrario toda vez que se han planteado diferencias de opinión con motivo de circunstancias concretas y bien determinados como la antedicha han surgido profundas discrepancias entre el accionar de la Agremiación Médica Platense y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

Es más, durante varias oportunidades los puntos de vista han sido de disímil enfoque sobre todo en la legislación nacional producida con motivo de

la salud y de la estrategia y táctica del movimiento médico con relación a la acción del poder ejecutivo y demás factores de poder. A pesar de que en marzo de 1971 la Agronomía Médica Platense señaló la peligrosidad de las leyes 18.912 y 18.610 y la conveniencia de bregar en ese entonces aprovechando una situación coyuntural por la derogación de esos instrumentos legales no adoptó la Federación Médica ninguna posición con respecto a tal concreto planteo y aun hoy a 15 meses de nuestra definición y cuando ya nadie tiene dudas en cuanto a la inconveniencia de dichos instrumentos legales seguimos careciendo de definiciones en tal sentido. Tampoco se obtienen definiciones de esa institución cuando el poder ejecutivo nacional produce unilateralmente decisiones en cuanto a la congelación de aranceles médicos o a la modificación de la ley 18.912 de cuya consideración deliberadamente se excluyó a los médicos que tampoco ha sido claramente expresada y con la trascendencia necesaria la posición de los médicos de la Pcia. de Buenos Aires frente a las decisiones de la CGT de solicitar al poder ejecutivo nacional la congelación de los aranceles médicos y sus cerrada oposición a cualquier intento de solucionar la situación asistencial de la población de nuestro país mediante la implantación del seguro de enfermedad por el cual bregan los médicos desde hace tiempo. También dicha Federación desborda permanentemente y en forma inexplicable sus propios límites estatutarios estableciendo relaciones directas con afiliados de la Agronomía o pretendiendo interferir con publicaciones o con la acción de terceros en el cumplimiento de normas y disposiciones dictadas por el concejo directivo de la Agronomía Médica Platense en actos que le son de estricta e inexcusable competencia al mismo falso concepto en cuanto a niveles de acción o de la creación ilusoria de la categoría de Médico Federado con desconocimiento de normas básicas que hacen a las estructuras de las instituciones gremiales médicas y a sus naturales y abnegados ámbitos de acción. Tampoco satisface a esta agronomía la política que la Federación ha mantenido y mantiene con las autoridades gubernamentales a las cuales ha aparecido públicamente tranquilizando respecto a las repercusiones de un paro médico nacional dispuesto justamente en contra de la política oficial en materia de salud o la inexplicable promoción que hace con dinero de los médicos mezclando al Ministerio de Bienestar Social en tarjetas de presentación de FEMEBA. Que son múltiples los inconvenientes de tipo administrativo que derivan de la relación con esa Federación y que se ejemplifican con demoras

en la expedición de pagos aceptación de reenvíos de obras sociales más allá de los plazos máximos que contractualmente establecidos a tal efecto, postergación indefinida de resolución de problemas que derivan de imperfecciones notables del nomenclador vigente etc. Que tampoco se aprecian por parte de la Federación definiciones firmes y coherentes con respecto al valor del trabajo profesional o a la política desarrollada en relación con obras sociales y mutuales así por ejemplo cuando la Federación omite calladamente la notificación formal a obras sociales y mutuales de nivel provincial de la intimación para el reconocimiento expreso del nuevo valor galeno que le fuera concretamente solicitado por esta Agremiación que ya había efectuado a nivel local luego ante la decisión de interrumpir los servicios por cuenta de obra sociales ante la abierta posición de enfrentamiento asumida por algunas de ellas a todo esto se agrega la violación de normas y principios gremiales médicos que son fundamentales. Por ejemplo el compromiso por la libre elección al cual eluden o retacean en algunos casos con algunas obras sociales y tergiversan o dejan directamente de lado resoluciones propias del sistema gremial e incluso decidieron asambleas que la Federación Médica firma convenios de prestación de servicios para sectores ubicados dentro de las jurisdicciones de la Agremiación Médica Platense sin brindar a la misma el más breve informe sobre las discusiones preliminares ni sobre las bases o pautas que los hacen convenientes y necesarios. Está aprobada la injerencia de dirigentes de la Federación en la promoción de la creación de entidades gremiales en partidos de la Provincia que durante años integraron por la propia decisión de sus médicos y con positivos resultados para ellos mismos la jurisdicción de la Agremiación Médica Platense injerencia esta que autorizo a suponer la interacción de introducir factores de disociación entre la Institución y sus afiliados y que llega hoy a producir actos tan improcedentes como el de citar y partir normas y amenazar con sanciones a médicos afiliados de la Agremiación que en merced a la aplicación de mecanismos de conducción al que ya nos hemos referido la Federación ha desoído lisa y llanamente la opinión de esta Agremiación al promover la continuación de un aporte adicional con destino al financiamiento a una campaña de promoción con similares objetivos en los cuales en el año 1966 se determinaba un aporte adicional del 0,5% sobre cuya inversión que tenía fines precisos hoy no se puede dar cuenta. Todo esto configura muy distintas interpretaciones de normas y principios que resultan imposibles de tolerar, aun

en aras de una unidad médica. Por todo lo antedicho el concejo directivo de la Agremiación Médica Platense resuelve. Primero: desafiliar a la institución como miembro de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Segundo: revocar la presentación que hasta el presente legitimada la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires para suscribir convenios con Obras Sociales y Mutuales y entidades similares con efectos sobre el ámbito de la jurisdicción de la Agremiación Médica Platense. Tercero: mantener dentro de los niveles y límites indispensables la relación administrativa conducente a la conclusión de los trámites vinculados con la facturación y cobros de servicios prestados sobre la base de convenios suscriptos por la Federación Médica con aplicaciones del ámbito de la Agremiación Médica Platense. Cuarto: rechazar expresamente la retención del aporte adicional a partir del mes de julio de 1972. Quinto: reasumir plenamente en el ámbito de la Agremiación Médica Platense la conducción gremial médica y las relaciones con obras sociales mutuales y entidades similares instrumentando para ello los contratos y documentos que deban ser necesarios. Sexto: Referir oportunamente la presente decisión la asamblea de la Institución. Séptimo: Poner la presente resolución en conocimiento de los afiliados de las entidades miembros de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y del Concejo directivo de la misma, de la Confederación Médica de la República Argentina, del Colegio Médico Distrito 1 y de la Caja de Previsión y Seguro médico de la provincia de Buenos Aires. El concejo resuelve luego en consonancia con lo dispuesto por la Asamblea extraordinaria realizada del día 11 del corriente disponer la suspensión de servicios por cuenta de las obras sociales que no reconocieran expresamente la vigencia del nuevo valor de los aranceles médicos la medida será de aplicación a partir del día 15 de junio próximo. Se resuelve así mismo notificar a todas las obras sociales que la Agremiación Médica Platense ha reasumido en su ámbito la relación de convenios con las mismas. (Acta 774, 30-5-1972)

Se hacen presentes en la reunión Los Doctores Blanco Ruiz y Ricardo Sabbione presidente interino del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y presidente de la Caja de Previsión respectivamente ambos concurren con el propósito de desarrollar una a gestión conciliadora respecto con el referendo que culminara con el desafiliación de la Agremiación Médica como miembro de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. El concejo

pone en antecedentes a los dirigentes médicos señalados sobre las determinantes que fundaron la decisión adoptada y a la vez toma conocimiento de los motivos esencialmente de la preservación de la unidad médica que determinaron la gestión conciliadora emprendida sobre el particular la presidencia considera el concepto de fondo cosa que el concejo interpreta de Unidad Médica a la cual solo acepta como sustancial en la medida que trascienda al menos aspectos formales exterior señalando que en el caso de la relación con la Federación el concejo anual vierte precisamente la existencia de un contenido conceptual que brinde sustento a tal unidad sin perjuicio de cual existe la mejor predisposición para producirse hechos que permitan advertir un cambio en la conducción de la Federación Agremiación se preste a reanalizar el problema. (Acta 777, 20-6-1972)

Se toma conocimiento de telegrama remitido por la Federación Médica intimando a la Agremiación el cumplimiento de las prestaciones comprometidas por la Federación atento de la improcedencia del mismo se resuelve su archivo. (Acta 782, 25-7-1972)

Ante telegrama de la Federación Médica reiterando la intimación de cumplimiento de las prestaciones comprometidas por la entidad provincial con obras sociales y mutuales el Concejo resuelve requerir el dictamen del asesor letrado de la Institución sobre el particular en la elaboración por su parte de los instrumentos necesarios para rechazar la petición de la Federación. (Acta 83, 1-8-1972)

Analiza el Concejo Directivo el problema que plantea la retención por parte de la Federación Médica de honorarios de obras sociales y mutuales por una cifra estimada por más de 70 millones de pesos viejos; en tal sentido el Concejo resuelve cursar a la Federación, mediante telegrama colacionado, una intimación para el inmediato giro de fondos a la Agremiación para la procedente liquidación a los Médicos. (Acta 786, 29-8-1972)

Analiza el concejo directivo las actuaciones vinculadas con la retención por la Federación Médica de pagos de honorarios facturado por la Agremiación de obras sociales y mutuales, sobre el particular informa la presidencia acerca

de las consultas efectuadas al asesor letrado de la Institución sobre las vías de acción que ante el fracaso de los requerimientos directos cabría iniciar a la Agronomía para obtener la remisión de tales fondos que por información obtenida directamente del IOMA alcanzarían solo en lo que se refiere a esta obra social alrededor de 300 millones de pesos viejos. Señala el Dr. Olivares que con el asesor letrado el Dr. Coquette y con la participación en este caso del Dr. Ricardo Cobeñas ya ha iniciado el estudio una demanda judicial a los fines señalados. Sin perjuicio de ello el Consejo considera oportuno hacer conocer a los afiliados de la institución mediante solicitada periodística el grave problema causado por la retención de los honorarios por la Federación Médica autorizando a la presidencia para que previa consulta con los asesores letrados efectúe la citada publicación. (Acta 788, 12-9-1972)

La presidencia informa que luego de las consultas pertinentes con los asesores letrados se procedió a publicar una solicitada respecto al problema constituido por la retención de pagos por parte de la Federación Médica. Señala que, como consecuencia inmediata de ello, la Federación remitió a la Agronomía un cheque por alrededor de 300 millones de pesos a cuya liquidación se abocara de inmediato el personal de la institución informa también que la Federación remitió con posterioridad un telegrama colacionado intimando una rectificación de los términos contenidos en la solicitada y que al respecto cedió traslado de dicha intimación a los asesores letrados para que efectuaran las actuaciones que correspondan. (Acta 789, 19-9-1972)

Tras analizar exhaustivamente el estado del proceso de las relaciones con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, el Consejo considera posteriormente el ofrecimiento formulado por el Sr. Subsecretario de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Adrian Malusardi, para desarrollar gestiones de conciliación entre ambas entidades propiciando al efecto la reunión de sus directivos en sede de su despacho. Señala la presidencia que el funcionario citado ha manifestado su inquietud por las repercusiones que para el ámbito médico de la provincia pueden producirse como consecuencia el conflicto de ambas entidades, asimismo el Dr. Malusardi expresó su preocupación por la repercusión que en particular recaería sobre el IOMA. (Acta 792, 11-10-1972)

Tras analizar la marcha de las tratativas entabladas con la Federación a punto de partida de la gestión del Subsecretario de Bienestar Social el Concejo ratifica su aval para con lo actuado con el presidente y secretario general de la Agremiación. (Acta 793, 17-10-1972)

Sobre el desarrollo de las tratativas cumplidas en relación al conflicto con la Federación Médica en tal sentido manifiesta que en si bien se han obtenido acuerdos en algunos aspectos subsisten diferencias respecto del aporte que efectuaría la Agremiación a la Federación y la modalidad según la cual se efectivizarían los pagos en obras sociales y mutuales con convenio provincial. (Acta 794, 31-10-1972)

La presidencia informa al concejo que con fecha 3 del corriente fue suscripta con representantes de la Federación la siguiente Acta: Entre la Agremiación Médica Platense precedida por el Dr. Olivares y la Federación Médica de la Pcia. de Buenos Aires representada por Dr. Carlos Actis.

Primero: Crear una comisión integrada por 3 miembros de cada entidad para que en el plazo de 30 días de la firma del presente examine evalúe y aconseje a ambas sobre la situación institucional u otra existente a producirse o a referéndum de la interpretación y aplicación del presente convenio.

Segundo: Para todos los servicios de prestación medica asistencial de obras sociales y entidades en general se tienen como válidos y de alcance para la Agremiación lo fundado por la Federación hasta el 31 de mayo de 1972, el plazo de cumplimiento de este punto estará fijado por la comisión creada en el punto primero del presente.

Tercero: crease en forma inmediata una comisión integrada por 2 miembros representantes de la Agremiación y 2 de la Federación cuya misión será la tramitación y efectivización de pagos a la Agremiación de los servicios comprendidos de la cláusula segunda del presente convenio, quedando establecido el reconocimiento a la Federación del importe correspondiente del aporte gremial que hasta la fecha percibía por parte de la Agremiación. El plazo de

funcionamiento de esta comisión sea determinado de la misma manera que el del punto segundo es decir de la comisión integrada en el punto primero determinara cuando comience el cese a su misión, en prueba de conformidad con la cláusula que anteceden se firma el presente en tres ejemplares del mismo tenor y en un solo efecto en la ciudad de La Plata a los 3 días del mes de noviembre de 1972. (Acta 795, 7-11-1972)

Con la presencia de los asesores letrados Dr. Coquette y Cobeñas, el Concejo analiza en extenso la marcha de las tratativas con la Federación Médica y escucha el informe técnico que producen los abogados mencionados. Se consideran en especial las cuestiones vinculadas con la modalidad de tramitación de pagos y efectivización de aportes en la relación Agrería con Federación. Atento a algunas dificultades que eventualmente podrían hacer fracasar las posibilidades de acuerdo el Concejo analiza así mismo la alternativa de iniciar por vía judicial las acciones que fuesen necesarias para procurar la defensa de la posición de la Institución, en tal sentido se recaban de los asesores letrados los informes sobre las alternativas previsibles en un proceso de tal naturaleza evaluándose los riesgos que implica y los elevados gastos judiciales que el mismo devengarían. (Acta 796, 14-11-1972)

La presidencia informa que en el día de la fecha se han suscripto con los representantes de la Federación las Actas convenio que se transcriben a continuación.

Primero: Se constituye una comisión integrada por los representantes de ambas instituciones que tendrá a su cargo la recepción y la tramitación de la forma que más adelante se consigna de los pagos que efectivicen las obras sociales y mutuales de prestaciones brindadas por los médicos agrupados en la Agrería Médica Platense en su jurisdicción.

Segundo: Los pagos que debe realizar el IOMA correspondientes a prestaciones directamente efectuadas y facturadas por la Agrería desde la fecha que tuvo lugar su desafiliación de FEMEBA el 10 de junio de 1972 se efectivizará mediante cheque a librarse por el referido ente estatal a la orden

de FEMEBA y su recepción está a cargo de la comisión que representa a ambas entidades gremiales.

Tercero: una vez recibido el pago del IOMA la comisión tramitara ante FEMEBA la transferencia a la Agronomía Médica Platense del importe total correspondientes a las facturaciones abonadas sobre cuyo monto esta última entidad gremial efectuara en el mismo acto el importe de la contribución necesaria de acuerdo al convenio con FEMEBA.

Cuarto: Los pagos de obras sociales y mutuales que por su modalidad de remisión hicieran impráctica su recepción por parte de la comisión será recibido por la Federación y luego se efectivizara a la Agronomía Médica Platense.

Quinto: En los casos que la Federación Médica de la Provincia es agente de retención de la Dirección General Impositiva para el pago de impuesto de los réditos retendrá el 10 % del total de la transferencia que haga la Agronomía esta comisión entre ambas instituciones actuará por el término de 90 días a contar la fecha del presente acuerdo. Además el presente acuerdo deberá ser notificado al IOMA y demás mutuales con la entrega de una copia certificada por las autoridades competentes de ambas entidades gremiales, por otra parte la Agronomía Médica se compromete a reiniciar las prestaciones de servicios médicos brindados a los beneficiarios de todas las obras sociales mutuales y entidades similares que han sido cortado el convenio. (Acta 797, 21-11-1972)

Se toma conocimiento del proyecto de actas remitido por la Federación Médica a efecto de establecer las bases para la prestación de servicios en el ámbito local a los beneficiarios de obras sociales y mutuales cuyos convenios con la Federación fueran firmados con posterioridad al 31 de mayo de 1972. (Acta 799, 5-12-1972)

El Dr. Mallo hace una reseña de la reunión mantenida con las autoridades de FEMEBA con la aceptación de nuevos aranceles por las obras sociales y mutuales y en especial la actitud de IOMA en aceptar el valor Galeno de \$16 solamente para prácticas y dejar valores de visitas en consultorio y domicilio

sin modificaciones es decir Galeno a \$12,5. A continuación se analiza la actitud que toma la Institución al respecto decidiéndose al nivel local reiterar los nuevos aranceles a las 11 Obras Sociales que mantienen contrato.

A nivel Provincial interrumpir la prestación de servicios a las obras sociales y mutuales que hayan interrumpido FEMEBA al 9 de febrero de 1973 y hacer publicación correspondiente.

Con respecto a IOMA se facturaría a \$16 las prácticas y con régimen anterior las visitas en consultorio a domicilio debiendo el médico cobrar la diferencia a los nuevos valores hasta fecha a determinar en próxima sesión.

Informase la reunión obtenida con el Centro Médico de Mar del Plata en esa entidad en el día de la fecha para tratar la reforma del estatuto de la Federación Médica, para lo cual dicho Centro propone la descentralización de FEMEBA en circunscripciones, proyecto este que será enviado a esta Agremiación en breve plazo. (Acta 805, 6-2-1973)

Analizada la situación actual en relación con FEMEBA y con obras sociales y mutuales a través de esta se faculta a los Dres. Aldo Cordero y Enrique Mallo en representación de este Concejo a firmar una prórroga en las actas convenio del día 3 y 21 de noviembre de 1972 con la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires hasta el 31 de marzo de 1973. Ante la suspensión de presentaciones de servicios ordenadas por FEMEBA a las obras sociales de agentes de propaganda y correo y como consecuencia de la gestión de representantes de la misma que firman compromiso autorizando el cobro de la diferencia de aranceles y galenaje en las prestaciones a los nuevos valores fijados por el Distrito I del Colegio Médico directamente al afiliado el Concejo Directivo resuelve proseguir con prestaciones de servicios por cuenta de obras sociales de agentes de propaganda Médica y de correos. (Acta 806, 21-2-1973)

En relación al conflicto suscitado entre la Agremiación Médica Platense y la Federación Médica es escuchado por el Concejo Directivo de la Agremiación el Dr. Ricardo Coquette abogado asesor de la Institución quien manifiesta su beneplácito por la correcta conducción del conflicto y aconseja como conse-

cuencia de la misma instancia política que se abre en el país que las decisiones que se tomen de ahora a en más tengan visiones de fortalecimiento futuro de la Agremiación y no solamente una solución favorable momentánea. En cuanto al punto primero de la resolución del Concejo antes mencionada informa que no basta con considerar denunciada las actas convenio por la Federación con la actitud esta, sino que se debe citar a una reunión y en ella dar por concluidas las relaciones. En el caso de no concurrir la Federación a esta, deberá enviarse un telegrama colacionado comunicando tal decisión de ruptura. Por todo esto el concejo resuelve:

Requerir una reunión de la comisión conjunta Federación –Agremiación de acuerdo a lo establecido del artículo primero de las Actas convenio del día 3 y 21 de noviembre de 1972.

Dar por concluidas en las mismas las relaciones entre Federación y Agremiación a la vez de dichas actas convenio.

Facultar a los integrantes de la Agremiación a la reunión conjunta con Federación y en caso de ausencia de esta, enviar telegrama colacionado interrumpiendo validez de las actas convenios del 3 y 21 de noviembre de 1972.

Publicar una solicitada en los matutinos del día 24 de marzo de 1973 fundamentando la actitud de la Agremiación para no interrumpir los servicios de obras sociales y mutuales.

(Acta 811, 23-3-1973)

Se informa que ante la caducidad de las actas convenio con la Federación Médica, se envió telegrama con fecha 26 de marzo de 1973 al IOMA comunicando tal situación que se amplía por nota en la cual se solicita además efectivicen pagos directos a esta Agremiación, notas de igual tenor se hacen llegar a las demás obras sociales y mutuales. Ante telegrama de la Confederación Médica de la República Argentina con fecha 26 de marzo de 1973 instando al cumplimiento de medidas de suspensión de servicios el Concejo resuelve contestar por telegrama reiteramos plena autonomía de decisión a

partir de junio de 1972 derivada de la desafiliación de FEMEBA. (Acta 812, 27-3-1973)

Se informa acerca de la reunión realizada por el Concejo Superior del Colegio de médicos del día 13 de mayo en la cual este aceptó la postura de la Agremiación a saber 1) Se debe aceptar como hecho definitivo la desafiliación de la Agremiación Medica Platense. 2) La Federación no debe interferir con su acción ante las obras sociales en la firma de convenios bilaterales entre ellas y la Agremiación. 3) Posteriormente se discutirán eventualmente las condiciones de interacción futura de ambas entidades. Ante las publicaciones periódicas de los gremios estatales y la CGT regional y la Asociación Bancaria que presionan con medidas de fuerza desvirtuando el problema del convenio con IOMA y solicitando la intervención de la Agremiación Médica Platense y tomando consideración que las circunstancias no son las más favorables para la solución del diferendo el Concejo Directivo resuelve. 1) Dejar en suspenso las medidas adoptadas que impliquen suspensión de servicios por cuenta de las siguientes obras sociales IOMA, DOSME, IOSE, Obra Social Naval, Aeronáutica, ELMA, Fabricaciones Militares, Yacimientos Carboníferos Fiscales, Viajantes de Comercio, Bienestar Social, Obras Públicas, Obras Sanitarias, Vialidad Nacional, ENTEL y el Instituto de servicios sociales bancarios. 2) Mantener tal decisión hasta que las nuevas autoridades electas estén en condiciones de expedirse respecto a la solución del problema. 3) Dirigirse al Sr. Gobernador electo de la Provincia de Buenos Aires Dr. Oscar Videgan a efectos de colocar en sus manos todos los antecedentes que permitan evaluar objetivamente los hechos. 4) Redactar una nota solicitada para publicar en el diario el Día del 17 de mayo en los términos antes mencionados. (Acta 817, 15-5-1973)

2) Obras Sociales

Se convoca a una sesión extraordinaria; se realiza la misma con el fin de considerar la situación emanada a raíz de un comunicado de la Federación Médica respecto a la reanudación de Servicios Asistenciales con la Obra Social Naval sobre el particular el Consejo Directivo resuelve efectuar una publicación en el Diario El Día comunicando a sus médicos adheridos que la Agre-

miación Médica Platense no ha recibido comunicación oficial al respecto ni tampoco en lo que hace a la cancelación de la deuda vencida que tiene la Obra Social Naval, en consecuencia, y hasta tanto no se regularice esta situación, no corresponde la prestación de servicios por cuenta de dicho organismo. (Acta 698, 19-9-1970)

Se considera el estado de la deuda de las Obras Sociales y Mutuales y del análisis particular surge la decisión de intimar a varias de ellas para el pago inmediato de la deuda, en especial a la más atrasada la Obra Social de Empleados de Comercio. (Acta 717, 16-3-1971)

El Consejo Directivo se aboca al estudio del estado de la deuda que mantienen las Obras Sociales y Mutuales con la Agreración Médica, se resuelve citar a Empleados de Comercio y a las otras entidades deudoras a fin de lograr un acuerdo o bien la suspensión de los servicios médicos. (Acta 728, 8-6-1971)

Se toma conocimiento de lo actuado en relación a la deuda de la Asociación de Comercio cuya regularización se considerara en la reunión con sus directivos a propuesta de los mismos y por un periodo máximo de 6 meses se aceptó un plan de pago que prevé sumas mensuales que \$80 mil Ley. (Acta 737, 3-8-1971)

Se analiza luego el estado de deuda que mantiene la Asociación de Empleados de Comercio local resolviéndose requerir a sus autoridades un reajuste de pagos oportunamente acordado en cuanto el mismo se demuestra insuficiente para producir la amortización de la deuda en un plazo razonable. Por último se resuelve promover a la brevedad posible una reunión con las autoridades de la Federación Médica a efectos de analizar las cuestiones vinculadas con la atención de obras sociales y con la estructura institucional de la Federación, puntos estos en los cuales existen evidentemente profundas discrepancias entre ambas entidades. (Acta 769, 25-4-1972)

De acuerdo con la Asamblea realizada el día 11 del corriente se resuelve intimar la regularización de pagos de las obras sociales y mutuales que se

encuentran en mora. Se resuelve asimismo intimar a dichas entidades el reconocimiento formal antes del 31 del corriente del valor Galeno de \$12,5 en valor ley 18.188. En ambos casos se conviene realizar por intermedio de la Federación las intimaciones vinculadas con obras sociales y mutuales con convenios provinciales. (Acta 772, 16-5-1972)

Sobre la base de las comunicaciones producidas por las diversas obras sociales y mutuales el Concejo ratifica la nómina de las obras sociales a las cuales se suspenderán los servicios a partir del día 15 del corriente las mismas son las siguientes: IOMA, Instituto de Servicios Bancarios, Seguros y Reaseguros, Fabricaciones Militares, Aeronáutica, Yacimientos Carboníferos Fiscales, Obras Públicas, SUTACA, Gas del Estado, IOSE, Agricultura, Correos, Bienestar Social de la Nación, ENTEL, Vitivinicultura, DOSME, Obras Sanitarias, Viajantes de Comercio, Vialidad Nacional, Ministerio del Interior, ELMA, Suboficiales retirados, SUTEP, YPF, Hacienda, Naval, Sindicato de Choferes, Industria y Comercio Interior, Instituto de la carne, Industria Lechera. (Acta 776, 13-6-1972)

El Concejo analiza el texto y proyecciones de la recién sancionada ley 19.710 que regula las situaciones con Obras Sociales Sindicales constituidas sobre la base de la ley 18.610. Se coincide al respecto en considerar que la ley aludida constituye una agresión de extrema gravedad en contra del movimiento médico y se resuelve hacer público mediante una solicitada el repudio de la Agremiación hacia dicho instrumento legal. (Acta 779, 4-7-1972)

El Consejo analiza la situación vinculada con las obras sociales y mutuales con convenio provincial que hasta la fecha no se han pronunciado con respecto con la notificación que le formulara la Agremiación en el sentido de la necesidad de establecer convenios directamente con la entidad para posibilitar la prosecución de servicios en el ámbito local. El Concejo resuelve dirigir a tales entidades una segunda y definitiva notificación sobre el particular advirtiendo que a partir de la misma la Agremiación se considerará relevada de todo compromiso respecto al mantenimiento de los servicios por cuenta de los organismos que no hayan suscripto el convenio local. Posteriormente el Concejo resuelve cursar notas a la Asociación Italiana y Española de Socorros Mutuos y a la Asociación de Empleados de Comercio solicitándoles se expidan respecto de publicaciones

producidas por la Asociación Argentina de Mutualidades y la Confederación de Empleados de Comercio en las cuales se desarrollan argumentos falaces en contra del gremio médico. (Acta 781, 19-7-1972)

El Concejo resuelve formular una intimación definitiva a las obras sociales y mutuales con convenio provincial para que instrumenten los convenios locales necesarios para mantener la prestación de servicios en jurisdicción de la Agrerriación Médica Platense con el apercibimiento expreso de suspensión de los mismos en caso negativo. (Acta 785, 22-8-1972)

El Concejo acuerda promover una reunión con directivos del Distrito I de la Federación de Clínicas y Sanatorios a efectos de considerar cuestiones de interés común para algunas instituciones tales como el Policlínico del Turf, las relaciones con las obras sociales del SEGBA y con las obras sociales en general. (Acta 787, 5-9-1972)

Como consecuencia de la no instrumentación de convenios locales se dispone la suspensión del servicio de varias obras sociales entre ellas Vialidad Nacional, Seguros y Reaseguros, DUCILO, IPACO, DASA, y Banco Provincia. (Acta 790, 26-9-1972)

Se da lectura a una fotocopia de un panfleto de la Unión Obrera Metalúrgica destinado a los afiliados de la misma comunicando los diferentes servicios médicos existentes para las prestaciones médicas en el ámbito de la seccional La Plata.

Se decide a partir del día 1 de marzo suspender las prestaciones de servicios médicos a las siguientes Obras Sociales y Mutuales: Entel, ELMA, Fabricaciones Militares, y Viajantes de Comercio. (Acta 807, 27-2-1973)

Ante el pedido de algunos Sindicatos que cubren el coseguro de IOMA de las prestaciones de sus afiliados con el sentido de prorrogar el corte de servicios hasta la aclaración del conflicto que mantiene la Institución con el IOMA por falta de convenios. Se firma un acuerdo por el cual SOEME, Jornalizados de Arquitectura, Sindicatos de Salud Pública y UPCN se comprometen a

pagar en forma directa a la Agremiación Médica Platense las facturaciones correspondientes. (Acta 808, 3-3-1973)

Ante la postura de FEMEBA y analizada las consecuencias posibles que acarrearían los cortes de servicios por cuenta del IOMA y otras obras sociales contenidas en el telegrama antes mencionado el concejo directivo resuelve:

No propiciar ninguna interrupción de las prestaciones médicas a obras sociales según solicita FEMEBA.

Ratificar y hacer pública la nómina de obras sociales con quienes se mantienen suspendidas las prestaciones médicas, se toma conocimiento por prestaciones de FEMEBA de las situaciones de conflicto entre esta entidad y el Centro Médico de Mar del Plata. (Acta 809, 13-3-1973)

3) Obras sociales y libre elección

Se recibe nota de la obra social de YPF en la cual propone la reanudación del convenio en condiciones similares al suscripto con el IOMA, se le contestó que sobre tales bases no se podría acceder a tal reanudación, por otra parte se cita a médicos que se encuentran desempeñando funciones de médicos de zona de SEGBA lo cual es una transgresión a los reglamentos gremiales de la libre elección de la Agremiación Médica Platense. (Acta 689, 17-7-1970)

El Consejo Directivo recibe información de médicos que se desempeñarían en situación de médicos asistenciales directos de las obras sociales de SEGBA y Sindicato de la Carne, por lo tanto se intima a los mismos para que en un plazo perentorio ratifiquen o rectifiquen tal circunstancia a fin de tomar las medidas pertinentes. (Acta 702, 14-10-1970)

El Consejo Directivo se reúne luego de que uno de los afiliados imputados por pertenecer en forma directa a la obra social de SEGBA y también a la Obra Social de la Carne reconoce abiertamente su situación en relación de dependencia y no renunciará a esos cargos. Por lo tanto, luego del análisis del Estatuto de los distintos artículos de la Agremiación Médica en los cuales el

mencionado profesional ha transgredido, por decisión unánime el Consejo Directivo considera que los argumentos expuestos en la presentación del imputado carecen de veracidad y demuestran una completa falta de sentido de solidaridad gremial, por ello el Consejo Directivo de la Agronomía resuelve: 1) Rechazar la renuncia presentada por el afiliado, 2) Expulsarlo como afiliado de la Agronomía Médica Platense, 3) Excluirlo de los registros para atención de obras sociales, mutuales y entidades similares, 4) Remitir copia de la presente resolución y de sus antecedentes al Colegio de Médicos Distrito I, a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y a la Confederación Médica de la República Argentina, 5) Recomendar a los afiliados de la Agronomía Médica Platense se abstengan de colaborar profesionalmente con el afiliado expulsado. (Acta 705, 4-11-1970)

Luego de un análisis exhaustivo de la presentación de ciertos profesionales en relación a la atención directa de médicos afiliados a la Agronomía con respecto a la obra social del Sindicato de la Carne y luego de haber comprobado que ciertos profesionales tiene una relación directa con el Sindicato de la Carne, actitud en desmedro de los postulados de la Agronomía Médica Platense y teniendo en cuenta que aprovechaban ventajosa situaciones personales perjudicando al resto de los médicos agronomados por no posibilitarles incurrir en el beneficio de la libre elección con una actitud egoísta y atendiendo a los Artículos 2, 11 y 25 del estatuto el consejo directivo de la Agronomía resolvió en primer lugar la expulsión como afiliado de la Agronomía de los profesionales que incurrieron en su relación directa con el Sindicato de la Carne y suspenderlos como médicos inscriptos para la atención de obras sociales y mutuales hasta tanto se coloquen en condiciones reglamentarias para integrar los registros respectivos entre tanto comunicar dichas resoluciones a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y al Colegio Médico Distrito I. (Acta 745, 5-10-1971)

Se cita a varios profesionales agronomados debido a una denuncia que llega a manos de la presidencia en base a cartillas donde se señala a estos médicos según un volante como pertenecientes en forma directa al Sindicato de la Madera por lo cual estos médicos actúan por cuenta del mismo y no en base a la libre elección.

Algunos de estos profesionales señalan su desvinculación del Sindicato de la Madera mientras otros aducen que si bien atendieron afiliados al Sindicato de la Madera lo hicieron en la clínica Santa Fe y que esta si tiene convenio con el Sindicato de la Madera. (Acta 747, 19-10-1971)

Se continúan citando profesionales acusados de formar parte del plantel médico del Sindicato de Madereros a raíz de un volante que llega a la Agremiación que incluye como médico del mismo a una determinada nómina de agremiados por lo tanto los citados profesionales deberán ratificar rectificar si forman parte del plantel de médicos del Sindicato de Madereros. (Acta 748, 26-10-1971)

Luego de un análisis pormenorizado ante denuncias de que en el Centro Médico de Verónica, alineado y afiliado a la Agremiación Medica Platense varios médicos tenían convenios directos con la obra social de Bienestar de la Armada y luego de comprobar fehacientemente dicha relación directa que iba en contra del estatuto de la libre elección de los médicos se resuelve expulsar a los médicos del Centro Médico de Verónica comunicar a la Federación Médica de la provincia y al Colegio de Médicos Distrito I. (Acta 753, 14-12-1971)

Se toma conocimiento de una publicación efectuada presumiblemente por el Sindicato de Gráficos en la cual se incluye como prestadores de servicios médicos alrededor de 90 profesionales afiliados a la Agremiación. Atento que ello colocaría a los mismos en transgresión a las respectivas normas gremiales, el Concejo resuelve citarlos para tomar conocimiento de la publicación aludida y manifestar por escrito su situación al respecto. (Acta 778, 27-6-1972)

4) IOMA

El Concejo Directivo toma conocimiento por parte de la Federación Médica acerca de un acuerdo en el cual La Federación y el IOMA han convenido la reanudación de servicios por cuenta de la obra social sobre la base de la facturación de los aranceles vigentes en 1969. La Agremiación Médica esta

en total desacuerdo con esta medida dado que la mayor parte de la facturación presentada durante el año 1970 debe ajustar los aranceles. A raíz de los hechos suscitados, el Concejo Directivo plantea la posibilidad de disponer en el ámbito de la Agronomía Médica Platense que no se opere la reanudación de servicios con el IOMA ante esta situación se produce un intenso debate en el seno de los miembros del Concejo Directivo de la Agronomía a fin de no incurrir en una desobediencia gremial en repuesta a lo dispuesto por la Federación Médica. Por lo tanto, se decide mediante una solicitada se realice puntualmente la crítica de la Agronomía hacia esta decisión adoptada por la Federación Médica y el IOMA cuyas resoluciones ha perjudicado a la Agronomía Médica Platense. (Acta 685, 20-6-1970)

Se toma conocimiento de una nota remitida por la Presidencia del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) comunicando a la Agronomía Médica que en virtud de un acuerdo celebrado entre el Instituto y la Federación de Clínicas el IOMA solo reconocerá en lo sucesivo como comprobante para el pago total de los honorarios de visita el bono control con el talón respectivo ya que en caso de faltar este se deducirá dicho pago del importe del derecho de consultorio, tal sistema rige desde el 1º del mes en curso. El Consejo Directivo de la Agronomía, luego de analizar la referida comunicación resuelve dirigirse al IOMA señalando su total desacuerdo con la modalidad que se pretende imponer 1º) por motivos de fondo referido la inaplicabilidad desde un punto de vista práctico de tal sistema, y 2º) por razones de orden formal vinculado con la imperiosa necesidad de la participación previa de esta Agronomía Médica en cualquier consideración que implique innovar sobre sistemas de trabajo médico. (Acta 695, 2-9-1970)

Se trata a continuación la situación derivada de la retención por parte del IOMA de honorarios individuales sin exposición de motivos, el Consejo Directivo resuelve remitir nota a la Federación Médica exponiendo el problema y solicitando que con urgencia plantee la situación ante el IOMA a efectos de obtener la eliminación de un proceder que se está tomando como norma. Acto seguido el Consejo Directivo resuelve solicitar la Federación Médica intime a las obras sociales y mutuales que se encuentran en mora por vencimiento del plazo de pago de 75 días a regularizar su situación en término perentorio bajo

apercibimiento de aplicar las medidas que prevén los convenios respectivos. (Acta 710, 14-12-1970)

Como consecuencia de informaciones periodísticas según la cual la obra social IOMA habría suscripto con la Federación Médica un acta convenio por la cual otorga a esta última la exclusividad de los servicios médicos de toda la provincia el Concejo conviene en propiciar una entrevista con las autoridades de la citada obra social a efectos de imponer a las mismas sobre las consecuencias que tal compromiso podría acarrear en el ámbito local. (Acta 791, 5-10-1972)

El Dr. Olivares reseña la reunión contenida el día 16 de marzo del corriente año en la cual los representantes de esta entidad no comprometen su apoyo solidario a la Federación en el caso que IOMA no reconozca el valor fijado para las prestaciones Médicas por el Distrito I del Colegio Médico. Por todo esto el concejo Directivo resuelve: 1) Considerar denunciadas por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires las Actas convenio de fecha 3 y 21 de noviembre de 1973. 2) Enviar telegrama colacionado a IOMA y demás obras sociales y mutuales notificando recesiones unilaterales del acta convenio por parte de la Federación Médica. 3) Hacer presentación ante IOMA y demás obras sociales y mutuales del poder otorgado por los médicos a la Agronomía exigiendo el establecimiento de vinculación directa en materia de pagos. 4) Hacer efectivo el paro de actividades médicas en el ámbito de la Plata y Ensenada el día 21 de marzo de 1973 en coincidencia con lo resuelto por la Asamblea de la Federación por la sanción gubernamental al Dr. Luciani. (Acta 810, 20-3-1973)

Se decide el corte de servicios médicos de IOMA a partir de la 00 hora del día 18 de abril de 1973 quedando en suspenso su aplicación hasta la 00 hora del día 24 de abril de 1973 a los fines de concertar una reunión con los sindicatos y gremios beneficiarios del mencionado Instituto de Obra Médico Asistencial IOMA. Publicase en los matutinos del día 18 de abril de 1973 el siguiente texto de solicitada “El Concejo Directivo de la Institución informa a los agremiados de la misma que en virtud de lo dispuesto por la asamblea extraordinaria realizada del día 10 del corriente ha resuelto la suspensión

de servicios por cuenta del IOMA a partir del día de la fecha no obstante y como consecuencia de ingreso a la entidad posteriormente a la versión de la citada resolución del telegrama numero 387, suscripto por Educadores Bonaerenses, Asociación de Asistentes Sociales, Unión de Educadores Bonaerenses, Unión Docencia Artística, Asociación Educadores jubilados y retirados, Asociación del personal de Vialidad, AERI, SOEME, Ateneo Policial, ADETBA, SOYEMEP, Federación Católica de Educadores, Asociación de Docentes y Asociación de Maestros en el cual dichas entidades representantes directos de los afiliados del IOMA solicita se deje sin efecto tal medida a fines de procurar la solución del problema que la determina el Concejo Directivo resolvió dejar en suspenso la efectivización de lo resuelto hasta las 00hs del día 24 de abril próximo.

En realidad el acta hay que considerarla con fecha el 17 de abril de 1973 que sigue reunido y en este caso hasta las 23 hs. El Acta continúa abierta y el Concejo vuelve a reunirse el día 23 de abril a las 15 hs bajo la misma acta 814 por el problema de IOMA. Del análisis de las actuaciones cumplidas con referencia a las relaciones con IOMA y ante la no concurrencia de las instituciones gremiales que nuclean a los usuarios del Instituto de Obra Medica asistencial IOMA a las entrevistas programadas para el día 18 en primera instancia y luego para el día 21 del corriente mes a efecto de analizar el problema de prestaciones de servicio médicos por cuenta de dicho Instituto el Concejo Directivo resuelve hacer efectiva la suspensión de servicios a cuenta del IOMA a partir del día 24 de abril de 1973 redactándose a los efectos de dar a publicidad en el matutino de la ciudad en la fecha del 24 de abril de 1973 una solicitada explicando el por qué las medidas de La Plata y Ensenada suspenden servicios por cuenta del IOMA y por qué los afiliados de los mismos se ven perjudicados a cuenta de tener que afrontar el 100% del costo de las prestaciones. (Acta 814, 18-4-1973)

Ante notas periodísticas del IOMA de fecha 25 / 26 del corriente mes en matutinos locales como consecuencia de la solicitada publicada el día 25 de abril de 1973 en el mismo matutino considerando lesiva los términos de la solicitada de este Concejo para el Instituto y sus autoridades y en la cual se hace saber que por pieza colacionada se intima a FEMEBA para que en el día

de la fecha 25 de abril de 1973 se dé solución al problema y se cumplimenten con las prestaciones de servicios en todo el ámbito de la provincia según se comprometiera esa entidad conforme al Art. 7 del Acta convenio del 9 de abril de 1973 y ante telegrama número 9336 recibido del IOMA el día de la fecha el Concejo Directivo resolvió: 1) Intimar al IOMA por telegrama colacionado a firmar convenio con Agreración Medica Platense 2) Disponer la atención sin cargo para los afiliados del IOMA por el termino de 5 días a partir de las 00hs del día 27 de abril de 1973. Se redacta la solicitada para ser publicada en el matutino local del día 27 de abril de 1973 cuyo texto se transcribe: A los médicos, a los beneficiarios del IOMA con fecha del 26 del corriente el Concejo Directivo de la Institución ha adoptado la siguiente resolución:

Visto el telegrama numero 9336 recibido del IOMA en el día de la fecha que textualmente expresa respondiendo al telegrama del 24 de abril del 1973 se pone en conocimiento de esa Agreración que en función precitada IOMA en lograr prestaciones médicas en toda la provincia de Buenos Aires en estos momentos por contratación directa con esa Agreración traería a aparejado corte de servicio en todo el interior de la Provincia, el directorio busca definición perentoria que injustamente fue colocada ese Instituto IOMA colaciónese.

La información periodística según la cual el IOMA ha dispuesto un mecanismo de reintegro para afrontar la carencia de servicios contratados en los partidos de La Plata y Ensenada y considerando a la intimación formulada por el IOMA: a) La Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires para que resolvieran la prestación de servicios en La Plata y Ensenada en el curso del día 25 de abril; b) La evidencia de que tal intimación no ha podido ser satisfecha por la Federación Medica dado su carencia de representación en el área citada; c) La manifestación efectuada afectada por el IOMA en el telegrama transcripto en el sentido de procurar una solución perentoria para la solución de problema; d) que ellos necesariamente deberán conducir en tal termino perentoria la concentración de un convenio con la Agreración Medica Platense; e) Que es procedente entonces evitar en el transcurso de tan breve plazo los inconvenientes que acarrea los usuarios el mecanismo de un sistema de reintegros que la experiencia ha evidenciado como sumamente ineficiente el concejo directivo resuelve: 1) Di-

rigirse mediante telegrama colacionado intimando a sus autoridades a suscribir convenio con la Agrupación en el plazo perentorio a que hacen referencia en el que están obligados a procurar una solución correcta integral y plenamente satisfactoria para la atención médica de los afiliados residentes en La Plata y Ensenada; 2) Disponer que por el término de 5 días a contar de la fecha la atención médica de los afiliados del IOMA se realice sin cargo a los mismos. (Acta 815, 26-4-1973)

5) Carrera Médico Hospitalaria

El Consejo Directivo resuelve remitir una nota a la Federación Médica solicitándole que postule a nivel de la Comisión Permanente de la Carrera Médico-hospitalaria el análisis de la cuestión que se origina en el ámbito de la carrera como consecuencia del desempeño simultáneo de numerosos profesionales en funciones propias de la misma a la par que la docencia universitaria en la salas que por convenio se encuentran afectadas a esta última función pero que al propio tiempo conservan su carácter de ámbitos hospitalarios corrientes regidos por la ley 3625. Posteriormente y por resolución del Consejo Directivo se resuelve enviar nota al Sr. Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires exponiendo la seria inquietud existente en el ámbito médico local como consecuencia de la virtual congelación que desde hace ya 5 años sufren las remuneraciones de la carrera médica hospitalaria se le hace notar, entre otras consideraciones, que los sueldos de la carrera evidentemente inferiores a los que podrían considerarse razonables han sido marginados hasta de los mínimos aumentos otorgados a la administración pública en general en el curso de los últimos años. (Acta 694, 26-8-1970)

Se hacen presentes, respondiendo a una invitación del Consejo Directivo los representantes de las Asociaciones de Profesionales del Hospital de Niños San Roque, Instituto San Juan de Dios e Instituto Gral. San Martín informan al Presidente que el Consejo Directivo formuló tal invitación a los efectos de realizar en común con los representantes de las referidas asociaciones un análisis en detalle de la situación actual de la carrera médico-hospitalaria con los diversos establecimientos hospitalarios locales; en el sentido expresado y tras una exposición por parte de cada uno de los presentes respecto del tema

aludido se coincide en afirmar la necesidad de efectivizar una decidida acción gremial pendiente a lograr la aplicación efectiva del régimen legal que al presente se encuentra virtualmente dejado de lado. (Acta 699, 23-9-1970)

El Consejo pasa a tratar el tema de la carrera médico hospitalaria, la presidencia propone continuar con una política coherente y sugiere publicar un comunicado afirmando una vez más la conducta a seguir en esta emergencia; el Dr. Mario Fridman propone realizar un comunicado de prensa y además gestionar una entrevista con el Ministerio de Bienestar Social y además publicar los motivos que conducen a actuar con este criterio. (Acta 729, 17-6-1971)

El Consejo desiste en el reclamo vinculado a la plena vigencia de la carrera médico hospitalaria y la ley 3.625, de todas maneras el Sr. Presidente informa que se ha llegado prácticamente a una vía muerta de las gestiones de la Agronomía en los reclamos de la severa crítica en las gestiones cumplidas por relación a la carrera médico hospitalaria. (Acta 732, 2-7-1971)

Acto seguido y con la presencia de representantes de la asociación de profesionales del Instituto General San Martín y del Hospital Melchor Romero el concejo analiza ampliamente la situación y estado del problema vinculado con la gestión de urgencia y la vigencia de la Carrera Médica Hospitalaria y de los sumarios ordenados por el Ministerio de Bienestar Social a los directivos de la asociación de profesionales del Instituto General San Martín. Del resultado del referido análisis y por considerar agotadas las vías de negociación ante la Intransigencia evidenciada por el Ministerio de Bienestar Social el concejo resuelve por unanimidad disponer para el día 9 de agosto un paro de actividades medicas en todos los establecimientos asistenciales dependientes del ministerio de bienestar social en jurisdicción de la Agronomía Médica Platense, autorizando a la mesa directiva para realizar las gestiones pertinentes a fin de efectivizar la medida adoptada. (Acta 737, 3-8-1971)

Se toma conocimiento de la declaración emitida por el Concejo Académico de la Facultad de Medicina formulando crítica por el hecho de que no hayan sido tomadas como computables en los concursos de Carrera Médica Hospitalaria los antecedentes docentes Universitarios. Sobre el particular el

Concejo resuelve informar al citado cuerpo docente que tal inquietud fue planteada por la Agronomía en ocasión de entrevista mantenida al respecto de los problemas de carrera con el Sr. Subsecretario de Bienestar Social sobre el desarrollo de las tratativas cumplidas en relación al conflicto con la Federación Médica. En tal sentido manifiesta que si bien se han obtenido acuerdos en algunos aspectos subsisten diferencias respecto del aporte que efectuaría la Agronomía a la Federación y la modalidad según la cual se efectivizarían los pagos en obras sociales y mutuales con convenio provincial. (Acta 794, 31-10-1972)

Por último, es fundamental consignar que esta etapa de la Agronomía Médica Platense, coincide con el final del gobierno militar de facto autodenominado Revolución Argentina, que comenzó en 1966 con el dictador Juan Carlos Onganía y prosiguió con Roberto Marcelo Levingston de 1970 a 1971 y culminó con Alejandro Agustín Lanusse entre 1971 y 1973.

A partir del 25 de mayo de 1973, la Argentina volvió a tener un gobierno elegido por el voto popular, recuperando la democracia con la presidencia de Héctor J. Cámpora. En este contexto, la Agronomía Médica Platense será una de las instituciones que podrá desarrollar sus actividades dentro del Estado de derecho, pero esto será motivo de otra historia, continuará...

BIBLIOGRAFÍA

- 1)- Arturo Frondizi (1908-1992). <http://www.todoargentina.net/biografias/personajes/arturo-frondizi.htm>. Todo Argentina.net. 2010.
- 2)- La anulación que puso fin al sueño. <http://www.elpatagonico.net>. Patagónico.net. 2010.
- 3)- Francisco Eduardo Gassino (director). In memoriam, primera edición, Buenos Aires 1998.
- 4)- Jorge Rouillon. Los 1428 días de Frondizi presidente. <http://www.lanacion.com.ar> 2010.
- 5)- José Andrés Acasuso. En defensa de Frondizi. <http://www.territorioidigital.com> 2009.
- 6)- Ricardo Darío Primo. Ciudad del acero. <http://www.ateneoayv.com.ar/Editoriales/ciudaddelacero.htm>. 2009
- 7)- Eduardo Ferrari del Sel. Día del petróleo a 50 años de la batalla del petróleo. <http://www.lacapital.com.ar>. Diario La Capital 2010.
- 8)- Jorge Waddell. Ferrocarriles Argentinos: 60 años de decadencia. En: Revista Todo es Historia, de Félix Luna, N° 509, dic. 2009.
- 9)- Godio Julio. Historia del movimiento obrero argentino (1870-2000). Buenos Aires, Ed. Corregidor, Tomo II, 2000.
- 10)- Josefina Luzuriaga y Hernán Aragón. El modelo sindical peronista: Perón y los sindicatos. <http://www.pts.org.ar/spip.php>. Partido de los Trabajadores Socialistas. 2009.
- 11)- Luna Félix. Historia de la Argentina (La Propuesta Desarrollista). Ed. Hyspamérica, 1995, p. 17-27.
- 12)- Felipe Pigna. Arturo Frondizi. <http://www.elhistoriador.com.ar/biografias/frondizi.php>. El Historiador, 2009.
- 13)- Antoni Roda Jorge. El secuestro de Adolf Eichmann por el Mossad. <http://www.lacomunidad.elpais.com/Antoni/elsecuestro.adolf.eichmann.el.mossad>. La Comunidad 2010.
- 14)- Álvaro Abos. Eichmann o el pecado argentino. <http://www.lanacion.com.ar/nota.asp>. La Nación 2010.
- 15)- Mercé Balada y Mónica Ramoneda. Eichmann el administrador del exterminio. <http://www.lavanguardia.es/lv24hs>. La Vanguardia 2010.
- 16)- Mario Pacho O'Donnell. El Che y la caída de Frondizi. <http://www.angelfire.com/rnb>. Angelfire 2010.
- 17)- BGT. Visita secreta a Arturo Frondizi. <http://cheguevara.tgtblog.com/visita-secreta-a-arturo-frondizi>. 2010.

- 18)- Roberto Pérez Betancourt. Cuba a 50 años del 1º de enero de 1959. <http://www.Kaosenlared.net/noticia/cuba.2009>.
- 19)- Felipe Pigna entrevista por Mariana Oybin. La Argentina desmitificada. <http://www.revista.clarin.com/ideas/historia/Argentina>. Revista Ñ, 2014.
- 20)- Belenky Silvia Leonor. Frondizi y su tiempo. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1984.
- 21)- Altamirano Carlos. Los nombres del poder: Arturo Frondizi. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1998.
- 22)- Revista "El derecho" del 12 de marzo de 2014. Corte Suprema y Acefalia: el derrocamiento de Frondizi y la asunción de Guido. <http://paper.ssrn.com/sel3>
- 23)- Veronelli Juan Carlos y Veronelli Correch Magalí: Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Ed. Organización Panamericana de la Salud, 2003. Tomo 2, Cap. 13 p 569-618.
- 24)- Héctor Noblia, diario La Nación, 30 de abril de 1958.
- 25)- Belmartino S, Bloch C, Carmino MI, Persello AV. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el Sector Salud. Argentina 1940-1960, Buenos Aires, OPS 1991, p.317.
- 26)- Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública: Reforma Hospitalaria. Regionalización Sanitaria. La Plata, 1961, p. 57.
- 27)- Diario La Nación 25 de septiembre de 1960.
- 28)- Belmartino Susana, Bloch Carlos. El Sector Salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985, Buenos Aires. Oficina Panamericana de la Salud, 1994, p. 189.
- 29)- La inflación y el gremio médico. Editorial. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina año XV, N° 92. Agosto 1961-marzo 1962, año 1962, pág. 2.
- 30)- Carta a los médicos argentinos. Editorial. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina año XIII N° 90, enero-junio 1960. Año 1960, pág. 1 y 2.
- 31)- Sergio Mayor. Política, Gremialismo y Médicos políticos. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XIV, N° 91, julio 1960-julio 1961. Año 1961, pág. 15-17.
- 32)- José A. Nápoli. La Colegiación médica en sus relaciones con el Gremialismo y la legislación en la provincia de Santa Fe. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XIII, N° 90, enero-junio de 1960. Año 1960, pág. 15-21.
- 33)- Sergio Mayor. Posiciones Gremiales claras y definidas (a modo de decálogo). Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XV, N° 92, agosto 1961-marzo 1962. Año 1962, pág. 4.
- 34)- Juan Lazarte. Contribución al seguro de la salud. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XIII N° 90, enero-junio 1960. Año 1960, pág. 22.

- 35)- Sergio D. Provenzano. La experiencia piloto de Mar del Plata. Un seguro de enfermedad en Argentina. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XIV N° 91, julio 1960-julio 1961. Año 1961, pág. 24-29.
- 36)- Actas del libro de reuniones del Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense. Acta 321 (1-12-1969) hasta el Acta 370 (8-3-1962).
- 37)- Félix Luna. Historia de la Argentina, la Democracia débil (1955-1966): Fascículo N° 9 "El Poder Militar". Ed. Hyspamérica, 1992.
- 38)- La Nación, 9 de Mayo de 1962. "Problemas sanitarios y asistenciales enfocó el ministro Padilla."
- 39)- Juan Carlos Veronelli. Referencia sobre las actividades de Enrique Marcos Villa, 2003.
- 40)- Juan Carlos Veronelli. Relato sobre sus conocidos y experiencias personales durante su trayectoria, 2003.
- 41)- Luis Corach. Reforma hospitalaria y asistencial. Revista de la Confederación Médica Argentina. Año XVI, N° 93, abril-agosto 1962, pág. 33-38.
- 42)- Hospital Interzonal General de Agudos San Roque. Historia. Ley 6462. www.ms.gba.gov.ar/sitios/hsanroque/historia/
- 43) – Diario La Nación, 27 de mayo de 1962.
- 44)- Actas del libro de reuniones del Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense: Acta 371 (15-3-1962) hasta Acta 424 (26-9-1963).
- 45)-<http://www.lanacion.com.ar/534787-arturo-illia-40-anos-br-mitos-falacias-y-verdades>
- 46)- <http://ricardo.cofa.org.ar/wp-content/uploads/2012/07/Ley-16463-medicamentos.pdf>
- 47)- <http://www.continental.com.ar/opinion/bloggers/blogs/alfredo-leuco/illia-en-pijamas/blog/1385338.aspx>
- 48)- <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=20414>
- 49)- http://www.ucrcapital.org.ar/biblioteca_h4.php?p=1
- 50)- «A 50 años del intento de retorno de Perón que se frustró en Río». Clarín. 2 de diciembre de 2014. Consultado el 15 de febrero de 2015.
- 51)- González Espul, Cecilia (24 de abril de 2013). «Primera Parte: Illia y el Movimiento Obrero». Rebanadas de Realidad. Consultado el 15 de febrero de 2015.
- 52)- El número total de funcionarios fue en todos esos años, de alrededor de 26.000. El salario real cayó en 1961/62 y se recuperó en 1964/65.
- 53)- Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública. Actas de las Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública; (San Juan, 18/23 de noviembre de 1963). La Plata, 1964, p. 74.
- 54)- Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Política Sanitaria Nacional. Buenos Aires, 1966, p. 8 y ss.

- 55)- Juan Carlos Veronelli. Organización de los Departamentos del Sistema Sanitario, 2003.
- 56)- Carrillo, R. Teoría del Hospital, Teoría del Hospital, Tomo I, Dpto. Talleres Gráficos, Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1951.
- 57)- Consejo Federal de Seguridad Social de la República Argentina. IV Congreso Nacional de Seguridad Social. Informe Técnico preparado por el Dr. Sergio Provenzano, Buenos Aires, 1966.
- 58)- Bernabé Cantlón. Seminario Sobre Políticas De Salud; La Experiencia Argentina Buenos Aires, 25 Al 29 de agosto de 1980. Rev. Medicina y Sociedad, Vol. 4, 1-2, Enero-Abril, 1981, pág. 14.
- 59)- Lebron CJ, Lemer JA, Provenzano SD, Sisto CJ. Organización actual médico gremial argentina en Papel de la Profesión Médica en los Problemas de Salud de los Pueblos Latinoamericanos. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XVIII, N° 97, abril-octubre 1964, pág. 2-9.
- 60)- Ley Nacional de Previsión y Seguridad Social para Profesionales. Decreto Ley 7825. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XVII N° 95. Agosto- Noviembre 1963, pág. 1-10.
- 61)- Sergio D. Provenzano. Seguro contra la enfermedad en la Argentina. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XVIII, N° 96 diciembre 1963-marzo 1964, pág. 2-9.
- 62)- Osvaldo Mammoni. Informe a la Reunión Interdistrital del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, julio 1964.
- 63)- Seguro de Salud para la República Argentina, temario. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XIX, N° 98, octubre 1965, pág. 2-3.
- 64)- Ley 6323, declarando entidad autárquica al IOMA, La Plata 11/11/1960.
- 65)- Situación del IOMA en 1964.
- 66)- Conferencia de prensa a cargo del Director de IOMA Dr. Ricardo Berri, el viernes 15 de mayo de 1964.
- 67)- Entrevista al Dr. Ricardo Berri, ex director de IOMA entre 1963 y 1966, realizada el día 18/03/2015.
- 68)- IOMA. Memoria y balance 1964, División Médicos.
- 69)- Ley 6982, ratificando la creación de IOMA. La Plata, 30/11/1964.
- 70)- Actas del libro de reuniones del Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense, Acta 425 (3-10-1963) hasta Acta 496 (14-6-1966).
- 71) El Libro de los Presidentes Argentinos del Siglo XX; por Félix Luna, Mónica Deleis, Ricardo De Titto y Diego L. Arguindeguy; Editorial: Aguilar; I.S.B.N: 950-511-656-X; Año 2000.
- 72) La Democracia Cristiana frente al régimen de Onganía en 1966.

- 73) Felipe Pigna: www.elhistoriador.com.ar/biografias/o/ongania.php. ISSN 1851-5843
- 74) Palacio Gisela: <http://www.monografias.com/trabajos12/preongan/preongan2.shtml>
- 75) Roth R. Los años de Onganía. Ed. La Campana, Buenos Aires, 1981.
- 76) VERONELLI, J. C. Medicina, Gobierno y Sociedad. Ed. El Coloquio, Buenos Aires, 1975, p. 156-163.
- 77) En septiembre-octubre de 1966 se realizó en Washington la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. El informe de la República Argentina presentado por las flamantes autoridades muestra la continuidad de los lineamientos de la gestión anterior.
- 78) JUAN CARLOS VERONELLI, ver VERONELLI, J. C. "Ministerios y Sistemas de Servicios de Salud en América Latina". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 100, N° 1, enero, 1986, pp. 1-32.
- 79) COMISIÓN COORDINADORA DE OBRAS SOCIALES SINDICALES. "Encuesta Preliminar sobre Obras Sociales Sindicales". Policopiado. 1967, p. 1-2.
- 80) En una obra reciente MERA y RUÍZ DEL CASTILLO proponían, con realismo, la restitución de los límites provinciales para los subsistemas de Obras Sociales como un camino para corregir muchas de sus distorsiones. Mera, J. y Ruíz del Castillo, R., La reforma de salud en el Tercer Milenio, Dunken, Buenos Aires, 2000.
- 81) Montuschi L. El poder económico de los Sindicatos. Ed Eudeba, Buenos Aires, 1979.
- 82) Ezequiel A. Holmberg. Seminario sobre Políticas de Salud. La experiencia Argentina. Buenos Aires, 25 al 29 de agosto de 1980, publicado en la Revista Medicina y Sociedad. Vol. 4, N° 1 y 2, enero-abril 1981, pág. 22-29.
- 83) Julio N Bello. Seminario sobre Políticas de Salud. La experiencia Argentina. Buenos Aires, 25 al 29 de agosto de 1980, publicado en la Revista Medicina y Sociedad. Vol. 4, N° 1 y 2, enero-abril 1981, pág. 5-13.
- 84) Los médicos argentinos y las obras sociales y mutualidades. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XXI, N° 100, junio 1968, pág. 3.
- 85) El proceso de la intervención a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, año XXI, N° 100, junio 1968, pág. 3-5.
- 86) Agreración Médica Platense, Boletín Informativo N° 1, enero de 1967.
- 87) Agreración Médica Platense, Boletín Informativo N° 2, marzo de 1967.
- 88) Agreración Médica Platense, Boletín Informativo N° 3, mayo de 1967.
- 89) Agreración Médica Platense, Boletín Informativo N° 4, octubre de 1967.
- 90) Agreración Médica Platense, Boletín Informativo N° 5, noviembre de 1967.
- 91) Agreración Médica Platense, Boletín Informativo N° 6, mayo de 1968.
- 92) Agreración Médica Platense, Boletín Informativo N° 7, septiembre de 1968.

- 93) Agrerriación Médica Platense, Boletín Informativo N° 8, febrero de 1969.
- 94) Agrerriación Médica Platense, Boletín Informativo N° 9, julio de 1969.
- 95) Agrerriación Médica Platense, Boletín Informativo N° 10, octubre de 1969.
- 96) Agrerriación Médica Platense, Boletín Informativo N° 11, diciembre de 1969.
- 97) Agrerriación Médica Platense, Boletín Informativo N° 12, mayo de 1970.
- 98) Situación del IOMA en 1968.
- 99) Actas del libro de reuniones del Consejo Directivo de la Agrerriación Médica Platense. Acta 499 (4-7-1966) hasta Acta 684 (17-6-1970)
- 100) Ricardo Darío Primo. Ciudad del acero. <http://www.ateneoayv.com.ar/Editoriales/ciudadelacero.htm>. 2009
- 101) Roberto Marcelo Levingston: "Una dictadura no es una tiranía" - Diario La Nación. Enfoques. DOMINGO 14 DE AGOSTO DE 2005
- 102) La anulación que puso fin al sueño. <http://www.elpatagonico.net>. Patagónico.net. 2010.
- 103) ROUQUIE, ALAIN. PODER MILITAR Y SOCIEDAD POLÍTICA EN LA ARGENTINA II.1943-1973. Buenos Aires: Emecé, 1994.
- 104) Eduardo Ferrari del Sel. Día del petróleo a 50 años de la batalla del petróleo. <http://www.lacapital.com.ar> Diario La Capital 2010.
- 105) Horacio Rodríguez Castells. Seminario sobre Políticas de salud. La Experiencia Argentina, Buenos Aires, 25 al 29 de agosto de 1980, Rev. Medicina y Sociedad. Vol. 4, 1-2, Enero - Abril 1981, págs. 37-45.
- 106) Boletín Informativo de la AMP N° 13 - Octubre de 1970
- 107) Boletín Informativo de la AMP N° 14 - Abril de 1971
- 108) Boletín Informativo de la AMP N° 15 - Julio de 1971
- 109) Boletín Informativo de la AMP N° 16 - Enero de 1972
- 110) Boletín Informativo de la AMP N° 17 - Abril de 1972
- 111) Boletín Informativo de la AMP N° 18 - Junio de 1972
- 112) Boletín Informativo de la AMP N° 19 - Enero de 1973
- 113) Boletín Informativo de la AMP Número Especial - Marzo de 1973
- 114) Actas del libro de reuniones del Consejo Directivo de la Agrerriación Médica Platense, Acta 685 (20-6-1970) hasta Acta 818 (22-5-1973)

Se terminó de imprimir en Impresiones Dunken
Ayacucho 357 (C1025AAG) Buenos Aires
Telefax: 4954-7700 / 4954-7300
E-mail: info@dunken.com.ar
www.dunken.com.ar
Septiembre de 2016

